

Empleo de estrategias hipnóticas en un caso de disfunción eréctil desde una perspectiva cognitivo-conductual.

Alberto Bermejo Mercader

Psicólogo Clínico. Gabinete de Psicología EIDOS (Alicante)

C/. Luis Braille, 18 Esc. 4 - 3º B - 03010 ALICANTE - Spain - Email: abermejo@correo.cop.es

RESUMEN

Se presenta un caso clínico de disfunción eréctil. En el tratamiento de este problema y partiendo del análisis funcional se han empleado estrategias hipnóticas desde un enfoque cognitivo-conductual. Se comentan dichas estrategias y las implicaciones del uso de la hipnosis en terapia sexual.

PALABRAS CLAVE

disfunción eréctil, terapia sexual, hipnosis.

ABSTRACT

A clinic case of erectile dysfunction is treated after a functional analysis employing hypnotic strategies from a cognitive-behavioural perspective. The discussion are centered on these strategies and the implications of using hypnosis in sexual therapy.

KEY WORDS

erectile dysfunction, sexual therapy, hypnosis.

INTRODUCCIÓN

La hipnosis no es una terapia por sí misma, sino una técnica especializada que puede ser empleada como catalizador de las técnicas cognitivo-conductuales utilizadas en el ámbito de la Psicología Clínica.

Los trabajos de Kirsch y sus colaboradores (Kirsch, 1990; Kirsch, Montgomery & Sapirstein, 1995; Schoenberger, Kirsch, Gearan, Montgomery & Pastyrnak, 1994;), demuestran que la hipnosis, cuando se utiliza aneja a los tratamientos psicoanalíticos y cognitivo-comportamentales, mejora ostensiblemente sus resultados.

En tanto que la investigación no ofrezca pruebas irrefutables que sugieran un cambio de «estado» cuantitativa y cualitativamente diferente del estado de vigilia, debemos convenir en que los fenómenos hipnóticos provienen de características psicológicas y sociales tales como la motivación, las expectativas de entrar en trance, la

creencia y la fe en el hipnotizador, el deseo de agraderle y una experiencia positiva en el trance inicial (subjettivamente interpretado por el sujeto como «muy relajante»).

Existe un cierto consenso en el hecho de que la aplicación de las técnicas de hipnosis favorece la aparición de fenómenos psicológicos y psicofisiológicos que caracterizan el estado hipnótico y que han sido aceptados, con más o menos reticencias, por la mayoría de los autores especializados (Miguel Tobal y González Ordi, 1988):

- Aumento de la sugestionabilidad.
- Aumento de la capacidad de imaginaria mental.
- Aumento de la implicación emocional respecto a situaciones imaginadas por el sujeto o sugeridas directamente por el experimentador.
- Focalización de la atención a una situación estimular restringida: las sugerencias verbales y/o accesorias dispensadas por el experimentador.
- Distorsión de las variables psicológicas de espacio y tiempo.
- Automaticidad del comportamiento.
- Disminución de la capacidad de análisis lógico-racional y crítico de las situaciones.

PRÁXIS

- Sensación de relajación profunda.
- Alteraciones psicofisiológicas en relación directa con las características de las sugerencias.

La primera referencia detallada de la utilización de hipnosis en terapia sexual es publicada por Erickson en 1935. Su técnica de imaginación indirecta fue aplicada en un caso de eyaculación precoz con aparentes buenos resultados. Desde entonces se han publicado diversas aplicaciones de procedimientos de hipnoterapia centrados en disfunciones sexuales concretas.

Son multitud los procedimientos hipnosuggestivos que pueden ser introducidos durante la terapia. Dado que el espacio no nos permite desarrollar todo el conjunto de aplicaciones susceptible de emplearse haremos una mención genérica para ofrecer una idea general de este bagaje terapéutico:

- Instrucciones y sugerencias directas.
- Visualizaciones y ejercicios de imaginación específicos.
- Procedimientos de reducción de ansiedad.
- Ejercicios de energetización/activación.
- Ejercicios de reestructuración cognitiva (modificada para hipnosis).
- Modificación de expectativas.
- Ejercicios de autoafirmación personal.
- Empleo de metáforas y asociaciones.
- Instrucciones posthipnóticas.
- Técnicas de transferencia de estímulos.
- Manipulación del síntoma (Kroger and Fezler, 1976).
- Distorsión del tiempo.

