

CLINICA SEXOLOGICA FEMENINA: PILDORAS O CONVERSACIONES? *

* Trabajo presentado en el **X CLASSES, Cusco - Perú**. 24 al 28 de octubre de 2000.

Lic. Laura Caldiz¹ y Lic. Diana Resnicoff²

Resumen

Desde la perspectiva de la consulta clínica femenina, se analizan los nuevos aportes en medicación y aparatología, de surgimiento en los últimos tres años.

Teniendo en cuenta el sexo como constante biológica y el género como constructos sociales, las autoras enfatizan particularidades de la sexualidad de las mujeres, que muestran el uso relativo de las nuevas tecnologías.

Se rescata el pedido femenino en la consulta, así como el auge y éxito en la resolución de problemas, que emana de respuestas tradicionales para el campo sexológico, dentro de la modalidad de la psicoterapia.

¹ Laura Caldiz, Psicóloga Clínica UNLP Argentina. Sexóloga Clínica, FLASSES Latinoamérica. E-mail: lcaldiz@bariloche.com.ar

² Diana Resnicoff, Psicóloga Clínica UNBA, Argentina. Sexóloga Clínica, FLASSES Latinoamérica. E-mail: dresni@elsitio.net

En el tranquilo y casi olvidado lugar de la clínica sexológica femenina ha pasado un vendaval.

Un campo que se caracterizó, durante los últimos años, por la preocupación casi obsesiva en resolver de manera efectiva los problemas coitales masculinos, ahora gira y pone su meta en la sexualidad de las mujeres.

Una mirada desprevenida a los acontecimientos casi podría alegrar a las protagonistas: la ciencia sexológica hoy se ocupa de nosotras y con solo esperar mejorará el funcionamiento femenino en las alcobas.

Pero los invitamos a plantear algunos interrogantes a esta supuestamente auspiciosa situación actual para demostrar que las cosas no son tan rosas como aparecen para la sexualidad de las mujeres.

Para el mundo sexológico es muy claro que la aparición de las mágicas píldoras, capaces de erectar los falos alicaídos, marcan un punto de no retorno para la clínica de los problemas sexuales masculinos. Es evidente que cumplen con un pedido del consultante varón muchas veces explícito en la consulta y que todo sexólogo ha escuchado.

Quizás envalentonados por el éxito, pero por sobre todo, por las ganancias económicas, los cañones de la industria farmacéutica apuntan ahora al otro componente de la dupla, nosotras las mujeres.

Así por primera vez, distinguidos centros de investigación de EE UU contaron con fondos para estudiar la sexualidad femenina proporcionados por laboratorios, (Kinsey Institute, financiación Eli Lilly & Company(1), (Estudios randomizados en Columbia Británica, Europa, Australia y Gran Bretaña financiados por Pfizer.)(2)

Como corolario desde 22 al 24 de octubre de 1999 se realizó en Boston una conferencia titulada "Nuevas Perspectivas en el Manejo de la Disfunción Sexual Femenina", fue organizada por Irwin Goldstein, MD, urólogo investigador de las disfunciones erectivas en Boston University School of Medicine. Padre del Viagra como lo ha llamado alguna publicación. El propósito de la Conferencia era proporcionar un punto de reunión anual para intercambiar y debatir los actuales puntos de vista sobre la función sexual femenina y sus disfunciones. Concurrieron 461 participantes de 21 países diferentes. Es interesante destacar que más de la mitad de la audiencia pertenecía a la industria farmacéutica y que de las 33 presentaciones breves y de los 51 pósters presentados, cerca del 25% fueron realizados por el

laboratorio de la Universidad de Boston coordinado por Goldstein (actuando con financiamiento federal y de los laboratorios). Estos informaban sobre los efectos del sildenafil (Viagra) en conejos, ratas y mujeres, sin grupos de control ni placebos (Tiefer,1999). Abundaron las presentaciones sobre el este producto y sobre otras soluciones farmacológicas para las mujeres. Se mostró y se promocionó la bomba al vacío EROS CTD, como un tratamiento mecánico no farmacológico para tratar los casos de disfunciones sexuales femeninas.

