



## La psicoterapia: Un espacio de Juego y una experiencia de Intimidad<sup>1</sup>

Rosario Castaño Catalá<sup>2</sup>

*Instituto Palacios, Madrid.*

Intimidad es un concepto muy amplio que tiene diferentes significados para cada persona; según el diccionario de la RAE, intimidad es todo aquello que sucede en el interior de una persona o de un grupo personal, siendo fundamentalmente, un fenómeno que ocurre en el ámbito familiar. Este concepto suele relacionarse con otros dos: confiabilidad y seguridad.

La intimidad tiene que ver con sentimientos, pensamientos o tendencias personales, más fuertes todavía que la religión o la ideología, que afectan a la vida sexual, a determinados problemas de salud que se quiere mantener en secreto u otras inclinaciones.

La viñeta clínica de una paciente con “inhibición sexual extrema” nos puede ayudar a reflexionar sobre el espacio terapéutico.

Un espacio, donde se va a desarrollar algún tipo de vínculo emocional, como la posibilidad de una vivencia de intimidad; esa experiencia de intimidad ayudará al cambio, teniendo en cuenta que “solo se aprende desde la compañía y no desde la exhortación” M. Khan (1991).

**Palabras clave:** Juego, Intimidad, deseo sexual, inhibición, relación terapeuta-paciente, confianza, seguridad, los límites, el espacio y el tiempo.

Intimacy is a very broad concept that has different meanings for each person. According to the Royal Spanish Academy dictionary, intimacy is everything that happens inside a person or a personal group, which is essentially a phenomenon that occurs in the family background. This concept is typically associated with two others: reliability and security.

Intimacy has to do with feelings and personal thoughts or tendencies, which are even stronger than religion or ideologies, and which affect your sexual life, as well as certain health problems or other inclinations, that are kept secretly.

The clinical vignette of a patient with “extreme sexual inhibition” may help us reflect on the therapeutic space.

An space, in which you plan to develop some kind of emotional bond, such as the possibility of an intimate experience. This experience of intimacy will help to encourage change, given that “we only learn from the company and not from the exhortation” M. Khan (1991).

**Key Words:** Play, intimacy, sexual desire, inhibition, therapist-patient relationship, trust, security, boundaries, space and time.

**English Title:** Psychotherapy: a play space and an intimacy experience.

### **Cita bibliográfica / Reference citation:**

Castaño, R. (2009). La psicoterapia: Un espacio de juego y una experiencia de intimidad.

*Clinica e Investigación Relacional*, 3 (2): 358-371.

[<http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/CEIRPortada/tabid/216/Default.aspx>] [ISSN 1988-2939]

Parto de la idea que nos transmite Winnicott sobre el juego y la psicoterapia: Jugar tiene un lugar y un tiempo. Me parece válido el principio general de que la psicoterapia se realiza en la superposición de las dos zonas de juego, la del paciente y la del terapeuta. Si este último no sabe jugar, no está capacitado para la tarea. Si el que no sabe jugar es el paciente, hay que hacer algo para que pueda lograrlo, después de lo cual comienza la psicoterapia. El motivo de que el juego sea tal es que en él el paciente se siente creador.

Cuando me dispongo a esperar a alguien que vendrá por primera vez, siempre me surgen las mismas dudas: ¿el paciente tendrá esa disposición de la que poder partir? ¿seré yo capaz? ¿podré ese día?.

A lo mejor, yo no puedo hacer nada en este caso, veamos y con esta actitud quiero comenzar las primeras sesiones: Veamos; ver y escuchar desde la neutralidad y la empatía.

Neutralidad entendida no como frialdad carente de resonancia de un analista distante y anestesiado, sino como la capacidad de suspender temporalmente el juicio y de abstenerse de una adhesión prematura a una sola de las partes del paciente, en un analista atento a la complejidad de la situación, permitiendo un contacto progresivo”

La empatía implica un proceso de comprensión e inspección intelectual que accede a los estados emocionales del otro. “Una verdadera y profunda disposición empática es valorada, de forma realista, teniendo en cuenta las complejas interferencias de las transferencias y contratransferencias originales y de aquellas inducidas recíprocamente por ambos miembros de la pareja psicoanalítica durante el desarrollo. (Bolognini)

Pero para hacerme cargo de un paciente no puedo quedarme sólo en esta actitud de escucha, necesito tener en cuenta otra serie de factores. Considero que la curiosidad y la apertura a nuevas aportaciones y revisiones en la teoría y en la técnica es algo que hay que tener en cuenta constantemente, en nuestra profesión; esto me exige recorrer puentes que me vayan acercando a nuevos términos que definan la relación paciente-terapeuta y con los que me veo reflejada, o lo intento, en mi practica diaria, tales como implicación, sinceridad, apertura, autenticidad. (Mitchell y otros).

