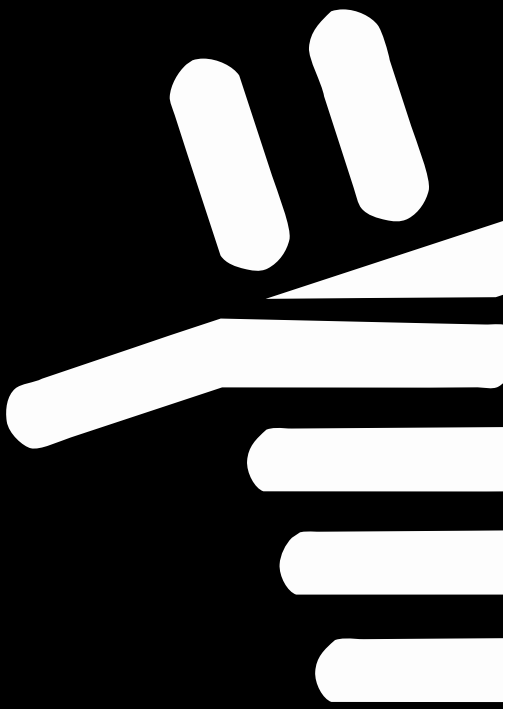
Anuario de Sexología

diciembre 2014

Anuario de Sexología

nº 13 | 2014



aeps

ASOCIACIÓN ESTATAL DE PROFESIONALES DE LA SEXOLOGÍA

ÍNDICE

CIENTIFISMO SEXOLÓGICO **3**
Roberto Martínez de Benito

ASESORAMIENTO SEXOLÓGICO:
NUEVAS REFLEXIONES Y APORTACIONES
DESDE LA SEXOLOGÍA **21**
Samuel Díez Arrese

INVENCIÓN DE ENFERMEDADES **33**
Ana García Mañas

LO TRATADO Y AQUELLO DE LO QUE SE TRATA
EN TERAPIA SEXUAL **47**
Manuel Lanas Lecuona

MI RELATO DE OTROS RELATOS **69**
Ester Pérez Opi

ANÁLISIS SOBRE LA INFLUENCIA
DE LA EDUCACIÓN SEXUAL EN MENORES
DE 13 A 15 AÑOS EN LOS DIFERENTES
CENTROS EDUCATIVOS **85**
Equipo educativo de Sexkuntza

© AEPS

FE DE ERRATAS

Se hace constar que en el Anuario 2014 se han advertido los siguientes errores:

Página 32: en la ponencia de Samuel Díez Arrese "*Asesoramiento sexológico: nuevas reflexiones y aportaciones desde la sexología*", ha de añadirse la bibliografía utilizada. Se incluye al final del Anuario.

Página 35: en la portada de la ponencia de Ana García Mañas "*Invención de enfermedades*", ha de añadirse, en referencia a la ocupación de la ponente, que es Profesora en el Instituto de Sexología (in. Ci. Sex., Madrid)

CIENTIFISMO SEXOLÓGICO

JORNADAS TEMÁTICAS
DE LA ASOCIACIÓN ESTATAL DE SEXOLOGÍA

Roberto Martínez de Benito
Psiquiatra, Psicoanalista

© AEPS

CIENTIFICISMO SEXOLÓGICO

JORNADAS TEMÁTICAS DE LA ASOCIACIÓN ESTATAL DE LA SEXOLOGÍA

Roberto Martínez de Benito

Hospital Santa Isabel (León)

Parte de lo que voy a explicarles está en la base de ese empuje de la industria a dirigir su fármaco a la nueva nosotaxia como tan gráfica y contundentemente nos ha explicado Ana García Mañas en su anterior exposición. Desconozco la definición exacta de salud sexual, pero supongo venga inspirada por la que la OMS conceptualizó en 1946 en Alma Ata, por lo que estará recorrida por el mismo ideal imposible de no solo no padecer sino de ser feliz. Concepto inalcanzable, que además, en manos de los que sólo sabemos del enfermar, invita al desastre, como es obvio. Sobre todo si el malestar se interpreta exclusivamente desde la inadecuación (inadaptación) conductual y social. Por eso estoy de acuerdo con Ana García en que no deberíamos utilizar, NADIE, la DSM.

El título de esta conferencia quiere señalar el hecho de que la sexología, ciencia transversal y transdisciplinaria, se ve sometida a las mismas tensiones epistemológicas que algunas de las ciencias de las que se nutre y, también, a la ideología subyacente que desde ellas se pretende imponer: la de un determinismo genético radical del ser humano, cuyo mayor riesgo no es tanto el de hipotetizar sobre la identidad humana a la luz de conocimientos insuficientes, como el de autorizar una posición teórica –disfrazada de verdad– que remite a actitudes ideológicas no explícitas en nombre de la ciencia. Estas actitudes no son otras que el cientificismo y el autoritarismo científico.

Estas posturas aplican de forma directa y sin crítica el método reduccionista necesario para la investigación a todos los aspectos de la vida humana, pero de una forma extraordinariamente radical, llamada reduccionismo ontológico.

Buen ejemplo de ello son las ideas eugenésicas que se impusieron en la segunda década del siglo pasado en los Estados Unidos y que, importadas por la ideología nazi, dio lugar a los extremos por todos conocidos. Si la ciencia no debiera ser sin ética, la ideología autoritaria basada en el cientificismo prescinde de ella, o mejor, pretende una ética fundamentada en la neurociencia.

Las teorías biologicistas expuestas por Richard Dawkins en su obra "El gen egoista" o la sociobiología de Edward O. Wilson son otros ejemplos más modernos de esta corriente de pensamiento.

Si bien siempre ha habido científicos críticos contra estas posturas abusivas, por ejemplo, Stephen Jay Gould en "La falsa medida del hombre" o "En no está en los genes" de Lewontin, Rose y Kamin (genetista evolucionista, neuro-

biólogo y psicólogo, respectivamente), el problema es que siempre son silenciados por una divulgación científica, acrítica, que es la que se está trasladando a la opinión pública.
Creo que la sexología no está exenta de estos problemas, desde el momento en que puede reducir su campo al organismo y más en concreto a la genitalidad y, en última instancia, a través del aforismo de que el auténtico órgano sexual es el cerebro al mismo tipo de reduccionismo que promueven la psiquiatría, la psicología cognitivo-conductual y la neurociencia en general.

Aún en mayor medida si acude a las trampas propuestas por las neurociencias y la psiquiatría como representante de la medicina.
Y a demostrar estos puntos me voy a aplicar, primero explicando el mecanismo de reducción en la ciencia, su impacto en las neurociencias y clasificaciones psiquiátricas y su proyección en la sexología.

Aclararé primero a qué me refiero por cientificismo y autoritarismo científico.

El cientificismo atendiendo a la definición del diccionario de la RAE en su 22ª edición, tendría cuatro acepciones:

1. m. Doctrina según la cual los métodos científicos deben extenderse a todos los dominios de la vida intelectual y moral sin excepción.

2. m. Teoría según la cual los únicos conocimientos válidos son los que se adquieren mediante las ciencias positivas.

3. m. Confianza plena en los principios y resultados de la investigación científica, y práctica rigurosa de sus métodos.

4. m. Tendencia a dar excesivo valor a las nociones científicas o pretendidamente científicas.

Esta última acepción sería la más apropiada para dar cuenta de este fenómeno, tanto para ilustrados de la ciencia y la tecnología, como para los legos.

Sitúa a quien la adopta en una servidumbre voluntaria que es biyectiva del autoritarismo científico, que podríamos definir como una ideología en la que todo se quiere científico, pero también todo se impone desde lo pretendidamente científico. El método científico aplicado a todos los aspectos de la vida humana, reducida así a un objeto de estudio y manipulación. Vida sin libertad, pero también sin responsabilidad; esclavitud a cambio de un goce insufrible e inalcanzable. La promesa de que siguiendo sus premisas la vida será mejor, más larga, más plena a cambio del disciplinado acatamiento de directrices basadas en pruebas contrastadas y ciertas que, al ser científicas, son válidas para todos; para las excepciones se encontrará una nueva

teoría, verificada y falseable que las asuma. En definitiva, la ciencia como ideología, como amo acéfalo, como tirano bondadoso que nos promete la felicidad, el bienestar pleno, la salud plena física y mental siempre y cuando nos atengamos a su saber y reglas; un ideal imposible, entre otras cosas, porque no es la ciencia, sino el mercado, verdadero poder, quien rige el mundo; y la ciencia cada vez más debe rendirse a ese régimen autoritario en las mismas condiciones que propone para los demás.

¿De dónde se nutren el cientificismo y el autoritarismo científico?

De la aplicación de un tipo de reduccionismo radical, más allá del reduccionismo metodológico que requiere y posibilita la investigación científica.

Es cierto que la reducción metodológica es inherente al avance científico, pues solo el aislamiento de las variables implicadas permite la comprensión de un fenómeno. Pero el tipo de reducción que se ha efectuado en estas ciencias biológicas aplicadas al ser humano es de otra índole.

Según Nagel –citado en el libro de Javier Peteiro Cartelle *"El autoritarismo científico"*– existirían otros dos tipos de reduccionismo, el epistemológico y el ontológico.

Se efectúa una reducción epistemológica "cuando se demuestra que las leyes experimentales de la ciencia secundaria (y si ésta posee una teoría adecuada, la teoría también) son consecuencias lógicas de las de las suposiciones teóricas de la ciencia primaria" (sirvan como ejemplo las ecuaciones de campo de Maxwell que integraron las teorías eléctrica y magnética en un cuerpo teórico único: el electromagnetismo).

En el reduccionismo ontológico se supone "que las entidades de un nivel superior no sólo estarían compuestas por entidades de un nivel inferior, sino que sus propiedades serían casualmente determinadas exclusivamente por los componentes del nivel inferior y sus interacciones". Es un reduccionismo extremo, que encuentra dificultades según se avanza hacia niveles jerárquicos más complejos; en resumen, que según avanzamos en complejidad es más difícil asumir que el todo es equivalente a la suma de las partes.

Es este último mecanismo de reducción ontológica, que se confunde con la reducción metodológica inherente al método científico, el que está en el corazón de las teorías neurocientíficas al uso, y postula que el cerebro es el asiento de la mente y que este órgano funciona al dictado de los genes y las proteínas que codifican.

A tenor del estado de la ciencia, los conocimientos son aún muy insuficientes para dar una explicación que va-

ya más allá de los escasos fenómenos estudiados, distando aún mucho de lo que sería un modelo integrado de la mente. Sin embargo, desde el cientificismo no hay impedimento en usar este reduccionismo extremo para dar cuenta de todo lo que nos hace ser humanos.

Se ve bien en Eric R. Kandel, Nobel de Medicina en el año 2000, quien reconoce que para el estudio de los mecanismos de la memoria y el aprendizaje precisa de un "reduccionismo radical"; elige el caracol marino *Aplisya* como modelo de investigación en la asunción de que lo que ocurre en las neuronas de este organismo, al nivel de la memoria, es similar a lo que ocurre en las neuronas humanas. Así expuesto, estaríamos hablando de un reduccionismo metodológico sobre un modelo animal habitual en la neurobiología y que ha dado buenos resultados (como la elucidación de los mecanismos de la percepción visual que sirvieron a Hubel y Wiesel para conseguir el premio Nobel en 1981). Pero en su artículo de 1998, "*Un nuevo marco intelectual para la psiquiatría*", propone que el nuevo marco conceptual para la psiquiatría debería basarse en cinco principios que resumen la posición de los biólogos en la relación de la mente con el cerebro:

1º.- Todos los procesos mentales, incluso los procesos psicológicos más complejos, son consecuencia de las operaciones del cerebro. El principio fundamental de este concepto es que aquello a lo que nos solemos referir como mente es un conjunto de funciones llevadas a cabo por el cerebro [...]. En consecuencia, los trastornos del comportamiento característicos de las enfermedades mentales son alteraciones de la función cerebral, incluso en aquellos casos que sea evidente que estas alteraciones tienen un origen ambiental.

2º.- Los genes y las proteínas que codifican determinan en gran medida el patrón de interconexiones entre las neuronas cerebrales y los detalles de su funcionamiento. Por ello, los genes, y especialmente sus combinaciones, ejercen un control sobre la conducta. La conclusión de todo ello es que la genética es uno de los principales factores que influyen en la aparición de las enfermedades mentales.

3º.- Las alteraciones genéticas no justifican por sí solas toda la varianza de las principales enfermedades mentales. Los factores sociales o del desarrollo tienen una importancia fundamental [...]. El aprendizaje, incluso el que genera una conducta disfuncional, produce modificaciones en la expresión genética. Por este motivo todo lo "aprendido" termina expresándose como "naturaleza".

4º.- Las alteraciones de la expresión genética inducidas por el aprendizaje provocan cambios en los pa-

trones de conexión neuronal. Estos cambios no solo contribuyen al fundamento biológico de la individualidad, sino que, al parecer, son inducidos por los imprevistos sociales.

5º.- Cuando la psicoterapia o la *asistencia psicológica* son eficaces y producen cambios a largo plazo en el comportamiento, cabe suponer que los consiguió a través del aprendizaje, provocando cambios en la expresión genética que modifican la fuerza de las conexiones sinápticas y modificaciones estructurales que alteran el patrón anatómico de interconexiones entre las neuronas cerebrales [...].

No hay mejor ejemplo para lo que exponía de la reducción ontológica y el cientificismo, pues estos postulados son una inferencia abusiva de los mecanismos de la memoria y el aprendizaje a nivel neuronal y genético encontrados en *Aplisya*. Sobre todo en lo que se refiere a hacerlos extensivos a la complejidad, tanto de las enfermedades mentales como de las "acciones cognitivas complejas como pensar, hablar, escribir literatura o música o crear arte". Pero, ¿es que hemos de reducir los avatares de la condición humana únicamente a su dimensión biológica? A menos que, al estilo de Kandel, Dawkins o Wilson, rebajemos lo que entendemos por vida humana al nivel de la biología como ciencia positiva, incluida la sexualidad (que también privilegia al cerebro como órgano sexual por antonomasia).

Podríamos, por ejemplo, sin salir del campo de las ciencias positivas, manejar otros modelos de investigación más globalizadores y complejos.
Así, el denominado emergentismo postula que en cada nivel de organización surgen propiedades que no se encontraban en los niveles inferiores (serían, pues, irreductibles), de forma que del conocimiento completo de los complementos de un nivel inferior tomados aisladamente o en distintas combinaciones no podrían deducirse las propiedades del nivel jerárquico superior. Esto es, el todo es más que la suma de las partes que lo constituyen.

Está claro que no es este el camino privilegiado en la actualidad.

Espero que estos apuntes hayan conseguido transmitirles la idea de que mucho de lo que se defiende como científico no es sino una ideología o, como se decía en los albores de la clínica psiquiátrica un "mito cerebral", presente ya en los albores de la clínica psiquiátrica que iniciaron los alienistas y que llega al culmen en lo que acabo de explicarles.

Esto me da pie para adentrarme en otro de los puntos que anuncié: la asunción de estas ideas en la psiquiatría y las nosotaxias que utiliza.

Para empezar, la psiquiatría no ha sido ajena al mismo proceso reduccionista que ha sufrido la medicina en general.

La medicina ha ontologizado la enfermedad como algo separable del enfermo, que le sobreviene y que es un objeto de estudio previo a una decisión clínica. Desde la introducción del método anatomoclínico, la química y la física, así como los métodos de diagnóstico complementarios, la creciente orientación de la medicina ha sido hacia la progresiva biologización de la enfermedad; si ésta es un proceso estrictamente biológico entonces es reductible; en adelante ya no hay enfermos sino enfermedades. Se olvida el sujeto y el objeto fundamental de estudio de la medicina hasta entonces, que no era otro que la relación médico-paciente. Se niega al sujeto y su dolor reduciéndolo a un organismo que sufre una enfermedad. Como sabemos esto no es sin consecuencias: el médico no interroga más que en busca de unos signos y síntomas del que el paciente sería mero portador, ya no se interesa por escuchar el relato propio de la dolencia en un supuesto de que las pruebas objetivas revelarán cualquier problema existente.

Así vemos cómo, separada del enfermo, la enfermedad puede medirse, compararse, someterse a norma; la medición se hace a través de métodos estadísticos fundamentalmente en lo que a gravedad y respuesta a fármacos se refiere.

La psiquiatría está en el mismo empeño aunque, a mi entender, más plenamente conseguido aún que en otros campos de la medicina al aplicar los postulados antes mencionados, junto a los avances de la psicofarmacología. Renuncia al sujeto, al enfermo, para volcarse en las enfermedades mentales y vuelca gran parte de su esfuerzo no ya en la explicación psicológica y la psicoterapia si no en la construcción de nosotaxias, en la ilusión de crear un objeto de estudio "natural". Se desnuda de todos los antecedentes de la gran psicopatología, fundamentalmente del psicoanálisis y otras corrientes psicológico-filosóficas (como la psiquiatría fenomenológica), para revestirse, todo lo más, de un barniz neurocientífico y un descarado empirismo estadístico (y como decía Claude Bernard, fisiólogo introductor del método científico en medicina: la estadística es la expresión más elevada del empirismo científico. Se asemeja a la ciencia, pero no es todavía la ciencia). Esto está explicitado en el llamado credo neokrepeliniano publicado en un artículo de Gerald Klerman en 1978. Hay una toma de posición axiomática de lo que debe ser la psiquiatría; sus postulados son:

- La psiquiatría es una rama de la medicina.
- La medicina debe usar modernas tecnologías científicas y basar su práctica en el conocimiento científico.
- La psiquiatría trata a las personas que padecen una enfermedad mental y precisan de tratamiento para la misma.

- Existe un límite entre lo normal y lo patológico.
- Existen enfermedades mentales distintas. Las enfermedades mentales no son un mito. No existe una, sino muchas enfermedades mentales. La tarea de la psiquiatría científica, como la de otras especialidades médicas, es la de estudiar las causas, el diagnóstico y el tratamiento de esas enfermedades mentales.
- El enfoque del médico psiquiatra debe situarse fundamentalmente en los aspectos biológicos de la enfermedad mental.
- Asimismo, debe ser explícita e intencional la preocupación por el diagnóstico y la clasificación.
- Los criterios diagnósticos deben ser codificados y su validación por diferentes técnicas debería ser considerado como un dominio de investigación legítima y preciosa.
- En los esfuerzos de investigación dirigidos a mejorar la validez y la fiabilidad de diagnósticos y clasificaciones, deberían ser usadas técnicas estadísticas.

Se pretende una visión esencialista de los trastornos mentales, esto es, la existencia independiente de estos trastornos del mismo modo que existe la tuberculosis, frente a una visión nominalista –la posición que da pie a las enfermedades mentales como invento– que sólo otorga a estas divisiones un valor funcional que no tendría reflejo en el mundo real, o sea, que serían una invención útil, una mitología moderna; pero esto no encajaría en el cientificismo biológico al que se quiere abocar la psiquiatría.
Hablemos, pues, de las clasificaciones aclarando que no me opongo a las clasificaciones como tales, sino a su uso actual en la psiquiatría. Desarrollaré este punto.

Es evidente que la complejidad del orden natural de las cosas es tal que se asemeja a un caos y como dice Levi-Strauss: "cualquier clasificación es superior al caos; e incluso una clasificación a nivel de las propiedades sensibles es un paso hacia un orden racional".

Así pues, las clasificaciones son necesarias, aunque en ningún modo son pertenencia única de la ciencia; cualquier saber las utiliza para el conocimiento de su objeto de estudio.

Clasificar es un instrumento útil para la ciencia, para cada ciencia; pero no es la ciencia, sino que se sirve de los conocimientos de la misma para organizar el saber que se va descubriendo. Dicho de otro modo, clasificar da una visión del conocimiento de una ciencia en particular, pero la taxonomía resultante no es la ciencia en sí.

Las taxonomías, nosotaxias en nuestro caso, son útiles siempre y cuando no sean un mero recopilatorio de descripciones que no mantiene ninguna relación entre sus clases, que es lo que parecen las clasificaciones psiquiátri-

cas al uso. Y más en concreto las sucesivas DSM.

Estas clasificaciones tienen un soporte científico, pero en el nivel más bajo de certidumbre: el de los consensos de expertos.

Para hacer una clasificación de las enfermedades podemos distinguir con Rösch cinco niveles de definición de las enfermedades, cuyo grado de precisión va decreciendo: 1/ Nivel de la epimediología; 2/ nivel de la etiología; 3/ nivel de la lesión; 4/ nivel del síndrome y 5/ nivel de los síntomas. Esta situación propia de la medicina, es incomparable con la precisión de otros campos de la biología (botánica o zoología), y para el campo de la psiquiatría los niveles habituales son el 4 y el 5 (síndrome y síntomas) que aportan, habitualmente, definiciones muy imprecisas. Esto nos sitúa en una posición no muy diferente de la de los siglos XVIII y XIX.

Por otra parte en la DSM III y sus secuelas están subsumidos errores conceptuales groseros, falacias, desafectos y sobreentendidos ocultos de partida:

1.- La falacia mitológica de un progreso clasificatorio desde los alienistas hasta nuestros días; cuando los clásicos utilizaban los mismos términos, distaban mucho de referirse al mismo concepto [esta es una crítica recurrente en Berrios], por lo que los distintos intentos de clasificación son en realidad discontinuidades no comparables y no un continuo evolutivo.

2.- Spitzer diseñó el DSM III como una descripción exhaustiva de los trastornos sin contemplar la etiología ni la fisiopatología de los mismos; esta presunta postura ateórica tiene dos explicaciones:

Primero, la etiología de la mayor parte de los trastornos mentales se desconocía –como se recoge en la introducción de la DSM III– y de los que se conocía la causa, sitúan al borde de la exclusión hacia la neurología y otras disciplinas a los citados trastornos. Mucho menos se sabía y sabemos de la posible patofisiología.

Segundo, no se intenta ninguna aproximación psicopatológica para la definición de los trastornos, sino que solo se pretende establecer un glosario de definiciones de trastornos y síntomas; la justificación es la heterogeneidad de las escuelas psicopatológicas y su evidente declive como modelos explicativos. De hecho la psicopatología había quedado ya reducida a una mera descripción de los síntomas, pura fenomenología, sin interrogarse por sus causas desde su propio método.

3.- Es una clasificación de psiquiatras para psiquiatras, esto es, médicos que habían encontrado en la incipiente psicofarmacología el apoyo perfecto para hacer una revolución

frente a la psiquiatría dinámica aún dominante en EE.UU. y situar a la psiquiatría en el mismo plano de otras especialidades médicas [la vieja aspiración de los alienistas]. Razonaban que si los psicofármacos actuaban en el cerebro, es en este órgano, no en la psique, donde asienta la patología psiquiátrica; además, la entonces incipiente biología molecular que estaba dando cuenta de algunos mecanismos cerebrales sería la vía regia para una explicación etiológica, opinión avalada por los prometedores estudios genéticos en otros campos de la medicina y que serían más temprano que tarde importados al campo de la psiquiatría. Este ánimo está implícito, pero patente en toda la DSM III y posteriores.

En definitiva, que el esfuerzo clasificador, como en siglos anteriores, sigue siendo estrictamente descriptivo; ateórico porque no hay una teoría que avale el continuo tráfago de diagnósticos de una clase a otra, pero no sin una ideología subyacente.

A nivel práctico, además de lo anteriormente apuntado sobre el hecho de hacer prevalecer la enfermedad sobre el enfermo, tiene el efecto de una irresposabilización del sujeto ante sus conductas, pues estas son patológicas y por lo tanto incoercibles, ajenas a él. Esto nos lleva a una demanda inacabable de tratamientos a nivel de los sujetos, pero también a una indefensión de los mismos ante los ideales sociales para aquellos casos en los que tal cura no exista. Lo que me lleva a destacar uno de los ejes fundamentales de los DSM a partir de la IV revisión: la adaptación del sujeto, expresada como deterioro en su actividad social y/o laboral, adaptación que si no se consigue es en base a su dotación genética de vulnerabilidad; no a mecanismos sociales.

Pongo dos ejemplos de dos nuevas entidades propuestas en el DSM V y que interesan al campo de la sexualidad: el trastorno coercitivo parafílico y el trastorno por hipersexualidad. Elegidos por los problemas diagnósticos e incluso sociales que pueden generar, pero también porque son innecesarios, salvo desde las posiciones que denuncio.

Respecto a las parafilias, el subgrupo de trabajo propone distinguir entre parafilias y trastornos parafílicos razonando que las parafilias se podrían determinar por la naturaleza de los impulsos, fantasías o comportamientos, que se codificarían para cada categoría en los criterios "A", pero no comportaría un diagnóstico psiquiátrico ni alteración psicopatológica; esto solo ocurriría en el caso de que estas conductas causaran malestar o deterioro o daño a otros. Tener una parafilia es, pues, una condición necesaria, pero no suficiente para padecer un trastorno parafílico. Este enfoque deja intacta la distinción entre comportamiento normativo y no normativo, pero sin etiquetar este último como psi-

copatológico. Esto está bien; espero que el siguiente paso sea que solo existan filias, sin "para-" por ningún lado.
Respecto al trastorno específico en cuestión no puede por menos que embrollar las cosas, al intentar separar a violadores criminales de no se sabe qué enfermos mentales. Los criterios para su diagnóstico son:

A. Durante un período de al menos seis meses, presentar de forma recurrente excitación sexual intensa por medio de la coerción sexual, manifestada a través de fantasías, impulsos o comportamientos.
B. La persona tiene angustia clínicamente significativa o deterioro en importantes áreas del funcionamiento, o ha buscado la estimulación sexual por medio del sexo forzado en tres o más personas que no consienten en distintas ocasiones.
C. El diagnóstico de trastorno parafílico coercitivo no se realiza si el paciente cumple los criterios para un diagnóstico de trastorno de sadismo sexual.

Una crítica somera y rápida: no diferenciar en el criterio A entre fantasías, impulsos o comportamientos no permite distinguir, por ejemplo, a un neurótico obsesivo de un criminal; esto es, de quien mantiene sus fantasías en privado, salvo que pida atención por la angustia que le provocan, y de quien pasa al acto sin necesidad de psicopatología subyacente. Siguiendo con el ejemplo el obsesivo fantasioso sádico rumiativo recibiría este diagnóstico –no el de neurosis obsesiva– aunque clínicamente sabemos que la propia angustia ante sus pensamientos inhibiría el acto.
Por otra parte, admiten que la mayor parte de los pacientes solo son reconocidos tras ser detenidos por un delito de índole sexual, o sea, que no hacen por sí mismos demanda alguna. Dicen de ellos que son poco confiables en sus relatos, digamos mentirosos, respecto a sus impulsos y fantasías sexuales; son no colaboradores y poco fiables en el diagnóstico realizado por autoinformes de fantasías sexuales e impulsos.