Comentando esta reunión la Dra. Leonor Tiefer asevera: El mayor interés de esta Conferencia era el de las compañías farmacéuticas que quisieron capitalizar el éxito obtenido con el Viagra, en los varones, promoviéndolo para ser usado en la sexualidad de las mujeres.

Es interesante destacar que actualmente se venden mas de un billón de dólares en píldoras azules, también conocidas como sildenafil.

Otra de las propuestas de la Conferencia fue revisar y puntualizar la clasificación en uso de las disfunciones sexuales femeninas. La mayoría de los trabajos presentados, explícita o implícitamente avalaban las tres fases "deseo-excitación-orgasmo" del modelo de la función sexual promovido durante los últimos veinte años en ediciones secuenciales del DSM. Se intentó promover nuevos sistemas de clasificación de los trastornos sexuales como requisito para la comunicación entre los investigadores y los médicos, a pesar de conocerse el peligro que implica la estigmatización y la ampliación de las etiquetas negativas.

En su ponencia la Dra. Sandra Leiblum, (psicóloga de la Facultad de Medicina Robert Wood Johnson, EEUU) puso al día el consenso actual para, manteniendo la misma estructura básica del DSM-IV en lo que se refiere a las DSF, mejorarla. Reconoció que el modelo del DSM es heterosexista y basado en una norma coital falocéntrica e intentó agregar una nueva entidad diagnóstica al esquema, "trastorno de la satisfacción sexual," como manera de reflejar la principal preocupación de las mujeres. "En cualquier caso, hay que ser conscientes de que las mujeres no se quejan tan sólo de falta de respuesta genital", insistió Sandra Leiblum, "lo que más echan en falta es la ausencia de pasión, de amor, de romance y, en general, de placer sensual".

La sexualidad femenina tiene mucho más que ver con el contexto que la masculina y ser determinantes a la hora de etiquetar disfunciones sin conocer a fondo

los problemas interpersonales, puede conducir a interpretaciones erróneas.

Su sugerencia no fue aceptada por considerar que la misma generaba más problemas que soluciones. En cambio, se agregó el requisito que cada disfunción genital para ser diagnosticada como un trastorno del orgasmo o de la excitación debía producir "angustia". Se intentaba así evitar estigmatizar a las mujeres que no se preocupan por ello. Pero el resultado es confuso ya que si la angustia no está presente la categoría clínica deja de existir. La nueva clasificación no difiere de manera fundamental con la anterior y por tanto mantiene la confusión entre problemas sexuales y patologías. Es difícil clasificar problemáticas que no obedecen a una sola causa como lo son los problemas sexuales donde los componentes diádicos, psicológicos, culturales y sociales se entretajan en una complicada red que es necesario tener en cuenta para buscar soluciones al problema.

Píldoras y algo más

En los dos últimos años se ha producido un evidente crecimiento de los estudios y desarrollos en el área de la medicación para los problemas sexuales femeninos.

En primer lugar se destacan los estudios en torno al uso del sildenafil en mujeres. Esta droga aumenta el flujo de sangre al pene y permite a los hombres tener erecciones. Por analogía, algunos científicos sugirieron que el Viagra también podría aumentar el flujo de sangre al clítoris reforzando la respuesta sexual femenina. Es interesante aclarar que no existe evidencia empírica alguna de que las mujeres padezcan como consecuencia de un inadecuado flujo de sangre al clítoris.

Justificar y extender el uso del Viagra en hombres fue fácil porque la droga no aumenta el deseo, sino que ayuda a que un hombre que desea mantener relaciones, tenga una erección.

Pero esto no coincide con la principal queja de la mayoría de las mujeres: la falta de interés sexual. Solo sigue marcando la tendencia a extrapolar conocimientos de la sexualidad masculina para ser aplicados a problemas femeninos, sin tener en cuenta las diferencias y particularidades de cada sexo en los aspectos anatómicos, reproductivos y sexuales.