Khan resalta la importancia de la singularidad, exclusividad y privacidad de la relación analítica: “el psicoanálisis es una disciplina extremadamente íntima, de sensibilidad y habilidad. La practica del psicoanálisis convierte esa intimidad en una relación especializada entre dos personas, quienes a través de la misma naturaleza de su exclusividad se cambian mutuamente” (GRITA)

Tanto el lenguaje verbal como el no-verbal ayudarán a crear esa relación y favorecerán el juego entre “dos” que comienzan una relación especializada como la denomina Khan; citando a Avila “el nivel constituido por los componentes elementales del sistema de señales compartido por paciente-terapeuta; infante- cuidador por e.j. las micro-expresiones faciales, los moduladores del tono y timbre de comunicación vocal, los ritmos del movimiento del cuerpo, las posiciones expresivas complejas del cuerpo y si se da, el contacto piel a piel. Todas ellas están presentes en una u otra medida en un progresivo proceso de ajuste mutuo, hasta lograr una sintonía comunicacional que se tiñe de afectos” .

## La relación paciente-terapeuta:

- Neutralidad-Empatía
- Implicación-Sinceridad-Autenticidad
- Intimidad-Sensibilidad-Habilidad
- Lenguaje verbal y no verbal
- Momentos teñidos de afectos

Tomado y modificado de Khan, M; Bolognini,S; Grupo GRI.TA; Avila, A

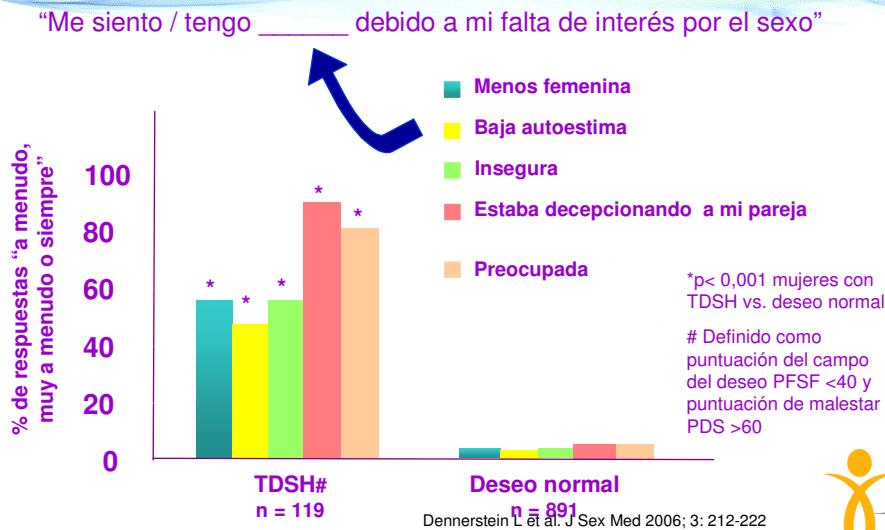


Hace ya tiempo que atendí por primera vez un caso de sexología como el que traigo a este espacio y desde entonces, veo un aumento considerable de mujeres que consultan por problemas sexuales, se mueven entre la preocupación, el desconcierto y el miedo a que la relación se rompa, son personas muy distintas entre sí por sus necesidades, síntomas, estructura, grado de maduración, capacidad de elaboración y de transformación; sin embargo, tienen muchas cosas en común; todas ellas presentan un tipo de queja, de malestar muy similar, tienen una relación de pareja estable y refieren dificultades en alguna de las fases de la respuesta sexual: Deseo, excitación y orgasmo; fundamentalmente pérdida o inhibición del deseo sexual.

No se dispone de un sistema de clasificación universalmente aceptado para las disfunciones sexuales. Todos los sistemas clasificatorios siguen el esquema de las fases de la respuesta sexual humana (Masters y Johnson, Basson).

Los sistemas de clasificación de más difusión son el DSM-IV-TR y la CIE-10. En la categoría del deseo sexual se incluyen dos tipos: el deseo sexual hipoactivo o inhbido y el trastorno por aversión al sexo; el primero se caracteriza por ausencia o déficit de fantasías sexuales y de deseo de actividad sexual de forma persistente y recurrente mientras que el trastorno por aversión al sexo, supone una aversión extrema con evitación de todos o prácticamente todos los contactos genitales de la pareja (OMS).La CIE-10 establece una duración mínima de seis meses en la mayoría de las disfunciones sexuales para realizar el diagnóstico. (Castelo-Branco)

**La disminución del deseo sexual afecta a la propia imagen y a la relación de pareja**



Aunque no es mi intención realizar un diagnóstico, considero de interés señalar que, la mayoría de las mujeres que consultan, sean jóvenes o de mediana edad traen el mensaje que transmite la sociedad actual sobre la importancia de “consultar a su médico cuando haya algún problema sexual que sea motivo de preocupación”

**Primera viñeta clínica**

María, casi lo primero que me dice: “No tengo ningún deseo sexual, mi marido no lo entiende; él necesita relaciones sexuales y no se las doy. Es como si nunca hubiese tenido “instinto sexual”, llevamos dos años sin hacer el amor, no le quiero perder”. Se muestra muy angustiada e inquieta, deprimida y sin ganas de nada.

