

Sexología interdisciplinar

Laura C. Sánchez-Sánchez (Ed.)

Contenidos

Créditos



Editorial Universidad de Almería

ISBN: 978-84-15487-16-6

Depósito legal: AI -799-2012

© del texto: Laura del Carmen Sánchez Sánchez

© de la edición: Editorial Universidad de Almería 2012

www.ual.es/editorial_publicac@ual.es

Telf: 950 015182

SEXOLOGÍA INTERDISCIPLINAR

Laura C. Sánchez-Sánchez

(Editora)



Universidad de Almería

Vicerrectorado de Estudiantes, Extensión Universitaria y Deportes

La profundidad de vuestra experiencia sexual decidirá la profundidad de todas vuestras experiencias. Si uno no puede adentrarse profundamente en la experiencia sexual, entonces jamás podrá adentrarse en nada, porque se trata de la experiencia más fundamental y natural.

(Osho, 2006, p. 258)

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN AL MUNDO DE LA SEXOLOGÍA	4
Inmaculada Fernández Agis	
2. LA CIENCIA DEL DESEO SEXUAL HIPOACTIVO DE LA MUJER	15
Paco Cabello Santamaría	
3. CONTROVERSIAS EN TORNO A LA INVESTIGACIÓN EN HOMOSEXUALIDAD	40
Manuel Lucas Matheu	
4. EL PUNTO G, UN MITO PARA UN FINAL DE SIGLO	48
Pedro La Calle Marcos	
5. SEXO Y AMOR CONSCIENTE A TRAVÉS DEL TANTRA	59
Laura C. Sánchez-Sánchez	
6. ARTE Y SEXOLOGÍA	65
Eva M ^a del Águila Martín	

Relación de autores

Laura C. Sánchez-Sánchez (Editora)

Eva M^a del Águila Martín

Paco Cabello Santamaría

Inmaculada Fernández Agis

Pedro La Calle Marcos

Manuel Lucas Matheu

Introducción al Mundo de la Sexología

Inmaculada Fernández Agis

Universidad de Almería

Actualmente, en la Sociedad Occidental del siglo XXI, en un país tan avanzado en determinadas leyes, que también tienen que ver con la vida sexual y con una visión progresista en la forma de hacer política social y en un país que consideramos adulto democráticamente hablando, como es España, parece que ya tenemos todo el camino recorrido en cuanto a educación sexual. En los años 70 con la salida del franquismo y la definitiva apertura al mundo y Europa, con la época del destape y la liberación sexual, se produjo una explosión en el acceso a contenidos de carácter sexual, pareciendo que la sociedad se desprendía de sus tabúes y nos convertíamos de la noche a la mañana en una sociedad moderna. Por otro lado, la educación sexual pasó del ámbito familiar y privado a ser objeto de atención educativa, pasando posteriormente a convertirse en una obligación del sistema educativo, nunca desarrollada ni explícita, pero sí implícita, al empezar los padres a desembarazarse de este aspecto educativo, ya que supuestamente es un contenido del currículo escolar. Podemos afirmar sin temor a equivocarnos, que salvo honrosas y contadas excepciones, la educación sexual en el sistema educativo español ha tenido un carácter marcadamente preventivo, abordando exclusivamente la prevención de embarazos no deseados y de forma colateral las infecciones de transmisión sexual. En algunos casos incluso se ha venido promocionando la abstinencia como método para controlar estos efectos indeseados de la sexualidad en la pubertad y adolescencia. Esta visión negativa de la sexualidad se ha demostrado que lo único que consigue es generar desconocimiento, rechazo y conductas de riesgo asociadas a la sexualidad, justamente lo que se supone que pretende prevenir.

Por todo ello, una forma adecuada de hacer una introducción general al mundo de la sexología es abordar algunos de los mitos que a pesar del acceso a la información y supuestamente a la educación sexual, aún perviven entre los jóvenes universitarios de nuestro país. Para organizar la información, comenzaremos explicando algunos de los mitos que se relacionan con la sexualidad femenina, ya que es posiblemente la menos estudiada por parte de los profesionales y la más aquejada por mitos en la sociedad en general. Posteriormente, abordaremos algunos de los mitos que se relacionan con la sexualidad masculina y con la orientación sexual en general. La actualidad de dichos mitos y la justificación de su abordaje se ilustra fácilmente con ejemplos de videos extraídos de diversos programas de televisión de cadenas nacionales en las que se producen confusiones entre orientación e identidad sexual, tachándose ambas como patologías a revertir mediante tratamiento, se observa también la homofobia a través de comentarios jocosos sobre gays o bien se denosta la investigación sobre aspectos de la sexualidad femenina o la educación sexual a través de la broma fácil o la exageración. Son sólo algunos ejemplos del abordaje de la sexualidad en los *mass media*, se podría hacer un análisis similar en otros medios de comunicación y contenidos como anuncios u otro tipo de programas.