El estudio más relevante al respecto fue coordinado por la Dra. Rosemary Basson, (profesora asociada de ginecología y psicología de la Universidad British Columbia), financiado por Pfizer, se realizó en British Columbia, Oeste de Europa, Australia y Gran Bretaña. Participaron 577 mujeres que al menos en los últimos seis meses manifestaban haber tenidos problemas con su excitación sexual. Se aceptó que formaran parte de este estudio mujeres con diferentes problemas: falta de excitación, dolor en coito o sequedad vaginal. Se les administró a las mujeres, 10, 50 o 100 mg de Viagra una hora antes de la actividad sexual durante 12 semanas. Los resultados mostraron que, luego de las 12 semanas, las diferencias entre el grupo que había tomado sildenafil y el que había tomado un placebo no resultaron estadísticamente significativas. De hecho, Basson y col. hallaron que del 40 al 50% de las mujeres estudiadas mejoraron su funcionamiento sexual tomando un placebo, y sin los efectos colaterales ya descritos de la droga. Los resultados demuestran, según Basson, que las dificultades sexuales femeninas son complejas. Concluye el estudio que fisiológicamente, la droga aumenta el flujo sanguíneo de la zona genital femenina pero ello no se correlaciona con lo experimentado subjetivamente por las mujeres durante el encuentro sexual.

Según Mary Lake Polan, (jefa de Ginecología y obstetricia de la Escuela de Medicina de la Universidad de Stanford) "si el Viagra realizó algo con las mujeres es permitirles hablar sobre sus problemas".

Completando el panorama, un artículo aparecido en *Psychiatric Annals* 29:1/january 1999, sintetiza la tendencia presentando la lista de medicamentos en estudio como potenciales reforzadores del funcionamiento sexual en mujeres. Los autores Barbara Bartlik y col. nos advierten que pesar de los recientes adelantos en el tratamiento farmacológico de los trastornos erectivos masculinos, no ha sucedido lo mismo con respecto a los femeninos. Aclarando que las razones por las cuales se carece de investigaciones sobre sexualidad femenina son complejas. Sin embargo postulan que medicamentos que han demostrado ser eficaces para los trastornos eréctiles masculinos podrían aliviar las dificultades de excitación y orgásmicas en las mujeres. " Aunque, aun restan realizar estudios concluyentes". Ellos son el sildenafil; alprostadiil; un preparado tópico de aminofilina, dinitrato isosórbido y mesilato co-dergocrino; los psicoestimulantes metilfenidato y dextroanfetamina; efedrina; bupropion y otros antidepresivos y ansiolíticos; apomorfina; oxitocina; testosterona y

otras hormonas; y medicinas alternativas como ginkgo biloba, ginseng, y ma huang. Los autores aclaran que ninguno de ellos ha sido estudiado sistemáticamente en poblaciones clínicas femeninas.

Como solución mecánica fue aceptado por la FDA y lanzado con sonora promoción en el mercado americano Eros-CTD (Clitoral Therapy Device), su nombre hace alusión a Eros, el dios griego del amor. Se trata de un tipo de bomba al vacío que funciona con batería y se coloca sobre el clítoris, para succionarlo y largarlo, estimulando así las terminaciones nerviosas de esa región, lo cual deja a la mujer más sensible y excitada.

Al respecto comenta la Dra. Gilda Bacal Fucs, (psiquiatra, sexóloga y profesora de Psicopatología Sexual de la Universidad Federal de Bahía): “Aunque este tipo de estimulación sea más fácil, puede ser una salida extrema para el problema: “Creo más en el contacto humano, en las estimulaciones con las manos y con la boca. Es más gratificante. Si la mujer no se excita de ese modo y, como consecuencia, no llega al orgasmo, precisa descubrir la causa y tratarla en vez de solucionar el problema con un aparato”.

Tomemos precauciones

Parecería que a pesar del reconocimiento explícito de las complejidades y la deficiente investigación en sexualidad femenina hay una clara intención de desarrollar y comercializar drogas que aplaquen la consulta de las mujeres.

Las estudiosas feministas y las activistas por la salud femenina han escrito mucho sobre las maneras en las que los cuerpos de las mujeres han sido patologizados por la medicina y han sido subordinados políticamente (Davis 1981; Ehrenreich and English 1973, 1978; Tavris 1992; Groneman 1994; Irvine 1990; Maines 1999). Dada esta perspectiva histórica, los problemas sexuales femeninos pueden agregarse a la creciente lista de las así llamadas *disfunciones sexuales femeninas*, incluyendo la histeria, la ninfomanía, la frigidez, y otras. De hecho, Tiefer sugiere que las DSF son "sólo un nuevo término para frigidez" (Sojourner, 10/99).