47 años, casada desde los 20, hijos; profesión liberal, nivel socio-cultural medio-alto; es su única pareja sexual; estuvo tiempo atrás en terapia pero lo dejó aunque dice, le fue bien. Durante pocos meses acudieron los dos a terapia de pareja “sin ningún resultado”. Ahora viene a consulta de sexología recomendada por su ginecóloga que considera que no la puede ayudar; consulta exclusivamente por este problema, considera que es grave y que debe resolverlo cuanto antes porque “ha pasado de preocuparle a estar con una angustia que no soporta”

Pienso que la preocupación por si sola no es un motivo que anime a buscar una psicoterapia. La búsqueda de alivio suele ir acompañada del “enigma respecto de ese sufrimiento; los pacientes quieren respuestas y que además sean distintas a las que ya se han planteado durante todo el tiempo que han tardado en consultar; atribuyen al terapeuta una sabiduría para dárseles y le suponen capacidad para transformar la situación que están viviendo” (Korman).

Es curiosa la forma tan directa de expresarse, aparentemente, sin pudor y sin ningún tipo de inhibición. Habla de su vida sexual con total normalidad y seguridad; cuenta detalles de su

vida de pareja sin dificultad y sin embargo, no puede hablar sobre su propia sexualidad. Observo un denominador común con otras pacientes y es la incapacidad de mirar hacia “dentro de sí”, una cierta imposibilidad de meditar sobre sí misma, de ocuparse de sí misma; se expresa en todo momento refiriéndose al “otro”, parece saber todo sobre su pareja hasta tal punto que, es como si en mi despacho estuviesen “tres sujetos” y uno de ellos “el ausente” es el que ocupa todo el espacio mientras ella se desdibuja en su sillón a medida que va contando sus angustias; pero...¿qué es lo que me cuenta? ¿problemas sexuales? ¿su vida íntima?; habla de su “vida privada”, me “confiesa” toda clase de experiencias sexuales que le gustaron o desagradaron, “son secretos que no he contado a nadie” y sin embargo ¿Por qué eso tan íntimo a mí me llega como una información vacía, sin contenido?.

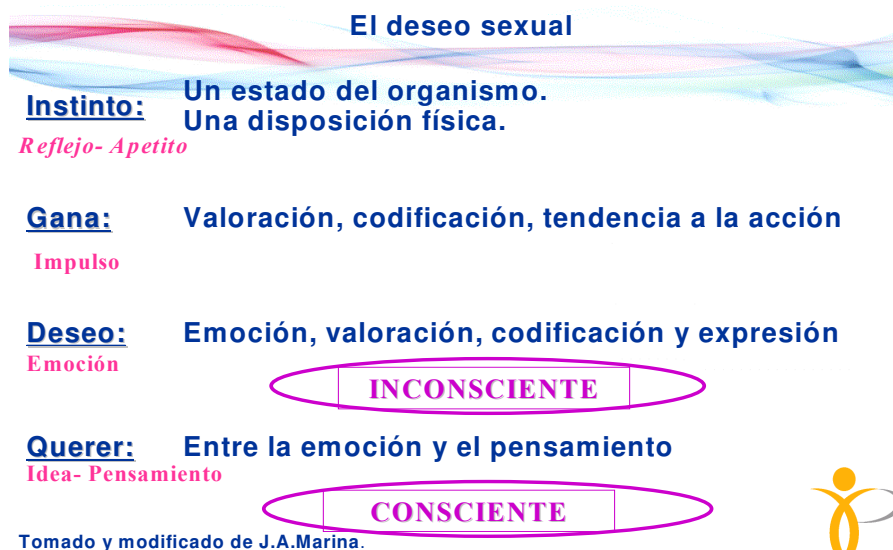
Ambiente familiar.- es la hija mediana de dos hermanos. “me casé para salir de casa y renuncié al trabajo por seguir a mi marido”; es ama de casa hasta los 30 años. Ella no empieza ningún tipo de actividad por sí misma, todo está en función de grupo familiar.

Encuadre.- Una sesión semanal, (el tratamiento duró 2 años y 10 meses), al principio pide insistentemente que reciba a su marido porque, en su desesperación, cree que él me podrá decir lo mal que lo está pasando, que no exagera; además “así podrás ayudarme en mi vida sexual”. Después de un trabajo exhaustivo entiende que ese espacio le pertenece sólo a ella y es donde podremos trabajar juntas; necesita reflexionar sobre “sí misma”, sobre su sexualidad, por ahora, ya tendrá tiempo de ir contándome cómo transcurren sus relaciones sexuales.