A continuación paso a exponer un caso de disfunción eréctil en el que he introducido técnicas hipnosuggestivas diversas que en mi opinión han sido coadyuvantes en la resolución del problema que presentaba mi paciente.

Una definición clásica de impotencia es la de Masters y Johnson (1970), según la cual el hombre impotente no es capaz de conseguir o mantener una erección de calidad suficiente como para alcanzar con éxito una relación de coito. Kaplan (1974) establece una dimensión cuantitativa al diagnosticar un problema de impotencia cuando el hombre no consigue alcanzar la erección en el 25% de sus contactos sexuales; así, las «impotencias» esporádicas no deben considerarse en ningún caso como patológicas, ya que se considera que en algún momento la mayoría de los hombres han tenido o pueden tener un problema eréctil de carácter puntual.

A la hora de establecer las posibles causas que nos expliquen los problemas de erección hay que determinar si cabe establecer una etiología orgánica de la disfunción o si sólo obedece a causas de carácter psicológico. En cualquier caso los problemas de erección se producen por un inadecuado bombeo de sangre a los cuerpos cavernosos del pene o un fallo del sistema de retención temporal de la misma. Múltiples factores pueden alterar este proceso: fatiga, consumo de alcohol y drogas, consumo de fármacos, algunas enfermedades y múltiples factores psicológicos entre los que la ansiedad aparece como la más relevante. Se estima que la mayor parte de los problemas de erección tienen una causa de base psicológica.

La ansiedad ante la situación de interacción sexual, la auto-observación durante la interacción, los pensamientos obsesivos, el exceso de preocupación respecto a su compañera, el miedo a no lograr una erección adecuada, la preocupación exagerada respecto a la calidad de la ejecución o al rendimiento sexual, el no centrarse en disfrutar la situación, todo ello puede bloquear la erección (Labrador, 1994).

CASO CLÍNICO

Datos Personales

J.Z. es un joven estudiante, de 20 años, varón homosexual y sin pareja estable. No tiene hermano/as.

Motivo de consulta

J.Z. consulta por un problema de disfunción eréctil derivado por el médico especialista en urología, quien tras una revisión en la que no detectó nada anormal le sugirió visitase a un psicólogo. Presenta dificultades en mantener sus erecciones cuando practica masturbaciones (unas 2 veces por semana), única actividad sexual actual ya que desde que ha detectado el problema evita cualquier encuentro sexual con chicos de su agrado por no «hacer el ridículo». Lleva 4 semanas afectado por el problema; ha reducido su actividad masturbatoria debido a que «tiene que forzar» las erecciones hasta el punto de sentir algunas molestias que le hacen desistir ya que no llega a alcanzar el orgasmo la mayor parte de las ocasiones. Periódicamente se propone volver a masturbarse a fin de resolver el problema, pero lo que consigue es preocuparse más y más, incrementar las molestias y causarle desagrado. Ha disminuido su interés sexual. Lo que antes le estimulaba sexualmente ahora parece no llamarle la atención (ha disminuido la frecuencia de sus fantasías sexuales y se fija menos en chicos con los que coinciden). A pesar de todo, a veces consigue el orgasmo, después de varios minutos y de forzarlo pese a las molestias y la tensión. Se muestra decaído y apático. Algunas de sus autoverbalizaciones son: «Me estoy quedando impotente», «soy muy desgraciado».

Historia del problema

Su aprendizaje sexual lo ha llevado con sus amigos, compañeros de clase, películas, revistas y autodescubrimiento. Sus

padres no conocen su condición de homosexual; no lo aceptarían. En familia no se tratan públicamente temas de contenido sexual, aunque no considera que su familia haya fomentado actitudes sexuales negativas o represivas. Cuando J.Z. manifestó parcialmente su problema (identificándolo como dolor o molestias) su madre propuso inmediatamente que visitara al urólogo.