También en estas épocas, los cuerpos de los hombres están sujetos a la mirada médica crítica y juzgados como enfermos, tal como lo evidencia la continua

campaña de Pfizer para promover la disfunción sexual masculina. Así, mientras las ganancias por la medicalización suben a pasos agigantados, surgen también valientes críticas. En "*Disfunción Sexual Femenina en Alerta: Un Nuevo Desorden Inventado para las Mujeres*," Tiefer escribió, "El propósito es promover la medicalización de la sexualidad femenina, establecer normas universales, y declarar todas las variantes como trastornos y con necesidad de tratamiento. Podemos esperar las habituales secuelas médicas: reuniones caras, libros y periódicos rubricados por laboratorios, descubrimiento de nuevos trastornos para ser tratados con drogas caras, periodistas médicos alertando al público sobre nuevos trastornos y su rápido apuro por curarlos, laboratorios patrocinando estudios epidemiológicos creando e identificando nuevos mercados, urgencias gubernamentales y conferencias financiadas económicamente. Mientras tanto, los factores que son fundamentales en los problemas sexuales de las mujeres (económicos, sociales, políticos) se ignorarán, negarán, evitarán y generalmente serán considerados como no atinentes a la sexualidad" (Sojourner, 10/99).

Si se confunden problemas con patologías y se promueve la *disfunción sexual femenina* (DSF), corremos el riesgo de:

- Poner el énfasis en la fisiología sexual y en la performance, opacando los aspectos psicosociales de la sexualidad ; proporcionando a las mujeres más argumentos para sentirse inseguras. Se refuerzan de este modo las definiciones estrechas de sexualidad, ignorando la complejidad de la sexualidad femenina.
- Se impulsa a las compañías farmacéuticas para inventar y promover tratamientos con "pastillas mágicas".
- Pueden descuidarse los esfuerzos de la educación sexual y promover que tanto los medios de comunicación como los clínicos y los pacientes continúen ignorando factores sociales y diádicos de los problemas sexuales.

Otro peligro es que la existencia de pastillas mágicas confunda la consulta y permita que cualquier médico esté en condiciones de recetarlas, tenga o no conocimientos sexológicos. Todos sabemos que no es difícil prescribir si solo se necesitan hacer algunas preguntas básicas y omitir los conflictos centrales.

Es evidente que "la investigación sobre la sexualidad de las mujeres se está privatizando y esta nueva fase "dsf" será dominada por intereses médicos y comerciales, lo que determinará el mismo descuido de los factores teóricos y sociales que hemos observado en el trabajo de la disfunción eréctil. Los investigadores hablan sobre las preocupaciones sexuales psicológicas de las mujeres, pero la mayoría de ellos casi no toma en cuenta las complejidades de la psicología, y parecen "casados" con conceptos universales y métodos cuantitativos / objetivos"(Tiefer,1999).

Las mujeres del campo sexológico deberíamos dedicarnos a proporcionar, buenas investigaciones cualitativas que permitan el surgimiento de nuevas teorías, para contrapesar todo esto.

Recordemos que cuando las personas piden mayor información sobre sexualidad, los medios de comunicación siguen aconsejándoles hablar con los médicos. Estos en general saben poco sobre sexualidad, y el tema en sí los pone nerviosos. Así, la nueva industria de educación sexual para médicos tiene un gran trabajo, para suplir ese desconocimiento. Es importante cuestionar los mensajes promovidos por las compañías farmacéuticas en tales eventos, y desarrollar puntos de vista más amplios sobre los potenciales problemas sexuales de las mujeres, aunque se alejen de los intereses económicos.