Pueden leer razonamientos algo más extensos en la web oficial de desarrollo de la DSM V (dsmv.org), pero no mejor elaborados.

Entonces, ¿qué justifica este diagnóstico? Nada. Expandiría el cúmulo de delincuentes sexuales susceptibles de castigo civil indefinido por tener un presunto trastorno mental que incluye casos de coerción sexual, pero que serían indistinguibles de los violadores por otras causas ajenas a un trastorno mental basándose el diagnóstico exclusivamente en el comportamiento personal en palabras de Francis Allen, anterior director del DSM IV.

El segundo ejemplo es el trastorno por hipersexualidad.

En este trastorno, cito, "[...] los tres principales modelos fisiopatológicos su-

puestos son el deseo sexual / desregulación de la excitación, la adicción sexual y compulsividad sexual. Cada criterio específico es empíricamente soportado por al menos dos de los tres modelos". Se puede apreciar que los modelos coinciden más con un trastorno adictivo que con una disfunción sexual.

Se justifica su proposición como nueva categoría diagnóstica en una "importante necesidad clínica, incluso una demanda de los consumidores de salud mental hacia los servicios de salud mental para reconocer y diagnosticar a un grupo determinado de hombres y mujeres que han estado buscando y ya están recibiendo atención de salud mental tales como la psicoterapia individual, grupos de apoyo tipo 12 pasos (de Alcohólicos Anónimos), la farmacoterapia, tratamientos especializados y residenciales. Estos hombres y mujeres se presentan a los médicos a causa de repetidas actividades sexuales incontroladas que no son socialmente desviadas inherentemente ", que no son parafílicas.

Hasta ahora estas personas eran diagnosticadas de "trastorno sexual no especificado", un diagnóstico residual inespecífico que para el esfuerzo clasificatorio es preciso reducir al mínimo [uno de los motivos para incluirlo].

Otro de los pilares de su proposición como diagnóstico son las consecuencias adversas que estos comportamientos conllevan: "Las consecuencias perjudiciales de índole personal, relacional y de salud pública asociados con esta dolencia lo ubican como uno de los más graves, pero todavía descuidado trastornos psiquiátricos contemporáneos. Además de las dificultades en la relación de pareja y disfunciones conyugales, incluido el divorcio, las personas que sufren de trastorno hipersexual pueden ser sexualmentel arriesgadas presentando un riesgo sustancialmente mayor para adquirir y diseminar enfermedades de transmisión sexual, incluida la infección por VIH [...]. Con el advenimiento de Internet, la visualización y descarga de imágenes y vídeos pornográficos se ha disparado. El uso de pornografía por los empleados en el lugar de trabajo se había vuelto lo suficientemente problemático para generar una industria basada en los sistemas especializados de filtrado y monitorización [...]".

Como ven la salud pública y el mismo orden social en la forma de baja productividad laboral son los garantes del trastorno; y podríamos añadir la rijosidad estadounidense. Si me permiten la ironía, dudo que Tiger Woods se hubiera arrepentido de nada sin la presión social, mediática y financiera a la que fue sometido; de hecho, de cama en cama y mujer en mujer, era el "número uno" del mundo.

Continuemos.

Para establecer el diagnóstico se requieren 4 de 5 ítems del criterio "A" y se explicita que la decisión es por con-

senso del grupo de trabajo y dos asesores externos, en base a criterios clínicos dada la heterogeneidad y multiplicidad de comportamientos, intentando evitar una alta incidencia de falsos positivos ("El número ideal de criterios necesarios para determinar una conducta hipersexual y el umbral para el trastorno hipersexual debe ser sometido previamente a pruebas rigurosas").

Y para terminar, reconocen que hay importantes lagunas en los conocimientos básicos sobre este trastorno, con especial intensidad en el caso de las mujeres; vienen a decir que no se sabe prácticamente nada de los validadores del trastorno.

Los criterios "A" son: tiempo excesivo dedicado a las fantasías, impulsos y actividades sexuales o su planificación, bien en respuestas a estados de ánimo disfórico o a eventos vitales estresantes; con intentos reiterados para disminuir o suprimir dichas manifestaciones; por último, el involucrarse en actividades sexuales sin tener en cuenta el riesgo de daño físico y emocional para sí mismo u otros.

El criterio "B" nos remite, una vez más, a la angustia personal o el deterioro funcional.

Un criterio "C" excluye que se produzca por efectos de sustancias exógenas o episodios maniacos.

El criterio "D" especifica que hay que tener más de 18 años [ya sabemos que esto es normal en adolescentes].

Finalmente pide especificar si hablamos de masturbación, pornografía, sexo con otros adultos, sexo telefónico, cibersexo o clubs de striptease, aunque ya en las justificaciones avisan de que no pretende ser una lista exhaustiva.

En conclusión, yo diría que este trastorno lejos de ser uno de los más graves y descuidados, como se dice, no es un trastorno ni sexual, ni adictivo. Toda la justificación en la que se basa tiene un fuerte tufo a control social de comportamientos que más que afectar a los individuos afectan al sector productivo o a la imperiosa necesidad de imponer a la población el ideal imposible de salud física y mental [el "biopoder", que diría Foucault].

Los que acudan a solicitar ayuda, creo firmemente, lo harán por causa de culpabilidad neurótica a título personal, o presionados por sus parejas, jefes, medios de comunicación, dificultades económicas, etc. Demandarán cambiar, curarse, puesto que les dicen que es una enfermedad; como los adictos se mostrarán siempre al borde de la recidiva, confesando para siempre su adicción como jaculatoria para espantar la tentación y reconocimiento de su "carga" genética (su propensión a la degeneración, dirían hace 150 años); no serán responsables éticamente de lo que les

sucede y escaparán a sanciones legales por sus actos si las hubiere, con las espaldas cubiertas por una sanción psiquiátrica de enfermedad mental.
¿Y los psiquiatras? Con tan escasos medios diagnósticos, solo tendrán la opción de ceder al autoritarismo de la clasificación ofertando más y más veces el diagnóstico o tacharlos de simuladores, puesto que la única fuente para el diagnóstico es creer en la verdad del paciente en una entrevista; en ambos casos, fuegos fatuos. La única clínica que cabe en estos casos, no es la de la conducta manifiesta, sino la de la angustia, afecto que no engaña y señala a un conflicto inconsciente en quien la padece. Y que corresponderá a una estructura clínica –neurosis, psicosis o perversión– en las que las manifestaciones comportamentales son accesorias.

Valgan estos dos ejemplos, de los que está plagada toda la DSM desde Spitzer, para demostrar la baja consistencia científica en la que se funda; es imposible hacer una clasificación sin una teoría que lo sostenga; a lo más, se consigue un inventario.

Espero haber logrado transmitirles hasta aquí que muchas de las ideas que creemos científicas, en el sentido que este término adquiere en las ciencias positivas, no lo son en el sentido de algo demostrado fehacientemente; en realidad, asistimos a una renovación de la mitología cerebral del siglo XIX; ya entonces, se decía que todas las enfermedades mentales se originaban en ese órgano. La verdad es que dos siglos después y armados de una impresionante tecnología, nada concreto se ha podido decir de la etiología de estas patologías. Tampoco ha sido salvada la dualidad cartesiana mente-cerebro a este nivel ontológico; sí la de alma-cuerpo, pues la ciencia ya no precisa de Dios para dar cuenta de una teoría del conocimiento. Aquí yo creo que todos podemos estar de acuerdo.

Ahora, la articulación de lo que llamamos mente con el órgano en el que se producen los procesos mentales, el cerebro, dista mucho de ser aclarada. No me convence que se afirme que la mente es un artefacto perceptivo del propio cerebro, que precisara negarse su autoscopia como máquina.

Pero en base a este conocimiento parcial en el que el cientificismo se impone y bajo el signo dominante del autoritarismo: solo la ciencia tiene la respuesta; en nuestro caso, la biología como ciencia básica y sus derivadas aplicadas. Es esta actitud e ideología, no la ciencia en sí, la que hay que combatir; máxime cuando está en juego la naturaleza humana. No se trata de renegar de conocimientos sino de no aplicarlos, cuando menos prematura e injustificadamente, obviando, entonces que lo que se están construyendo son mitos. En el campo de las ciencias biológicas en general, y de las ciencias "psi" en particular, aplicadas a la descripción del funcio-

namiento humano asistimos a un injustificable salto desde la conjetura a la certidumbre que no puede ser apoyado ni por los métodos, ni por la tecnología que se utiliza, como espero haberles mostrado.

En más, esta posición que no dudo en llamar ideológica, propicia una paulatina deshumanización en la que el sujeto convertido en objeto de la ciencia ya no tiene su palabra para dar cuenta de su verdad. Se articula una verdad universal a la que solo resta adaptarse. La única libertad que resta es la del consumo de todo tipo de objetos, entre los que destacan los otros sujetos cosificados. Si aparece el malestar en forma de angustia o sentimientos de vacío, se trata de readaptarse al ideal social, que si bien lo tolera todo en apariencia, propone sin embargo la justa medida como norma. Olvidando que el goce es un más allá de la simple satisfacción placentera. Si el sujeto no se atiene a ella, si goza atendiendo al imperativo de nuestra sociedad, recae sobre él el señalamiento de la enfermedad; como decía antes, ya no es responsable de sus síntomas, de sus deseos; pero a costa del precio de una libertad vigilada a perpetuidad.

La sexología incurre en los mismos errores si reduce todo el problema de la sexualidad al sexo biológico, entendido exclusivamente desde la organicidad de lo genital, la emotividad cerebral y niveles hormonales. Y digo organicidad y no corporeidad, porque como psicoanalista distingo entre organismo y cuerpo. En tanto que el primero es un real del cual puede dar cuenta la ciencia positiva, el segundo es una imagenería recorrida por los significantes, un mito propio y único para cada cual, en el que los enredos del deseo pueden plasmarse en multitud de respuestas diferentes a ese deseo: desde el placer al dolor, pasando por la propia extrañeza –caso de las anoréxicas–, la desrealización, el vacío, la angustia. Sensaciones y afectos que se sienten en el cuerpo, pero no necesariamente por una razón orgánica. Aceptando que es en el cerebro y no en un alma inmortal donde reside la causa necesaria de nuestra humanidad, sin embargo, el órgano no es el sujeto humano; olvidamos que sus manifestaciones, fundamentalmente el lenguaje desde mi punto de vista y formación, producen un más allá que a su vez modifica al propio cerebro, que no podemos ser reducidos a la metáfora del ordenador o –en el caso de la sexología sería su equivalente– a la mecánica de una técnica sexual correcta provista mediante información y educación con la garantía de que si se practica de manera adecuada se garantiza el buen placer.

Es verdad que este enfoque ha tenido efectos beneficiosos a nivel de la apertura en lo social. Ya no se aprecia lo sexual desde la moral religiosa o la mirada de un dios, sino desde el lado de lo natural. Y por supuesto que esta

liberalización es un logro de gran valor.

Pero a nivel de los individuos, las cosa no van tan bien. Persisten las disfunciones, la angustia ante el encuentro sexual tanto en el que se abstiene como en el promiscuo, los impases ante el deseo. Y la promoción educativa de buenas prácticas y técnicas no ha erradicado estos problemas, de la misma forma que la educación universal no ha conseguido erradicar la violencia en nuestras avanzadas sociedades.

Hay que dar a la sexualidad, repito que no al sexo en sentido exclusivamente biológico, una dimensión más allá de la biología o las neurociencias; más allá de lo emocional, de lo pasional. Entender la sexualidad no como la plenitud sino como una pérdida parcial.

Les ofrezco unas pinceladas de la concepción lacaniana, como invitación a reflexionar; extraigo estas palabras del libro "*Jacques Lacan y el problema de la técnica en psicoanálisis*" de Domenico Cosenza: «Para Lacan el sexo es un real, y por lo tanto irrepresentable simbólicamente, que se sitúa en la experiencia estructural de pérdida de satisfacción, de placer parcialmente frustrado, que sitúa al *partenaire* sexual en la posición de sustituto del objeto perdido de la mítica primera experiencia de satisfacción. En ello, la relación sexual representa para el ser humano la tentativa de reencuentro con ese mítico objeto perdido y, a la vez, la experiencia del fracaso de tal búsqueda y el replanteamiento del trauma de la pérdida. El sujeto nunca encuentra en el Otro el objeto capaz de completarle y representa la experiencia originaria de la mítica experiencia de satisfacción. En este sentido, el encuentro sexual es siempre para el ser humano un encuentro parcialmente frustrado, una satisfacción a través de la pérdida. Es lo real de la pérdida del objeto de satisfacción y su repetición en la experiencia sexual, lo que constituye el presupuesto de la dimensión traumático-enigmática del sexo para el ser humano. Esta dimensión es lo que convierte la sexualidad en algo no simplemente natural para el hombre; en algo que no se puede enseñar a través de la educación».

Por esto, por más castings que se realicen, nunca se encuentra la pareja "*adecuada*"; sí la que nos va sirviendo.

He querido con mi exposición darles un esbozo histórico y epistemológico de la situación de las clasificaciones, del pretendido poder psiquiátrico y en que ideología insidiosa se fundamentan, así como los riesgos que corre la condición humana de la amebiana expansión del cientificismo a todos los campos del saber.

Gracias por su atenta escucha.

ASESORAMIENTO SEXOLÓGICO: NUEVAS REFLEXIONES Y APORTACIONES DESDE LA SEXOLOGÍA

Samuel Díez Arrese
Sexólogo, Ingeniero t. industrial

© AEPS

ASESORAMIENTO SEXOLÓGICO: NUEVAS REFLEXIONES Y APORTACIONES DESDE LA SEXOLOGÍA

Samuel Díez Arrese

Profesor en el Instituto de Sexología (in.ci.sex, Madrid)

A propósito del asesoramiento sexológico, se me ha pedido algo nada sencillo como son "nuevas reflexiones y aportaciones desde la sexología" en el marco de unas jornadas tituladas "Discursos, modelos y perspectivas en intervención sexológica".

Título que, por otra parte, me gusta mucho y me parece bien acertado. No tengo tan claro, en cambio, que las reflexiones que traigo sean demasiado nuevas aunque posiblemente todavía haya alguien a quien le resulten novedosas.

No ha sido sencillo escoger los puntos o aspectos donde centrar esta reflexión. Básicamente, mis dudas han surgido entre centrarme en lo que hay y abundar en "más de lo mismo", o sea, hablar de asesoramiento como producto, o ahondar en la intervención sexológica en consulta como actividad.

Haciendo una analogía, considero que lo que distingue al asesoramiento (como producto) de la intervención sexológica en consulta (como actividad) es bastante similar a lo que distingue las parafilias de las peculiaridades, o las disfunciones de las dificultades entre los sexos.

Quien se esfuerza por seguir sin enterarse seguirá pensando que son sinónimas, aunque peculiaridad y dificultad sean más adecuadas, o sea, políticamente más correctas, como también habrá quién considere que la parafilia es un tipo de peculiaridad o que la disfunción es un tipo de dificultad.

También es probable que, en su empleo indistinto, ronde un planteamiento que, en mi opinión, supone otro (de tantos) de los problemas que posee actualmente la sexología de mano, precisamente, de sus profesionales: la fórmula "para entendernos" o "para que se entienda".

Así, para que nos entiendan, se habla de relaciones sexuales, coito, autoestima, prácticas de riesgo, transexuales, eyaculación precoz, vaginismo, relaciones saludables, y así un largo etcétera de términos y formulaciones que son ajenas a este campo de conocimiento pero que se emplean con la pretensión de que "nos entiendan".

Maniobra que sabemos que no produce otra cosa que confusión unas veces, problematización en otras y, en definitiva, poca mejora en la población, a quienes en cierta forma nos debemos, y en definitiva poco avance epistemológico en la profesión (no así en las "cuotas de mercado").

En todo caso, para comenzar a reflexionar en torno al asesoramiento en sexología considero interesante entrar mínimamente en el marco desde el cual se ha venido ubicando: en el llamado "continuo *educaciónasesoramientoterapia*."

Un continuo que ha sido una fórmula pragmática muy divulgada desde hace algún tiempo y ha servido, entre otras cosas, para distinguir unos productos de otros en un esfuerzo por adecuarse a las fórmulas que tanto profesionales como usuarios y servicios podían entender y comprender, y que ciertamente ha dado sus frutos.

Uno de los frutos más claros es que podemos decir que nos encontramos en un momento en el que, cuando alguien tiene una duda, puede acudir sin muchos reparos a un servicio de asesoramiento; cuando alguien entiende que tiene algún problema, puede acudir a un servicio de terapia y a casi todo el mundo le han venido con alguna charla o curso sobre educación sexual en los centros de enseñanza reglada u otros.

Al adjetivarse como sexual, no se ha hecho extraño que quien interviene en esos espacios sea alguien con estudios más o menos afortunados, más o menos específicos en sexología.

Por ello, en términos de mercado se constata bien claro que educación, asesoramiento y terapia aparecen como productos donde se puede trabajar desde la sexología de manera profesional. Colocar el adjetivo "sexual" (al margen de su incoherencia epistemológica) ha facilitado este proceso.

Proceso en el que, por ser de mercado y como es obvio, entran los propios centros de formación cuyos programas en ocasiones transmiten más la idea de crear plantillas de "talleristas y terapeutas" que de "estudiosos de los sexos". También han entrado y entran muchos profesionales y entidades, a veces con gran insistencia.

Acercándose peligrosamente así a una concepción del estudio de la sexología más cercano a la antigua FP que al ámbito académico y contribuyendo sobremanera a la acertada y premonitoria afirmación de Amezúa, hace ya más de 20 años, de que cada vez hay más sexólogos y menos sexología.

En este sentido, resultaría interesante (y sus resultados posiblemente reveladores) comprobar las horas de formación que se dedican a las metodologías de los talleres y/o las terapias en relación con otras salidas profesionales (por ejemplo: cómo se escriben libros, columnas, artículos científicos, cómo se teoriza, cómo se habla en la radio, cómo se investiga, cómo se preparan, presentan y ejecutan los cursos de formación a distintos profesionales, etc.) y, sobre todo, esas horas en relación a las dedicadas al estudio de la disciplina como tal.

Baste recordar que en esta disciplina que llamamos sexología, por no existir grado universitario, las escuelas de formación cumplen la función de las universidades. Con lo cual se puede afirmar que su responsabilidad en que

esto suceda es, cuando menos, notable.

Así que me imagino qué pasaría si, por ejemplo, en la carrera de Biología dedicaran proporcionalmente un año de carrera o más (junto con todas sus asignaturas de ése o esos años) a la "didáctica en el aula", por si alguien que cursa la carrera llega un día a trabajar como profesor en secundaria, bachiller o universidad.

Por otro lado, formular así los diferentes productos considero que ha generado también un efecto colateral de acomodamiento teórico. De tal manera que lo que ha venido sirviendo para que los usuarios (o las propias instituciones) nos entiendan, se ha instaurado como esquema teórico desde donde la práctica o actividad profesional se plantea.

Lo cual no sólo ha dificultado avanzar, o ha contribuido significativamente a dicha dificultad, sino que además ha limitado los campos de dedicación profesional que pueden desarrollarse en sexología, en la medida que se han circunscrito básicamente a terapia-asesoramiento (generalmente privada) y educación (generalmente escolar). Campos, dicho sea de paso, donde no cuesta mucho percibir diferentes "estatus profesionales" en la medida que tiende a no verse o valorarse igual "hacer talleres en grupos" que "ser terapeuta".

Sea como fuere, una aproximación mínimamente crítica a este continuo puede evidenciar su inexistencia, además de su escasa operatividad actual, como fórmula pragmática para avanzar en el necesario ordenamiento del mapa del ejercicio profesional en intervención sexológica. Con respecto a la formulación "educación sexual", se comprueba que resulta doblemente desafortunada.

Primero, por respeto a las distintas disciplinas que se dedican a educar de manera profesional. Lo que requiere al menos de la construcción y el establecimiento de una relación educativa a lo largo de un proceso educativo. Metodológicamente, requiere articular la intervención en proyectos educativos individuales y grupales, así como comunitarios cuando la intervención es socioeducativa.

Segundo, por coherencia epistemológica. Si "sexual" no hace referencia a los contenidos sino a los destinatarios, los sexos, la educación sexual será la educación de hombres y de mujeres, en tanto hombres y mujeres en relación como sujetos sexuados. Puesto que se refiere a destinatarios y no a contenidos, no puedo aceptar que profesionales de la sexología hagan, profesionalmente, educación de los sexos cuando no son educadores.

De hecho, como alguien que ha estado bastante involucrado en la profesión de educación social, me produce un profundo desagrado teórico y pro-

fesional escuchar o leer la denominación "educador/a sexual".

Sintiéndolo mucho, ha de decirse que no existe intervención educativa profesional alguna cuando apenas se conoce el nombre del presunto educando, no se establece relación educativa alguna y no se elaboran proyectos educativos individuales y/o grupales.

Esto, hasta donde conozco, en el mercadeo de las profesiones se llama intrusismo profesional y, en mi opinión, es una consecuencia entre otras de entender la educación sexual como un producto dentro de un mercado.

Con todo y con eso, no me cabe duda de que haya quien se considere a sí mismo como educador o educadora, siempre en términos profesionales, en este tipo de intervenciones sobre todo cuando el ámbito es el llamado "no formal".

Tampoco resulta extraño pues se trata de un ámbito en el que históricamente el intrusismo profesional, sumado a su falta de regulación, ha alcanzado cotas demasiado altas. No obstante, por suerte, cada vez en menor medida.

Curiosamente y también por suerte, nadie se nombra profesionalmente como médico sin haber estudiado medicina o enfermero sin haber estudiado enfermería, por mucho que se conozcan algunas enfermedades y sus tratamientos o se sepan realizar varios tipos de vendajes. Tal vez, como en todo, parece que aquí también hay líneas que unas se respetan y otras se cruzan con toda impunidad.

Aunque no es el momento de detenerme demasiado aquí, sí diré que otra cosa bien diferente es la divulgación del conocimiento sexológico y que no puede ser confundida con la educación de los sexos, aunque en multitud de ocasiones se nombre como tal. Actividad para la que, a priori, sí que estamos capacitados para hacer.

También diré que lógicamente su metodología y didáctica (no así su objetivo) necesariamente ha de estar adaptada al formato y destinatarios para lograr la mayor eficiencia y efectividad posible en su ejecución.

Divulgación del conocimiento sexológico en general o sobre temas concretos. Siendo su destinataria desde la población en su conjunto, hasta pequeños grupos concretos, pasando lógicamente por la formación de los profesionales que realizan sus intervenciones (educativas, sanitarias, asistenciales, comerciales, culturales, laborales, etc.) directamente con la gente y en las que muchas veces el factor sexual no está conscientemente introducido, pese a que éste influya ineludiblemente.

En resumen, así como no se ha de confundir educación y escuela, tampoco podemos confundir, desde una

perspectiva profesional, divulgar (incluso enseñar) y educar. La educación de hombres y de mujeres, o sea la educación sexual, no nos corresponde por el hecho de ser profesionales de la sexología. Menos aún es patrimonio nuestro.

En cambio, sí que nos corresponde divulgar, o sea, hacer llegar a la población, el conocimiento sexológico que poseemos de los sexos. Y no ya tanto por cuestiones de patrimonio o exclusividad sino por coherencia y ética interdisciplinar, ya que es un conocimiento que sólo un profesional de la sexología puede tener.

Con respecto al par asesoramiento/terapia la cosa no luce mejor. Desde mi punto de vista, los debates sobre si el asesoramiento y la terapia son dos productos diferentes (con el añadido de los eternos debates sobre sus fronteras) generalmente resultan de lo más tediosos e interesados, ya que responden a razones que están completamente al margen del interés de esta disciplina y su ejercicio profesional.

Tampoco dudo de que haya profesionales que honesta y coherentemente consideren que el asesoramiento y la terapia realmente son dos productos diferentes, más allá de los intereses de mercado, marca o estatus.

No obstante, haciendo un breve repaso por estos perfiles profesionales, voy comprobando que la inmensa mayoría que realizan tal afirmación posee una formación académica previa en medicina y/o psicología. Campos del conocimiento donde la terapia es una realidad.

Esto me plantea que, así como ha llevado y lleva tiempo drenar el pensar médico y psicopatológico de la teorización de los sexos, también es probable que nos lleve tiempo drenar el pensar y hacer sanitario y psicoterapéutico de la intervención sexológica en consulta.

Por ello, considero de poco interés, por no decir nulo, todo este tema del asesoramiento y la terapia como productos diferentes. Todavía más desinterés me genera, si cabe, construirlas como actividades coexistentes en el campo profesional de la sexología pues, de hecho, rechazo tal coexistencia.

Ahora bien, aun siendo mala y no sin reparos, considero más adecuada la formulación "asesoramiento" por estar, en mi opinión, algo menos contaminada y ser algo más coherente con la labor realizada en las intervenciones profesionales en consulta, si no fuera por el riesgo que posee de seguir entendiéndose como aquél asesoramiento conceptualizado como el hermano menor de la primogénita Terapia (con mayúsculas). De tal manera que lo grave iba o se derivaba a terapia y lo leve o sencillo podía atenderse desde el asesoramiento.

En fin, lo que verdaderamente me resulta interesante, en cambio, es la intervención sexológica singular y particularizada tanto cuando esta labor se realiza de manera puntual o aislada, como cuando lo hace continuadamente, al margen de su frecuencia. Y, desde luego, me interesan cada uno de los diferentes formatos en los que esta intervención se lleva a cabo.

Sucede que para avanzar en la descripción y definición de este tipo de intervenciones y con ello poder ofrecer alguna aportación útil me encuentro constantemente con un obstáculo, o más bien un escollo, pues no siempre es fácil verlo ni siempre se poseen los suficientes recursos conceptuales y terminológicos para sortearlo.

Se trata de algo tan elemental y básico como el lenguaje utilizado entre profesionales. No ya con profesionales de otras disciplinas, que ya de por sí es un tema aparte, sino entre profesionales de la sexología.

Por un lado, el conocido y nunca suficientemente manido punto del empleo de las unidades diagnósticas, cuando se intercambia información entre profesionales con el pretexto o con intención de resumir "lo que pasa" o, de nuevo, "para que se entienda". Por ejemplo: "Tengo a una mujer anorgásmica que....", "tengo un caso de vaginismo...". Paralelamente, y el que quiero subrayar más, cuando se habla de la propia intervención en sí. Por ejemplo: "A estos ya les he dado el alta", "tal vez tenga que derivarlos a terapia".

Son algunos ejemplos, pero desafortunadamente hay más: terapia, terapeuta, alianza terapéutica, encuadre terapéutico, procedimientos y técnicas terapéuticas, relación terapéutica, proceso terapéutico, clínica, historia clínica, caso, alta, abandono, resistencias, tengo un caso de vaginismo, eyaculación precoz, deseo inhibido, disfunción genital, eréctil, sexual (incluso erótica o amatoria; que de todo se lee y escucha), despistajes médicos y/o psicopatológico, etc.