Antes del problema llevaba a cabo actividades sexuales (masturbación o contacto sexual sin penetración -y con protección-) aproximadamente con una frecuencia de 3 actividades semanales. No ha tenido nunca pareja estable. Hace dos años practicó el coito con una chica y le gustó, pero menos que sus relaciones con otros chicos. Asume y acepta su condición de homosexual, siempre se ha sentido perfectamente adaptado sexualmente, y manifiesta que no le ha supuesto ningún tipo de trauma el hecho de desear a los chicos en lugar de a las chicas ni tampoco que de su interés sexual derive su problema actual.

Se considera una persona absolutamente normal y adaptada, nunca a consultado por ningún problema psicológico, lleva una vida agradable con su familia y su grupo de amigos, se esfuerza en sus estudios y menciona considerarse algo nervioso y excesivamente preocupado cuando le asalta cualquier problema.

Desde noviembre lleva estudiando intensivamente para prepararse para sus exámenes en la Universidad. Dedicar muchas horas al día y manifiesta sentirse ansioso y preocupado por sus resultados en los mismos.

Hace unos meses J.Z. siguió un régimen de adelgazamiento por el que consiguió perder 20 kg. de peso. (Esta información la ofrecería posteriormente, durante el tratamiento, tras una recaída).

Evaluación

La evaluación del caso se llevó a cabo en las dos primeras sesiones, aunque desde el principio se instruyó al paciente a llevar a cabo determinados ejercicios en casa.

Los procedimientos de evaluación consistieron en:

- La entrevista.
- Autorregistros, que se mantuvieron durante el tratamiento (ver cuadro).
- Historia Sexual.
- Sexual Opinion Survey (SOS) de Fisher y cols. (1988). Versión castellana de Carpintero. E., y Fuertes A. (1994).
- J.Z. obtuvo una puntuación de 93 (decil 6) en la dimensión erotofobia-erotofilia.
- Cuestionario de Placer Sexual: Hombrés (Annon, J.S., 1975).
- STAI A/R de Spielberger: (Se administraría también a la finalización de la terapia).
- Al comienzo de la terapia sus puntuaciones fueron 35 en A/E y 26 en A/R (centiles 85 y 77 respectivamente). A la finalización del tratamiento fueron 4 en A/E y 20 en A/R (centiles 4 y 55 respectivamente).
- I6PF
- Puntuaciones de decatipos: A7, B6, C4, E4, F4, G4, H4, I5, L4, M7, N5, O9, Q1-

5, Q2-4, Q3-4, Q4-7, en centiles; MI-57, IN-64, AQ-73.

Obsérvese que la puntuación más alta corresponde con la dimensión de APRENSIÓN.

Este test se administró tras la recaída que se produjo.

Análisis funcional (resumen)

Conducta problema.

Disfunción eréctil

Análisis de las respuestas.

ÁREA MOTORA: Reducción de la frecuencia de masturbación. Evitación en encuentros sexuales.

ÁREA FISIOLÓGICA: Molestias genitales al masturbarse (como «pinchazos»). Aumento de la tensión corporal. Sudoración. Respiración acelerada cuando no consigue una erección. Poca frecuencia de orgasmos.

ÁREA EMOCIONAL: Mucho nerviosismo. Tensión. Desagrado. Temor.

ÁREA COGNITIVA: Pensamientos de contenido ansioso y depresivo relacionados con su problema («me estoy quedando impotente», «qué desgraciado soy», «qué pasará cuando esté con alguien», «tengo miedo de no poder volver a funcionar bien», «no valgo para nada ya», «¿cuánto tiempo...?»)

Análisis de los estímulos antecedentes.

Cualquier lugar y momento en el que decide masturbarse. Pero sobre todo las erecciones están prácticamente ausentes cuando realiza dicha actividad por la tarde o por la noche.

Análisis de los estímulos consecuentes.

Molestias genitales. Irritabilidad. Preocupación. Confusión.

Miedo a quedarse impotente.

Falta de deseo sexual. Evitación de encuentros sexuales.

VARIABLES ORGANISMICAS.

DETERMINANTES ORGÁNICOS O FISIOLÓGICOS: Ausentes.

Modelo de autorregistros

Día/Hora	Experiencia concreta	Sensaciones físicas	Sentimientos	Pensamientos asociados

PRÁXIS

PERSONALIDAD O HISTORIA DE APRENDIZAJE: Actitud positiva hacia el sexo. Experiencias sexuales agradables. Alta puntuación en la dimensión «aprensión» en el I6PF.