John Bancroft, director del Instituto Kinsey, Universidad de Indiana, sostiene que los científicos saben hoy en día que "Kinsey estuvo equivocado al sostener que básicamente las respuestas sexuales de hombres y mujeres eran las mismas".Y advirtió y aconsejó a los investigadores de las "dsf" a "tomar en serio" "el ultraje entre las estudiosas feministas" provocado por la medicalización. Aconsejó cautela en la investigación, esperando que aquella "no refuerce el dualismo mente-cuerpo, tan incontrolado en el mundo médico", cautela en la nomenclatura "ya que si la traducción de 'problema' sexual por 'disfunción sexual' con todas las connotaciones médicas de este término, es problemático para los hombres, mucho más lo sería para las mujeres", y cautela en el desarrollo farmacológico esperando que éste "no menoscabe la necesidad de tener presente los importantes factores sociales y psicológicos que impactan la experiencia sexual humana". Bancroft insistió en que las dificultades sexuales femeninas no están centradas como pasa en los varones, en la fisiología y, consecuentemente, en los problemas del tejido eréctil o del orgasmo. También recalcó que las mujeres pretenden disfrutar del sexo de una manera

diferente y que buscan mejorar aspectos subjetivos de la relación sexual y no sólo la fisiología de la misma.

Mientras tanto...

Es conocido por todos que muchas mujeres no se sienten satisfechas con su vida sexual. Son numerosos los estudios que lo indican. En la última investigación extensa realizada en EEUU, se halló que un tercio de las mujeres – contra un sexto de los hombres- no estaban interesadas en el sexo. Un quinto de las mujeres – contra un décimo de los hombres – sostuvo que el sexo no les proporcionaba ningún placer.(Laumann y col, 1994).

Sin embargo, debemos reconocer que la clínica sexológica femenina no presenta las indeclinables angustias ni las perentorias necesidades que se ven en la consulta masculina. Es menor la frecuencia en que las mujeres piden tratamiento y esto sucede en todos los centros de atención. Pero en cuanto a la eficacia de los tratamientos también es notable que desde el comienzo de la sexología contemporánea, la clínica femenina ha obtenido buenos resultados (Barbach; Kaplan) y son muchas las mujeres que se han beneficiado con la intervención clínica psicoterapéutica.(Tiefer 1999)

Otro recurso positivo han sido los conocimientos sobre sexualidad que la Sexología puso al alcance de todos a través de los medios de comunicación. Las mujeres son buenas lectoras de estos tópicos y el simple saber sobre el funcionamiento corporal, ha servido para que muchas mejoraran su vida sexual.

Conversaciones

En este contexto entendemos como conversaciones, todas aquellas prácticas psicoterapéuticas que permiten el fluir de un dialogo entre el consultante y el terapeuta.

Las conversaciones son un viejo recurso que ha mostrado su eficacia en la historia de las relaciones humanas. Es ese "lenguajear", como diría Maturana, la

manera mas directa de ponerle nombre a los problemas y también la forma de describir las escenas y el escenario donde las acciones trascurren. Dentro de la gama amplia de la psicoterapia sexológica, coincidimos con otros autores (Lo Picolo, Papp, Kaplan) en la pertinencia de los abordajes sistémicos para tratar los problemas relacionados con la sexualidad. Desde esta perspectiva no sólo es importante el problema sino el entorno, el contexto y los participantes. Por tanto los problemas sexuales pueden ser vistos mas allá de su dimensión diagnóstica tradicional e investigar la relevancia para su mantenimiento de las cuestiones relativas al poder; la autoridad; la comunicación; la responsabilidad y las acciones recíprocas.(Peggy Papp, 1991)

Las intervenciones sexológicas se han caracterizado por la puntualidad de sus procedimientos dirigidos a resolver problemas sexuales que se presentaban dentro del marco de la cópula con el esquema de respuesta sexual. Pensaban en un recorte y actuaban con respecto a él de manera efectiva. Pero con el cambio de la consulta, producto de movimientos culturales y demandas personales más complejas, necesariamente tiene que ampliar su mirada si pretende seguir siendo efectiva. Por eso la premisa sistémica de "mirar en grande para actuar en pequeño" nos parece pertinente para definir la situación actual. Todos los estudios coinciden en las "complejidades" de la sexualidad femenina, quizás sea posible entenderlas ampliando el campo de conocimiento e incorporando saberes actuales de otras disciplinas. Los aportes son numerosos pero teniendo en cuenta las preocupaciones femeninas más asiduas, el pensar amplio en Sexualidad Femenina podría implicar incorporar conocimientos de los estudios de Género (Weeks, 1998, Caldiz, Resnicoff,1997) y de la Biología y la Psicología Evolucionista. (Margulis, & Sagan, 1992; Fisher, 1992, Buss, 1995).