Es decir, todo un campo léxico que pertenece a la intervención sanitaria y psicoterapéutica y que se ha adherido a la intervención sexológica, mimetizándose con aquél. A tal punto que si venimos diciendo que a los sexólogos nos cuesta entendernos con otros profesionales, a mí me cuesta cada vez más entenderme con una buena parte de los sexólogos. Sobre todo cuando hacen terapia.

En este sentido, tal vez debamos hacer un mínimo caso al construccionismo social y más concretamente a lo que Mark Beyebach, bromeando, denominó hace 15 años "tercera cibernética". Proponía con ello analizar las interacciones que ocurren entre profesionales, el lenguaje que se empleaba para hablar de sus clientes y cómo esto podía repercutir negativamente en sus intervenciones.

Junto a esta propuesta, relacionada con una forma más respetuosa y positiva de hablar sobre quien consulta y con la que no puedo estar más de acuerdo, cabe incluir este campo léxico referido a la intervención en sí misma con el fin de descontaminarla, para entendernos, de la omnipresente herencia médica y psicopatológica. Todo ello con la esperanza que podamos avanzar hacia una intervención más propia y genuina, o sea, sexológicamente más coherente.

Qué duda cabe, a estas alturas, que lo que distingue unas intervenciones de otras dentro del conjunto de disciplinas que se encargan de los problemas y dificultades humanas no está tanto en los procedimientos o en las metodologías que siguen, que también aunque lógicamente estos aspectos vienen después, sino en la perspectiva desde donde observan estos fenómenos y que da lugar a las distintas descripciones y definiciones, léase construcciones, de su objeto y material de intervención.

Si tenemos en cuenta que en sexología no hay consenso sobre cuál es el objeto de estudio, ni tan siquiera alrededor de la adjetivada como sustantiva, hablar con anhelo integrador y con un mínimo de rigor sobre la intervención en consulta, resulta un tanto complicado. Tal vez por ello exista tal diversidad interna de formas de describir y definir "en lo que consiste" la intervención sexológica en consulta hasta ese punto mimético con la psicología clínica de hablar de sexología clínica, o de casos clínicos, organizada siempre desde la demanda.

Una clínica, dicho sea de paso, en ocasiones peligrosamente más cercana de la casuística sobre experiencias problematizadas (lo que sabemos que a su vez problematiza) que de la recopilación y clasificación de hechos de diversidad, como correspondería a la sexología en el caso de su vertiente clínica y organizándose desde la oferta.

Obviando este pequeño matiz, en el caso de que fuera posible, con intención de contribuir a una coherencia mayor en la intervención en consulta desde esta disciplina, recurriré a la Revista Española de Sexología, número 163-164 de Incisex, publicada hace bien poco, en 2011.

De ella extraeré la matización del adjetivo sexológico: La adjetivación "sexológica" en la intervención entendemos que hace referencia a tres aspectos diferentes: los contenidos, el abordaje y los profesionales.

- Los contenidos serán todos aquellos aspectos y temas relacionados con el hecho de ser los hombres y mujeres que somos, siéndolo ineludiblemente en relación. Por ello, no están centrados en el funcionamiento conductual o funcional de los genitales, la pericia orgásmica, la profilaxis amatoria, o la planificación familiar. Como tam-

poco se circunscriben a las urgencias más o menos mediatizadas del momento.

- El abordaje de dichos contenidos se realiza tomando el marco de reflexión epistemológica que supone, desde la sexología sustantiva amezuana y de la cual participo, el mapa del hecho sexual humano, mediante la (co)elaboración del relato de su experiencia en torno a la situación consultada. Además de este marco, propio y genuino de nuestra disciplina, disponemos de otros dos elementos definitorios de la intervención: la actitud comprensiva o comprensividad y el enfoque biográfico.
- Por su parte, los profesionales responsables de la intervención son sexólogos, y no otros profesionales desde otras disciplinas, pues lógicamente son quienes tienen el conocimiento y la destreza para articular, gestionar y en definitiva aplicar este abordaje de los contenidos, esta teoría, al relato de la experiencia sexualmente significativa que trae quien consulta.

Con todo ello, el carácter "sexológico" de la intervención se logra por el abordaje conceptual garantizado por el sexólogo, y por los contenidos que los usuarios ofrecen por el hecho de ser sexuados. Se genera así un diálogo intenso entre el usuario con su experiencia y el profesional con su cuerpo teórico (conceptual y metodológico) que derivará en la confección de un relato determinado en torno, nuevamente desde el modelo amezuano, a su *ars amandi*.

Así, en las intervenciones sexológicas, todo abordaje médico, psicológico, psicopatológico, etc., queda desarticulado, no teniendo cabida alguna. Desde ahí, se puede entender fácilmente que, por ejemplo, una consulta sobre diferencias en la demanda de orgasmos compartidos en una pareja o sobre lo mucho que discuten, se atienda de forma radicalmente diferente (y sin entrar en cómo) desde la medicina, la psicología o la sexología.

Un último apunte consistiría en precisar que es preferible emplear los descriptores necesarios de la intervención, antes que un término concreto, si con ello se gana en claridad. Algunos de estos pueden ser:

- Descriptores de formato: presencial, telefónico, *online* en sus diferentes versiones (chat, vídeo conferencia, email, etc.)
- Descriptores de tiempo: puntual o asilado, esporádico, continuado o mantenido.
- Descriptores de los destinatarios: individual, pareja, grupo.
- Descriptor de la disciplina: sexológico.

Con todo, seguirá habiendo profesionales a quienes nada de esto sirva, pues tal vez sigan entendiendo y sosteniendo que hacen educación y/o que hacen terapia. Como también los habrá que entiendan que parafilias y

peculiaridades son más o menos sinónimas o, cuando menos, que hacen referencia a las rarezas con posible problematicidad asociada que se dan en los sexos.

Sin embargo, en este punto de llevar a la población desde la práctica profesional los conocimientos de nuestra disciplina, creo importante reflexionar sobre si lo que decimos es realmente lo que hacemos porque, en caso contrario, igual terminamos haciendo lo que decimos. Y, por tanto, a base de hablar para entendernos, terminemos sumándonos a esa corriente que, con la excusa del sexo, aplica terapias sexuales a disfunciones sexuales y parafilias en pro de relaciones sexuales más saludables.

En resumen y para concluir, he pretendido compartir una serie de reflexiones y aportaciones en torno al asesoramiento, para entendernos, y en torno a la intervención sexológica para avanzar.

INVENCIÓN DE ENFERMEDADES

JORNADAS DE SEXOLOGÍA
Y SALUD SEXUAL
AEPS. Madrid, noviembre, 2011

Ana García Mañas
Sexóloga, Psicóloga

© AEPS

INVENCIÓN DE ENFERMEDADES

JORNADAS DE SEXOLOGÍA
Y SALUD SEXUAL
AEPS. Madrid, noviembre, 2011

ANA GARCÍA MAÑAS

Profesora en AEPCCC (Madrid)

El *disease mongering* o la "invención/tráfico de enfermedades" se define como la estrategia de ampliar los límites de las enfermedades con el fin de expandir los mercados de quienes venden tratamientos médicos (Moynihan y Henry, 2006). Una de las estrategias empleadas para conseguirlo consiste en convencer a la gente sana de que está enferma. Según Ray Moynihan y otros autores que están investigando sobre el tema, hemos llegado a un momento en el que no aparecen nuevas enfermedades y eso hace que la industria no tenga manera de aumentar sus ingresos, a no ser que aparezcan nuevos enfermos. Es la misma industria farmacéutica quien se está dedicando a revisar los difusos límites entre la salud y la enfermedad, entre un estado normal y un estado patológico. Esto coincide con un momento histórico en el que la salud se define como algo más que la ausencia de enfermedad (OMS, 1948), lo cual ayuda a que se hayan empezado a medicalizar y a tratar no sólo las enfermedades sino también ciertas etapas o funciones que hasta ahora habían sido consideradas normales en la vida de los individuos. La solución que aparece para dar respuesta a esta nueva y artificialmente creada necesidad ha aparecido con las llamadas *lifestyle drugs* o medicinas para personas sanas.

Problematización de los caracteres sexuados

Entre los ejemplos clásicos de *disease mongering* encontramos, por ejemplo, el síndrome disfórico premenstrual, la menopausia, la calvicie, la timidez, las dificultades de erección o el llamado deseo "inhibido" o "hipoactivo". Si nos acercamos a estos fenómenos desde una perspectiva sexológica, nos daremos cuenta de que muchas de las enfermedades con las que se trafica no son otra cosa que caracteres sexuados. ¿Por qué estos caracteres diferenciadores empiezan a molestar hasta el punto de convertirse en un problema? Estos procesos de problematización del proceso de sexuación suelen coincidir con la aparición de un fármaco que anula o promete solucionar nuestras diferencias.

Ante la imposibilidad de tratar en este artículo todos los caracteres sexuados que están siendo problematizados y por tanto tratados farmacológicamente, nos centraremos en dos ejemplos concretos que todos conocemos por su implicación en la erótica y amatoria de los sujetos sexuados. Son la erección y el deseo/excitación o su ausencia. Nos centraremos en la estrategia de marketing y comercialización de Viagra y de medicamentos orientados hacia el aumento del deseo en mujeres como son Intrinsa o Flibanserin.

Cuando la erección se convierte en el objetivo

Viagra apareció en 1998 como un medicamento para unos pocos hombres: aquellos afectados por diabetes con daño prostático que podían tener dificultades de erección. Desde entonces hasta ahora, Pfizer, la farmacéutica que lo comercializa, ha conseguido que sean muchos más hombres los que lo soliciten y lo consuman: hombres de casi cualquier edad, y también con casi cualquier grado de dificultades eréctiles, incluyendo las pérdidas de erección raras u ocasionales (Lexchin, 2006). Para alcanzar grandes objetivos de ventas, las grandes compañías farmacéuticas que buscan más beneficios no actúan solas: los medios de comunicación dan cobertura a las estrategias de venta, el personal sanitario propone y prescribe, y los grupos de usuarios presionan para que se encuentre (y en ocasiones se financie) una solución a lo que consideran que es su problema, y no una necesidad creada por motivos puramente económicos.

Si nos remontamos a los inicios de este medicamento, podemos ver cómo en una de las primeras campañas publicitaria de Viagra aparecía Bob Dole, un senador estadounidense maduro, anunciando el uso del fármaco. El uso de esta medicación fue ampliado a hombres jóvenes en los siguientes anuncios de la farmacéutica, la mayor parte relacionados con deportes competitivos, como Rafael Palmeiro, jugador de béisbol de 39 años. Hombres por tanto asociados al desempeño y a la competición, hombres que asociaban el encuentro erótico con la necesidad de logro y la idea de victoria y triunfo.

De esta forma, como las ganancias del fármaco, destinado a una población tan limitada, serían escasas, Pfizer buscó una población más amplia y se empezó a difundir la idea de que la mayoría de los hombres mayores de 40 años podían ser víctimas de la "disfunción eréctil". Esta afirmación se basa en un estudio que hizo Pfizer extrapolando datos de un centro clínico de urología a la población normal (Feldman, 1994). De ahí se pasó a afirmar que cualquiera de los tipos y grados de dificultades de erección puedan ser tratados con Viagra, aunque se trate de algo que antes era considerado parte común de la vida de individuos sanos o como un proceso de simple envejecimiento al que había que adaptarse (Marshall, 2002, 2006). Esta estrategia es una pauta común que podemos observar en los procesos de invención y tráfico de enfermedades: siempre que se comercializa un fármaco, aparecerá previamente un estudio que justifique que hay muchas personas afectadas por el problema que el fármaco soluciona. Para ello, se difunden mediante diferentes medios publicitarios (televisión, prensa, internet, etc.) resultados de estudios que la población usuaria no suele leer. La industria necesita de la colaboración

tanto de científicos como de publicistas para conseguir vender tanto el fármaco como el problema.

Volviendo a las campañas publicitarias, en general, los anuncios de estos fármacos están construidos como si las dificultades de erección fueran la causa de los problemas en la pareja, y por tanto todos los problemas (los de erección y los de pareja) parecen poder ser resueltos con una pastilla. Esta visión unidireccional y simplista no tiene en cuenta que muchas dificultades de erección tienen precisamente que ver con factores interaccionales en la pareja, y que por más recursos farmacológicos que se utilicen en el tratamiento, y por más erecciones que se consigan, los factores que generan insatisfacción van a quedar desatendidos. Esta visión, además, refuerza una idea que ya parecía obsoleta que es la del hombre siempre con ganas, siempre dispuesto, y nos vuelve a intentar vender un ideal de masculinidad que no solo no es real sino que para muchos hombres y sus parejas tampoco es deseable. Ahora el hombre puede seguir estando siempre dispuesto a todo y con cualquiera, no se cuestionará ni se estudiará el deseo o la excitación masculina, ya que simplemente es el pene el que puede tener "problemas médicos". La gran posibilidad que supuso el descubrimiento de Viagra y su acción vasodilatadora para ayudar a unos pocos hombres con dificultades orgánicas se ha convertido, gracias al ánimo de lucro de la compañía farmacéutica, en un mandato para todos los hombres de cualquier edad y condición: el deber estar siempre dispuestos, ya que el impacto de Viagra en el entramado social y cultural no es pequeño y se filtra en las vidas de los usuarios y no usuarios a través de chistes, imágenes, escenas en cualquier película o serie que se precie, anuncios etc. (Vares y Braun, 2006).

Dónde los fármacos no llegan

Al trabajar con pastillas, también dejamos fuera de la intervención algo muy importante, especialmente para nosotros como sexólogos, y es ¿qué opina el otro miembro de la pareja? En parejas heterosexuales, mientras algunas mujeres parece estar conformes, otras pueden referir sentimientos inquietantes, como la sensación de que algo no va bien si su compañero necesita tomar fármacos para mantener relaciones eróticas, y puede estar favoreciendo otro tipo de obligaciones, como la de mantener encuentros con penetración porque "se puede" y no porque "se desea" en el momento en el que él ha tomado ya el fármaco. De esta forma Viagra, poniendo el foco en la erección, parece haber conseguido volver a colocar la penetración en parte central y obligatoria en todo encuentro erótico (Marshall, 2002).

Aunque la idea que se ha popularizado es que Viagra, al fin y al cabo, "funciona", no todo son buenas noticias: si analizamos cautelosamente la expansión comercial del fármaco nos daremos cuenta de que lo que funcionaba para unos no soluciona las dificultades de todos, pues no todos los hombres que empiezan el tratamiento se encuentran satisfechos con los resultados. Existen estudios en los que se observa una discontinuidad de tratamiento alta: Souverein y sus colaboradores (2002) refieren datos de que aproximadamente la mitad (un 48%) de los hombres que empezaban un tratamiento con el fármaco no continuaban usándolo dos años más tarde.

Viagra puede estar generando más dificultades que las que fue diseñado para tratar, no solamente para las parejas sino también para los propios usuarios, que en consulta refieren enfrentarse a un mayor estrés de ejecución al tratar de dejar de tomar el fármaco: "¿Lo conseguiré por mis propios medios?" es la pregunta que puede revolotear en la mente de aquellos que interrumpen el tratamiento. Curioso efecto secundario que, irónicamente, puede hacer por sí solo que la erección no se produzca.

¿Y para ellas?

El ejemplo por excelencia de *disease mongering*, de esta invención de enfermedades, dice Ray Moynihan en su libro *Sex, Lies and Pharmaceuticals* (2010) que es la conocida como "disfunción sexual femenina", de la que tanto se ha hablado y en la que tanto dinero se ha invertido en investigar y diagnosticar. Ahora bien: ¿Qué es, en qué consiste esta disfunción? La disfunción sexual femenina parece depender de las soluciones que la propia industria farmacéutica baraja en un momento determinado. Así, cuando Pfizer estaba investigando con la aplicación de Viagra para mujeres, esta disfunción fue definida como una insuficiencia en el flujo sanguíneo genital, cuando la farmacéutica Procter & Gamble se encontraba a punto de comercializar el parche de testosterona Intrinsa, se definió como una deficiencia hormonal, y cuando el laboratorio Boehringer trabajó sobre neurotransmisores, la causa última de la llamada disfunción sexual femenina se atribuyó a un desequilibrio en la química cerebral. Ninguna de estas hipótesis se hizo al revés, es decir, que se trató en cada una de estas tres etapas de adaptar la definición de lo que quiera que fuera que les sucedía a las mujeres (si es que algo estaba sucediendo) a los resultados de la experimentación que las propias compañías farmacéuticas llevaban a cabo en ese momento en relación a otros fármacos.

Según Leonore Tiefer (2008) no sería mala idea que la industria farmacéutica se dedicara a fabricar y vender afrodisiacos, pero eso no es negocio si nadie los compra. Han de ser medicamentos caros, y la única forma de que se apruebe la comercialización de un medicamento caro es que éste sea considerado la solución para una enfermedad: la construcción de la disfunción sexual femenina se ha convertido en un primer paso necesario para poder empezar a obtener beneficios.

Este supuesto trastorno, si bien ha estado más o menos recogido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (antes como "Disfunción sexual femenina" y a partir de los ochenta como diferentes desórdenes de la excitación, orgasmo, deseo, etc.), también es cierto que el DSM recibe muchas críticas, fundamentalmente dos: una debido a su afán patologizador y otra, que es la que nos interesa ahora, es debida a los vínculos de sus paneles de expertos con la industria farmacéutica. Hay estudios que han encontrado que en la definición de las llamadas disfunciones sexuales, el porcentaje de miembros del panel DSM vinculados económicamente a la industria farmacéutica era del 40% (Cosgrove, 2006, 2012).

Estos intentos de patologización de la erótica de las mujeres no son nuevos, Ray Moynihan (2010) detecta intentos similares de patologizar la erótica femenina basándose en el concepto de "frigidez" en 1950 cuando apareció en el *Journal of the American Medical Association* un artículo (Kroger y Freed, 1950) en el que se definía como la incapacidad para llegar al orgasmo durante el coito, entendido coito como penetración vaginal, y concluía entonces que el 75% de las mujeres debían de ser frígidas o padecer este trastorno, ya que no tenían orgasmos de esta manera. Podemos ver como la definición del problema afecta directamente a la realidad y a cómo los individuos pueden hacerse una u otra idea de lo que les sucede. La pregunta que merece la pena hacerse en estos casos es: ¿Puede el 75% de las mujeres padecer un trastorno? Si la mayoría de las mujeres, o muchas mujeres, o la mitad de las mujeres no llegan al orgasmo de esa manera, ¿no merece la pena plantearse que a lo mejor hay algo en cómo las propias mujeres alcanzan el orgasmo que es diferente pero no patológico? Ante una evidencia tan brutal, convendría revisar si estamos generando un problema donde sólo hay una diferencia sexuada.

Para empezar a investigar sobre un medicamento, como hemos visto antes, la industria va a necesitar apoyarse en datos: necesitarán justificar que van a gastarse dinero en un problema importante y que afecta a un gran número de individuos. Esto, unido a que es la propia industria la que favorece la creación de determinados instrumentos de medida (Moynihan, 2010), va a producir efectos inquietan-

tes. Por ejemplo, al profundizar en la famosa encuesta de Laumann que decía que el 43% de las mujeres padecían "disfunción sexual femenina" (Laumann, 1994), nos encontramos con una interpretación de los resultados muy particular, ya que se preguntaba a las mujeres si habían tenido dificultades ocasionalmente, periódicamente o frecuentemente pero al proporcionar en los resultados el dato total se juntaban todas aquellas que habían tenido, según vemos, alguna dificultad alguna vez, sin importar ni siquiera si era algo que había sucedido en alguna ocasión o todos los días. Esos porcentajes difieren de los que encontraríamos si solo nos fijáramos en las personas que dicen tener dificultades frecuentemente, que no serían el 43% sino el 7%.

Cuando aparecen estas cifras con frecuencia estamos hablando de resultados de encuestas en las que no se tiene en cuenta la opinión de los sujetos sobre aquello que les sucede. Si una persona contesta que tiene ganas de acostarse con su pareja menos de dos veces a la semana, ese es el dato que se va a tener en cuenta y no si a esa persona le va perfectamente o si su relación se resentiría si la frecuencia propuesta fuera mayor. Por eso, en algunos estudios se ha encontrado que aunque un número alto de mujeres fueran diagnosticadas como disfuncionales, por ejemplo el 38% como sucedió en el estudio dirigido por Michael King en el Reino Unido (2007), solamente un 18% de esas mujeres pensó que eso le suponía algún tipo de problema, y si se les preguntaba además que si el problema generaba malestar en sus vidas, el resultado fue de 6%.

Lo que estamos viendo es cómo estas compañías farmacéuticas financian y a veces incluso modifican las investigaciones para adaptarlas a sus propios intereses, y eso contribuye a crear un problema que pueda ser abordado con los fármacos que ellos ya están fabricando. Estos estudios generan opinión pública y atraen la atención de medios de comunicación y de personas con dificultades, que serán los usuarios finales del medicamento y por tanto de la etiqueta de "disfuncionales". Con los resultados exagerados y presentados de forma alarmante, parece casi un rescate lo que estas compañías ofrecen a la población.

De un lado tenemos a las compañías farmacéuticas, cuyos lazos llegan hasta el DSM y por tanto a los instrumentos de diagnóstico de los profesionales de la medicina y la psicología. Esta empresas tratarán de ampliar el límite de la definición de deseo hipoactivo hasta que encuentren alguna forma de vender sus productos. Hasta ahora se han fijado en la satisfacción, pero puede que modifiquen la forma de medir ya que no les está dando resultado. Por otro lado, una larga tradición de estudios sexológicos nos ofrecen explicaciones alternativas al fenómeno del deseo femenino.

Algunas propuestas no problematizadoras

Desde la publicación en 1970 de "La inadecuación sexual humana" de Masters y Johnson se viene hablando de la importancia de la relación. Las definiciones que se manejan hoy de deseo hipoactivo y de disfunciones femeninas están centradas en el individuo, pero el deseo es algo relacional, en interacción con el otro. Recientemente hay autoras que vienen clasificando el deseo en dos tipos o modos, "push" y "pull": uno que empuja, sale desde el individuo y otro que es incitado desde fuera y que tira de nosotros. Si esto fuera cierto y el deseo de muchas mujeres se despierta de forma prioritariamente contextual como respuesta a claves de la situación, nada podría hacer una pastilla. Autoras como Rosemary Basson, Lori Brotto, Ellen Laan y Leonore Tiefer están investigando en esta línea, que implica que existen diferencias en el modo de desear de los sexos, y que estos son dos modos diferentes que nosotros deberíamos considerar legítimos y cultivables en igual medida, y no tratar de promover uno, patologizando el otro. (Basson, 2000, 2002; Brotto, 2010; Laan, 2008, Tiefer, 2010)

Las propuestas que se vienen haciendo desde otras disciplinas para evitar estas situaciones son diversas. Puede resultar especialmente interesante favorecer mayor investigación académica sobre la evolución de las enfermedades, vigilar cómo cambian y se redefinen, cómo se afrontan en distintas culturas, países con distinta legislación, etc. También parece sensato que exista un mayor control en las vías actuales de decisión sobre cómo se decide qué es una enfermedad y qué no: por ejemplo, controlar los paneles de expertos para que estos sean de personas sin conflictos de intereses, así como que incluyan no solamente destacados investigadores sino también a grupos de ciudadanos/consumidores que no reciban financiación de la industria farmacéutica (Moynihan, 2006) Ambas propuestas son razonables.

No me gustaría terminar sin reflexionar sobre las posibles vías que desde la sexología tenemos para evitar esta invención o tráfico de enfermedades en un área de nuestro conocimiento tan importante como la erótica/ amatoria, pero que como hemos visto afecta a multitud de características sexuadas de los individuos. Desde la sexología podemos perfilar algunas propuestas, como pueden ser, por ejemplo, huir de la clasificación diagnóstica de las disciplinas de la salud con términos como "dificultades comunes" (Amezúa, 1999) en lugar de "disfunciones" o "trastornos". Asimismo, parece sensato evitar etiquetar médicamente a las personas que carecen de trastornos, esto es, no diagnosticar fenómenos de la vida cotidiana y no actuar como si se tratara de enfermedades, sino hablar de malestares cotidianos, o dificultades que muchas personas pueden encontrar

en determinados momentos de sus vidas. Es nuestro trabajo también proporcionar una alternativa a la patologización, demostrando la eficacia de otros métodos no farmacológicos como el asesoramiento/consulta sexológica o la educación de los sexos. Y por supuesto promover la diversidad, haciendo especial hincapié al trabajar con los medios de comunicación (académicos y no académicos) publicando investigaciones y artículos en los que las diferencias sexuadas sean consideradas un valor y no un síntoma.

Como hemos apuntado anteriormente, muchos de los fenómenos patologizados y vendidos como enfermedades y no como diferencias son fenómenos de sexuación. Las mujeres no envejecen igual que los hombres, ellas no se quedan calvas y los hombres no tienen la regla ni osteoporosis, pero que un determinado fenómeno afecte de forma mayoritaria a uno de los dos sexos no es percibido como una diferencia legítima sino como algo que hay que eliminar. Todo lo que implique o evidencie que somos distintos es susceptible de intentar ser homogeneizado, pero como profesionales de la sexología no deberíamos dejar que las diferencias se conviertan en algo eliminable y que se promueva una visión ideal del ser humano asexuada, personas uniformes sin diferencias individuales ni de sexuación. Esta es nuestra disciplina y nosotros tenemos muchas cosas interesantes que decir y que aportar para que hombres y mujeres puedan vivir su proceso de sexuación, sus sexualidades y sus eróticas de la manera más satisfactoria posible.

REFERENCIAS

Amezúa (1999): "Teoría de los sexos. La letra pequeña de la sexología". *Revista Española de Sexología,* 95-96.

Basson, R. (2000): "The Female Sexual Response: A Different Model" en *Journal of Sex & Marital Therapy*, Vol. 26, pp. 51–65.

Basson, R. (2002): "Women's Sexual Desire—Disordered Or Misunderstood?" en *Journal of Sex & Marital Therapy*, Vol. 28, pp. 17–28.

BROTTO, L. (2010): "The DSM Diagnostic Criteria for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women" en *Archives of Sexual Behavior,* Vol. 29, nº 2, pp. 221-239.