HABILIDADES Y ROLES SOCIALES O INTERPROFESIONALES: No relevantes.

Hipótesis explicativa.

Niveles elevados de ansiedad producto de preparación de exámenes (dedica varias horas diarias al estudio y a acudir a la universidad y afirma sentirse muy nervioso y preocupado por los mismos) y la fatiga acumulada están en la base del problema. J.Z. detecta sus problemas de erección de forma progresiva (empeorando el problema con cada masturbación), lo que evidencia la presencia adicional de ansiedad de desempeño sexual: cada vez que intenta una masturbación recuerda los «problemas» que le generaron las anteriores y se muestra ansioso al pensar que no va a volver a tener una erección completa. En esta situación de activación simpática una erección suficiente no se producirá, o será preciso «forzarla». La ausencia de deseo (realiza su actividad de forma «mecánica», con ausencia de fantasías o de excitación sexual) hace más difícil aún llegar al orgasmo y disfrutar del sexo, ya que está ausente cualquier tipo de sensación placentera durante la masturbación. Cuando intenta una masturbación por la tarde/noche los problemas de erección y las molestias genitales son mayores, explicable por el mayor nivel de cansancio a esas horas. Su tendencia a preocuparse excesiva y obsesivamente por cualquier tipo de problema (sea el que sea) y su «carácter» nervioso se traducen en factores adicionales en el mantenimiento del problema.

TRATAMIENTO

Para una mejor comprensión de los componentes hipnosuggestivos introducidos y su función en el esquema de

tratamiento expondré las intervenciones realizadas sesión a sesión.

Los objetivos terapéuticos que me tracé en este caso fueron:

- Proveer a J.Z. de la Información y educación sexual necesaria para un correcto funcionamiento sexual y el modo en que determinadas variables psicológicas pueden afectar nuestra sexualidad.
- Resolución completa de sus problemas de erección.
- Recuperar los niveles de «deseo sexual» previos a sus problemas de erección, ya que su temor a no «dejar» como antes (no sentirse excitado ante un chico determinado) fue una constante durante todo el proceso terapéutico.
- Reducir su ansiedad (y en especial la ansiedad de desempeño sexual) a valores adaptativos (el siempre se ha considerado algo «nervioso») y si fuera posible por debajo de los mismos.
- Ayudarle a recuperar la confianza para establecer relaciones sexuales completas con personas de su agrado con un funcionamiento óptimo afectivo-sexual.

Sesión 1

Información y educación sexual.

Durante las dos sesiones anteriores (de evaluación) ya se habían introducido conceptos expuestos arriba y se le había ofrecido información de carácter sexual. Asimismo se le había instruido a llevar a cabo en casa, a solas, un programa de focalización sensorial (auto-aplicado, con prohibición de estimulación de sus genitales y a realizar diariamente) dirigido a conocer y localizar las partes de su cuerpo que le son más agradables, recuperar el placer de volver a sentir su cuerpo sin exigencias, de servir como reductor de su angustia y a percibir que cuando se abandona a sentir sensaciones placenteras las erecciones pueden aflorar espontáneamente (aunque no sea el objetivo). Este ejercicio lo combinaría con un entre-

namiento sencillo en control de la respiración para facilitar la relajación necesaria.

Sesión 2

Revisión de los ejercicios realizados. Aclaración de dudas sobre aspectos sexuales.

Reestructuración cognitiva. Dedicamos unos minutos a debatir sobre su «miedo a quedarse impotente», temor que puede interferir con el proceso terapéutico.

Se le instruye a incluir en la focalización la zona genital sin pretender una excitación directa ni producir un orgasmo; le animo a que aprecie las sensaciones de excitación si éstas se producen y que en ningún caso el objetivo es alcanzar un orgasmo. Se le instruye a no pensar en su miedo a la impotencia procurando incluir un mayor número de fantasías de contenido sexual durante el ejercicio.

Se lleva a cabo una inducción hipnótica a partir de unos sencillos ejercicios respiratorios abdominales con adición de sugerencias de calma y relax. La finalidad del ejercicio es facilitar nuevas inducciones en posteriores sesiones.