Otros síntomas.- Insomnio, sofocos, taquicardias, sequedad vaginal que no le preocupa ni le afecta mucho; ataques de ira contra su pareja, periodos de mal humor, atracones seguidos de dietas extremas, aislamiento, ideas suicidas que ella llama malos pensamientos.

## El deseo sexual

### La forma de ser y de estar en el mundo





Tomado y modificado de S. A. Rathus; J.S. Nevid; L.Fichner-Rathus. *Sexualidad Humana*. Pearson Prentice Education,2005



Anatomía y Fisiología tienen algo que decir pero el deseo siempre se experimenta en el contexto de una relación y este contexto define su significado; “La mente utiliza lo que le proporcionan la anatomía y la fisiología, pero los “significados” de esas partes y procesos corporales, la estructura fundamental de la experiencia y sus significados más profundos se derivan de modelos relacionales, de su papel en la lucha por establecer y conservar contactos con los demás” (Mitchell)

La sexualidad se puede explicar por los aspectos de contacto y apego y por los de identidad (Bowlby); sin embargo, la paciente vive deseo sexual y excitación sexual como algo totalmente separado de sus afectos “yo le quiero mucho, no me quiero separar pero no soporto el sexo ni con él ni con nadie, nos llevamos muy bien en todo menos en el sexo, recomiéndame algo, qué hago, no sé ni seducirle, me veo fea, siempre me he visto poco femenina, no sé cómo hacer”

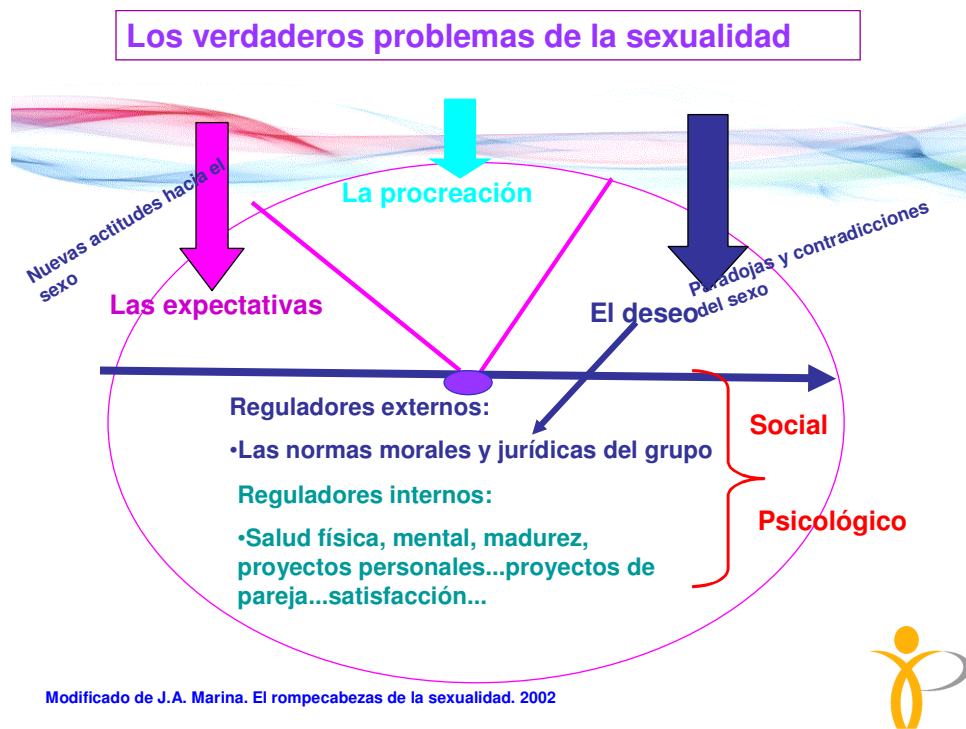
Davies explica en un magnífico artículo que “un grado de frustración es absolutamente necesario para el placer y la excitación sexual”. Un cierto grado de frustración permite afrontar la experiencia sexual, el placer sexual está basado en la capacidad de frustración para poder tolerar una excitación corporal creciente y una emoción y tensión sin garantía de satisfacción.

La actividad sexual es perturbadora, obliga a una permanente tensión pero sobre todo nos enfrenta a nosotros mismos y pone en evidencia nuestra vulnerabilidad, ¿por eso será que se convierte en fuente de conflictos, problemas y sufrimiento? ¿por qué, es tan frecuente que, entre dos que “practican sexo” en una relación estable, acabe por aparecer la frase “tú no me entiendes”? Me dispongo a escribir de sexo y sé que en algún momento tendré que

abordar la relación de pareja.