CAMPOS, V., Y BARRIOS, C. (2007): "Disease mongering" [monografía en Internet]. *Consumers Internacional.* Disponible en: http://es.consumersinternational.org/media/523251/carlos_barrios_2007_03_15.pdf

COSGROVE L., Y KRIMSKY S (2012): "A Comparison of *DSM*-IV and *DSM*-5 Panel Members' Financial Associations with Industry: A Pernicious Problem Persists" en *PLoS Medicine* nº 9 Vol. 3. doi:10.1371/journal.pmed.1001190

COSGROVE, L., ET AL. (2006): "Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry" en *Psychotherapy and Psychosomatics*, Vol. 75, pp. 154–160.

FELDMAN, HA ET AL. (1994): "Impotence and its medical and psychological correlates: Results of the Massachusets Male Aging Study" en *Journal of Urology*, Vol. 151, pp. 54-61.

KING, M., ET AL. (2007): "Women´s views of their sexual difficulties: Agreement and disagreement with clinical diagnoses" en *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 36, pp. 281-288.

KROGER, W. Y FREED, C. (1950): "Psychosomatic Aspects of Frigidity" en *JAMA*, Vol. 143, pp. 526-532.

LAAN, E. Y BOTH, S. (2008): "What Makes Women Experience Desire?" en *Feminism and Psychology,* Vol. 18, nº 4, pp. 505-514.

LAUMANN, E., ET AL. (1994): *The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States.* University of Chicago Press, USA.

LEXCHIN, J. (2006): "Bigger and Better: How Pfizer Redefined Erectile Dysfunction" en *PLOS Medicine*, Vol. 3, nº 4, e132.

MASTERS, W. Y JOHNSON, V. (1976): *La Respuesta Sexual Humana.* Editorial Intermédica, Buenos Aires. [Original publicado en 1970].

MARSHALL, B. (2002): "Hard Science: Gendered Constructions of Sexual Dysfunction in the Viagra Age", en *Sexualities*, Vol. 5, pp. 131-158.

MARSHALL, B. (2006): "The New Virility: Viagra, Male Aging and Sexual Function" en *Sexualities*, Vol. 9, nº3, pp. 345-362.

MOYNIHAN, R (2010): *Sex, Lies and Pharmaceuticals.* Greystone Books, Australia.

MOYNIHAN, R. Y HENRY, D. (2006): "The Fight Against Disease Mongering: Generating Knowledge for Action" en *PLOS Medicine,* Vol. 3, nº 4, e191.

SOUVEREIN, P. C., ET AL. (2002): "Incidence and determinants of sildenafil (dis)continuation: the Dutch cohort of sildenafil users" en *International Journal of Impotence Research*, Vol. 14, pp. 259–265.

TIEFER, L. (2010): "Beyond the medical model of women´s sexual problems: a campaign to resist the promotion of female sexual dysfunction" en *Sexual and Relationship Therapy*, Vol. 25, nº 2, pp. 127-135.

TIEFER, L. (2008) en "Pharmasutra: A Movie About Viagra For Women" Directores: Christopher Sumpton, Robin Benger, Marion Gruner. Cogent/Benger Productions Inc.

VARES, T. Y BRAUN, V. (2006): *Spreading the Word, but What Word is That? Viagra and Male Sexuality in Popular Culture,* en *Sexualities*, Vol. 9, nº 3, pp. 315-332.

WHO (1948): Official Records of the World Health Organization, Nº 2, p. 100

LO TRATADO
Y AQUELLO DE LO QUE SE TRATA
EN TERAPIA SEXUAL

Manuel Lanas Lecuona
Sexólogo, Médico, Psicólogo, Doctor en Filosofía

© AEPS

LO TRATADO
Y AQUELLO DE LO QUE SE TRATA
EN TERAPIA SEXUAL

MANUEL LANAS

Práctica psicoterapéutica privada (Donostia/San Sebastián)

Resumen

En la actualidad, las terapias sexuales se caracterizan por el abordaje clínico de los trastornos sexuales. Estos trastornos son definidos como funciones o conductas que no se ajustan a lo establecido como normal en los distintos modelos de respuesta sexual. De lo que se trata es de aportar una configuración no clínica de la experiencia alterada de los pacientes: una configuración antropológica, propuesta desde la sexología y sustentada en la praxis comprensiva de esta disciplina. Desde esta perspectiva, los trastornos sexuales desaparecen como tales: son más bien manifestaciones indeseables de una experiencia que pierde su significado sexual o que llega a ser insatisfactoria.

Palabras clave: terapias sexuales, trastornos sexuales, configuración antropológica, manifestaciones indeseables.

Summary

WHAT HAS BEEN THE OBJECT OF TREATMENT IN SEX THERAPY UNTIL NOW AND WHAT SHOULD BE THE OBJECT OF TREATMENT FROM NOW ON.

Sex therapies are presently characterized by the clinical approach to sex disorders. These disorders are defined as functions of behaviours that do not adjust to what is considered as normal in the different patterns of sexual response. What should be done is to bring forward a non clinical configuration of the patiens altered experience. An anthropological configuration proposed from the point of view of sexology and based on an understanding praxis of this discipline. From this point of view, sex disorders disappear as such: they are rather undesirable expressions of an experience that loses its sexual meaning or that becomes unsatisfactory.

***Key words**: sex therapies, sex disorders, anthropological configuration, undesirable expressions.*

1. Introducción

Hoy en día, se entiende que la dedicación de los terapeutas sexuales consiste, básicamente, en el estudio y abordaje terapéutico de los trastornos o disfunciones sexuales. Psicólogos y médicos comparten ese ámbito cuya naturaleza clínica no cuestionan, cuando la sexología produce desconcierto con la tortuosa defensa de su especificidad.

Dentro de la literatura clínica se sostiene la idea de que los trastornos sexuales constituyen una categoría específica en el conjunto de los trastornos mentales. Es fácil de explicar que así suceda. La psiquiatría contemporánea maneja una poderosa herramienta. Una suerte de canon que conceptualiza los hechos, precisamente, de esta manera.

[El canon diagnóstico y estadístico actualizado es para todos los clínicos el DSM-IV-TR. Y un texto que, dentro de la literatura psiquiátrica, se acomoda a ese canon de referencia es el *Tratado de Psiquiatría Clínica*, de Hales y Yudofsky (2004)].

Los trastornos clínicos referidos a nuestra vida sexual suelen ser definidos como conductas, comportamientos, funciones, acciones, actuaciones, experiencias o sintomatologías que no se ajustan a las especificaciones características de los modelos clínicos de respuesta sexual, o que se alejan de las expectativas asignadas a cierta condición sexuada.

A partir de ahora, voy a efectuar un recorrido analítico y crítico por los parajes más graves de la intimidad humana. El discurso clínico, sustancialmente psiquiátrico, de los trastornos sexuales y de la identidad sexual será cuestionado desde una perspectiva comprensiva de la vida sexual y sus dificultades.

La crítica que aquí se sustancia es, en última instancia, de índole epistémica. Los trastornos sexuales no serán mostrados como tales sino como posibles manifestaciones indeseables de una experiencia que pierde su significado sexual. Una experiencia fallida. Manifestaciones, por tanto, de experiencias o sexualidades que consideramos fallidas.

Cuando se efectúa este desplazamiento del foco preferente de atención hacia la experiencia de los pacientes, no se plantea ni la necesidad ni la conveniencia de inscribir en esta última la objetivación de trastorno sexual alguno. No se defiende la existencia de una patología de la experiencia sexual ni de una patología sexual de la experiencia.

Lo que se muestra es una manera no clínica de configurar el daño narrado por los pacientes en clave clínica. El

diagnóstico clínico cede aquí su lugar a la *configuración antropológica* de los hechos advertidos por el sexólogo en la narración de sus pacientes. La configuración antropológica lo es de esa experiencia fallida *con* sus condiciones de posibilidad.

Nuestro recorrido vivencial es radicalmente coherente con nuestras condiciones mentales y en todo caso la mente lo es con nuestra condición orgánica, y con la condición expresiva de nuestro organismo. La vivencia fallida adquiere carta de naturaleza como hecho biográfico, en un contexto y en una situación.

2. Patologías

Este es el apartado correspondiente a las actualmente consideradas, en términos vulgares y también en términos clínicos, como causas orgánicas de los trastornos sexuales. Se trata de aportar una concepción diferente del *daño* que los clínicos señalan y tratan, cuando toman como referencia modelos de respuesta sexual.

Aquí la objetivación se aplica al organismo. No se defiende un modelo de causa opuesto o alternativo a otro de causa psicológica. Se mantiene, en todo caso, una notoria reserva con respecto a los usos habituales o clínicos del término "causa". Aunque se entiende que para explicar la experiencia de una persona hay que recurrir a su organismo, a su cerebro.

El concepto de causa se puede aplicar adecuadamente, aunque no sin reservas, dentro de la biología o las ciencias comprometidas con ella como, por ejemplo, la Medicina. Dentro de las ciencias de la mente o las ciencias sociales, la reflexión acerca de este concepto padece demasiadas limitaciones.

La cuestión es que no hay mente, no hay experiencia, ni por lo tanto experiencia sexual, sin organismo. La mente e, inevitablemente, la experiencia tienen su fundamento en el cerebro. Las modificaciones de la experiencia emergen, o son causadas, por las modificaciones que, paralelamente, van teniendo lugar en el cerebro.

Este capítulo representa una apuesta por destacar la organicidad de cualquier manifestación de la vida sexual humana. Una cualidad básica que se registra como estructuración sexuada del organismo y, al mismo tiempo, y en diferentes niveles, como realidades procesuales que dan experiencias (sexuales) y posibilidades funcionales (eróticas) a las personas.

Las causas orgánicas de los trastornos sexuales suelen ser referidas a las mo-

dificaciones no deseadas en el área genital del organismo. Y suele considerarse que las causas psíquicas de los trastornos sexuales son aquellas que carecen de una referencia explícita u observable en el área genital, pero que pueden alterar, al igual que las primeras, la función sexual normal.

Las llamadas "Medicina Sexual" o "Medicina de la Sexualidad" han conformado capítulos novedosos para el estudio de la salud humana. Desde una perspectiva clínica, han aportado una dialéctica entre la diversidad del hecho patológico y la vida sexual. Han conseguido, al fin, dar legitimidad científica y social al concepto de salud sexual (v. Kolodny et al. 1983).

Estas disciplinas han estudiado las bases anatómicas y fisiológicas del ciclo de la respuesta sexual, y también los factores genéticos y endócrinos del desarrollo sexual. Han formulado un modelo de función sexual normal, profundizando en los factores médicos que perturban dicha función, y proporcionando alternativas terapéuticas para las disfunciones.

Más allá de los trastornos que conciernen a la respuesta sexual, estos enfoques no dejan de aportar conocimientos clínicos acerca de los restantes trastornos sexuales y de la identidad sexual, que constituyen junto a los primeros una de las imprescindibles categorías entre los trastornos psiquiátricos, dentro de la literatura psiquiátrica contemporánea.

Las enfermedades inciden negativamente en nuestra propia vida sexual y afectan a nuestras relaciones íntimas. Difícilmente cabe esperar otra cosa. La enfermedad tiene que ver con la pérdida de la salud del cuerpo. Cuando la persona afectada por la enfermedad es consciente de su padecimiento, se abre a una nueva experiencia: la experiencia de paciente.

Los terapeutas sexuales estudian los efectos de las enfermedades sobre las manifestaciones particulares de la vida sexual de sus pacientes. Esta declaración profesional trata de romper con el mensaje médico, comúnmente aceptado en terapia, que defiende la evaluación de los aspectos médicos de los trastornos sexuales.

En este capítulo, no se sostiene lógicamente el concepto de trastorno sexual. Los trastornos no son propiamente sexuales. Los trastornos son más bien patologías que deterioran la vida sexual. Estas patologías, que ocasionalmente asientan en el área genital, acaban planteando las interferencias en el funcionamiento sexual.

La etiopatogenia de las enfermedades que merman nuestra capacidad de desenvolvimiento sexual es diversa y compleja. Las patologías asentadas en el área genital pueden derivarse, en muchas ocasiones, de trastornos originados fuera de ella. La anatomía patológica de las alteraciones genitales puede ser diversa, y diferente a la del trastorno originario.

Las terapias sexuales del presente no podrían, en ningún caso, prescindir del saber ofrecido por la Medicina Sexual. Un terreno donde lo que parece más pertinente es la utilización del término "lesión", cuando de lo que se trata es de objetivar la incapacidad del individuo para el despliegue funcional de su respuesta sexual.

En este tipo de enfoques, el valor referencial de la llamada "respuesta sexual humana" deja las cosas claras: las enfermedades que afectan a la función sexual son confrontadas con las distintas fases de la citada respuesta. Se observa entonces cómo cada patología muestra sus efectos indeseables en alguna de las distintas fases de la respuesta sexual.

Hay diferencias constatables entre las respuestas sexuales de los hombres y las mujeres. La explicación de las mismas se suele basar en las también evidentes diferencias anatómicas y fisiológicas entre un sexo y otro, cuando se plantean desde la tradicional dicotomía bipolar entre dos sexos.

Los terapeutas sexuales van a afrontar así las condiciones patológicas de la función sexual. Y se refieren a ciertas lesiones, circunscritas al área genital, tanto en el hombre como en la mujer. Lesiones que se producen como resultado de patologías localizadas en esa área o de patologías generales que también afectan a otros sistemas del organismo.

Entre los procesos degenerativos generales con repercusiones locales manifiestas en el área genital, destacan los relativos a las patologías circulatoria y nerviosa. Estas constituyen una parte nada desdeñable del objeto de atención de la andrología actual y un sólido argumento en la terapéutica farmacológica de la llamada "disfunción eréctil" del varón.

Las lesiones genitales, en la mayoría de estos casos, no son apreciables a simple vista. Pero pueden llegar a ser objetivadas mediante diversas técnicas. No sólo se recurre a las pruebas físicas, sino también a las pruebas funcionales y a la evaluación del laboratorio. Y teniendo siempre en cuenta la fase de la respuesta sexual alterada.

3. Manifestaciones sexuales indeseables

Este es el capítulo correspondiente a lo que en términos coloquiales y en términos clínicos son consideradas las "causas psicológicas" de los trastornos o problemas sexuales. Aquí el protagonismo lo tiene la narración de la experiencia personal del individuo, en su relación consigo mismo y con los demás.

Por lo general, los terapeutas sexuales afrontan la tarea inicial de escuchar la queja que sus pacientes refieren con respecto a su vida sexual. Suele tratarse, generalmente, de una queja estereotipada en un lenguaje que se asemeja al de los clínicos. Los pacientes dicen padecer problemas, trastornos o disfunciones sexuales, y no tanto enfermedades sexuales.

Los pacientes pueden referir sus problemas a fases concretas del ciclo de respuesta sexual: deseo, excitación y orgasmo. Indican que sus trastornos son por exceso o por defecto. Los problemas los ubican en su propia persona o en sus parejas o los señalan como inevitables emergentes conflictivos de su particular relación de pareja.

En estos casos, todo parece indicar que las conductas, los comportamientos o las funciones son anómalos, y puede que realmente lo sean porque discrepan en relación a unas reglas de índole clínica que los profesionales han establecido: existe para todos una respuesta sexual normal, propuesta como modelo funcional y conductual.

Hay modificaciones indeseables, y más o menos persistentes, de la respuesta sexual que se deben, según se dice, a factores psicológicos. En todo caso resulta imposible dedicarse a la terapia sexual sin tener en cuenta estos factores y alumbrar un discurso terapéutico libre de la terminología psicológica básica.

Los factores psicológicos de las disfunciones sexuales corresponden en otro lenguaje a las causas psicológicas de esas mismas disfunciones. Pero evidentemente, existen alternativas diversas para formular atribuciones causales a ciertos tipos de desenvolvimiento erótico no deseado, entre las cuales están las de índole psicológica.

Cabe preguntarse dónde está el daño de los trastornos sexuales o, más específicamente, de las disfunciones sexuales. Porque las modificaciones no deseables de una respuesta sexual que no se ajustan a un modelo formal de conducta o función no tienen por qué constituirse necesariamente como un daño diagnosticable.

El daño que los clínicos pretenden reparar radica, inequívocamente, en cierto "lugar" de la respuesta erótica de los pacientes diagnosticados de disfunción sexual. Sin embargo, nadie puede impedir que se abran nuevas perspectivas pragmáticas del daño. Por añadidura, todo daño es consustancial al objeto construido y nombrado por el terapeuta.

Aquí se aporta una propuesta avalada desde la praxis terapéutica. Una sugerencia para que pueda prevalecer otra perspectiva a propósito de la objetivación del daño en terapia sexual. Las manifestaciones indeseables de la respuesta sexual son las ma-

nifestaciones propias del daño vivencial, de la experiencia perturbada por la actuación erótica: no son el daño.

Las funciones o las conductas sexuales que estudian los clínicos tienen su correspondencia en la experiencia de quien las manifiesta. Esas funciones y conductas sexuales tienen lugar correlativamente a la corriente de experiencia o al despliegue de vivencias que tiempo más tarde serán narradas por cada paciente en el contexto terapéutico.

Toda reflexión crítica a propósito de la respuesta sexual, normal o fallida, de los pacientes remite a su experiencia propia, o a la experiencia de quienes comparten con ellos algo más que los breves encuentros eróticos. Aunque los discursos emanados desde las experiencias señalen el daño en el organismo o en las manifestaciones corporales de su inquietud.

Los pacientes pueden padecer lesiones corporales en momentos o situaciones concretas de sus vidas. Las lesiones pueden dejar un rastro estructural y funcional en sus organismos, y repercutir negativamente en las experiencias que gracias a él pueden tener. Y obviamente, no sólo habría que evocar al respecto lesiones del área genital.

Pero la casuística de los terapeutas no solamente reproduce las variaciones de la respuesta sexual ya reconocida. Porque si adoptaran en su praxis un principio metodológico como el de la *recepción abierta*, el panorama se volvería mucho más complejo. Los pacientes irían desbordando los estrechos márgenes de la respuesta sexual (Lanas, 1997).

Podríamos hacer desaparecer como tales los trastornos o disfunciones sexuales, y plantear que lo que está trastornada es la experiencia de quienes mantienen sus encuentros eróticos. Desde acaso mucho antes de un episodio concreto e, incluso, hasta mucho tiempo después del mismo, la experiencia en cuestión puede perder su significado sexual.

La preocupación, el nerviosismo, el desasosiego, el miedo, la ansiedad, la angustia, y otros sentimientos y sensaciones que no son precisamente satisfactorios, contaminan el continuo flujo de la experiencia sexual en muchos casos y la van echando a perder. Los síntomas así nombrados son formulados como *causas* de los trastornos sexuales en la literatura clínica.

Esas causas consideradas *próximas* de las disfunciones sexuales no lo son desde el enfoque aquí defendido. Nuestro enfoque sitúa en la experiencia alterada el problema no clínico que el paciente tendrá que resolver, o en la dificultad que este mismo habrá de superar. Pero las experiencias alteradas tampoco son, en nuestro vocabulario, trastornos.

A pesar de todo lo expuesto, no es posible renunciar tan fácilmente a la complicidad con el mundo clínico. Admitir que la erótica pueda ser forzada, plantea incomodidades. Cualquier persona, sin embargo, podría reconocer en este hecho el sufrimiento más descarnado o las sintomatologías más tortuosas y floridas.

Quizás entonces no nos valga la negación del daño mental sin más. Situando siempre en la experiencia nuestro foco de atención, será preciso comprender las condiciones mentales de una experiencia ocasionalmente alterada, y las condiciones contextuales que acompañan al desencadenamiento de aquellas. Se precisa una psicopatología (Lanas, 2009).

Cabe preguntarse entonces si es posible o resulta inaceptable plantear una etiopatogenia del flujo alterado de la experiencia sexualmente significativa, de esa impregnación nociva de la experiencia sexual, y paralelamente de sus manifestaciones corporales no deseadas. Quizás, no sea posible otra respuesta genérica. Todo lo aquí expuesto remite al cerebro.

4. Identidades sexuales conflictivas

Actualmente se habla mucho, en la calle y en los medios, de la *identidad de género*. Parece que la posibilidad temática de la identidad sexual interesa menos, o se nos presenta incluso como una posibilidad conceptual a la que hay que desahuciar. Pero el género, sin añadidos, apasiona *demasiado* a ciertos sectores de nuestro ámbito académico o funcionarial.

El de la *identidad* es un tema muy candente dentro de las ciencias sociales. En concreto, la identidad de género es un asunto estelar en la cascada literaria de estas disciplinas. A pesar de esta compulsiva producción, que repercute sin duda en los clínicos, la de la identidad es por lo demás una cuestión a debatir en el terreno mental.

Animados por nuestra praxis resueltamente identificada con el enfoque antropológico de la sexología, hemos entendido que la identidad de género es una herramienta conceptual para usos sociales. Y que lo que más interesa aquí es el reconocimiento consensuado de un *daño* que también se registra en los pacientes que se identifican por su sexualidad.

La identidad sexual siempre interesó a los clínicos. En la actualidad se puede comprobar el esfuerzo de la psiquiatría por desgravar la carga simbólica de algunos términos comunes y por camuflar aquellos otros que suscitaron tanto odio o terror en tiempos no tan lejanos, en la práctica totalidad de las culturas y sociedades.

La *identidad sexual* "hace referencia a la percepción que tiene un individuo de sí mismo como hombre o mujer. El término *disforia sexual* denota sentimientos intensos y persistentes de malestar con el sexo asignado, así como con el deseo de poseer el cuerpo del otro sexo y de ser considerado por los demás como un miembro del otro sexo".

El texto establece una posibilidad diagnóstica, específica para los denominados "trastornos de la identidad sexual", dentro de una categoría de los trastornos de la mente, que lleva por título "Trastornos sexuales y de la identidad sexual". Se trata de un texto que ha eliminado las referencias comunes al "transexualismo" o la "transexualidad".

Una identidad sexual es una propuesta social en la asignación sexual del sujeto desde antes, incluso, de que haya nacido. De este modo, el sujeto se vuelve identificable, según un sexo de asignación. Existen dos posibilidades consideradas normales: sexo varón y sexo hembra. Y una serie de posibles estados intersexuales fuera de lo común.

Aparte de esta perspectiva social o cultural en la determinación de un sexo para los sujetos de cualquier comunidad, es cierto que cada sujeto tiene seguramente una conciencia más o menos clara –o incisiva– acerca de quién es –o de qué es–, con respecto a su propio sexo. Es decir, hay que contar con la experiencia propia de cada sujeto en relación al sexo.

Para nosotros, es posible defender la idea de la afectación de la identidad sexual del sujeto. Nuevamente, nos conviene destacar que, en principio, la afectación indicada concierne a la experiencia del sujeto en cuestión. Si se pretende hablar de una identidad sexual dañada, lo adecuado parece ser reclamar una referencia vivencial del daño al sujeto.

Cualquier casuística a este respecto no podría ser numerosa. No, si se pretende troquelarla según los criterios del manual. Pero, en todo caso, no hay nada que objetar con respecto al cómo pueden desplegar estos pacientes su vida sentimental o su vida erótica. No al menos desde una perspectiva clínica o sociocultural actualizada.

No hay alteración que señalar en los comportamientos, o en la conducta, de estos pacientes que sea de relevancia clínica, salvo esa demanda exigente y obsesiva de un cambio de sexo cuya operatividad anticipan como una liberación. Es evidente que para los profesionales de la terapia la clave no está en ese cuerpo que podrá ser tratado médica o quirúrgicamente.

¿En qué consiste la materialización del daño padecido en estos casos? Una respuesta "real" a esta pregunta serviría tanto para tratar adecuadamen-

te los casos, como para argumentar la denuncia de la construcción de un problema nombrado en términos clínicos o sociales. Y lo único real común a estos pacientes es que se hacen notar por lo mal que viven.

En primer lugar está la queja, una queja que concierne al ser de uno mismo. El deseo más o menos persistente de ser de otro sexo. Del otro sexo. Tendemos a utilizar un concepto muy manido: el de *identificación* del sujeto con el otro sexo. Lo cual parece un disparate cuando solo se pretende recurrir a las atribuciones sociales consignadas para ese otro sexo.

El organismo de estos pacientes no está aparentemente dañado. Y puede no haber queja por su parte con respecto a sus funciones. Les fue asignado un sexo que años más tarde lo viven como algo impropio, sintiéndose presos de él. Y, al parecer, lo apropiado, lo adecuado, y lo realmente deseable para estos pacientes consistiría en disfrutar en un cuerpo del otro sexo.

No hay, en estos casos, lesiones constatables en cualquier estructura sexuada del organismo que justifique una sintomatología de esta naturaleza. Y, desde la perspectiva psiquiátrica, se han descartado, para el diagnóstico de esta casuística, aquellos síndromes que se derivan de las denominadas "enfermedades físicas intersexuales".

Se apela a unas condiciones biológicas que predisponen al individuo a padecer determinado trastorno de la identidad sexual. Para su explicación, se recurre, invariablemente, a factores endócrinos, cuando no a alguna anomalía específica del lóbulo temporal. Estos argumentos médicos perfilan pobremente la etiopatogenia de estos trastornos.

Los síntomas que sostienen el diagnóstico clínico de los trastornos de la identidad sexual no siempre resultan muy convincentes para los terapeutas. Los profesionales toman buena nota del malestar persistente e intenso confesado por los pacientes, con respecto a esa asignación sexual indeseable para ellos. Y también la imperiosa necesidad de reasignación.

El malestar exhibido por los pacientes suele ser ese tipo de daño que nosotros referimos a la esfera mental. Un daño que concierne a la experiencia del paciente, en cuanto al significado sexual de su cuerpo. Y el significado doliente de la pertenencia a una categoría sexuada que le fue asignada en otro tiempo, que le aliena, y que él ha aprendido a denunciar.

Y es precisamente en el concepto de malestar donde los clínicos que habitualmente tratan a estos pacientes pueden confluir con nosotros. Un malestar para cuya comprensión no queda más remedio que acudir al perfil constructivo de una personalidad, por

lo general inestable, desde el punto de vista sentimental o emocional.

La inestabilidad es obvia allí donde es vívida y persistente la necesidad de no ser (sexuado) como uno es, y la de serlo como el otro es, según una bipolaridad estereotipada y rigorista. Bipolaridad que no habría que interpretar como una cuestión que el paciente ha de resolver, sino como una vivencia excesiva e inquietante que racionalmente trata de disipar.

Pero el malestar se expresa en un lenguaje común, que la psiquiatría utiliza ampliamente en su empeño por desarrollar una nosología pragmatista. La ansiedad, la angustia, la evitación, la fobia, el miedo, el dolor, la anticipación, etc. son algunas de las ya desgastadas teselas de los mosaicos emocional o sentimental de estos pacientes.

El paso a la acción de cara a una nueva –y a veces muy comprometedora– configuración del cuerpo por parte del paciente no nos tiene que distraer de lo esencial en nuestro trabajo. Las vivencias propias del sujeto bastan para justificar la adopción de unas alternativas radicales con la intención de paliarlas.