Sesiones 3, 4 y 5

Hasta ahora los ejercicios de focalización le son satisfactorios y percibe mayores sensaciones de calma y tranquilidad. Percibe cierta respuesta de erección. El miedo a quedarse impotente, no obstante, permanece en apariencia inalterable.

Las sesiones 2 y 3 se dedican fundamentalmente a llevar a cabo una Desensibilización Sistemática en hipnosis a su miedo a quedarse impotente. La relajación del procedimiento original se sustituye por una inducción hipnótica con sugerencias adicionales de relajación profunda. Se establece una jerarquía de 5 ítems.

A la finalización de la 3ª sesión, a J.Z. se le instruye combinar los ejercicios

de focalización con la técnica de parada-arranque de Seamans. En la 4ª y 5ª sesiones manifiesta haber alcanzado erecciones completas rápidamente, e incluso algún orgasmo; se siente mejor y más relajado, aunque piensa «¿por cuánto tiempo?» y permanece su preocupación sobre si se recuperará totalmente. Manifiesta asimismo sus sensaciones de «falta de deseo sexual» y escasa excitación, con respecto al pasado.

Durante la 5ª sesión introduzco un ejercicio de imaginación dinámica positiva en hipnosis. Consistió en:

- La inducción hipnótica correspondiente.
- Profundización con un ejercicio de relajación con sugerencias directas de calma y relax, algunos elementos del entrenamiento autógeno de Schultz e imaginación de escena de playa relajante.
- Imaginería guiada de contenido sexual: J.Z. conoce un joven atractivo en un pub; se le estimula a percibir las sensaciones de deseo y excitación que el encuentro le produce, finalizando con una relación sexual completa con éxito.

Este ejercicio se graba en cinta magnetofónica y se le instruye a escucharlo durante la semana. Se le instruye asimismo a continuar con la técnica de parada-arranque, alimentación de fantasías de contenido sexual y si lo desea masturbarse hasta alcanzar el orgasmo.

Sesión 6

Recaída.

J.Z. viene a consulta muy pesimista. Pese a los avances obtenidos, se muestra ansioso, triste y confuso. Tres días antes fracasó por completo en obtener una erección/orgasmo al masturbarse. Piensa que su problema puede ser orgánico. Me comenta que hace pocos meses adelgazó 20 kg. y cree que eso puede estar en la base de su problema.

Dedicamos parte de la sesión a debatir sus pensamientos de incapacidad y sus temores, así como a debatir su creencia de que su problema es orgánico. No obstante le sugiero un análisis clínico de sus niveles de prolactina y testosterona, para descartar que la reducción de peso hubiera producido una alteración hormonal.

Le propongo un nuevo ejercicio de imaginación dinámica similar al anterior, introduciendo tras la profundización un ejercicio de atención, concentración, dinamización y fortalecimiento de sus recursos personales y cualidades positivas. Utilizo la imagen sugerida por A.M. Pelletier's (1979) de un roble majestuoso que representa a él mismo, J.Z., en su grandeza, su belleza y en todos los detalles que le sugiero: tupido follaje, pájaros cantando entre sus ramas, raíces fuertes y profundas: «tú eres como este majestuoso roble... te has hecho más fuerte por las vicisitudes de la vida... lleno de energía y salud... incluso eres mucho más que este roble, ya que puedes pensar, puedes moverte, tomar decisiones, puedes amar y ser amado... Siente tu poder, tu fuerza, tus habilidades, tu capacidad... muéstrate agradecido por ti mismo... ERES TÚ lleno de energía... ahora descansa profundamente y contempla tu fuerza...». Posteriormente metafóricamente asocio la majestuosidad del árbol con sus erecciones al llevar a cabo una actividad sexual. Le sugiero finalizar con un encuentro sexual en la playa (lo que le resulta altamente excitante según el cuestionario de placer sexual que completó). Se graba la intervención y se le instruye a escucharla durante la próxima semana, así como seguir con los ejercicios de focalización/parada-arranque/masturbación-orgasmo.