Del mismo modo que el deseo “el padecimiento del ser humano no puede estar al margen de influencias de la época y por tanto ha de ser pensado en su articulación” (GRI.TA.). La revolución sexual de los años 60 del pasado siglo supuso el inicio de cambios profundos en la sexualidad que no han dejado de producirse y desde entonces, estamos inmersos en una transformación de la intimidad (Giddens); cualquier cambio en el terreno sexual por sensible u oportuno que sea, tiene unas implicaciones directas y sutiles que requieren largos períodos de reflexión y experimentación para que se vean y se vivan con seguridad y confianza a nivel personal y social.

Sexualidad, intimidad e identidad están en conexión hoy día, más que nunca, y eso requiere cierto nivel de autonomía y madurez personal que permita una relación basada más en la igualdad y no en el poder y el control del “otro”, una relación basada en la intimidad.



### La transformación de la intimidad en la sociedad globalizada.

María se mueve entre una relación de desequilibrio de poder, entre una relación adictiva donde tuvo encuentros sexuales satisfactorios y la ilusión de una relación basada en la igualdad y la confianza; sin embargo, aquí el nivel de excitación no se llega a producir, sus códigos sexuales han perdido su significado. Se ve extraña entre un modelo de relación que ya no le sirve ni acepta y el anhelo por otro que desconoce y teme; una relación que busca la confianza negociada y el compromiso personalizado.

### Actitudes de dependencia y adictivas

- Uno de los dos presiona para una relación sexual
- Desequilibrio de poder
- Se aspira al control
- No se habla, especialmente, cuando no van bien las cosas
- Falta de confianza y manipulación
- Tentativas de cambiar al otro
- Fusión (obsesión con los sentimientos del otro)
- Se confunde pasión con temor
- Culpa a si mismo o al otro de los problemas
- Ciclo de dolor y desesperación

Tomado y Modificado de A. Giddens, sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas



### Actitudes íntimas

- Desarrollo del yo como prioridad, Deseo de comunicación.
- La relación se desarrolla paso a paso.
- Libertad de elección
- Compromiso, negociación o liderazgo compartido
- Se aprecia la opinión del otro
- Confianza adecuada
- Aceptar la individualidad del otro
- La relación es siempre cambiante
- Autocuidado por ambos miembros de la pareja
- Preocupación sana por el otro sin atosigarle
- El sexo surge de la amistad y del cariño
- Solución conjunta de los problemas
- Ciclo de bienestar y satisfacción

Tomado y Modificado de A. Giddens, sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas





## Segunda Viñeta clínica

En las primeras sesiones, cuando estoy recabando datos, suelo señalar aquello que me resulta extraño o me llama mucho la atención de todo lo que está sucediendo en el “aquí y ahora” ya que me suele aportar una información muy valiosa.

Desde que la conozco viene vestida completamente de negro y en una actitud mezcla de angustia, inquietud, tristeza, falta de concentración, falta de interés por el entorno y problemas somáticos.

Terapeuta - ¿Estás de luto?

Paciente - Perpleja, callada (no habitual en ella) se le humedecen los ojos, hasta ahora no ha llorado, se ha mostrado muy tensa y con un discurso firme y contundente plagado de reproches a su pareja. Después de un largo y tenso silencio...

Terapeuta - A mi me parece que estas muy triste, como si hubiese muerto alguien muy querido o hubieses perdido algo de mucho valor.

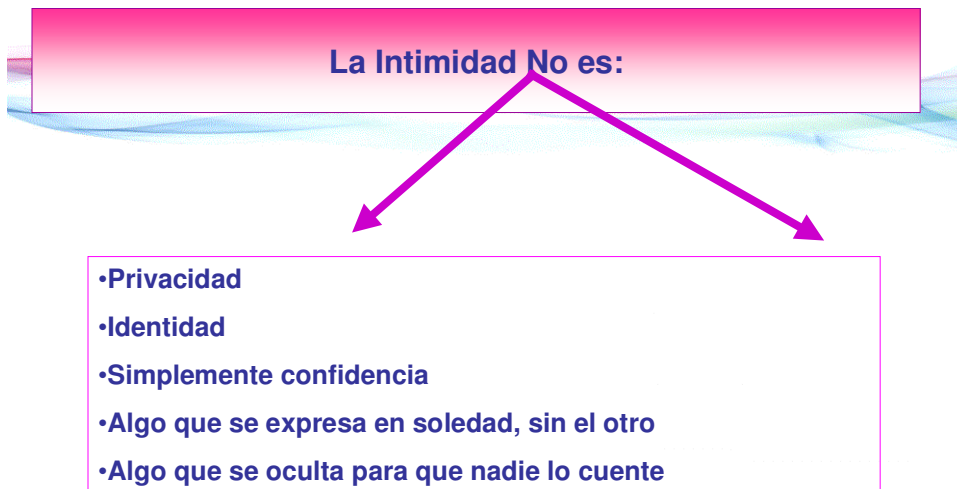
Paciente – Llorando, casi sin poder hablar.... me ha venido a la mente la imagen de mi madre cuando sería como yo ahora. La operaron del pecho y dejó de cuidarse, parecía que se iba a morir y desde entonces la veo no como una mujer sino como una ancianita;yo me veo igual, que he perdido mi juventud, que me estoy muriendo...