La conflictividad referida a la identidad sexual individual puede manifestarse en la niñez, y también en la adolescencia o en la vida adulta. El procedimiento de *tipificación* diagnóstica de los casos puesto en marcha por las autoridades psiquiátricas se efectúa de acuerdo con la edad del paciente.

Los niños o las niñas que se identifican con el otro sexo tienen muchas oportunidades para ponerse a prueba. Su comportamiento puede volverse comprometedor o perturbador en los grupos o ambientes donde se relacionan o realizan sus actividades cotidianas: compañeros, familia, amigos o familias de estos.

En los niños o las niñas se suele poner en evidencia la dicotomía entre lo que se desea y lo que se rechaza a veces con vehemencia. Una dicotomía que se manifiesta en la elección de sus compañeros y amigos, la adopción de determinados hábitos corporales y la preferencia estricta o el rechazo de ciertas actividades, juegos y juguetes.

Este doble perfil de la disforia sexual parece impregnar radicalmente la actividad mental de los pacientes a lo largo de su desarrollo, aunque es susceptible de modificaciones, al menos en determinados casos. Y la mentalización conflictiva se manifiesta inexorablemente en los comportamientos o mediante sus lenguajes.

Las quejas de estos pacientes a veces se refieren a sus dificultades sociales, profesionales, o en otros ámbitos relativos a sus actividades. Se supone que estas quejas tienen su anclaje en una especie de vivencias insatisfactorias

con respecto a la adscripción sexual impuesta. Las perturbaciones de esas experiencias exhiben una poderosa relevancia clínica.

Los clínicos toman nota de ciertas *especificaciones* que atañen a los pacientes aquejados de estas dificultades, por ejemplo, las relativas a su orientación sexual. Y así dejan constancia de la atracción sexual que esos pacientes pueden sentir por los hombres, por las mujeres, por ambos, o que pueden no sentir por sexo alguno.

Las especificaciones relativas a la orientación sexual del estos pacientes no necesariamente suministran luz esclarecedora acerca de la disforia exhibida. Más allá de una proclividad en la orientación sexual, según el momento vital de su aparición, es evidente que las vivencias del deseo hacia el otro, con todas sus peculiaridades, no siempre les facilitan la vida.

5. Desorientaciones sexuales

Podemos entender la orientación sexual como una suerte de atracción particular entre unas personas y otras en función de su naturaleza sexuada. Evidentemente, la atracción sexual y su pérdida son hechos sentimentales ordinarios y comunes de nuestra vida. Y nos pueden atraer los hombres, las mujeres o ambos. A veces se pierde o no se siente esa atracción.

De la orientación sexual se puede decir básicamente que es un hecho vivencial o un suceso de nuestra experiencia. Pero también es un hecho que la experiencia exige la presencia o la representación fantaseada de un objeto sexual o erótico. La orientación sexual requiere una suerte de investidura sexual de ese objeto.

El concepto de orientación sexual tiene que abordar una realidad muy compleja. En primer lugar, la atracción sexual no se despliega sin unas condiciones biológicas que la posibiliten. Y, en segundo lugar, la atracción sexual interpersonal es un asunto de relevancia social. Es pues un concepto cuya construcción concierne a disciplinas muy diversas.

Se dice que los homosexuales son sujetos que sienten atracción sexual por otros sujetos del mismo sexo. Los heterosexuales se sienten atraídos por sujetos del otro sexo. Y también se entiende que a los bisexuales les pueden atraer ciertos sujetos de su propio sexo, o del otro: en estos casos se plantean las cuestiones de las alternativas o de las alternancias.

La homosexualidad ha sido descabalgada como categoría diagnóstica en los textos actuales de psiquiatría y psi-

cología. Hasta hace poco, la homosexualidad era un problema a tratar en los debates acerca de la identidad sexual. Actualmente, los comportamientos eróticos ya no son, necesariamente, carne de diagnóstico bajo el prisma clínico.

Las prácticas homosexuales eran prácticas socialmente dañinas, pero también constituían el resultado inevitable de algunas mentes dañadas por inefables patologías. Se podía entender, incluso, que era en los cerebros donde asentaban las patologías. Evidentemente, el rigor del moralismo religioso o jurídico alimentaba el discurso social de los clínicos.

Decimos que las cosas han cambiado, que ya no son como antes, aquel tiempo de redadas. En las sociedades consideradas avanzadas, los homosexuales pueden llegar a decir que su socialización es mucho más fácil y satisfactoria que la de los heterosexuales. Y puede que tengan razón quienes se benefician de ello.

Las cosas no parece que cambien tanto cuando se observa el retraimiento, o la renuencia, de tantos terapeutas ante la cuestión de la identificación en clave biológica de las diferencias o las diferenciaciones sexuadas. Dicho más específicamente, no se soporta que se prueben las diferencias orgánicas interindividuales en cuanto a la orientación sexual de cada sujeto.

La homosexualidad, al igual que la heterosexualidad, es una cualidad de la experiencia, que se significa por la particularidad de un deseo sexual. Pero que a su vez se caracteriza por su dimensión social, por comportamientos de emparejamiento con sujetos del mismo sexo. No hay en ello nada clínicamente destacable. En principio, al menos.

Los comportamientos sexualmente orientados pueden resultar perjudiciales para quienes los efectúan, o para los demás, por las repercusiones físicas, mentales o sociales que se derivan de su ejecución. Pero, como tales comportamientos, no requieren un tratamiento clínico. No tiene sentido la consideración de la conducta no aceptada como daño tratable.

Cuando los clínicos entendían que los homosexuales eran enfermos, invertidos o desviados, se sentían apremiados a dar respuestas hoy inverosímiles a una casuística que, seguramente, les desbordaba. Pero sus esfuerzos se consumían en erradicar comportamientos anómalos y en impedir su difusión. Y fueron arraigando los métodos de modificación de conducta.

La homosexualidad nos ha interesado, en tiempos más recientes, de otra manera. Se erigió la figura de la homosexualidad *egodistónica,* como concepto que dotaría de legitimidad clínica a esa insatisfacción personal que, en no pocos casos, podía teñir el

desarrollo y el despliegue sexual de los homosexuales.

La figura conceptual, que corresponde a una realidad personal extrañamente contradictoria, deja muy a las claras que incluso la literatura psiquiátrica genera ideas favorables a nuestro punto de vista acerca de lo que ya no hay que tratar. La conducta de los homosexuales cede el protagonismo del tratamiento clínico al desasosiego que la acompaña.

Al poco de iniciar mi trayectoria profesional, pronto tomé conciencia de un problema que con inusitada frecuencia se hacía presente en la vida de mis pacientes. A este problema o dificultad o trastorno –en el lenguaje habitual de los clínicos– le di, con cautela, el nombre seguramente poco agraciado, de duda homosexual.

La duda homosexual era una suerte de interrogante que permanecía irresuelto en la vida de los pacientes a pesar de las medidas tomadas por ellos mismos con la intención de resolver un dilema (soy o no soy homosexual) y recuperar de este modo la calma. Las medidas que tomaban consistían en pruebas eróticas con sujetos buscados del mismo sexo.

Aquella duda desde luego florecía en el mundo masculino aunque también era perceptible, pero denunciada veladamente, en el mundo femenino. Era una duda que surgía en un gran abanico de edades. Lo mismo entre los homosexuales que entre los heterosexuales, con un perfil institucionalizado dispar.

La duda homosexual es históricamente persistente aunque, curiosamente, quienes padecen su compulsiva tiranía pueden disfrutar en ocasiones o definitivamente de su reversibilidad. Su aparición no siempre es fácil de concretar. El dilema inquietante tiene una evolución no siempre constante, ya que el paciente puede sufrir exacerbaciones críticas.

La resolución de este conflicto personal que viven los pacientes no viene de la mano de las ejecuciones eróticas programadas. De hecho, las comprobaciones prácticas efectuadas para determinar nítida y definitivamente la posibilidad de una orientación homosexual del deseo se revelan, al cabo de un tiempo relativamente corto, ineficaces.

Lo que la narración de los pacientes pone en evidencia es que la actuación, o la realización erótica, acaban desbaratándose. Llega un momento en el desarrollo de los acontecimientos en que se nota una desgana para seguir adelante. El deseo homosexualmente orientado que pudiera percibirse acaba muchas veces desvaneciéndose.

Sin embargo, los pacientes pueden perder este conocimiento tan inflamado de certidumbres poco después de la secuencia erótica que estratégi-

camente programaron. Quizá no debamos de interpretar sin más que lo suyo constituya el resultado de una pérdida de memoria. Están necesitados de una absoluta nitidez en la percepción de la orientación sexual del deseo.

Al encuentro erótico se llega después de una búsqueda. Y la búsqueda emprendida por estos pacientes no suele ser ingenua. Sienten muchas veces una irresistible atracción por personas concretas, que reúnen determinadas características que, comúnmente, no sólo tienen que ver con los estereotipos eróticos masculino o femenino.

Esta búsqueda homosexual tiene un sentido en la narración de los pacientes, una coherencia biográfica cuyo tejido argumental llega hasta los últimos detalles. Sus vivencias reproducen la búsqueda y el encuentro real con un otro del mismo sexo, que les proporciona un modelo anhelado y fantaseado de identificación.

Este tardío proceso, esta necesidad de acabamiento para llegar a ser como el otro ideal, suele plasmarse no pocas veces en un recorrido vital tortuoso desde el punto de vista sentimental o emocional. La búsqueda reiterativa de encuentros, y la tenacidad por el establecimiento de relaciones sexualmente significativas, parecen entonces alimentadas por la confusión.

Después de iniciado un recorrido relacional de naturaleza tan especial, que el paciente capta muchas veces como una necesaria y deseada imitación de la persona en quien él no pretende dejar de confiar, no es de extrañar que se suscite la duda homosexual. No es improbable que llegue *confundir* el sujeto que le refuerza su identidad con el objeto de su deseo sexual.

Sin duda, existen personas que tienen serias dudas acerca de su heterosexualidad. Entonces podríamos caer en la tentación de plantear la viabilidad funcional de otro concepto –no sé si opuesto o especularmente inverso– al de la duda homosexual. El concepto denominado de la duda heterosexual. Pero lo cierto es que esta duda no inquieta mucho a los homosexuales.

La duda homosexual es un constructo con resonancias psicopatológicas. El psicoanálisis ha ofrecido inestimables referencias conceptuales para manejarlo en el abordaje sexológico de las dificultades sexuales humanas. Y, actualmente, se puede tejer un parentesco conceptual entre la duda homosexual y la llamada "desorientación sexual" (Wilton, 2005).

La duda homosexual y, por supuesto, la confusión que precede y subyace a su expresión, no dejan de pertenecer a la esfera mental del paciente. La duda es la formulación lingüística de un estado particular, de una ansiedad

que episódica o críticamente se exacerba, sosteniendo una disposición a la acción, a veces compulsiva, de búsqueda, encuentro.

La duda homosexual no es el nombre de ninguna enfermedad, de ningún trastorno conocido. En todo caso, es el nombre de una formulación descriptiva de un hecho. Un hecho relativo a la experiencia de los pacientes, que hay que contemplar teniendo en cuenta sus antecedentes biográficos, desde una perspectiva evolutiva y comprensiva.

Indudablemente, hay que dar por supuesto que este tipo de hechos relativos a la experiencia dañada de los pacientes, que corresponde a la desorientación o la duda llamada homosexual, es la manifestación fragmentada o fragmentaria de una determinada condición biológica que da fundamento o posibilidad a dicha experiencia.

No nos puede resultar extraño que alguien se atreva a explicar, en términos de causa-efecto, cómo el desencadenamiento biológico de ciertos acontecimientos proporciona una aparente detención en la estructuración cerebral que es preciso de algún modo completar, para que la incompetencia cognitiva temporal de la orientación sexual se desvanezca.

6. Peculiaridades o particularidades sexuales

La orientación del deseo sexual adquiere su perfil más arriesgado y tosco, desde el punto de vista clínico, cuando las manifestaciones de la vida sexual humana se ajustan a los criterios nosográficos de las aún denominadas "perversiones" o "desviaciones" sexuales. Ha llegado el momento de fijar nuestra mirada crítica en las *parafilias*.

Las parafilias suelen ser definidas como fantasías excitatorias, que se repiten y persisten, al menos durante medio año, y que implican a objetos no humanos o a personas que no ceden su consentimiento. La definición específica de algunas de ellas requiere su realización. Hay más criterios diagnósticos: malestar significativo, deterioro de la vida social, etc.

Como categoría nosológica, el capítulo de las parafilias constituye un cajón de sastre que da cobijo a una mezcla de entidades clínicas muy heterogéneas e inevitablemente sospechosas. Estas entidades clínicas carecerían del mínimo rigor como tales si no remitieran la atención de los clínicos a las consecuencias previsibles de determinadas conductas eróticas.

Nuevamente, se podría objetar el carácter clínico de unos comportamientos que buena parte de los psiquiatras y psicólogos de las socieda-

des avanzadas siguen considerando aberrantes. Lo evidente es que la psiquiatría sigue aportando sus propuestas biológicas, farmacológicas o incluso quirúrgicas, para impedir el paso a la acción de algunos forzados pacientes.

Con los tratamientos médicos de las parafilias se pretende impedir que los pacientes abusen sexualmente y que posteriormente reincidan. Son intervenciones que obedecen a una lógica jurídica implacable. Una lógica que, por supuesto, se aleja de cualquier objetivo facilitador de la vida sexual de los sujetos en cuestión.

El padecimiento de estos previsibles pacientes puede ser consecuente al comportamiento en cuestión. Se trataría entonces de una sintomatología inducida por el sentimiento de culpa, o por el miedo a las repercusiones de dicho comportamiento. Pero hay un hecho inapelable al respecto: el de la experiencia sexualmente significativa que precede a ese padecimiento.

En estos casos, las fantasías sexuales pueden resultar satisfactorias y, por lo tanto, no tienen por qué constituir un problema clínico ni para los profesionales ni para la vida del paciente. La experiencia del paciente se perturba cuando pasa a la acción porque los demás no tienen por qué mostrar ni la reciprocidad ni la comprensión que él necesita.

Pero aún es posible conceder que los comportamientos eróticos socialmente inaceptables no constituyen necesariamente un trastorno mental. La experiencia que subyace a su ejecución no es tampoco, en todos los casos, una experiencia trastornada. Una experiencia trastornada no es tampoco un trastorno clínicamente diagnosticable y susceptible de tratamiento.

No hay deriva erótica en las experiencias y acciones sin que ambas vayan sustentadas por su debido soporte biológico. Se han identificado diversas anormalidades orgánicas en personas con parafilias: alteraciones neurológicas, endocrinológicas, cromosómicas, etc. Pero se duda del valor causal de las mismas y puede que hasta sean incidentales.

Se han realizado diversas propuestas teóricas para explicar el desarrollo de las parafilias. El psicoanálisis, la teoría del aprendizaje, los planteamientos organicistas y los fundamentados en el estudio de las distorsiones cognitivas aportan formulaciones conceptuales hoy por hoy imprescindibles para la visión integradora que se va imponiendo.

Las parafilias como tales lo son para los clínicos: conceptualmente hablando, no pertenecen al ámbito de quienes abordan antropológicamente las dificultades sexuales. Si los abordajes comprensivos de la sexualidad problematizada son incompatibles con una estrategia clínica, la sexología te-

rapéutica tendría que hacer valer su lenguaje.

Hemos preferido hablar de peculiaridades, particularidades, etc. Nuestros casos son estudios cualitativos de fundamento antropológico. Casos en los que se instaura un proceso narrativo que se va liberando, en la medida de lo posible, de una u otra consideración normativa de la conducta erótica y de la sexualidad fallida.

Nuestra vida sexual se expresa bajo la forma de rituales eróticos. Rituales que son complejos en cualquier caso. Podemos referir las particularidades a un amplio abanico de posibilidades. En cada caso, estas particularidades se observan a lo largo de una actuación que se despliega acompañándose, a veces, de personas o de objetos.

Quienes participan concertadamente con los señalados por sus peculiaridades, o sus parejas, marcan el acento en el cambio de actitud que observan, desde la solicitud del ritual erótico o desde los prolegómenos del mismo. El protagonista parece que entra en una suerte de trance que expresa un salto cualitativo notable en su inaccesible recorrido vivencial.

Este cambio de actitud facilita la apelación a un desdoblamiento de la personalidad de estos sujetos, en el despliegue de sus rituales eróticos. El cambio es perceptible en el habla, en la voz, en la mirada, en los gestos, en la manera de caminar, de comportarse, de vestir, etc. Un cambio temporal que se repetirá cíclicamente.

No habría, según nuestro criterio, una equivalencia entre el daño señalado por los pacientes clínicos y el motivo de la queja de los también pacientes de una terapia sexual comprensiva. Nos gustaría ver que la expresión de esta queja reflejase antes las dificultades de adaptación social para el cumplimiento del deseo que el estigma de un diagnóstico médico.

Más allá de sus márgenes terapéuticos, la sexología va dejando sus huellas en una literatura emparentada metodológicamente con la propia de las ciencias sociales. Pero se trata de una literatura que, librándose del rigorismo clínico, deja constancia de experiencias sufrientes y satisfactorias que acompañan o impregnan al despliegue de un deseo que será sancionado. (V. por ej., *Cuerpo de hombre, experiencia de mujer,* Burgos, 2010).

Hemos realizado un recorrido temático por aquellas manifestaciones de la vida sexual que los profesionales de la clínica han establecido como objeto de estudio, de tratamiento o de abordaje terapéutico. En esta revisión se ha mostrado que dichas manifestaciones sexuales no constituyen, necesariamente, ni trastornos sexuales ni trastornos mentales.

Ciertamente, hemos afrontado algunas de las manifestaciones sexuales, y no solo eróticas, que suelen exhibirse

como subjetivamente indeseables, o socialmente indebidas. No se ha negado ni el sufrimiento ni la insatisfacción sexual de los pacientes. Más bien al contrario, hemos pasado el testigo del protagonismo de sus actuaciones a sus experiencias.

REFERENCIAS

Burgos, G. (2010). *Cuerpo de hombre, experiencia de mujer*. Barcelona: Marge.

DSM-IV-TR (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Hales, R.E. y Yudofsky, S.C. (2004). *Tratado de Psiquiatría Clínica*. Barcelona: Masson. (4ª edición).

Kolodny, et al. (1983). *Tratado de Medicina Sexual*. Barcelona: Salvat.

Lanas, M. (1997). Razones para la existencia de una ciencia sexológica. *Revista española de sexología, 83-84*.

Lanas, M. (2009). Apuntes de una psicopatología para la sexología. Anuario de sexología, 11, 83-88.

Wilton, T. (2005). *[Des]orientación sexual. Género, sexo, deseo y automodelación*. Barcelona: Bellaterra.

MI RELATO DE OTROS RELATOS

Ester Pérez Opi
Sexóloga, Psicóloga, Pedagoga

© AEPS

MI RELATO DE OTROS RELATOS

ESTER PÉREZ OPI

Práctica profesional privada y codirección de Biko Arloak (Bilbao)

1. Varios apuntes previos

Quiero hacer, con este relato, un homenaje a los cientos de relatos que muchas personas me han confiado en estos 20 años de trabajo en la consulta de sexología clínica. Sin ellos, esto que os voy a contar no habría sido posible. Os confieso que ha sido y es un placer para mí haber podido escuchar sus historias de vida, sus relatos sobre las dificultades que traían, y sus vivencias sobre aquello que les hacía infelices, y por supuesto haber podido ayudarles a resolver y a aclarar muchas de sus dudas.

Lo segundo, dibujar el mapa en donde todo esto tiene lugar, una consulta privada, establecida en Bilbao en el año 1992, y que responde al nombre de Centro de Atención a la Pareja Biko Arloak, que ya muchos conocéis aunque solo sea de oídas. Allí, con mucho esfuerzo pero también con mucha pasión, he pasado mi vida profesional escuchando y atendiendo a personas, hombres y mujeres, que de manera voluntaria han venido a consultar y contar sus vidas.

Creo que es interesante también aclarar el contexto en el que todo esto transcurre, en estos últimos 20 años, con los cambios políticos, económicos y sociales que han ido pasando, con las características culturales y sociales de una zona como es el País Vasco, con su diversidad lingüística, con sus valores pero también con sus limitaciones. Todo esto para decir que tal vez mis conclusiones no sean extrapolables a otras Comunidades. O tal vez sí. Me parece importante recalcar en este punto que los relatos tienen lugar en un contexto determinado y que de alguna forma el contexto en el que se halla inmerso el individuo determina la vivencia y por ende el relato de la misma.

Por último, mencionar también mi opción sexológica. Es probable que haya muchas sexologías, o muchas formas de hacer sexología, pero la mía es una y solo una, la que algunos han dado en denominar Sexología Sustantiva, con todo lo que ello conlleva; es decir algo que no cuelga ni de la medicina, ni de la psicología, ni de cualquier otra ciencia, algo que sustantivamente se basa en los sexos, sus diferencias, sus sinergias, y sus enredos y desenredos convivenciales. Algo que no entiende la división entre terapia de pareja y terapia sexual. Algo que claramente, y eso también he de agradecérselo, han aceptado mis clientes a la hora de dejarse influir por mí.

2. Influencia del contexto en la construcción del relato

Nada ocurre en el vacío, nada se cuenta en la nada. Todo lo dicho y expresado se halla inmerso en un contexto social, legal, cultural, de valores y de ideas. Son varias las cuestiones que a mi entender han influido en la construcción de los relatos, y que analizaremos sucintamente ahora.

Influjo de los Medios de Comunicación que han modificado sustancialmente los relatos

Vivimos en la era de la información, lo que significa que todo el mundo tiene acceso a la misma a través de la televisión, la radio, y la prensa... y que por tanto todos somos los principales destinatarios de mensajes que no siempre soplan de nuestro lado. En este punto quiero hacer hincapié en la gran responsabilidad que considero tenemos los profesionales de la Sexología en lo referente a nuestra participación en los medios de comunicación. Ellos divulgan, educan y enseñan a la población, pero nosotros tenemos el deber de señalarles cuáles deberían de ser los contenidos adecuados y, con frecuencia hacemos dejación de nuestro cometido. Es por ello que los relatos de los consultantes suelen estar atiborrados de falsas creencias, datos manipulados, referencias pseudo científicas erróneas y opiniones morales harto sospechosas, que lógicamente nosotros tenemos que contribuir a corregir.

Dos son básicamente los reproches que se les puede hacer a los *mass media,* por un lado la invasión de titulares, artículos y entrevistas en los que se divulgan investigaciones supuestamente contrastadas y científicas que sirven para que la población se autodiagnostique, utilizando vocablos tendentes a la patologización y la alarma, contribuyendo con ello a la socialización del concepto de "salud sexual" (entre otros) y augurándonos un futuro repleto de enfermedades y trastornos varios. Por otro, la exposición descarnada de casos no anónimos a través de la intromisión en sus vidas privadas y en su intimidad –me refiero con esto a la vida de los famosos– convirtiéndolos así en modelos, y en donde queda escenificado a modo de escarnio público el tristemente conocido refrán de "cuando las barbas de tu vecino veas cortar, echa las tuyas a remojar". Lamentablemente, son muchas las referencias encontradas en los relatos de los consultantes atribuibles a hechos de este tipo; en concreto nos referimos a cuestiones como la infidelidad, el divorcio, el maltrato, la promiscuidad, etc.

Ni que decir tiene que también hay cosas que agradecer a los medios, en el sentido de la labor que han realizado en lo concerniente a la visibilización y denuncia de ciertas lacras de nuestra sociedad como son el maltrato y los abusos, además de la normalización y popularización que ha su-

puesto el fenómeno homosexual. Observamos por los relatos que mayoritariamente la realidad homosexual es aceptada, y se vive como algo justo y normal ("tienen derecho"). En este sentido hay que reconocer que la influencia en las actitudes generales de la población ha sido más que positiva.

Avances tecnológicos que han modificado sustancialmente los relatos

Uno de los avances tecnológicos que más han influido en los relatos de los clientes es la generalización en el uso del teléfono móvil. Como la mayoría de los avances, éste ha supuesto ventajas e inconvenientes. Como primera ventaja podríamos decir que ha permitido otro modo o canal de comunicación, tanto verbal como escrita (a través de los sms), y que es a menudo utilizado para hablar de cosas que por la vía verbal han quedado atascadas, e incluso para solventar conflictos a través del perdón. Es frecuente también su uso para expresar afectos, mensajes de cariño, e incluso propuestas eróticas. En la parte de las desventajas observamos que el móvil restringe la libertad del individuo y limita su intimidad: estamos o debemos estar siempre disponibles para la pareja, y son muchas las discusiones que tiene como origen la no atención del teléfono. Así mismo ha permitido la fiscalización en la intimidad del otro, dando pie al control del sujeto a través del seguimiento de sus movimientos, mensajes y llamadas privadas que quedan registradas en el aparato o en su factura, de forma que podríamos afirmar que en cierto modo se nos ha infiltrado un detective privado en nuestra propia casa. En el relato de los consultantes es harto frecuente todo tipo de quejas y comentarios a este respecto, y un elemento vertebrador en las consultas sobre celos, infidelidades y desconfianzas varias.

Algo similar a lo anterior ocurre con la generalización de los ordenadores, el acceso a las *webs*, el uso del correo electrónico, mensajería y chateos varios. Ni que decir tiene que la gran revolución es Internet.

A todo esto hay que añadir las posibilidades que estas nuevas tecnologías han aportado en la búsqueda y elección de pareja. Uno descubre en la consulta que son muchas las personas que buscan y encuentran pareja a través de los chats y empresas de mercadeo amoroso. En este sentido dos aspectos a señalar que quedan reflejados en los relatos; por un lado un cierto pudor a la hora de reconocer y contar cómo y a través de dónde se han conocido; y por otro la posibilidad de hacer verdaderos *castings*, es decir tener cientos de entrevistas hasta dar con la persona adecuada, para posteriormente expresar en sus propios relatos que no siempre la elección ha sido la acertada.

Por último el acceso de personas no profesionales a información científica que en principio cabe suponer era

destinada exclusivamente a profesionales, con el consiguiente desconcierto a la hora de la autoevaluación y diagnóstico, de manera que este acceso a la cultura científica ha permitido que el consultante no solo se acerque a la consulta con el diagnóstico hecho, sino que incluso le indique a su médico o terapeuta el tratamiento a llevar a cabo.

Avances médicos, farmacológicos, científicos y otros que han modificado sustancialmente los relatos

Este es sin duda uno de los capítulos más extensos y complejos a la hora de discernir lo malo de lo bueno, y sin duda el aspecto que más vertebra el cambio en la construcción de los relatos de nuestros clientes.