Sexo y género

El escenario contemporáneo de las relaciones de género responde por un lado al resquebrajamiento de los tabúes alrededor del sexo, producto de los discursos de los años 60 y 70 y por otro al establecimiento de las políticas de igualdad "iguales derechos para mujeres y hombres" de la época de los 80. Esta democratización de las

relaciones de género repercute en la escena sexual de una manera nueva y produce un cambio en las reglas de circulación patriarcal, mantenidas por siglos.

Surge como consecuencia, una tensión especial en las relaciones entre los sexos que se ven obligados a responder a diferentes expectativas que las que tuvieron las generaciones precedentes, donde el papel femenino en el sexo se caracterizó por la sumisión o por lo menos por la pasividad sin demanda. (Evertaerd y Laann, 1995). Dentro del viejo panorama era imposible el surgimiento de la queja femenina, pero hoy en día la democratización de las relaciones de género pone a ambos sexos en posición de igualdad, y surge un nuevo código de negociaciones recíprocas con respecto al sexo. Varios autores describen estos nuevos desarrollos sociales: la moral sexual tradicional se desvanece y en su lugar surge un código que prescribe *negociaciones* en las relaciones.

Sin lugar a dudas y aun para contextualizar una maniobra clínica no se puede dejar de lado las construcciones y representaciones mentales que el sexo tiene para las mujeres. Estas muestran claras diferencias con el imaginario sexual masculino. Toda experiencia sexual es vivida dentro del contexto más amplio de la organización social de género. Cada acto sexual refleja los valores culturales que se le otorgan al sexo y pone en marcha dentro de cada protagonista la visión de sí y del otro que corresponde a su particular percepción del género, en un momento histórico determinado. (Caldiz, 1997)

La sexología necesita incorporar la variable de género tanto en la investigación académica como en la consulta clínica si realmente pretende entender los factores que pueden convertir la experiencia sexual femenina en una situación satisfactoria. No se puede seguir desconociendo el antagonismo entre sexo y poder o sexo y violencia y como todo esto juega de manera diferente para hombres y mujeres.

Pensamiento evolucionista

La preocupación por el "cómo" impregnó las investigaciones y el accionar sobre la sexualidad humana hasta hace poco tiempo, pero quedaba sin responder porqué nos comportamos como lo hacemos las hembras y los machos *homo sapiens* y es esa la pregunta que intenta responder el marco evolutivo: conocer los determinantes de la conducta sexual humana. (Caldiz, 1999).

Los humanos compartimos rasgos biológicos y psicológicos comunes, que afectan nuestra naturaleza sexual como individuos y definen las necesidades

reproductivas y los potenciales sexuales de nuestra especie (Suggs y Miracle 1993). Desde esta perspectiva se hacen evidentes las diferencias y particularidades de la sexualidad de cada uno de los sexos. No sería pertinente que nos comportáramos de igual manera los hombres y las mujeres en relación con el sexo. Esta diferencia de alguna manera obedece a la naturaleza en el sentido estricto de la palabra, a la naturaleza de la sexualidad femenina y a la naturaleza de la sexualidad masculina. Ambas naturalezas sexuales desarrollan distintas estrategias para conseguir su finalidad principal que es la finalidad reproductiva. (Buss, 1994). Moduladas como conductas y sentimientos sexuales específicos para hombres y mujeres, se juegan de manera no consciente en las elecciones, la atracción, el cortejo y la copula que mantenemos hoy en día (Caldiz, 1999).

Cuales son los atractores sexuales típicos de hombres y mujeres? Que despierta el deseo sexual? En qué circunstancias nos sentimos atraídos sexualmente?. Porque las situaciones sexuales plantean diferentes estrategias para mujeres y para hombres?. Estas preguntas pueden ser respondidas desde la perspectiva de la psicología evolucionista y ahí aparecen algunas ideas que son sumamente provocativas para el pensamiento con respecto a la sexualidad que compartimos en occidente.