Sesión 7

J.Z. acude más relajado a la consulta. Sigue pensando que «no funciona». Sus niveles de erección son escasos. Se muestra preocupado pensando en que

su problema no sea psicológico (al día siguiente le proporcionarán los resultados de su análisis). No obstante ahora su preocupación principal es la ausencia de deseo y excitación. Fracaso asimismo (no consiguió una erección) en un contacto sexual que mantuvo con un amigo (tuvo el encuentro sin desearlo realmente).

La sesión la centramos en el debate de todas estas ideas: su falta de deseo proviene de sus problemas de erección, hay que esperar el dictamen médico, no hay que obsesionarse por los escasos avances («la recuperación llevará un tiempo»...), el preocuparse interfiere con la recuperación (mejor estar importancia al problema), etc.

Le animo a continuar con los ejercicios y la grabación de la semana pasada.

Sesión 8

El médico endocrinólogo descartó problemas hormonales. En cuanto lo supo se sintió notablemente mejor. Sabe que su problema esta sólo «en su cabeza». Hace los ejercicios y percibe avances en sus erecciones. Se muestra menos obsesionado y preocupado, más relajado, y que le beneficia el «pasar un poco del tema... seguro que lo voy a superar». Practicó el sexo con un amigo; llegó a la erección pero no pudo llegar al orgasmo (no sabe por qué). En general sigue su falta de deseo.

Le propongo un nuevo ejercicio que denomino relajación+activación, en hipnosis. La parte de relajación es similar a los anteriores ejercicios. El ejercicio de activación consiste en imaginar «bolitas (capsulas) de energía» que proceden de la base del cerebro (hipotálamo, representaría cualquier estimulante cerebral segregado por el propio organismo) y que se distribuyen uniformemente a todo el cuerpo a través del torrente sanguíneo, energizándolo y activándolo, llenándolo de vida. (Lo importante en esta visualización es la metáfora que sugerimos, al margen de

PRÁXIS

que un proceso de estas características no se corresponda completamente con la realidad). Se le sugiere a J.Z. que visualice como se carga de «electricidad orgánica» por todos los poros, especialmente sus genitales, que perciba las sensaciones sensuales que ello produce y la excitación consiguiente. Esta energización le llena de vida, es muy placentera y sensual y recorre todo su organismo. Le animo finalmente a dar rienda suelta a toda esta excitación imaginando un objetivo sexual y dejando que el mismo durante unos minutos proceda a imaginar toda clase de situaciones excitantes, estimulantes y placenteras dejando volar su imaginación.

Los ejercicios para casa sugeridos son:

- Escucha de la nueva cinta de relajación-activación, con periodicidad diaria.
- Su actividad sexual debe reservarla exclusivamente para cuando realmente desee hacerla.
- Para ayudar a que el deseo se restablezca le animo a visitar una sex-shop, alquilar o comprar algunas cintas de video de carácter erótico (a su elección) visionarlas (solo o en compañía) y adquirir literatura erótica (revistas, libros, etc...)

- Evitar encuentros sexuales con amigos, es decir, con personas por las cuales no siente excitación sexual suficiente para tener una relación sexual. Hasta ahora sentía temor a estar con un desconocido para evitar el ridículo. Le animo a que, si conoce a una persona interesante y surge la posibilidad de un contacto, lo lleve a cabo sólo si realmente le apetece. J.Z. piensa que hacer el amor con un desconocido atractivo puede resultarle altamente estimulante.

Sesión 9

J.Z. acude a consulta afirmando que todo va muy bien. Tiene erecciones completas y alcanza el orgasmo sin dificultad. Esta semana mantuvo dos relaciones con dos desconocidos sin nin-

gún contratiempo. Afirma que se ha sentido muy excitado durante sus dos experiencias, aunque espera incrementar aún más sus capacidad de sentirse estimulado sexualmente. Sus temores han desaparecido y asume que obtendrá una mejora completa con el transcurrir de los días.

Prevención de recaídas: se le refuerza por aceptar los avances y esperar una mejoría total y se le advierte de la posibilidad de alguna recaída. Se le informa que una falta de erección puntual no representa una patología. Mediante un diagrama se le dio a entender que al igual que el problema se manifestó de forma progresiva, su resolución se producirá de la misma manera, mejorando día tras día. Para complementar este apartado llevamos a cabo un entrenamiento en autoinstrucciones para el afrontamiento de la ansiedad (si esta se produjera) o para manejar un episodio de impotencia situacional. Se le insta a que durante el período de seguimiento continúe con los ejercicios que hasta ahora ha ido llevando a cabo.