Básicamente ha supuesto: a) una influencia clave en los diagnósticos de las dificultades sexuales, al contemplar éstas como un aspecto importante de la salud sexual y por ende del bienestar del sujeto, b) una importación de vocablos sanitarios y médicos con la consiguiente generalización en el uso de determinados conceptos (como pueden ser trastorno, patología, diagnóstico, tratamiento, salud sexual, clasificación, manual diagnóstico, unidad diagnóstica, DSM, etc.) y c) la extensión en el uso de nuevos tratamientos farmacológicos que sin duda han supuesto la medicalización de la vida cotidiana. Todo ello conlleva una cierta invasión de aspectos de salud pública en el ámbito de la vida privada.

Son varias las cuestiones a enumerar en este apartado. Con mayor asiduidad los consultantes hacen referencia en sus discursos a cuestiones relativas a la "higiene sexual", es decir todo lo relativo a enfermedades del aparato urogenital (cistitis, infecciones por hongos, protección frente a infecciones, prácticas seguras, etc.) y enfermedades de trasmisión genital, lo que incorpora de fondo una preocupación por su salud.

Segundo y en lo concerniente a los tratamientos farmacológicos (viagra, antidepresivos, ansiolíticos), plantean dudas sobre su eficacia, manifiestan su temor a la dependencia del fármaco o cuestionan su interacción con otros tratamientos, entre ellos la misma terapia. Una vez más y esto no es nada novedoso, observamos en sus exposiciones la vinculación entre placer y peligro; o dicho de otro modo, las consecuencias peligrosas del placer en el plano de su salud.

Son harto frecuentes también todas las manifestaciones referentes a la autoestima física, imagen corporal, y la vivencia del cuerpo deseable, con las opciones que nos brinda hoy la medicina a través de la cirugía estética de remodelar y adaptar ese cuerpo a los cánones exigidos. En este sentido nos encontramos con curiosidades tales como "me regaló las tetas", rejuvenecimientos faciales, dietas de adelga-

zamiento, depilaciones completas, operaciones de alargamiento de pene, o la ablación de los labios menores, con el fin todo ello de gustar más y ser más deseable y deseado. Si esto no tiene su correlato en una vida erótica más satisfactoria, que es lo que con frecuencia ocurre, nos hallamos ante personas tremendamente decepcionadas y con relatos que reflejan su infelicidad, dado que no siempre es posible la vuelta al estadio anterior. He así el gran fracaso de la cirugía del embellecimiento.

Así mismo todos los avances médicos en lo relativo a Técnicas de Reproducción Asistida, han supuesto cambios revolucionarios tanto en la dimensión del deseo de ser padres, como en los aspectos prácticos de lo misma.

Es interesante mencionar también lo que ha supuesto en la modificación de los relatos cierto conocimiento a nivel divulgativo de investigaciones relativas a hormonas, feromonas, neurociencia, química del amor, química del deseo, fisiología de los sentidos, etc., en el sentido que muchos mitos del amor romántico han quedado invalidados, de manera que los clientes expresan con frecuencia sus dudas razonables a la hora de creer en algo para toda la vida, a la vez que quedan instaurados otros nuevos mitos que sirven para justificar, entre otros, los desengaños amorosos.

Otros avances a caballo entre la tecnología y la ciencia son toda la parafernalia de juguetería erótica, que sin duda tienen una gran influencia en las demandas amatorias de los clientes. Así como la generalización y desmitificación en el uso de la pornografía, que inevitablemente Internet ha traído.

La parte positiva es que con todo esto se ha impuesto la necesaria colaboración entre los diferentes profesionales de la salud con el profesional de la sexología, algo que sin duda nos ha acercado y nos ha otorgado un valor añadido.

Generalización y presencia de Servicios Sexológicos públicos y gratuitos

Un elemento nuevo que aparece en escena y que modifica esencialmente los relatos de los consultantes es sin duda la posibilidad de consultar su dificultad de forma anónima, o bien a través de páginas web que tienen entre sus servicios la opción de asesoría *online,* o bien a través de la consulta telefónica con entidades que ostentan este servicio. Así también aparecen servicios de asesoramiento sexológico en ayuntamientos e universidades que contribuyen lógicamente a aumentar el campo de intervención y la utilidad de la ciencia sexológica, aunque también, y esta es sin duda la parte negativa, a la sobredimensión de las carencias y dificultades sexuales de la población, sembrando así una vivencia problematizada de la vida erótica.

Cambios legislativos en los últimos 20 años que han condicionado la construcción de relatos

Qué duda cabe que vivimos en unos tiempos en los que el legislador surge como figura transversal a todo lo que acontece en la sociedad, a la vez que se impone como figura de autoridad aceptada y debida. Se legisla para prohibir, pero también para aprobar y permitir, recogiéndose así el sentir de la sociedad o de una parte de la misma, la llamada "mayoría". Ni qué decir tiene que tales regulaciones han servido a la normalización de cuestiones relacionadas con la sexualidad, cuando no a su normativización.

He aquí algunas de ellas que considero relevantes por su influjo en la construcción de los relatos.

1) *Ley de Protección de Datos*

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, modificada por la Ley 62/2003, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social. (LOPD), y que tiene por objeto garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor, intimidad y privacidad personal y familiar.

2) *Ley de Violencia de género*

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Y posteriores modificaciones.

3) *Ley del Matrimonio Homosexual*

Ley 13/2005, de 1 de julio, por la que se modificó el Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio y que ha permitido contraer matrimonio a parejas del mismo sexo otorgándoles iguales derechos que las uniones heterosexuales, incluida la adopción.

4) *Ley de Divorcio*

Ley 15/2005, el 10 de Julio de 2005 el Boletín Oficial del Estado (BOE) publicó la reforma de la ley del divorcio, norma que agilizaba los procesos de ruptura al suprimir la exigencia de separación previa.

5) *Ley de Reproducción Asistida*

Ley 14/2006, de 26 de Mayo, por la cual se aprueba el uso de técnicas de reproducción humana asistida. Y reconoce a toda mujer mayor de 18 años el derecho a poder ser usuaria o receptora de estas técnicas con independencia de su estado civil y orientación sexual.

6) *Ley de Mediación Familiar*

Ley vasca 1/2008, de 8 de febrero, de Mediación Familiar, y que regula la mediación familiar como proce-

dimiento de resolución extra-judicial de los conflictos que se plantean en el seno de la familia. Y otras leyes autonómicas similares en Cataluña, Andaucía, Aragón, etc. Existe un proyecto de ley estatal que está paralizado.

7) *Ley de Identidad de género*

La Ley de Identidad de Género aprobada por las Cortes Generales el 1 de marzo de 2007, y que regula el procedimiento por el que las personas transexuales pueden rectificar la mención de sexo en su partida de nacimiento y, en consecuencia, su nombre y sexo en el DNI sin necesidad de someterse a una operación genital y mediante un proceso más ágil.

8) Ley de Salud Sexual y Reproductiva

Ley Orgánica 2/2010, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, que entró en vigor el día 5 de Julio de 2010 y que tiene como objeto garantizar los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, regular las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y establecer las obligaciones de los poderes públicos para garantizar estos derechos. Los principios que la orientan son: el derecho a una sexualidad en libertad, consciente, segura, placentera y saludable y el derecho a una maternidad libremente decidida.

9) *Ley del aborto*

La Interrupción Voluntaria del Embarazo en España o Aborto Inducido se regula en el Título II de la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Esta ley despenaliza la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo durante las primeras 14 semanas del embarazo. La ley entró en vigor el 5 de julio de 2010. La regulación anterior (Ley Orgánica 9/1985) despenalizó el aborto en varios supuestos.

3. Construcción de los relatos y demandas

Como cuestión previa aclarar que la construcción del relato no la realiza solo el consultante, sino que es una co-construcción entre el consultante y otros; la hace como decimos inmerso en un determinado contexto, con las influencias sociales, políticas y culturales de ese contexto, co-construyéndolo con los comentarios de aquellos que le rodean: familia, amigos, pareja, y con los cuales ha compartido su historia y por supuesto con los profesionales a los cuales consulta, a su vez mediada lógicamente en este caso por aquellos valores, conceptos, y teorías a los que los profesionales consultados

somos afines, es decir que, a quien acude el cliente para consultar, determina en bastante medida el discurso o relato sobre su problemática. Así mismo los derivantes (profesionales médicos, ginecólogos, urólogos, abogados, psicólogos, psiquiatras, etc.) contribuyen también a la co-construcción del relato a través de un lenguaje específico de su ciencia. De manera que nos topamos con expresiones tipo "tengo derecho a", "relaciones de pareja sanas o insanas o tóxicas", "lo normal", "lo que sabemos que deberíamos hacer"; todas ellas muestras de que el lenguaje es un vehículo que va más allá de su uso.

Respecto de la erótica y los encuentros

Como ya hemos visto anteriormente hallamos bastantes elementos de contexto que han influido en los relatos. En lo que se refiere a las demandas eróticas explicitas remarcar la influencia de Internet y el correspondiente acceso a literatura científica en varios sentidos: por un lado la posibilidad del autodiagnóstico, con el consecuente auto etiquetado, que no hace sino dar sentido identitario a la dificultad expresada, (con frases tipo "soy eyaculador precoz" o "tengo vaginismo") y por otro el conocimiento de las opciones de tratamiento, hasta el punto de encontrarnos con casos que relatan haber practicado las técnicas propuestas sin haber logrado solucionar la dificultad, y en ese sentido llegan a la consulta manifestando sus dudas sobre la eficacia de la terapia y exigiendo resultados.

Así mismo vienen después de hacer una selección respecto al profesional por el cual quieren ser atendidos así como del centro y por tanto de su filosofía, gracias al estudio de nuestras páginas web en donde pueden encontrar todo tipo de información sobre su dificultad y los tratamientos posibles. Un añadido en este punto es el mayor grado de angustia generada que los clientes expresan, ya que todos sabemos que leer en Internet solo sirve para aumentar nuestra preocupación.

En cuanto a las demandas eróticas masculinas podemos decir que claramente manifiestan deseos, temores y dudas sobre la eficacia o conveniencia del uso de fármacos; utilizan un lenguaje más técnico y por tanto más auto-etiquetado, que de alguna forma luego tenemos que deconstruir; y un claro aumento en las demandas de DSI en hombres, hecho que delata la exigente expectativa social sobre cuánto tiene que desear un hombre, cómo debe expresar su deseo y cómo debe mostrarse ante la nueva y reclamante sexualidad femenina.

En lo referente a las demandas eróticas femeninas, vemos que las dificultades de orgasmo son menos frecuentes, en parte debido a los avances tecnológicos, en concreto al desarrollo de la juguetería erótica (con semejantes artilugios podemos afirmar que no hay clítoris que se resista) y sin em-

bargo sí se plantea la inadecuación con la pareja, en el sentido de incompatibilidad del coito con el uso de juguetes, bien por actitudes de la pareja renuentes a su uso, bien por pudor en reconocer ante la pareja las ventajas de utilizarlos. Respecto de las dificultades para la excitación y las relativas al deseo, suelen reivindicar con cierto enfado el por qué no existen fármacos expresamente diseñados para los "trastornos femeninos" (como si fueran menos graves y por ende menos tratables), así como pornografía específica en claves femeninas.

Otra demanda que venimos escuchando en los últimos tiempos es la de personas que viven su relación erótica y amatoria de manera problematizada, quedando así patente que la dificultad se da en el encuentro y no en el individuo, sin responder sus síntomas a ningún cuadro clínico concreto, es decir, ni ellos mismos pueden "etiquetar su problema", lo que no significa que no lo tengan, sencillamente lo sufren, están agobiados, no coinciden sus niveles de deseo, y sus orgasmo son flojos ("sin fuegos artificiales"), así que su demanda no es ni más ni menos que la de mejorar su vida sexual, y aumentar su satisfacción erótica.

El mundo de las fantasías eróticas es otro campo no exento de tribulaciones, desde si es bueno compartirlas o no en pareja, hasta la conveniencia o no de realizarlas en la práctica sacándolas así del plano de la fantasía para llevarlas al de los deseos, son cuestiones y dudas que constantemente asolan a nuestros clientes salpicando sus relatos de trasfondos morales.

En general, la expectativa de logro es más alta, y por tanto la presión para el terapeuta, así como para los propios consultantes, mayor.

Respecto del hecho de ser padres

Sin duda uno de los hechos relevantes y que más han influido en el relato de los clientes ante la dificultad o imposibilidad de ser padres por la vía natural ha sido la recurrencia a todo tipo de métodos de ayuda para la fecundación, o técnicas de reproducción asistida. Sobre todo cuando éstas no resultan eficaces, lo cual lleva a los sujetos a la desesperación y la frustración, cuestión ésta que queda reflejada en sus discursos.

A pesar de tratarse de cuestiones que están a la orden del día, no deja de sorprendernos observar en los consultantes cierto pudor a la hora de reconocer que para conseguir un embarazo han tenido que recurrir a este tipo de técnicas. Algo parecido ocurre en los casos en que se ha practicado una interrupción voluntaria del embarazo, e incluso si éste ha ocurrido de forma fortuita. Y por supuesto lo mismo podemos decir en los casos de adopciones, teniendo la oportunidad de ser testigos del impacto psicólogico que ha supuesto para muchas personas tener conocimiento de que no son hijos naturales de sus padres.

De alguna manera vemos que el hecho de no poder tener hijos claramente influye en sus relatos, confirmando una vez más que vivimos en un tiempo en el que hemos pasado de "los hijos del deseo al deseo de los hijos".

Respecto a la ruptura

Lo primero que observamos es una cierta asunción de la posibilidad de la ruptura. Y un fenómeno que no por novedoso resulta menos curioso, que es el del contagio en las separaciones. Es frecuente escuchar en la consulta que personas de su entorno han decidido divorciarse y que eso ha supuesto una crisis en el seno de la relación, provocando un claro efecto dominó. Por ese mismo motivo una de las demandas que plantean en su relato es el deseo de intentar salvar la relación y, si eso no fuera viable, poner las bases para hacer una separación lo menos trágica y lo más pacífica posible ("o para arreglarlo o para acabarlo bien"). Es obvio que los cambios en la legislación vigente, y la normalización de la ruptura, han allanado el camino, propiciando también que los consultantes planteen con más regularidad su intención y deseo de utilizar la terapia y la mediación como fórmula de resolución de conflictos a la hora de disolver la relación de mutuo acuerdo y no litigante. Así mismo expresan también la posibilidad de la custodia compartida o alterna como mecanismo de igualdad en el cuidado de los menores. Y cómo no, lo que todavía perdura es la preocupación por el impacto psicológico de la ruptura en los menores (el famoso trauma) aun y cuando empieza a ser norma y no excepción en el sentido de que los niños en la actualidad están socializados en el divorcio.

Respecto de la gestión de las emociones

Si hay un espacio en donde se generalizan lo temores y se amplifica la alarma social es en todo lo referente a la expresión y gestión de las emociones. Son muchos los relatos de los clientes que atendemos en los que se refieren preocupación, e incluso cierto temor en el manejo y gestión de la ira de sus parejas ("a ver si un día me hace algo"). Algo similar ha ocurrido con lo celos, que han pasado de ser un estado a convertirse en una característica identitaria del individuo, o sea: se es celoso, no se está celoso. Así mismo la socialización y alarma social generada por los casos de violencia doméstica no hacen sino incorporar en sus discursos, o bien un aumento de expresiones tipo "maltrato psicológico" (acompañado a veces de la pertinente encuesta sobre maltrato realizada por Internet, que no arroja más que cifras escalofriantes sobre la prevalencia del mismo en nuestra sociedad), tanto por parte de hombres como de mujeres, en lo que antes venía a denominarse peleas conyugales; así como la excusación y defensa de la pareja, ante la sospecha infundada, con frases como "pero no me

ha puesto nunca la mano encima" cuando hablamos de peleas o en términos harto frecuentes de las "faltas de respeto" que dicen haberse hecho.

Respecto de la diversidad y la discapacidad

En parte debido a los cambios legislativos, pero en parte también a la generalización y popularización en el acceso a la información, llegamos a gente a la que antes no llegábamos, o dicho de otro modo: más patologías requieren de tratamiento y por tanto de nuestra ayuda.

Ya no es un problema ser homosexual, aunque todavía hay gente que consulta porque no lo llevan bien del todo; pero las parejas del mismo sexo sí son compradores de terapia por diferencias de criterios en la convivencia, y manifiestan tener conflictos en el orden de ser padres, y llevan una vida erótica conflictuada susceptible de ser tratada y mejorada.

Es frecuente también la consulta por parte de padres preocupados que observan en sus hijos problemas de identidad (transexualidad en menores) o de orientación del deseo erótico, y ya sabemos, los padres hacen lo que sea porque sus vástagos sean felices, hasta convertir los problemas de sus hijos en propios, construyendo de esta forma un problema, donde antes teníamos un momento difícil en el ciclo evolutivo del sujeto.

Algo similar ocurre en personas con discapacidad intelectual o física. Con frecuencia son sus propios tutores los que les traen a la consulta y vemos cómo personas con capacidad intelectual limitada o limitaciones en su movilidad expresan sus dificultades eróticas en los mismos términos que personas sin discapacidad, siendo así mismo usuarios de pornografía, juguetes eróticos, servicios de prostitución, relaciones homosexuadas, etc.

Por último habría que hablar de los menores con delitos de abusos sexuales y de pederastia por descargas de material pornográfico de menores en la red, que obviamente manifiestan su perplejidad ante el desconocimiento de la gravedad de los hechos que se les imputa y que, curiosamente, son "castigados" (como medida alternativa de condena) a realizar un programa psicoeducativo de educación sexual que tenga como finalidad su rehabilitación.

Respecto del momento en el ciclo vital

Veinte años de consulta dan para mucho y nos ha permitido la posibilidad de conocer largas historias de vida, siendo en ocasiones testigos de la evolución de los clientes en diferentes momentos de su ciclo vital. De esta manera escuchamos distintos relatos de una misma persona condicionados por el contexto concreto y cambiante en el que éstos son relatados. Atender las dificultades de alguien cuando

empieza una relación, seguirles en la iniciación al hecho de ser padres, acompañarles cuando empiezan a tener conflictos y crisis convivenciales, ayudarles en la separación y posterior ruptura, y todavía ser testigos de posteriores relaciones de esa mismas personas nos permite un estudio longitudinal del relato de gran interés. Lo que se denomina Historias de Vida. Dicho de otra forma y en palabras llanas "la vida da muchas vueltas".

Así mismo, decir que el rango de edad de los consultantes se ha ampliado a límites antes insospechados; desde personas muy mayores que vienen traídas por sus propios hijos hasta personas muy jóvenes que vienen acompañadas de sus padres, o de jóvenes a los que les pagan las consultas sexológicas sus padres porque son estudiantes y no disponen de ingresos.

4. El cambio a través de la modificación del relato:

Ya para terminar hablaremos de la inducción al cambio a través de la modificación creativa del relato. Como terapeutas, nuestra intención y esfuerzo van encaminados a esa transformación aportando nuevas perspectivas a la dificultad planteada, ampliando los focos de atención, incorporando otros vocablos y una terminología más alejada de la problematización, proponiendo otras teorías explicativas, resaltando los logros y minimizando las dificultades de los consultantes; en suma, describiendo un nuevo marco para la comprensión de la experiencia; todo ello con mucho cariño y paciencia, aceptando las resistencias y ponderando las discrepancias, respetando sus tiempos y acompañando en todo momento a la persona que nos pide ayuda. A menudo nos encontramos con abandonos y fracasos cuya única explicación es el intento obcecado del terapeuta por forzar una modificación del relato que el sujeto no puede encajar. Es extremadamente importante validar tanto los aspectos cognitivos como los emocionales de los clientes y sus relatos, porque lo verdaderamente importante es que el relato resultante sea más benévolo para su narrador y le permita vivir la experiencia de manera más positiva.

En último extremo quiero poner sobre la mesa cuánto nos urge la creación de un lenguaje sexológico propio, que incorpore claves de comprensión y cultivo en su esencia a la vez que la redacción de un mapa clasificatorio de las dificultades eróticas de los sujetos desde la Sexología, los sexos y sus encuentros y desencuentros.

ANÁLISIS SOBRE LA INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL EN MENORES DE 13 A 15 AÑOS EN LOS DIFERENTES CONTEXTOS EDUCATIVOS

Informe de Investigación 2013

Ismene Camarero Piñol
Sendoa Gómez Guerra

SEXKUNTZA
Equipo educativo sexopedagógico

© AEPS

ANÁLISIS SOBRE LA INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL EN MENORES DE 13 A 15 AÑOS EN LOS DIFERENTES CONTEXTOS EDUCATIVOS

Informe de Investigación 2013

Ismene Camarero Piñol
Sendoa Gómez Guerra

SEXKUNTZA

Programa de educación sexual del Instituto SÔMA (Bilbao)

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN

RESUMEN DE DATOS ESTADÍSTICOS

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

CUESTIÓN 1: Me parece interesante y necesario este taller de educación sexual.

CUESTIÓN 2: Puedo hablar de sexo con…

CUESTIÓN 3: En las relaciones sexuales se puede sentir…

CUESTIÓN 4: En una buena relación de pareja tiene que haber…

CUESTIÓN 5: En las relaciones de pareja lo que más he visto es…

CUESTIÓN 6: Aprendo de sexo y mi sexualidad en…

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

INTRODUCCIÓN

Con este informe queremos presentar los resultados de una encuesta realizada a todo el alumnado de 2º de la ESO de centros educativos de Sestao (Bizkaia). La encuesta se realizó durante los talleres de educación sexual que se impartieron durante el año 2013 en los distintos centros educativos, gracias al Centro de Información Juvenil de Sestao, el cual lleva apostando por la educación sexual más de 15 años ininterrumpidamente.

A lo largo de este informe exponemos los datos y resultados estadísticos de 6 ítems pertenecientes a la encuesta inicial y final que respondió el alumnado y el análisis y reflexión de todos ellos. Aunque la investigación, se conforma de una encuesta inicial de 9 ítems y una encuesta final de 7 ítems (repetidos algunos de estos en ambas encuestas), hemos recogido los 6 ítems que nos parecían más interesantes para este informe, puesto que los restantes estaban pensados para tratar algunos contenidos del programa con el propio alumnado. Finalmente, el informe acaba con unas conclusiones y reflexiones que esperamos puedan servir de guía para próximas intervenciones educativas con el alumnado.

JUSTIFICACIÓN

Cada año, desde 2008, a través del Centro de Información Juvenil de Sestao, se ofrecen los talleres de educación sexual a todos los centros educativos de secundaria que quieran participar. Trabajamos, generalmente con el alumnado de 2º de la ESO, la sexualidad y las emociones que acompañan esta realidad. Durante estos talleres y a través de la relación que se genera con las chavalas y los chavales, somos capaces de detectar distintas necesidades y, en algunos casos, carencias con respecto a la educación sexual de los alumnos y alumnas.

Este año hemos querido recoger de manera más objetiva las necesidades y carencias del alumnado, así como sus potencialidades y recursos. En este informe presentamos los resultados obtenidos. A través del análisis y reflexión sobre estos, pretendemos impulsar una educación sexual de calidad, mejorando el trabajo en el aula y, al mismo tiempo, proponiendo mejoras en el contexto educativo cotidiano.

En definitiva, el objeto de esta encuesta ha sido analizar la situación actual del alumnado en materia de educación sexual; su predisposición para estudiar la materia, su grado de satisfacción con el programa *Sexkuntza*, su idea sobre las relaciones sexuales y de pareja y las fuentes de información de que disponen. Para ello, se ha tenido

en cuenta los diferentes contextos de estos adolescentes; personal, escolar, familiar y social.

La idea que tenemos sobre la sexualidad ha sufrido grandes cambios en los últimos tiempos. La educación sexual cada día está más presente y se valora más importante en la educación de niñas, niños y, especialmente, de adolescentes. Hoy en día sabemos que la educación sexual es una materia que está en manos de todos y cada uno de los agentes educativos que rodean al alumnado y *Sexkuntza* quiere jugar un papel decisivo en la actualización del modelo de educación sexual acercando el Hecho Sexual Humano a los contextos educativos de una forma sencilla, cercana y, sobre todo, proporcionando información y formación de calidad a todos los agentes que lo soliciten.

RESUMEN DE DATOS ESTADÍSTICOS

Este año el Centro de Información Juvenil ha conseguido hacer llegar el programa *Sexkuntza* a todo el alumnado de 2º de la ESO de Sestao, ya que todos los centros educativos de Sestao han participado de éste. En total, el programa se ha desarrollado en 11 grupos de 2º de la ESO, llegando a 183 adolescentes; 82 chicas y 101 chicos.

En las encuestas realizadas hemos querido recoger datos sobre la educación sexual que reciben los participantes en sus contextos cotidianos, el interés sobre la sexualidad, la visión que tienen sobre las relaciones de pareja y sexuales, los modelos que reciben en su entorno, así como las emociones asociadas a esas relaciones, entre otras cuestiones.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

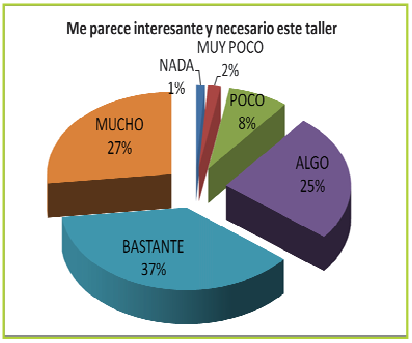
Mostramos a continuación algunos de los resultados de la encuesta inicial y final organizados por preguntas con el siguiente orden:

1-. Me parece interesante y necesario este taller de educación sexual.
2-. Puedo hablar de sexo con…
3-. En las relaciones sexuales se puede sentir…
4-. En una buena relación de pareja tiene que haber…
5-. En las relaciones de pareja lo que más he visto es…
6-. Aprendo de sexo y mi sexualidad en…

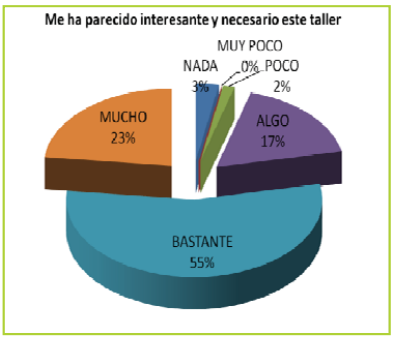
1. ME PARECE INTERESANTE Y NECESARIO ESTE TALLER DE EDUCACIÓN SEXUAL

TOTAL ALUMNADO

VALORACIÓN INICIAL

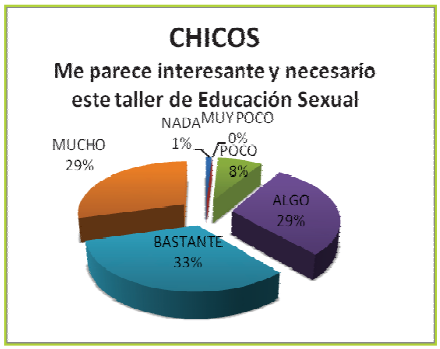


VALORACIÓN FINAL

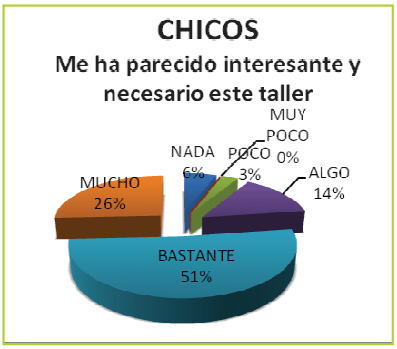


TOTAL ALUMNADO POR SEXOS

VALORACIÓN INICIAL



VALORACIÓN FINAL



La primera cuestión que se aborda en la encuesta tiene la finalidad de valorar, antes y después de la impartición del programa, cuál es el grado de interés y necesidad que suscita entre el alumnado el Taller de Educación Sexual y Emocional *Sexkuntza*.