La idea es tener en cuenta un sexo que evoluciono hace millones de años para cumplir con la supervivencia genética. Se trata de programaciones diseñadas para cumplir con su finalidad, que no necesariamente coinciden con las imágenes culturales actuales del sexo humano. Cuerpos diseñados para seducir y aparearse, pero también para posibilitar la fertilización y la crianza, son los que encarnan los deseos contemporáneos sobre sexo. Muchas veces alejados de las cuestiones reproductivas y más destinados a cumplir con un exigente superyó contemporáneo. (Caldiz,1999)

Todo esto expresado como diferencias hormonales, responsables también de humores diferentes entre mujeres y hombres.

La sexualidad femenina se asienta en una retícula de emociones más amplia, una gama más extensa de sensaciones físicas y un contexto social y ambiental mayor: todo lo cual no son sino reflejos del pensamiento en red característico de la mente femenina. El impulso sexual masculino está mucho más centrado en el acto de la cópula, un ejemplo más de la propensión masculina a compartimentar el mundo

que los rodea y centrar su atención en elementos específicos.

Quienes basan su valoración del impulso sexual, ya sean científicos o legos, en cosas tales como la frecuencia con la que se masturba un sujeto o el número de parejas sexuales que ha tenido a lo largo de su vida, definen el erotismo desde una perspectiva masculina. Tienen una forma estrecha y compartimentada de considerar el sexo. No es de extrañar que se equivoquen al calibrar la sexualidad femenina. (Fisher, Helen, 2000)

Actuar en pequeño

Volviendo a *actuar en pequeño*, queremos rescatar dos maniobras de intervención clínica, que merecen una atención especial. Se trata de dos estrategias técnicas que han mostrado su eficacia para la resolución de los problemas sexuales femeninos.

La primera, no es nueva. Son los programas de *reacondicionamiento orgásmico* a través del aprendizaje. Desarrollados en especial por Lonnie Barbach (1975) y J.Lo Piccolo, han demostrado plenamente su eficacia usados por distintos operadores en diferentes formatos y propuestas.

Como métodos usados para el tratamiento de la anorgasmia femenina siguen siendo tan exitosos en estos momentos, como lo eran en los años 70, cuando se los creó como técnica. El reacondicionamiento orgásmico tradicional es perfectamente funcional. El problema es que no hay técnicas parecidas a esa para trabajar en los problemas del interés sexual y sucede que hay un incremento de consultas por inhibición del deseo sexual.

Por eso, rescatamos como segunda opción lo propuesto por Hellen S. Kaplan en su libro póstumo "The Sexual Desire Disorders". Esta pionera de la Sexología supo captar como pocos las particularidades de la escena sexual femenina y desarrollar maniobras creativas desde la intervención psicológica para producir los cambios que la cliente solicita. Su propuesta de *reacondicionamiento cognitivo* para el tratamiento de los problemas del deseo es una muestra de esto. Al respecto dice: "el objetivo fundamental de las intervenciones conductistas/cognitivas es modificar las conductas

no sexuales compulsivas de los pacientes que conforman las causas inmediatas del deseo sexual inhibido (DSH)"(Hellen Kaplan, 1995).

La intervención sexológica, desde esta perspectiva, se propone aumentar el nivel de entendimiento de las pacientes sobre sus conductas antisexuales y sus anti-fantasías, que determinan la supresión automática del interés sexual, sin su conocimiento consciente. Ayudándolas a lograr un mayor control voluntario sobre sus sentimientos sexuales, con procedimientos cognitivos diseñados para cada caso. (Hellen Kaplan, 1995). Sustituyendo los pensamientos negativos por imágenes y fantasías sexuales positivas. Esta maniobra permite un papel activo de la paciente en el reconocimiento del origen y la solución a su problema.

Ambas maniobras tienen en cuenta, particularidades de la respuesta y el imaginario sexual femenino quizás por eso, mantienen su eficacia. Y se desarrollan "conversando". El dialogo, en este caso terapeuta-paciente, permite aflorar sentimientos y desconocimientos e inaugura una posibilidad de reflexión que ha demostrado sus posibilidades curativas desde tiempos remotos.

Para concluir

Sabemos que atender a la consulta sexológica femenina significa comprender las particularidades y deseos de las mujeres.