Educación sexual: la rutina sexual en la pareja; el papel de las fantasías en el sexo, cada encuentro sexual es diferente, nuestro grado de excitación y satisfacción será distinto dependiendo de las circunstancias.

Sesión 10. Seguimiento.

J.Z. no acude a dos citas de seguimiento posteriores a la finalización del tratamiento por diversos motivos (coincidencia con exámenes). Mediante contacto telefónico nos informa que sus problemas han desaparecido y se siente animado por afrontar cualquier imprevisto si se produjera.

A los tres meses de la financiación del tratamiento J.Z. acude a consulta y se manifiesta en los mismos términos: se siente perfectamente, sus problemas han desaparecido, está más relajado (incluso de cara a sus exámenes). Sus preocupaciones se centran en otros temas. Ha adquirido material erótico para in-

tegrarlo en sus actividades sexuales.

Dedicamos el resto de la terapia a resolver dudas diversas sobre el ámbito de la sexualidad humana. Realizamos un entrenamiento en RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS a fin de que utilice un esquema sistemático para afrontar sus preocupaciones.

Actualmente el caso se halla en seguimiento.

DISCUSIÓN

La recuperación de J.Z. ha sido completa en todos los sentidos. Los objetivos terapéuticos se han cumplido integralmente. Esta recuperación está basada en las declaraciones (y los autorregistros) del propio paciente fundamentalmente, ya que no se realizó ningún estudio/valoración objetiva pre y post-tratamiento (contamos no obstante con la reducción de puntuación en ANSIEDAD-ESTADO del paciente en el STAI).

Las intervenciones llevadas a cabo han facilitado los cambios conductuales, emocionales y cognitivos necesarios para que el paciente fuera consciente de que su problema deriva exclusivamente de la situación de estrés en la que estaba inmerso (exámenes). El avance terapéutico ha estado jalonado de algunos retrocesos producto de pequeños fracasos, su excesiva preocupación y sus miedos. Su «carácter» perfeccionista no ha sido asimismo un aliado terapéutico: los avances siempre era insuficientes; si un problema se resolvía (las erecciones) surgía uno nuevo por el que preocupase (la falta de deseo).

Ha sido preciso utilizar todos los recursos terapéuticos disponibles para resolver sus miedos, vincular sus respuestas de erección a momentos de relax y abandono sensual, recuperar el «deseo» y su capacidad de sentirse excitado y hacerle comprender hasta qué punto una situación de inestabilidad emocional puede afectar nuestra vida sexual.

Las intervenciones basadas en técnicas de hipnosis se han llevado a cabo bajo un esquema cognitivo-conductual e insertas en el análisis funcional del problema del paciente. La DS se aplicó obteniendo resultados óptimos en tan sólo dos sesiones terapéuticas, ya que la hipnosis facilita la relajación, incrementa notablemente la capacidad de visualización del paciente y es una herramienta potente para focalizar toda su atención (sin distracciones) hacia los items a los que se expone.

La relajación hipnótica, presente en muchas de las intervenciones, ha sido un factor determinante para manejar la ansiedad del paciente. J.Z., con un apreciable grado de sugestibilidad, se ha beneficiado al conseguir grado de relajación profunda en menor tiempo que el que habría sido necesario emplear con otras técnicas habituales de relajación, en este caso a costa de ser algo menos autónomo (se ayudaba de una grabación) aunque bien es verdad que el objetivo no era aprender a relajarse a voluntad sin recurrir a artefactos como la de superar sus problemas de erección. Una vez finalizado el tratamiento se le instruyó al paciente a no emplear las cintas grabadas durante la terapia (salvo necesidad) y que las sustituyera por ejercicios de respiración, o bien que intentara diariamente aprender a relajarse a voluntad sin hacer uso de ellas.