Está pasando una crisis personal y todavía no ha tomado conciencia de que tiene que afrontar un duelo por las pérdidas propias del vivir. “En la vida no sólo hay pérdidas relacionales y materiales, de personas, de ideas y de cosas, sino también pérdidas evolutivas (con los cambios de edad y posición psicosocial) intrapersonales (con los dolores, sufrimientos y pérdidas fundamentalmente internas, a menudo no visibles claramente desde el exterior); Cada duelo implica toda una modificación de nuestros significados, de nuestro mundo de significaciones. (Tizón).

## La intimidad

Una relación basada en la intimidad, requiere no sólo confianza y seguridad, necesita que se establezcan los límites personales, no dejarse absorber por el otro ni invadir al otro, por eso depende tanto de la autonomía personal. La paciente no sabía lo que era una experiencia de intimidad y eso se reflejaba en todos los aspectos de su vida, también en las sesiones; aprendí mucho de ella, ¿cómo podía ayudarla? Empecé a prestar atención a este concepto pero no sólo como objeto de estudio en una relación de pareja sino también como un factor del encuadre que pueda ayudar al cambio psíquico.

Empecemos por aquello que no es, en esta sociedad postmoderna se confunde a menudo intimidad con privacidad, con propiedad privada (se ve mucho, sobre todo en el lenguaje empleado en los medios de comunicación...)



Tomado y modificado de Pardo, L.



Tomado y modificado de Pardo, L.



## Factores que promueven la intimidad en la psicoterapia

La intimidad tiene que ver con la forma en que cada uno se habla a si mismo, en ese hablarse hay una doblez, (un sentido / significado) (una animalidad / racionalidad) en ese doble sentido de las palabras es donde se va instalando y cobijando la intimidad, ésta no se esconde, se abriga y desde ese cobijo cada uno va aprendiendo a soportar su propia vulnerabilidad, la sensación de no estar siempre a “la altura de las circunstancias” “a expensas de los demás”, el sujeto se siente acogido y se tolera y se soporta con sus fragilidades y debilidades.

Empezar a jugar en el sentido “winnicottiano” empezar la “verdadera psicoterapia” fue muy complejo y comprometido, hubo que superar numerosos obstáculos para que pudiese, primero, conectar con la niña que llevaba dentro, una niña obediente, sometida, resentida, llena de culpa, enfadada y dependiente emocionalmente; que pudiese soportar la frustración de mirar(se) hacia ella misma y ver(se) y reconocer(se) en aquellos aspectos que consideraba negativos y que debían estar ocultos a los ojos de los otros pero también a los de ella. Tolerar(se) como persona vulnerable. “curar a ese niño/a que llevamos dentro es necesario para buscar el cambio” (Winnicott)

El espacio y el tiempo vinieron en ayuda de “nosotras dos”; la repetición del espacio y del tiempo marcan límites (Pardo), ayudan a la diferenciación;

El “decir” de la paciente no se encuentra con un vacío; su voz choca con la escucha del terapeuta, encuentra a alguien que le ayuda a escucharse a si misma, a conectar con esa parte de si misma que le resulta insoportable y le produce vértigo.

Por otra parte, nadie se hace a si mismo sin tomar conciencia del paso del tiempo, sin tener conciencia de la propia muerte; cuando acepta que la vida se le escapa; es cuando empieza a contemplar la vida, a disfrutar del presente en un intento por demorar y entretener el momento de la muerte; precisamente, porque descubre y acepta que la muerte puede llegar en cualquier momento, no se dedica a correr sin sentido, a enredarse en actividades y responsabilidades de forma compulsiva para distraerse de sus propias angustias; saberse siempre al borde del filo de la vida la empieza a preparar para sobrellevar “la pequeña muerte y tolerar la frustración que se repite en cada encuentro sexual”. (Davies)

Comencé a experimentar la sensación de estar en intimidad con la intimidad de esta paciente cuando ella conectó y yo conecté con su “si misma” y no con la identidad que se había construido de mujer exitosa, excelente esposa y mejor madre dispuesta a ayudar a todo el que lo necesitase sin mostrar(-se) ni exponer(-se).

Llegó un momento en que establecida la confianza y la seguridad en el encuadre terapéutico, la paciente necesitaba otra serie de factores para que se produjera algún tipo de cambio más profundo.