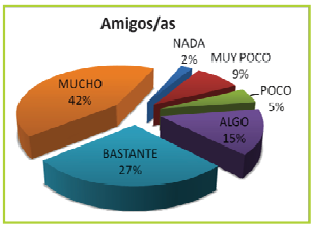
En este primer ítem podemos observar que **antes de recibir el programa el 89% del alumnado valora como algo, bastante o muy interesante y necesario este programa.** Podemos extraer de estos datos, que la educación sexual es una materia motivadora para las y los adolescentes ya que necesitan cubrir un vacío existente en este aspecto. El alumnado recibe con deseo y altas expectativas el programa. Esta motivación facilita la exposición de contenidos y la participación en las dinámicas. Al mismo tiempo, las altas expectativas y la temática en sí misma, crea cierta inquietud en los alumnos que, en algunos casos, hace despertar algo de ansia, acompañada de prisa y descentramiento. En general, valoramos de manera muy positiva el recibimiento del programa entre el alumnado.

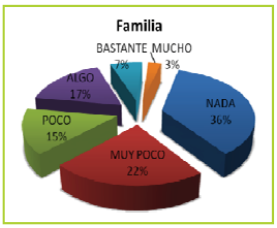
Antes de recibir el programa el 89% del alumnado valora como algo, bastante o muy interesante y necesario este programa.

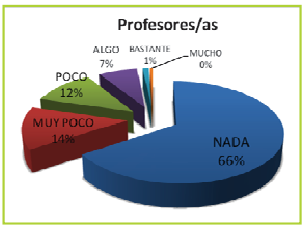
Al finalizar el programa el porcentaje del alumnado que **valora algo, bastante o muy positivamente este taller, aumenta hasta el 95%, llegando al 100% en el caso de las chicas.** Con estas cifras, podemos concluir que el alumnado está satisfecho tanto con el contenido del programa, el aprendizaje realizado y la validez de éstos para su vida cotidiana. Aún así, tanto estas encuestas como las evaluaciones del programa, nos serán de gran utilidad para seguir mejorando y adaptando los contenidos y la metodología a las necesidades del alumnado, las cuales están en continuo cambio.

Al finalizar el programa el porcentaje del alumnado que **valora algo, bastante o muy positivamente este taller, aumenta hasta el 95%, llegando al 100% en el caso de las chicas.**

2. PUEDO HABLAR DE SEXO CON...







La segunda cuestión que se lanzó en la encuesta, hacía referencia a la posibilidad que el alumnado percibe tener para hablar de sexo en su contexto más próximo. Debían valorar en mayor o menor grado la viabilidad que tienen de conversar sobre sexo con figuras referentes como: amistades, familia, profesorado,… en su vida cotidiana.

La percepción del alumnado con respecto a esta cuestión es especialmente llamativa. Por un lado, **manifiestan que pueden hablar de sexo con amigos o amigas más de un 80% de las chicas y chicos encuestados,** lo cual podemos valorar positivamente. Esto puede siginificar que comparten sus inquietudes con sus iguales. Sin embargo, si ponemos el foco en el papel de los adultos, la valoración cambia radicalmente y el **73% dice no hablar de sexo nada, poco o muy poco con su familia** y este dato aumenta hasta el **92% cuando se pregunta sobre sus profesoras y profesores.** Cabe destacar especialmente que el **66% de los encuestados dice no hablar nada de sexo con el profesorado,** dejando latente una evidente necesidad de trabajo en el díalogo entre el profesorado y el alumnado, así como en la educación sexual que reciben en el centro escolar.

Pueden hablar de sexo con amigos o amigas más de un 80% de las chicas y chicos encuestados.

El **73% dice no hablar de sexo nada, poco o muy poco con su familia** y este dato aumenta hasta el **92% cuando se pregunta sobre sus profesoras y profesores**.

Esta cuestión en concreto, por un lado, nos hace reflexionar sobre el binomio figuras educativas y educación sexual de los menores. Los datos a este respecto, nos llevan hacia dos realidades bien distintas pero que, en definitiva, tienen un mismo resultado, que es la falta de comunicación y diálogo respecto a la sexualidad de los menores.

La primera de estas realidades es la existencia de un modelo de educación sexual con muchos tabúes y, presumiblemente, muy individual, muy restringido a lo íntimo y, por lo tanto, poco compartido en la cotidianidad entre figuras educativas y educandos. Lo cual nos muestra que, aunque estemos en un cambio de modelo, todavía arrastramos muchas cuestiones antiguas y oxidadas, al tiempo que vivimos pequeñas dosis de frescura y nuevos aires de modernidad sexual.

El 66% de los encuestados dice no hablar nada de sexo con el profesorado.

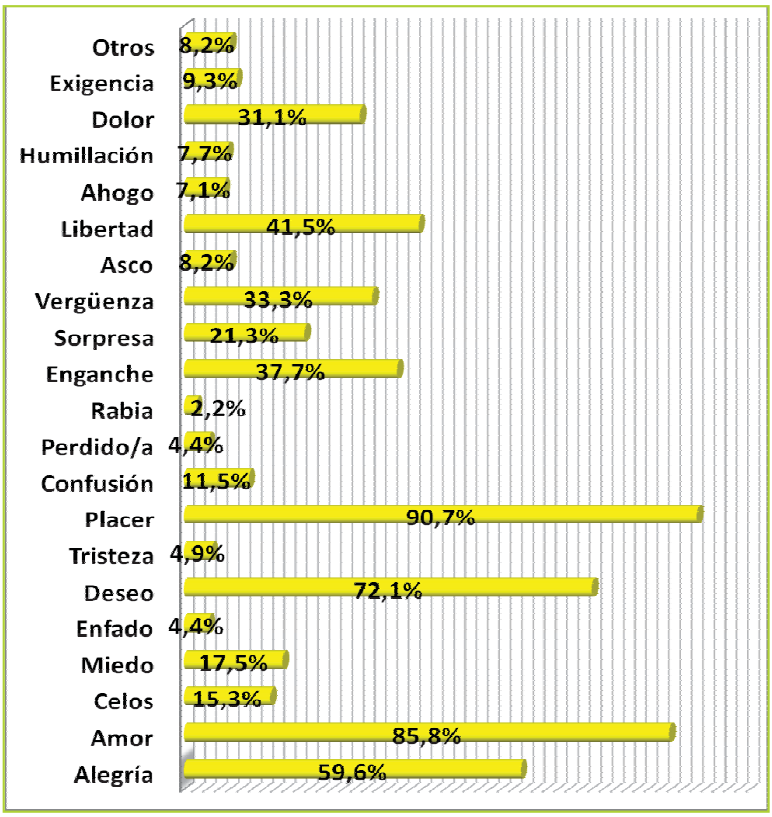
La segunda de estas realidades se asienta sobre la cultura más moderna y apegada al libertinaje sexual, la cual está carente de un modelo concreto de educación sexual y, por lo tanto, avanza sin objetivos ni metas educativas, más allá del aumento de la sensación de libertad sexual que, por otro

lado, difícilmente se consigue sin una mayor claridad sobre el Hecho Sexual Humano y su puesta en escena en la educación cotidiana.

Ambas cuestiones pueden dar un pequeño (aunque no exacto) marco para poder entender mejor los datos que arrojan estas estadísticas, siempre entendiendo que son múltiples y, posiblemente, inabarcables los factores que nos llevan a los resultados aquí expuestos.

Por otro lado, esta reflexión y los datos de este ítem nos permite cuestionarnos qué calidad puede tener la información sexual que intercambian los y las adolescentes entre sí. Es fácil dirimir que la calidad de esta información se corresponderá directamente con el contraste informativo que estos menores puedan hacer entre distintas fuentes. Pero si sólo pueden acudir a fuentes de baja calidad o que distorsionan el Hechos Sexual Humano, reduciéndolo al coito u otras prácticas, normalmente, podemos concluir que sería de gran ayuda aumentar las fuentes de información sexual de calidad donde familia y profesorado tienen un especial papel que cumplir, como veremos a lo largo de esta investigación.

3. EN LAS RELACIONES SEXUALES SE PUEDE SENTIR...



La tercera pregunta pretende ofrecernos una idea de cuáles son las emociones que este colectivo tiene más asociadas a las relaciones sexuales desde su propia perspectiva. Con ello queremos saber cuáles son las emociones agradables y desagradables que el alumnado puede percibir y se dan en las relaciones sexuales. Para este ítem se han facilitado 19 palabras que designan diferentes emociones y sentimientos, y la opción "otros" para recoger otras opciones. Emociones que se pueden considerar agradables: alegría, amor, deseo, placer, libertad y en ocasiones sorpresa. Las emociones que podemos considerar desagradables son: celos, miedo, enfado, tristeza, confusión, perdido, rabia, enganche, vergüenza, asco, ahogo, humillación, dolor, exigencia y sorpresa en ocasiones.

Las cuatro emociones agradables que más identifican los y las adolescentes con las relaciones sexuales son la alegría, el deseo, el amor y el placer.

Si atendemos a los porcentajes de la encuesta general, **se puede observar que las cuatro emociones agradables que más identifican los y las adolescentes en las relaciones sexuales son la alegría (59,6%), el deseo (72,1%), el amor (85,8%) y el placer (90,7%), ésta última destacando por encima de todas.**

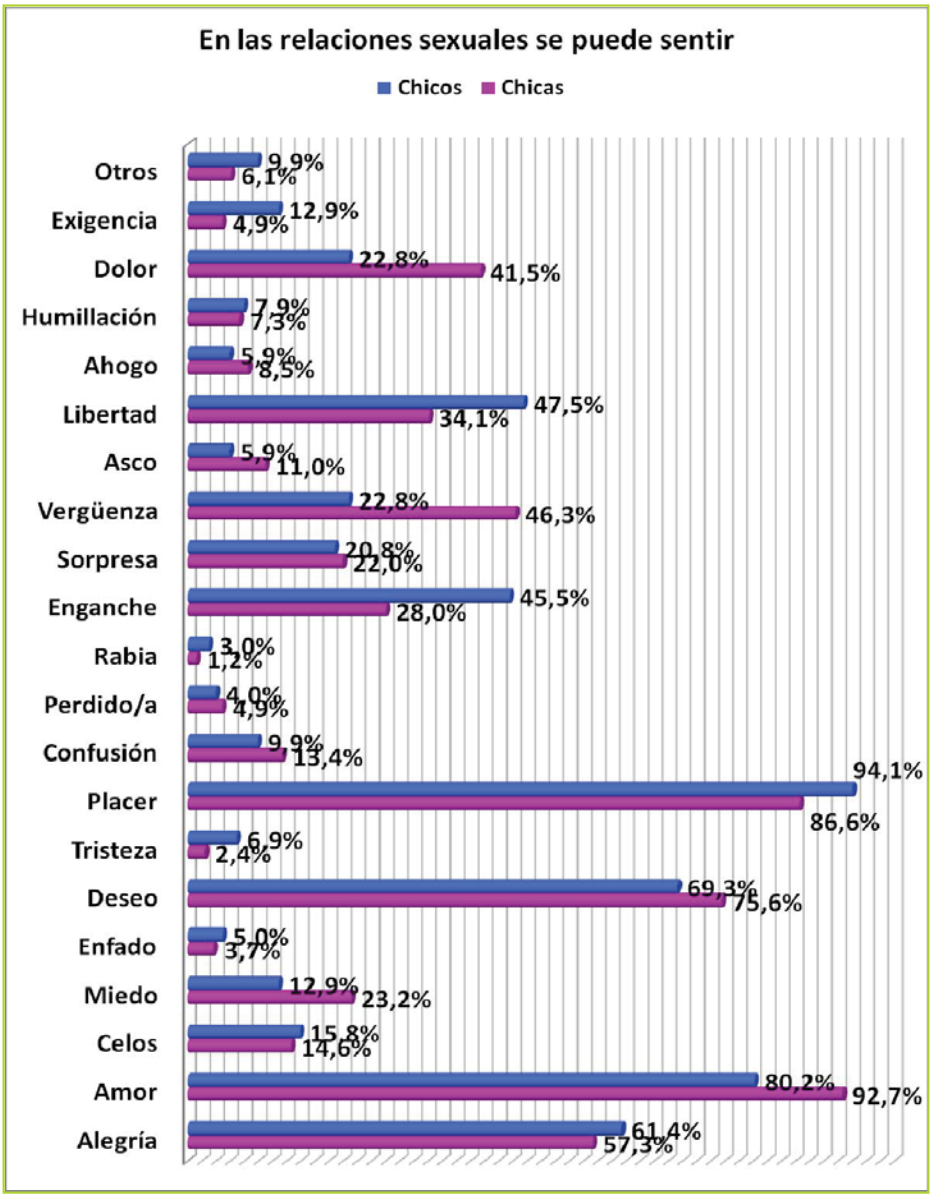
Por tanto, entre un 59,6% y un 90,7% del alumnado vincula emociones agradables con relaciones sexuales. Sin embargo, hay una emoción agradable que disminuye notablemente su porcentaje. **Solo un 41,5% del alumnado reconoce la libertad como una emoción ligada a las relaciones sexuales.** Desde *Sexkuntza* consideramos que el concepto de libertad está inevitablemente ligado a la alegría, el deseo, el amor y el placer, anteriormente mencionados. Por ello, sería interesante que el alumnado tenga acceso a este tipo de reflexiones. De modo que la libertad pueda volver a ser vinculada con estas emociones agradables y puedan ser vividas en su plenitud y, en consecuencia, también las relaciones sexuales.

Las emociones desagradables que más vinculan los menores a las relaciones sexuales [ ] el enganche, la vergüenza y el dolor.

En cuanto a **las emociones desagradables que más vinculan los menores a las relaciones sexuales** caben destacar: **el enganche (37,7%), la vergüenza (33,3%) y el dolor (31,1%),** y en menor medida; **el miedo (17,5%), los celos (15,3%), la confusión (11,5%) y la**

Es por ello que **este programa pone un especial énfasis en ampliar el Hecho Sexual Humano más allá de la educación sexual tradicional, queriendo mostrar la importancia de la gestión emocional, especialmente en el encuentro y la relación, en el desarrollo de esta materia**.

exigencia (9,3%). Una vez más, los datos nos resaltan la importancia de ofrecer una educación sexual que favorezca relaciones saludables y, al tiempo, destacan el peso que tienen las emociones en la forma de vivir las relaciones sexuales.



Observando la misma pregunta diferenciada por sexos, podemos observar la realidad de otra manera. Por ejemplo, en los valores más altos: placer (90,7%), amor(85,8%), deseo(72,1%) y alegría(59,6%), destaca una diferencia de **12,5% más de chicas** (92,7%) que de chicos (80,2%) **que dicen que se puede sentir amor en las relaciones sexuales.** Y una diferencia de **7,5% más de chicos** (94,1%) que de chicas (86,6**%) que dicen que se puede sentir placer.** Del mismo modo, existe una diferencia del **6,3% más de chicas** (75,6%) **que destaca el deseo** por encima del valor de los chicos (69,3%). Y por último existe una diferencia del **4,1% más de chicos** (61,4%) **destacan la alegría** por encima del valor de las chicas (57,3%).

Entre las emociones que más valoran **las chicas** por encima de la valoración de los chicos en-

Vergüenza (dif.: +23,7%)
chicas 46,5%/chicos 22,8%,
Dolor (dif.: +18,7%)
chicas 41,5%/chicos 22,8%,
Amor (dif.: +12,5%)
chicas 92,7%/chicos 80,2%,
Miedo (dif.: +10,3%)
chicas 23,2%/chicos 12,9% y
Deseo (dif.: +6,3%)
chicas 75,6%/chicos 69,3%.

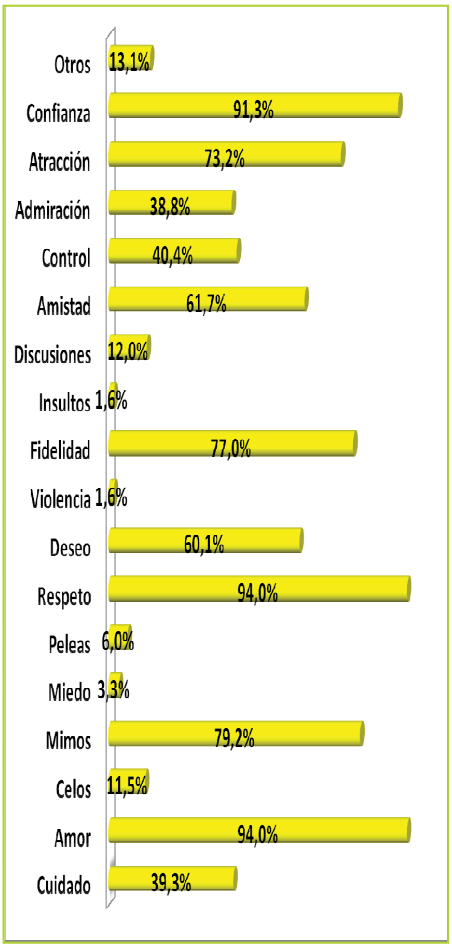
De todos estos datos nos llama mucho la atención las grandes diferencias que se observan en la percepción de algunas de las emociones entre ambos sexos. A diferencia de las chicas, **más del 45% de los chicos dicen que se puede sentir enganche y libertad en las relaciones sexuales.** En cambio, a diferencia de los chicos, **más de un 41% de las chicas dicen que se puede sentir vergüenza y dolor en las relaciones sexuales.** Atendiendo a otros aspectos, cabe destacar que **casi el doble de chicas (23,2%) que de chicos (12,9%) dicen que se puede sentir miedo en las relaciones sexuales.** Del mismo modo, **más del doble de chicos (12,9%) que de chicas (4,9%) apuntan a la exigencia como emoción asociada a las relaciones sexuales.**

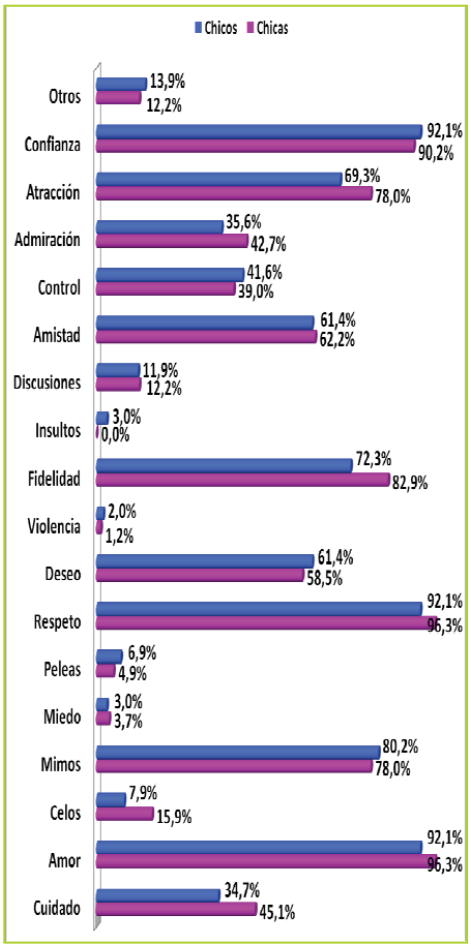
Y las emociones que más valoran **los chicos** por encima de la valoración de las chicas destacan:

Enganche (dif.: +17,5%)
chicos 45,5%/chicas 28%,
Libertad (dif.: +13,4%)
chicos 47,5%/chicas 34,1%,
Exigencia (dif.: +8%)
chicos 12,9% / chicas 4,9%,
Placer (dif.: +7,5%)
chicos 94,1%/chicas 86,6% y
Alegría (dif.: +4,1%)
chicos 61,4%/chicas 57,3%

Aunque no vamos a extendernos en las causas de estas diferencias entre los sexos, por ser múltiples y variadas, sí queremos constatar que existen. Y consideramos imprescindible dar valor a esas diferencias para elaborar objetivos educativos en el ámbito de la sexualidad.

4. EN UNA BUENA RELACIÓN DE PAREJA TIENE QUE HABER...





En este cuarto ítem hemos querido recoger del alumnado la idea que tienen sobre qué elementos han de aparecer en una buena relación de pareja. Para ello, se les invitó a imaginar una relación de pareja deseable para ellas y ellos.

Con respecto a la idea sobre las relaciones de pareja que tiene el alumnado, **la gran mayoría nombran el amor (94%), el respeto (94%) y la confianza (91,3%) como aspectos más deseables en una relación.** Tras ellos, **mencionan la necesaria presencia de los mimos (79,2%), la fidelidad (77%) y la atracción (73,2%), seguidos de la amistad (61,7%) y el deseo (60,1%).** En algunos de estos aspectos más deseables para los participantes se perciben diferencias entre los sexos. Observamos, por ejemplo, **una diferencia**

del 9,6% más de chicas (82,9%) que de chicos (72,3%) que valoran la fidelidad como aspecto que debe estar presente en una buena relación de pareja. La atracción como elemento presente en una buena relación de pareja, también presenta una diferencia de valor del 8,7% más por las chicas (78%) que por los chicos (69,3%). Cabe destacar otra pequeña diferencia ya que **las chicas** (96,3%) **valoran un 4,2% más** que los chicos (92,1**%**) **el amor y el respeto, ambos con los mismos porcentajes.** Entre los demás elementos que más valoran en una relación de pareja no se encuentran diferencias significativas ya que éstas no sobrepasan el 2,9%. Desde *Sexkuntza*, aunque valoramos positivamente gran parte de estos elementos como indicadores de relaciones saludables, somos conscientes de que es necesario trabajar estos conceptos puesto cada chica o chico le da un significado diferente a cada uno de ellos, como por ejemplo las variadas ideas sobre el concepto del amor. Otro aspecto que aparece es el cuidado (39,3%), donde se observan diferencias entre los sexos. **Un 10,4% más de las chicas (45,1%) que de los chicos (34,7%) opina que el cuidado debe estar presente en una buena relación de pareja.**

El 40,4% de los participantes considera el control como elemento importante en una relación de pareja.

Otro elemento destacado entre las y los participantes que **nos llama especialmente la atención, por su alto porcentaje, es el control. El 40,4% de los participantes considera el control como elemento importante en una relación de pareja.** Desde *Sexkuntza* consideramos el control como un indica-indicador de falta de confianza y de seguridad en uno mismo o en el otro, así como potenciador de relaciones de pareja poco saludables. Este dato nos invita a reflexionar sobre el modelo de pareja que el alumnado está construyendo, siendo una de las piezas fundamentales el control, según indican las encuestas.

Una pequeña parte del alumnado considera que tiene que haber en una buena relación de pareja: discusiones, celos, peleas, miedo y también insultos y violencia.

Nos parece importante resaltar que sería de gran ayuda para las y los menores tener acceso a modelos de pareja alternativos basados en la confianza y la seguridad en uno mismo y en el otro. Así como facilitarles un espacio para expresar las emociones relacionadas con la necesidad de control en la pareja y formarles en la gestión de sus propias emociones, para que puedan utilizarlas a favor y no en contra de su propio bienestar.

También vemos como dato destacable en este ítem que **una pequeña parte del alumnado considera que tiene que haber en una buena relación de pareja discusiones (12%), celos (11,5%), peleas (6%), miedo (3,3%) y, también, insultos y violencia (1,6% ambos).** Desde *Sexkuntza* consideramos que, aunque sea un porcentaje

reducido, ningún menor debería tener como referente de una relación saludable la violencia, los insultos, el miedo o las peleas. Por eso, vemos necesario atender esta realidad para que estos aspectos sigan reduciendo su presencia.

Los celos, concretamente, son también un elemento del que se habla mucho durante las sesiones y que muchos menores consideran como indicador de amor. La idea que se sostiene es la siguiente: cuantos más celos, mayor es el amor que se siente. Frente a esto creemos, por un lado, que el amor no se puede medir en cantidad, rompiendo la base de la idea que muestra el alumnado. Por otro lado, los celos son una emoción que nace del miedo a la pérdida del otro y del enfado por haber sobrepasado los límites que, cada uno entiende, tiene la relación. Cuanto mayor es el miedo y el enfado, más intensos son los celos. Por ello, creemos que los celos no tienen relación directa con el amor, sino con estas emociones. Una vez más hemos de destacar la importancia que tiene educar en la gestión de las emociones en relación con la educación sexual, puesto que ambas están íntimamente ligadas.

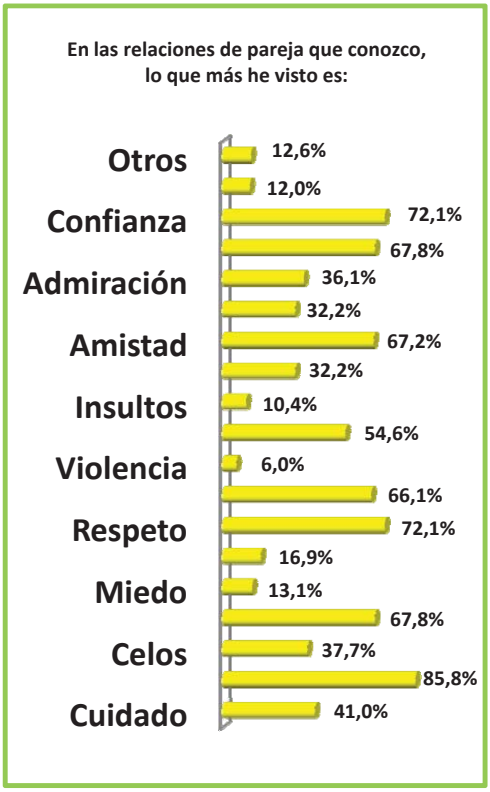
5. EN LAS RELACIONES DE PAREJA QUE CONOZCO LO QUE MÁS HE VISTO ES...

En este ítem recogemos cómo percibe el alumnado las relaciones de pareja que observan en su vida cotidiana, con el fin de comprender los modelos de relaciones a los que están expuestos los y las menores.