La hipnosis ha sido crucial en los ejercicios basados en imaginería dinámica. Lázarus (1978) afirma: «La visualización de cualquier escena placentera, real o imaginaria, pasada, presente o futura, tiene muchos beneficios. Como reductor de tensión, como inhibidos de la ansiedad, y como un activador directo del disfrute, la imaginería positiva puede desempeñar un importante rol. El poder de la imaginería mental positiva para curar alteraciones físicas está comenzando a ganar atención. La imaginería positiva puede ayudar a enfrenar el dolor (pena), e inducir un sentimiento de optimismo superando el

aburrimiento». En este caso concreto se ha utilizado imaginería positiva, metáforas y asociaciones de interés para la terapia. El visualizar, a modo de ensayo conductual en imaginación, una relación sexual satisfactoria en la que él es el propio modelo, otorga confianza al paciente quien concibe que dicha situación puede virtualmente ponerse de manifiesto en la vida real y es un predictor del éxito cuando tenga oportunidad de realizar dicha conducta. La hipnosis, como comentamos al comienzo de este tipo de intervenciones en imaginación, que las enriquece, que las vivifica y las dota de una textura cuasi-real. Lo mismo podemos afirmar del papel de las metáforas, las asociaciones y los símbolos en el proceso terapéutico. Nuestra capacidad de abstraer, de producir símbolos, de representar, es consustancial a nuestra naturaleza de seres humanos. Nuestras abstracciones son intentos de dar significado a nuestras experiencias cotidianas, dado que nuestras representaciones sensoriales internas son tan sólo símbolos de la realidad manifestada. Así nuestras conductas y nuestras cogniciones, si son inadecuadas, pueden ser modificadas con una imagen clara de nosotros mismos como modelos de salud proyectados en el tiempo, o bien, simplemente con un símbolo de salud que nos represente adecuadamente (el árbol, las bolitas de electricidad orgánica...).

He deseado mostrar con este trabajo la eventualidad de utilizar la hipnosis como herramienta terapéutica en el ámbito de la sexualidad. Son necesarios un mayor número de estudios controlados para establecer definitivamente la eficacia de la hipnosis (como coadyuvante en la terapia) en el tratamiento de las disfunciones sexuales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carpintero, E. y Fuertes, A. Validación de la Versión Castellana del «Sexual Opinion Survey» (SOS). en Cuadernos de Medicina Psicosomática, no. 31. 1994.

Erickson, M.H. A study of an experimental neurosis hypnotically induced in a case of ejaculatio precox. British Journal of Medical Psychology, 1935, 15, 34-50.

Kaplan, H.S. La nueva terapia sexual. Madrid: Alianza; (1974) 1982.

Kirsch, I. (1990) Changing expectations. A Key to effective psychotherapy. Pacific Grove, Ca: Brooks COle Publishing Company.

Kirsch, Montgomery & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunto to cognitive-behavioral psychotherapy. A meta-analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63, 214-220.

Kroger, W.S. and Fezler, W.D. Hypnosis and Behaviour Modification: Imagery Conditioning. Philadelphia: Lippincott, 1976.

Labrador, F.J. Disfunciones Sexuales. Madrid. Fundación Universidad-Empresa. 1994.

Lazarus, A.A. In the Mind's eye. New York Rawson, 1978.

Macvough, G.S. Frigidity: What You Should Know about Its Cure With Hypnosis. Elmsford. N.Y.: Pergamon, 1979.

Master, W.H. y Johnson, V.E.: Incompatibilidad sexual humana. Buenos Aires. (1970) 1981.

Miguel Tobal J.J. y González Ordi, H. (1988): La analgesia hipnótica: un análisis de las principales aportaciones experimentales y clínicas de la hipnosis al tratamiento psicológico del dolor. Revista Española de Terapia del Comportamiento, 6, 251 - 270.

Pelletier, A.M. Three uses of guided imagery in hypnosis. American Journal of Clinical Hypnosis, 1079, 22, 32 - 36.

Shoenberger, N.E., Kirsch, I., Gearan, P., Montgomery, G. & Pastyrnak, S.L. (1994). Hypnotic enhancement of a cognitive-behavioral treatment for public speaking anxiety. En I. Kirsch (jChair), Suggestive anahcement of behavior therapy-empirically validated techniques. Simposium celebrado en the 102nd. APA Convention. Los Ángeles, CA. USA.