Me vi en una aparente contradicción: Entre “establecer límites que permite que se pueda experimentar quién es quién en una relación” (Giddens) y a la vez “aliarse con el paciente

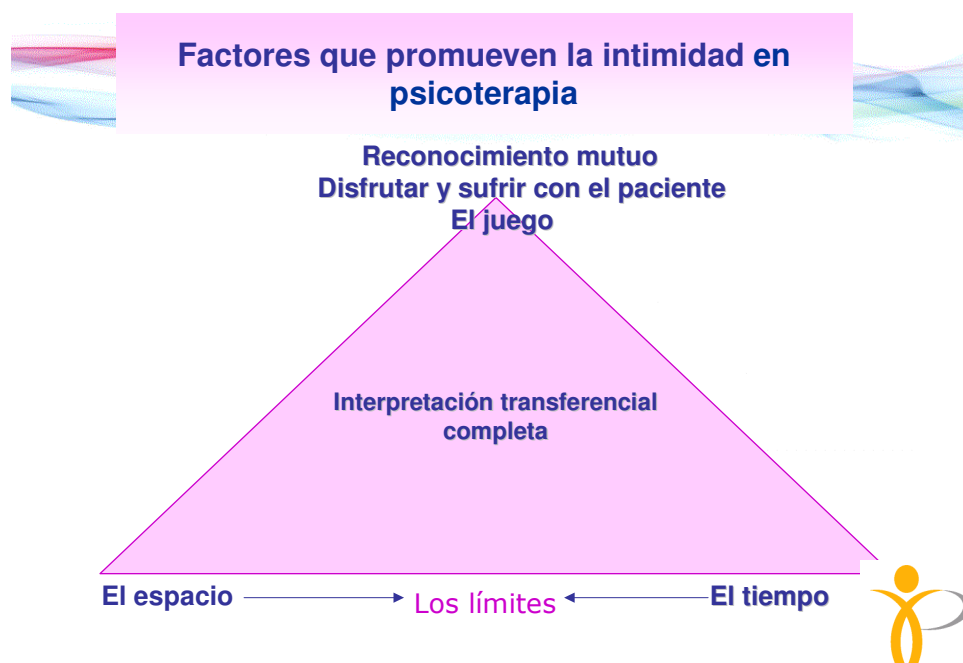
que no fusionarse” (Winnicott); Estar en disposición de soportar la rivalidad, los ataques a la autoridad, experimentar la posibilidad de la diferencia ante frases y preguntas como “tú también eres mujer así que me entenderás; ¿a ti te ha pasado lo mismo?”

Estoy con Benjamín cuando expone que, “aunque la capacidad para el reconocimiento está bien desarrollada, cuando el sujeto pueda usar la realidad compartida y recibir la nutrición de una sustancia que no soy yo, subsisten las capacidades intrapsíquicas. La aptitud de la mente para manipular, desplazar, invertir, convertir una cosa en otra, no es una simple negación de la realidad sino la fuente de la creatividad mental”. “la experiencia de un espacio que nos permite la exploración creativa dentro de la omnipotencia y el reconocimiento de otro que comprende constituye, en parte, lo terapéutico de la relación.

**Se produjo un paso más en el proceso de la relación terapéutica, ya no es sólo un espacio donde contemplo el despliegue del juego de la paciente, sino que hay un juego entre paciente y terapeuta que se percibe en miradas, gestos, actitudes y tonos de voz que corresponden más desde un plano de igual a igual que desde lo maternal.**

En este sentido la interpretación de la transferencia será también clave, no me puedo quedar en interpretaciones aisladas, es necesario que me implique (esto no significa que exponga mi vida privada ni me ponga como modelo ni me dedique a dar consejos) me comprometo desde el momento que utilizo los 4 elementos que integran una interpretación transferencial completa (Casement)

- a) la vida actual
- b) la relación terapéutica
- c) el pasado y
- d) el sentido de la oportunidad



Resalto el sentido de la oportunidad como un punto importante, ni precipitarse ni llegar tarde, es mejor una señalización a tiempo que una interpretación correcta que llega en forma de explicación y no permite la conexión emocional; esto requiere una actitud de escucha activa intentando evitar en todo momento invadir al paciente con nuestras técnicas o dejarnos invadir por él. Aprender a esperar el momento oportuno es una de las técnicas más importantes; “cuando un terapeuta hace música con un paciente, no debe preocuparse por las cuestiones técnicas” (Casement) y me indica que no debo perder nunca de vista que el tratamiento psicoterapéutico es un recorrido junto a un paciente, un recorrido que sólo se hará si aprendemos a disfrutarlo juntos.