1. Mitos en sexualidad femenina

La virginidad se pierde...

Un buen mito para comenzar es preguntarse acerca del momento de la pérdida de la virginidad. Aún hoy y ante esta pregunta más de un 90% de los estudiantes contesta con respecto a su primera relación coital. Es sólo un reflejo de la concepción de la sexualidad en el mundo occidental, una sexualidad genitalizada y coitocéntrica. Por otro lado, y aprovechando esta respuesta cabe llamar la atención sobre cómo afecta el mito de la virginidad de forma diferencial en función del sexo, aún hoy día exigiéndose determinados comportamientos a la mujer y no en el caso del hombre, siendo su sexualidad

mucho más permisiva, lo que muestra que no hemos alcanzado la equidad o democracia sexual, a pesar de haber avanzado mucho más en otros aspectos relacionados con la igualdad. Por último, un aspecto a destacar es la diferencia en estos mismos aspectos si comparamos a las distintas culturas que conviven en nuestro propio mundo, siendo la exigencia acerca de la virginidad en la mujer algo mucho más patente en culturas como la gitana, la árabe o las de origen sudamericano, no tenemos que acudir a otros países del mundo para observar estas diferencias. Además es importante hacer notar las diferencias biológicas.

El clítoris...

Existen multitud de mitos en torno al clítoris y su función en las relaciones sexuales. Desde las teorías de Freud acerca de la sexualidad femenina adulta, según las que se supone que las mujeres adultas deben alcanzar el orgasmo sólo mediante estimulación vaginal, se ha extendido la idea de que las mujeres que no alcanzan el orgasmo mediante esta forma de estimulación padecen algún tipo de patología sexual. Estas ideas limitan claramente el disfrute de la sexualidad en las mujeres y patologizan su sexualidad. Para comenzar hay que comprender que el clítoris es uno de los órganos sexuales más sensibles, de hecho su única función es la de proporcionar placer sexual. Su origen biológico es el mismo estructuralmente que el del pene masculino, de hecho en las primeras semanas de desarrollo embrionario ambos órganos son indistinguibles. No es que el clítoris sea un pene poco desarrollado (otra idea errónea atribuible a las teorías de Freud), de hecho si no ocurre nada durante el desarrollo fetal lo que tenemos es un bebé niña, biológicamente hablando. Para que se desarrolle un niño ocurren determinados acontecimientos. A partir de la sexta semana se inicia el proceso de diferenciación a través del funcionamiento de una proteína por el cromosoma Y (antígeno de histocompatibilidad o antígeno H-Y), que actúa activando genes de diferenciación masculina que se encuentran en el cromosoma Y (regula la conversión de gónadas en testículos que parten de la misma estructura anatómica). Y, simplificando mucho todo el proceso, a partir de la séptima semana se producirá la formación de testículos y producción de

andrógenos (testosterona), que estimulan el desarrollo de los conductos de Wolff que se van transformando en estructuras sexuales masculinas. Por tanto, podríamos decir que el clítoris no es un pene poco desarrollado, sino que el pene es un clítoris muy desarrollado. La compresión de estas estructuras ha posibilitado que las actuales operaciones de cambio de sexo se produzcan con garantías de conservación de la capacidad sensitiva de estas estructuras, algo fundamental para la vida sexual futura de estas personas.

De estos errores conceptuales surge un mito muy extendido de la existencia de dos tipos de orgasmo femenino, uno vaginal y otro clitoridiano. Esta idea es errónea debido a que, independientemente de la forma de estimulación, la respuesta fisiológica del orgasmo es la misma, no hay una forma mejor o peor de estimulación, de la misma forma que no hay distintos tipos de cosquillas según el lugar donde se originan. Psicológicamente, muchas mujeres manifiestan tener sensaciones diferentes de orgasmo cuando se alcanza mediante estimulación del clítoris o la vagina. Realmente estas diferencias parecen más influenciadas por factores relativos a la relación interpersonal que se produce en las relaciones coitales, siendo por regla general más fácil de alcanzar y más intenso cuando se alcanza mediante la estimulación del clítoris.

A la búsqueda del punto G

Desde el descubrimiento por parte de Ernts Gräfenberg del punto G y la posterior popularización de este hallazgo, infinidad de parejas se han lanzado a la búsqueda de dicho punto, creyendo en algunos casos que es algo así como “el botón de un portero automático” que llama al orgasmo femenino. Una vez más se utiliza un modelo de sexualidad genitalizada y coitocentrista cuyas consecuencias pueden ser precisamente la ausencia de placer en las relaciones sexuales y la asunción de una sexualidad “patológica” cuando no se alcanza el supuesto patrón de normalidad. Para romper este mito podemos señalar la existencia no sólo de un punto G en la vagina sino de hasta tres puntos especialmente sensibles a estimulación. Además del punto G situado en la cara anterior del los primeros 5 cm. de la entrada vaginal, podemos encontrar el punto A, localizado por Chua Chee en 1997 y situado a una altura

similar en la cara posterior, o el punto K (Kesslyn, 2005) ubicado en la zona final de la vagina llegando al cuello de útero. Además de estos puntos G, se ha distinguido otra zona erógena especialmente sensible justo debajo del clítoris, el llamado punto U. La variedad de puntos con un especial poder erógeno debería invitarnos a tener una sexualidad más rica, dejar de preocuparnos por la estimulación de zonas concretas y tener una visión del cuerpo como una zona erógena en sí mismo, descartando la estimulación dirigida a la consecución del orgasmo rápido y, por el contrario, dirigirla al disfrute camino marcado por la interacción sexual.