Según las y los encuestados los aspectos que más observan en las parejas que conocen son: el amor el respeto y la confianza.

Según las y los encuestados los aspectos que más observan en las parejas que conocen son: el amor (85,5%) el respeto (72,1%) y la confianza (72,1%). Si atendemos a estos tres aspectos observando las diferencias por sexos se puede destacar que: **un 8,9% más de chicos** (89,9%) que de chicas (81%) **manifiestan percibir amor en las relaciones de pareja que conocen. El respeto, es señalado por un 9,3% más de chicas** (77,4%) que de chicos (67,7%) **como aspecto observable en las relaciones que conocen.** Y por último, **la confianza, la han visto un 5,3% más de chicas** (75%) que de chicos (69,7%) **en las relaciones de pareja que conocen.**

Los mimos y la atracción (67,8% ambos) son los siguientes elementos que más se destacan en este ítem, aunque con algunas diferencias entre los sexos. **Un 9% más de chicas** (72,6%) que de chicos (63,6%) **manifiestan observar la presencia de mimos y un 4,2% más de chicos** (69,7%) que de chicas (65,5%) **dicen percibir atracción en las relaciones que les rodean.**



Siguiendo el orden por porcentaje de puntuación encontramos **la amistad (67,2%), el deseo (66,1%) y la fidelidad (54,6**%) como aspectos que se ven en las relaciones de pareja que conocen los encuestados. Aquí las diferencias entre los sexos son más pequeñas. Cabe destacar que:

El 7,8% más de chicos (69,7%) que de chicas (61,9%) **mencionan el deseo, el 6,8% más de chicas** (58,3%) que de chicos (51,5%) **mencionan la fidelidad y el 3,3% más de chicas** (69%) **que de chicos** (65,7%) **mencionan la amistad** como elementos que más ven en las relaciones de pareja que conocen.

El cuidado (41%) y la admiración (36,1%) son los siguientes aspectos que señalan los encuestados que han visto en las relaciones de pareja que conocen. Ambos aspectos son de gran interés para la construcción de relaciones saludables.

Con respecto a este ítem, **nos resulta mucho más llamativo y a tener en cuenta a nivel educativo**, los porcentajes sobre **los celos (37,7%), el control (32,2%) y las discusiones (32,2%)** que podemos observar en los gráficos. Parece que para más de un tercio del alumnado estos tres aspectos son habituales en las relaciones de pareja que observan a su alrededor. Esto

Resultan mucho más llamativos [ ] los porcentajes sobre **los celos (37,7%), el control (32,2%), las discusiones (32,2%)**

puede acabar teniendo una relación directa con el modelo de pareja que los y las menores están construyendo, donde los celos, el control y las discusiones pueden jugar un papel esencial en las relaciones de pareja de muchos de ellos. Si el interés de la educación se centra en ofrecer un crecimiento personal y de pareja desde un modelo crítico y constructivista, resulta de gran interés proporcionar herramientas que posibiliten poner en cuestión los modelos de relación de pareja más cercanos. Del mismo modo es necesario facilitar herramientas para que los y las menores construyan su propio modelo de pareja, de forma saludable y coherente con sus propias experiencias y necesidades.

En este caso concreto también observamos diferencias notables entre los dos sexos: las chicas (41,7%) mencionan los celos un 7,4% más que los chicos (34,3%), y los chicos (36,4%) mencionan las discusiones un 9% más que las chicas (27,4%). El dato que más nos ha llamado la atención a este respecto es, el control**. Un 20% más de los chicos (41,4%) que de las chicas (21,4%) han visto control en las relaciones de pareja que conocen.** Es posible que el control en la relaciones de pareja tenga una unión directa con la falta de seguridad o con la falta de confianza en uno mismo o en el vínculo con la pareja, tal y como hemos visto anteriormente. En este caso, que los chicos observen en mayor medida el control en las relaciones de pareja puede tener múltiples explicaciones. Ahora bien, nos parece de interés con los chicos ayudarles a poner en duda esa idea, con el fin de que adquieran mayor seguridad en las relaciones afectivas. Desde *Sexkuntza* nos parece que el control es un elemento importante a trabajar para conseguir uno de los objetivos más importantes en educación sexual: potenciar relaciones saludables, justas e igualitarias entre los sexos y apostamos por mejorar la confianza y el diálogo.

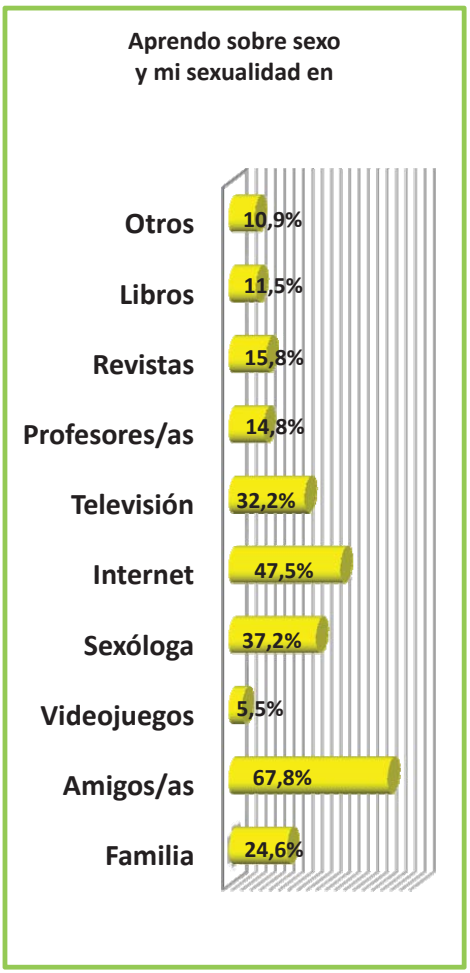
[ ] la observación, por parte del alumnado encuestado, de **peleas, miedo, dolor, insultos y violencia en las relaciones de pareja más próximas.**

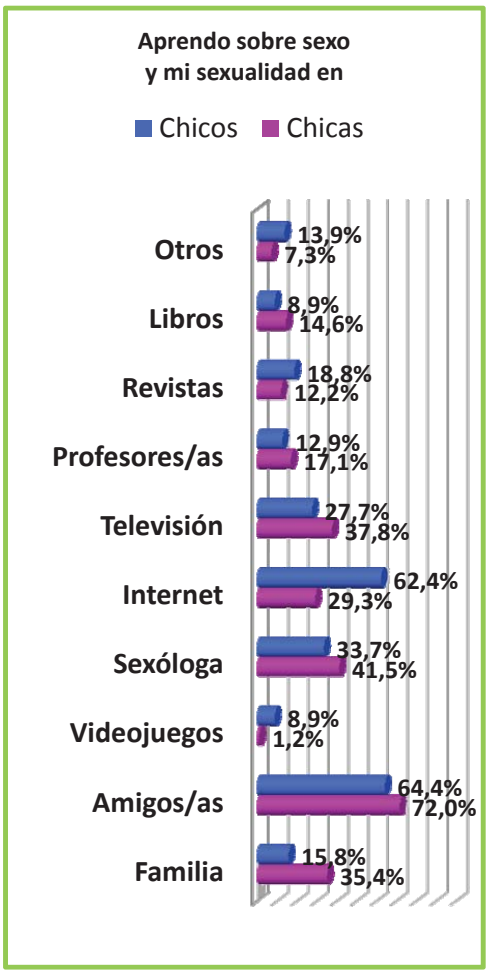
Otros elementos que destacan en este gráfico son la observación, por parte del alumnado encuestado, de **peleas (16,9%), miedo (13,1%), dolor (12%), insultos (10,4%) y violencia (6%) en las relaciones de pareja más próximas.** Entre estos aspectos también destacamos diferencias significativas entre las chicas y los chicos. **El 8,9% más de chicos** (10,1%) que de chicas (1,2%) **manifiestan ver violencia en las parejas que conocen y un 8,1% más de chicos** (14,1%) que de chicas (6%) **dicen observar insultos entre las parejas que conocen.** También un **9,1% más de chicos** (16,2%) que de chicas (7,1%) **perciben el dolor y un 7,1% más de chicos** (20,2%) que de chicas (13,1%) **observan las peleas** como elementos

que suelen aparecer en las parejas conocidas.

Aunque son porcentajes bajos, nos parece importante tenerlos en cuenta. Pueden darnos pistas sobre modelos de pareja cercanos que estos menores puedan tomar como referencia. Ya sea en su contexto diario o, muy posiblemente, a través de los medios de comunicación, que observen aspectos como peleas, miedo, dolor, insultos y violencia en las relaciones de pareja, nos invita a ofrecer otros modelos de referencia más saludables para que puedan sumarlos e incorporarlos a su vida. El programa *Sexkuntza* ofrece modelos diferentes de relación, donde puedan expresarse con libertad, asertividad y comprensión hacia sí mismo y hacia las personas con las que se relacionan.

6. APRENDO DE SEXO Y MI SEXUALIDAD EN...





A través de esta última pregunta que aquí reflejamos, queremos recoger las fuentes de información y aprendizaje que estos adolescentes perciben en su contexto diario.

Las fuentes donde el alumnado considera que aprende más sobre sexo son las **amistades e Internet**

Observamos que **las fuentes donde el alumnado considera que aprende más sobre sexo son las amistades (67,8%), Internet (47,5%), la sexóloga (37,2%) y, por último, la televisión (32,2%). Entre las fuentes menos mencionadas encontramos en primer lugar los videojuegos (5,5%), seguido de "otros" (10,9%), los libros (11,5%), el profesorado (14,8%) y las revistas (15,8%).** Entre estos últimos, nos llama especialmente la atención el bajo porcentaje de alumnas y alumnos que consideran al profesorado como un recurso de información sexual. Podemos observar que **sólo 1 de cada 10 estudiantes encuestados considera al profesorado una fuente de aprendizaje sobre su sexualidad.** Hoy en día asumimos que la educación sexual es imprescindible para ayudar a nuestros menores a desarrollarse como individuos completos. El profesorado es consciente de la importancia de este aspecto humano. Sin embargo, parece que aún queda camino por andar en la integración de esta materia en los procesos escolares y, más aún, en la relación educador-educando, donde el profesorado pueda ser una fuente de información accesible y de calidad ante las necesidades educativas del alumnado en cuestiones sexuales.

Sólo 1 de cada 10 estudiantes encuestados considera al profesorado una fuente de aprendizaje sobre su sexualidad.

Otro dato que nos llama especialmente la atención es que la familia es fuente de información para un 24,6% del alumnado. Este dato nos parece destacable puesto que **sólo 2 de cada 10 participantes manifiesta que la familia es una fuente de información sexual.** Nuestra sexualidad es el reflejo de nuestra identidad más íntima y es en familia donde aprendemos las bases para crear nuestra propia idea de intimidad. En la mayoría de los casos, en la adolescencia comenzamos a reproducir modelos de relación que hemos aprendido en distintos ambientes, sobretodo en el hogar. Cada día nos estamos acercando más a contextos que facilitan hablar de sexualidad, especialmente en entornos más íntimos como es el de la familia. Cada día existe más información, más libertad para hablar, más profesionales a los que acudir y más interés con respecto al tema. Por eso, vemos importante aprovechar estas oportunidades para crear diálogo en la familia y dar la vuelta a estadísticas como las que aquí presentamos. Ante esta realidad, nos cuestionamos qué está sucedien-

Sólo 2 de cada 10 participantes manifiesta que la familia es una fuente de información sexual.

do para que en este momento de libertad social y sexual las encuestas nos hablen de ausencia de diálogo en la familia con respecto a la sexualidad.

Si ponemos el foco en las diferencias visibles entre los sexos, podemos destacar especialmente dos elementos: **Internet es una fuente de aprendizaje un 32,7% más frecuente entre los chicos** (62,4%) que entre las chicas (29,3%), **y la familia es una fuente un 19,6% más común entre las chicas** (35,4%) que entre los chicos (15,8%).

También podemos apreciar contrastes, aunque menores, en los datos siguientes: **la televisión sirve de recurso informativo para un 10,1% más de chicas** (37,8%) que de chicos (27,7%), así como **la sexóloga es considerada fuente de información para un 7,8% más de chicas** (41,5%) que de chicos (33,7%) **y las amistades son,** también, **fuente de información para un 7,6% más de chicas** (72%) que de chicos(64,4%).

Como ya hemos comentado anteriormente, es importante tener en cuenta las diferencias que existen entre los sexos para ofrecer una educación de mayor calidad. Sin embargo, lo que queremos destacar de todos estos datos es la importancia que las nuevas tecnologías están teniendo en la educación de las nuevas generaciones. La incursión de Internet en nuestras vidas y su fácil acceso a través de las herramientas digitales (smartphones, tablets,…) nos conducen a pensar que su uso y manejo deberá formar parte de la educación sexual lo antes posible. La información sexual (imágenes, vídeos, textos o audios…) a la que el alumnado tiene acceso a través de estos dispositivos, va en aumento. Cada día más menores y jóvenes, tiene acceso "ilimitado" a los contenidos de la red. Son capaces de manejar y compartir, a través de dispositivos individuales, información sexual de baja calidad y muy centrada en un modelo sexual coitocéntrico, al margen de figuras adultas. Eso genera en muchas ocasiones una falta de contraste de esos contenidos convirtiéndolos en desinformación.

Estos datos respecto a las fuentes de información, donde destacan el papel de las amistades e internet por un lado, y por otro la familia y el profesorado, nos dan pistas claras para determinar la importancia que tiene la educación sexual y emocional. Al mismo tiempo, nos enfoca directamente hacia las claves y potenciales líneas educativas que se pueden tejer para fomentar y practicar una educación sexual accesible, saludable y de calidad.

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

- Un **89%** del alumnado valora **interesante y necesaria la educación sexual.**
- Cerca del **100%** del alumnado **valora positivamente el programa *Sexkuntza*.**
- El **92%** del alumnado dice que **no habla de sexo nada, muy poco o poco con el profesorado.**
- El **73%** del alumnado dice que **no habla de sexo nada, muy poco o poco con su familia.**
- Un **80%** del alumnado encuestado manifiesta que **puede hablar de sexo con sus amistades.**
- Las **emociones** más significativas para los y las adolescentes en las relaciones sexuales son: **el placer, el amor, el deseo y la alegría.**
- Solo un **41,5%** de adolescentes encuestados reconoce la **libertad** como algo a sentir **en las relaciones sexuales.**
- **Un tercio** de adolescentes encuestados **vincula el enganche, la vergüenza y el dolor** a las relaciones sexuales.
- **Los chicos asocian** las relaciones sexuales más **con el enganche, la exigencia, la libertad y el placer.**
- **Las chicas asocian** las relaciones sexuales más **con la vergüenza, el dolor, el amor y el miedo.**
- Más del **90%** del alumnado encuestado **considera el amor, el respeto y la confianza como elementos importantes** en una relación de pareja.
- El **40,4%** del alumnado encuestado **opina que el control es necesario** en una buena relación de pareja.
- **Un tercio** de los menores encuestados **observan celos, discusiones y control en las relaciones de pareja** que les rodean.
- Las **fuentes de información sexual** donde las y los adolescentes consideran que aprenden más sobre sexo **son las amistades (67,8%) e Internet (47,5%).**
- Sólo **2 de cada 10** participantes **considera que la familia es una fuente de información** sexual.
- Sólo **1 de cada 10** estudiantes encuestados **considera al profesorado una fuente de aprendizaje** sobre su sexualidad.
- Hoy en día asumimos que la **educación sexual es imprescindible** para ayudar a nuestros menores a desarrollarse como individuos complejos y completos. El profesorado es consciente de la importancia de esta cuestión. Sin embargo, parece que aún queda camino por andar en la integración de esta materia en los procesos escolares y, más aún, en la relación educador-educando, donde el profesorado pueda ser referente, claro y accesible, ante las necesidades educativas del alumnado.

- Antes de comenzar el programa de educación sexual *Sexkuntza,* el alumnado muestra un alto interés en él. Sabemos que la unión entre necesidad y motivación es ineludible para el aprendizaje y la formación del alumnado. Y podemos concluir que **la educación sexual es una matería motivadora y necesaria para adolescentes**. Además **podemos destacar la implicación del alumnado en esta materia y el éxito del programa *Sexkuntza.***
- En lo que respecta a los agentes educativos más cotidianos (familia y profesorado) el diálogo con el alumnado sobre la sexualidad, las relaciones sexuales y de pareja, tiene mucho que mejorar. Teniendo en cuenta la **baja calidad de la información sexual que puedan estar intercambiando los y las adolescentes entre sí,** se vuelve evidente el importante papel que estos agentes estan jugando en la educación sexual. Podemos concluir que e**s importante y necesaria la formación en educación sexual para familias y profesorado, con el fin de fortalecer y potenciar espacios de encuentro entre adultos y menores para tratar cuestiones sexuales.**
- Como hemos visto a lo largo del estudio**, las emociones están estrechamente ligadas a la construcción de las relaciones sexuales y de pareja.** Es por ello que este programa pone un especial énfasis en ampliar el Hecho Sexual Humano más allá de la educación sexual tradicional, queriendo mostrar la importancia de la gestión emocional en el desarrollo de esta materia, especialmente en el encuentro y la relación. Atendiendo a esta realidad, el **programa *Sexkuntza,*** a través de **la gestión de las emociones,** orienta a las y los participantes en la búsqueda del propio equilibrio emocional, trabajando aspectos como: **la exposición personal ante la relación con el otro, el grado de dependencia e independencia que se genera en una relación de pareja** y cuestiones relacionadas con el **dolor físico y/o emocional,** entre otras.
- Observamos que existen diferencias sustanciales entre los sexos en la idea que tienen sobre las relaciones sexuales. Las **diferencias,** tanto entre los sexos como intrasexos, lejos de ser un hándicap, nos ayudan a comprender las diversas realidades y, por tanto, a entendernos mejor entre todos. Por ello, **son un valor a cultivar en educación sexual.** Desde *Sexkuntza* creamos un programa atendiendo a las necesidades específicas de cada sexo, pero también concretas de cada individuo, respetando la diversidad y peculiaridad existente.
- Los **modelos de relación** que tiene el alumnado en su vida diaria son esenciales para construir el suyo propio. **Es necesario potenciar la reflexión y el espíritu crítico** con respecto a los modelos de relación que les rodean. Desde el programa *Sexkuntza* apostamos por la búsqueda de un modelo de relación propio y saludable, donde

puedan expresarse y compartirse con libertad.

- Observamos que **las principales fuentes de información como las amistades, Internet o la televisión** pueden ser fuentes de baja calidad y emitir mensajes deformados de la realidad, fomentar problemáticas en aspectos sexuales y crear modelos de relación, belleza y sexualidad limitantes. Desde *Sexkuntza* consideramos necesario **crear espacios de diálogo y debate entre adultos y adolescentes,** de modo que estos últimos puedan compartir y contrastar la información que reciben con un referente adulto. Hemos de tener en cuenta que la información de calidad, por parte de los adultos, brinda la oportunidad de recibir una perspectiva crítica y/o adecuada al modelo familiar específico de cada menor, potenciando las relaciones familiares saludables y el propio espíritu crítico de las y los menores.

La nueva misión de educadores en esta sociedad de la información pasará por enseñar a buscar, seleccionar, rechazar, cuestionar e interiorizar dicha información. En definitiva, enseñarles a ser dueños de sus propios procesos y a **respetar sus propios ritmos en aspectos íntimos y sexuales.**

Es imprescindible que los agentes educativos asumamos nuestra responsabilidad con respecto a las nuevas generaciones para atender esta realidad con seriedad, profesionalidad y coherencia, abriendo posibilidades para ofrecerles una educación sexual y emocional de calidad. Una educación sexual que les brinde la oportunidad de descubrir su propia identidad y peculiaridad, aceptar la inevitable y necesaria diversidad, así como desarrollar un espíritu crítico con respecto los mensajes externos. En definitiva, **ofrecer nuevos canales y espacios** para que niñas, niños, adolescentes y jóvenes puedan transformarse y **crear contextos sociales e íntimos cada día más satisfactorios y saludables para el encuentro entre los sexos.**

REFERENCIAS (Ponencia Samuel Díez Arrese)

ASEDES (2007): *Documentos profesionalizadores*. ASEDES-CGCEES, Barcelona.

ASOCIACION ESTATAL DE PROFESIONALES DE LA SEXOLOGIA (1993): *Estatutos*. AEPS, Valladolid.

ASOCIACION ESTATAL DE PROFESIONALES DE LA SEXOLOGIA (2003): *I Jornadas de sex counselling o asesoramiento sexual*. AEPS, Valladolid.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000): *Diagnostic and statistical manual: Mental disorders* (4th ed., text rev.) Washington, DC: Author.

AMEZÚA, Efigenio (1992): *Sexología: cuestión de fondo y forma. La otra cara del sexo.* Revista española de sexología, Nº 49-50, Instituto de Sexología Incisex, Madrid.

__(1995): "*¿Qué sexología clínica?*". Anuario de sexología, Nº 1, AEPS, Valladolid, pp. 21-26.

__(1999): "*Líneas de intervención en sexología. El continuo "sex therapy - sex counselling - sex education" en el nuevo ars amandi*". Anuario de Sexología, Nº 5, AEPS, Valladolid, pp. 47-68.

__(2000): *El ars amandi de los sexos. La letra pequeña de la sex therapy.* Revista española de sexología, Nº 99-100, Instituto de Sexología Incisex, Madrid.

__(2000): "*La terapia sexual de Masters y Johnson desde el marco de la sexología: concepto y claves básicas*". Anuario de sexología, Nº6, AEPS, Valladolid, pp. 5-14.

__(2001): *Educación de los sexos. La letra pequeña de la educación sexual.* Revista española de sexología, Nº 107-108, Instituto de Sexología Incisex, Madrid.

__(2010): *Dos nociones muy útiles en sexología: Dificultades comunes y peculiaridades eróticas.* Revista española de sexología, Nº 160, Instituto de Sexología Incisex, Madrid.

AMEZÚA, Efigenio y FOUCART, Nadette (2005): *El libro de los sexos: Educación Sexual V. Guía para el profesorado: 1ª y 2ª parte: diálogos y controversias.* Revista española de sexología, Nº 127-128, Instituto de Sexología Incisex, Madrid.

CABELLO, Francisco (2010): *Manual de sexología y terapia sexual.* Síntesis, Madrid.

CRUZ de la, Carlos (2003): *Educación de las sexualidades. Los puntos de partida de la educación sexual.* Revista española de sexología, Nº 119, Instituto de Sexología Incisex, Madrid.

DIEZ, Samuel, GARCIA, Ana y LEJARRAGA, Juan (2011): *Asesoramiento sexológico. Claves metodológicas.* Revista española de sexología, Nº 163-164, Instituto de Sexología Incisex, Madrid.

DIEZ, Samuel, HERRANZ, Almudena y RODRIGUEZ, Ana (2012): *Educación social y sexología, una relación real, necesaria y urgente para una nueva educación sexual.* Comunicación presentada en el VI Congreso Estatal de Educación Social, Valencia.

FOUCAULT, Michel (2007): *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica.* Siglo XXI, Madrid. (Original de 1963).

FRANCO, Manuel y LANDARROITAJAUREGI, José Ramón (2005): *Sexología y salud sexual. Crítica a una salud sexual en crisis y aportaciones saludables desde la sexología.* En MONTEJO, Angel Luis (Coord.): *Sexualidad, psiquiatría y cultura.* Glosa, Barcelona, pp. 89-111.

GERVAS, Juan y CELIS de, Mónica (2000): "*Dificultades sexuales en atención primaria: una propuesta de intervención*". SEMERGEN-Medicina de familia, 26 (5), Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, España, pp. 253-269.

LANAS, Manuel (1996): *Sexología: hacia su epistemología interna.* Anuario de sexología, Nº 2, AEPS, Valladolid, pp. 43-58.

__(1997): *Razones para la existencia de una Ciencia Sexológica.* Revista española de sexología, Nº 83-84, Instituto de Sexología Incisex, Madrid.

__(1997): *Aproximación epistemológica a la sexología.* En GOMEZ, Javier (Ed.): Avances en sexología. Universidad del País Vasco – Euskal Herriko Unibertsitatea, Bilbao, pp. 99-110.

__(2009): *Apuntes de una psicopatología para la sexología.* Anuario de sexología, Nº 11, AEPS, Valladolid, pp. 83-88.

__(2011): *Lo tratado y aquello de lo que se trata en terapia sexual. Apuntes del difícil diálogo entre sexología y salud mental. Ponencia realizada en la Jornada "Sexología y Salud (sexual). Aportaciones a un controvertido modelo de bienestar de los sexos".* AEPS 4-5 noviembre, Madrid.

LANDARROITAJAUREGI, José Ramón (1997): "*Nuestra impotencia con las causas y las causas de la impotencia. Médicos contra psicólogos y viceversa*". Boletín de información sexológica, Nº 19, AEPS, Valladolid, pp. 1-2.

__(2010): *Reflexiones cítricas para sexólogos avezados. Para una epistemología sexológica.* Revista española de sexología, Nº 157-158, Instituto de Sexología Incisex,

Madrid.

LUCAS, Manuel y CABELLO, Francisco (2007): *Introducción a la sexología clínica.* Elsevier, Madrid.

OMS (1975): "*Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud*". Informe de una Reunión de la OMS. Serie de informes técnicos, No 572, Ginebra.

OTAÑO, Jesús (2006): *La participación de adolescentes en dificultad. 100 propuestas de actuación.* Diputación Foral de Gipuzkoa, Gipuzkoa.

PEREZ, Ester y LANDARROITAJAUREGI, José Ramón (1995): *Teoría de pareja: Introducción a una sexología sistémica.* Revista española de sexología, Nº 70-71, Instituto de Sexología Incisex, Madrid.

RODRIGUEZ, Alberto y BEYEBACH, Mark (1997): "*Reflexiones sobre el trabajo con soluciones en terapia familiar sistémica*". Cuadernos de terapia familiar, Nº 34, Madrid, pp. 39-56.

ROGERS, Carl (1981): *Orientación psicológica y psicoterapia. Fundamentos de un enfoque centrado en la persona.* Narcea SA, España. (Original de 1942).

SAEZ, Silberio (2004): *La nueva terapia sexológica. Claves en terapia y asesoramiento sexual, o sea de los sexos.* Revista española de sexología, Nº 123-124, Instituto de Sexología Incisex, Madrid.

WATZLAWICK, Paul (1994): *La realidad inventada. ¿Cómo sabemos lo que creemos saber?* Gedisa, Barcelona, pp. 15-16. (Original de 1981).

WATZLAWICK, Paul (2009): *¿Es real la realidad? Confusión, desinformación, comunicación.* Herder, España. (Original de 1979).