## REFERENCIAS

- Ávila Espada, A; Al cambio psíquico se accede por la relación. *Intersubjetivo*, diciembre 2005; 2-7; pg 195-220.
- Basson, R; Human sex response cycles. *J. Sex. Marital Ther*; 2001;27;1;33;43
- Basson,R; Clinical practice. Sexual desire and arousal disorders in women. *N Eng J Med*. 2006; 345;14;497-506.
- Benjamín, J; *Sujetos iguales, objetos de amor. Ensayos sobre el reconocimiento y la diferencia sexual*. Paidós. Psicología Profunda. 1997.
- Bolognini, S; *La empatía psicoanalítica*. Lumen, Buenos Aires, colección Psicología integrativa, perspectiva interdisciplinaria, Lumen, 2004; 170-222.
- Borgogno, F; *El psicoanálisis como recorrido*; Editorial Síntesis, 1999
- Bowlby,J; *Vínculos afectivos: Formación, Desarrollo y pérdida*. Ediciones Morata. Quinta edición 2006 de la primera edición 1986.
- Casement, P; *Aprender del paciente*, Amorrortu editores, 1990.
- Castelo-Branco, C; director, Coordinadores J.J. de la Gándara y A. Puigverte. *Sexualidad humana, una aproximación integral*. Editorial Médica Panorámica. Buenos Aires, Madrid, 2005.
- Davies,J.M; the times we sizzle, the times we sigh. *Psychoanalytic Dialogues*; 16(6); 665-685; 2006.
- Dennerstein,L, Koochaki, P; Barton, I; Graziottin, A; Hipoactive sexual desire disorder in menopausal women; A survey of Western European women. *J. Sex.Med*. 2006,3(2)212-222.
- Giddens, *La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Ediciones Cátedra, colección Teorema, serie mayor, 1995.
- GRITA.; *Grupo de Investigación de la Técnica Analítica*. Avila Espada, A; Abello, A; Aburto, M; Castaño, R; Deprati, D; Espinosa, S; Liberman, A; Rodríguez Sutil, C; Vivar, P. La multiculturalidad desde la perspectiva del análisis relacional. Consideraciones conceptuales y técnicas. Ponencia presentada en el *I Congreso Nacional de Psicoterapia sobre Psicoterapia y Multiculturalidad* de FEAP, en Donosti-San Sebastián los días 7 y 8 de Noviembre de 2008.
- GRITA.; *Grupo de Investigación de la Técnica Analítica*. La subjetividad en la técnica analítica. Escucha en acción. Aburto, M; Avila Espada, A; y otros *Intersubjetivo*. Madrid. 1/1 pg 7-55; junio 1999.
- Korman, V; *El oficio de analista*; Paidós. Psicología Profunda. 1996
- López Izquierdo,J; Ribé,J.M; Cacillas, R; *Los locos*, Colección los marginados. Dopesa, 1978
- Marina,J.A; *El rompecabezas de la sexualidad*. Anagrama. Colección Argumentos. Barcelona, 2002.
- Masters,W.H; Johnson, V.E; *Respuesta sexual humana*, Intermédica, 1978
- Mitchell,S.A; *Conceptos relacionales en psicoanálisis, una integración*. Siglo XXI España, 1993, primera edición en inglés 1988.
- OMS; Organización Mundial de la Salud, *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid, Meditor, 1992.
- Pardo, J.L; *La intimidad*, Pre-Textos, 2004
- Tizón, J.L; *Psicoanálisis, procesos de duelo y psicosis*. Herder, Barcelona, 2007.
- Winnicott, D.W; *Realidad y juego*. Gedisa Editorial, séptima edición 1997, Barcelona.
- Winnicott, D.W; *La familia y el desarrollo del individuo*. Lumen Hormé, cuarta edición, 1995

Winnicott, D.W; *La naturaleza humana*, Paidós. Psicología Profunda. 1996 de la edición inglesa 1988  
Winnicott, D.W; *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Paidós. Psicología Profunda. Primera ed. 1993 de la edición inglesa 1965.

## NOTAS

---

<sup>1</sup> Trabajo presentado en las I Jornadas PSICOANÁLISIS RELACIONAL HOY EN LA CLÍNICA DE LA SOCIEDAD GLOBAL, Las Navas del Marqués, Ávila, 13 y 14 de Febrero de 2009, organizadas por IARPP-España y el Instituto de Psicoterapia Relacional (Madrid).

<sup>2</sup> Psicóloga especialista en Psicología clínica; Sexóloga y Psicoterapeuta de adultos. Miembro Titular del Instituto de Psicoterapia Relacional. Clínica: Instituto Palacios: C/ Antonio Acuña, 9, Madrid-28009 (España)  
Correspondencia: [rcastano@institutopalacios.com](mailto:rcastano@institutopalacios.com)

<sup>3</sup> Cuadro; "Madonna con perro" del fotógrafo Mariano Vargas, 2007. Propiedad de la autora.