No se trata de orgasmos inducidos, ni de la aparición en automático de un interés sexual inexistente. Si escuchamos a la consultante podemos ver que los problemas sexuales tienen contexto. Aparecen en escena con determinada persona, en circunstancias específicas y también determinadas.

No es el sexo producido por la bomba de vacío el que apetece a las mujeres. No se juega su autoestima sino su identidad y sus sentimientos.

La sexualidad para las mujeres es en general una manera de modular afectos, una puesta en escena del querer dar y recibir pero también obedece a estímulos pertinentes y apropiados a tiempos biológicos de respuesta, diferentes de los tiempos masculinos.

Es necesario que los terapeutas se reconecten con lo que es sabido: la mayoría de las mujeres que nos consultan pueden y de hecho desarrollan soluciones

aun para los dilemas más angustiantes, si reciben un poco de ayuda y de estímulo. Esto nos permitiría competir con las profusas ideologías médicas que promueven la industria farmacéutica.

En vez de escuchar amparados en la creencia de que todo es una cuestión de bioquímica, resulta válido pensar que toda experiencia emocional humana, afecta la química del cuerpo y produce, en nuestro cerebro un correlato neuroquímico. En lugar de volcarnos hacia píldoras y dispositivos mágicos buscando el elixir del placer podemos acceder a esa magia que se logra al escuchar y explorar las historias, experiencias y situaciones de los problemas de los pacientes.

Contemplando las diferencias más que las semejanzas, es probable que hombres y mujeres lleguemos a ser democráticamente iguales en nuestros derechos a una actividad sexual elegida y placentera.

Referencias:

- Author not available, *Women still get no satisfaction*. The Toronto Star, 05-26-2000.
- Barbach, L.G. (1975) *For Yourself: The fulfilment of female sexuality*. New York: Doubleday
- Barbara Bartlik, M; Peter Kaplan, Md; Jed Kaminetsky, Md; George Roentsch, & James Goldberg, Ph.d. *Medicines that may improve female sexual response*. *Psychiatric Annals* 29:1/january 1999.
- Buss, D. (1994) *The Evolution of Sexual Desire*. New York: Basic Books
- Caldiz, L. Y Resnicoff D. (1997) *Sexo Mujer y Fin de Siglo*. Buenos Aires,,: Paidós 1997.
- Caldiz, Laura: *Nuevas Estrategias en el tratamiento de la disfunción sexual femenina. Una revisión conceptual*. Presentado en el Primer Congreso Chileno de Actualizaciones Terapéuticas en Sexualidad Humana. Santiago 27 y 28 de mayo de 1999.
- Fisher, Helen: *El Primer Sexo*. Grupo Santillana de Ediciones S.A., 2000
- Kaplan, Helen S.: *La Nueva Terapia Sexual. 1 y 2*. Alianza Editorial, 1974.
- Kaplan, Helen S.: *"The Sexual Desire Disorders"*. Brunner/Mazel, Publishers, New York, 1995
- Papp, Peggy: La esposa frigida, en " La Red Invisible". Paidós, 1991.
- Laumann, E.O., Gagnon, J.H., Michael, R.R., & Michaels, S. (1994): *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lipovetsky, G. (1999) *La tercera mujer*. -Barcelona: Anagrama
- Loe, Meika: *Caution: You And Your Friends May Be Sexually Dysfunctional*. University of California, Santa Barbara.
- LoPiccolo J. & Lobitz, 1972; *The rol of masturbation in the treatment of orgasmic disfunction*. *Archives of Sexual Behavior*, 2.

Margulis, L. y Sagan D. (1992): *Danza Misteriosa. La Evolucion de la Sexualidad Humana*. Barcelona: Kairos

MEDLINE Abstracts. *Sexual Dysfunction in Women*. Medscape Urology, 2000

Tiefer, Leonore Ph.D.: *The Medicalization of Female Sexuality*. Robert Koch-Institute. Archiv für Sexualwissenschaft.

Tiefer, Leonore Ph.D.: Female Sexual Dysfunction Alert: A new disorder invented. "Sojourner", octubre 1999.

Weeks, Jeffrey: *Sexualidad*. Paidós- Genero y Sociedad. Méjico 1998.