La utilización de juguetes eróticos como un indicador de insatisfacción

Las relaciones sexuales se han convertido en algo serio en nuestra sociedad, nos olvidamos del juego de los cuerpos, de lo lúdico que puede ser un acto compartido de placer mutuo, o de las posibilidades que ofrece el hecho de poder disfrutar de nuestro cuerpo en la intimidad. Tal vez por ello uno de los mitos que rodean al uso de juguetes eróticos, especialmente por parte de las mujeres, es que se trata de una señal de insatisfacción sexual en relaciones de pareja, tanto si los utilizan solas como si se introducen en las relaciones de pareja. Actualmente, cada vez son más las mujeres que acuden sin vergüenza al “sex-shop” y adquieren juguetes eróticos de todo tipo, o bien participan en reuniones de “tupper-sex”, lo que se ha convertido en una forma de divertimento entre amigas. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la visión de la sexualidad que en muchos casos se transmite en estas sesiones es una visión falocéntrica y genitalizada de la sexualidad y finalmente lo que puede parecer moderno acaba volviéndonos a lo que se supone que superamos cuando somos capaces de ir al “sex-shop”.

La masturbación y la sexualidad femenina

Todavía hoy día se mantiene la idea de que las mujeres o no se masturban o lo hacen en mucha menor medida que los hombres. Sin embargo, ya en los años 50 en EE.UU y según el informe Kinsey, el 92% de los hombres y el 63% de las mujeres se habían masturbado alguna vez en la vida. Estudios más recientes en nuestro país (Ramos, 2002), indican que nuestra sociedad ha

avanzado mucho en este sentido y el porcentaje se ha igualado hasta alcanzar en ambos casos entre el 95 y 98%. Además, según este estudio, mujeres y hombres se inician a edades similares, incluso en algunos casos siendo las mujeres más precoces (entre el 20 y el 42% de las mujeres antes de los 10 años frente al 3 al 13% de los hombres, aunque la mayoría en ambos sexos lo hace en la adolescencia) en estas prácticas que descubren por casualidad. Las mujeres suelen confesar mucho menos que los hombres la práctica de la masturbación y suelen tener actitudes negativas hacia el hecho de que su pareja se masturbe. Por último, la frecuencia de la masturbación no disminuye cuando se mantienen relaciones estables (alrededor del 75% de los hombres y entre un 75 y un 91% de las mujeres).

Por tanto, y a pesar de que actualmente todavía las mujeres confiesan mucho menos la práctica de la masturbación (posiblemente por la necesidad de mostrar una apariencia de sexualidad más recatada), al menos los datos sí indican su práctica en la intimidad, lo que puede suponer un factor de protección contra algunas de las disfunciones sexuales más frecuentes en el caso de la mujer o un arma para vencer las dificultades cuando se presentan.

Sexualidad y embarazo

El embarazo, a pesar de ser un proceso natural, está rodeado de múltiples mitos, muchos de ellos relacionados con la sexualidad. El más extendido es que se deben restringir las relaciones sexuales durante el embarazo por miedo a perjudicar el desarrollo fetal, en algunos casos durante todo el embarazo y en el mejor de ellos en la última fase del mismo. Sin embargo, éste debería ser un momento para todo lo contrario, en primer lugar por la necesidad emocional que tiene la mujer en ese momento y porque los cambios físicos que experimenta le pueden producir sensación de inseguridad cuando las relaciones sexuales disminuyen por los miedos de la pareja. Tampoco es cierto que la actividad sexual pueda producir un adelanto del parto en los últimos meses de embarazo. Ni hay peligro de infección manteniendo una higiene correcta y sólo se deben evitar las relaciones coitales cuando estén contraindicadas por una razón médica, lo cual no quiere decir que bajo ningún

concepto se contraindiquen otro tipo de relaciones sexuales, que como hemos indicado son aún más deseables en estos momentos.

Sexualidad en la mujer mayor

Una vez más, la sexualidad femenina es la que más se ve afectada por falsos mitos. Una de las ideas que ha hecho más daño a la sexualidad femenina es que ésta se acaba con la menopausia. Si bien es cierto que se producen cambios en la respuesta sexual en esta etapa de la vida y que la mujer debe adaptarse a ellos, éstos no tienen por qué llevar aparejada el fin de la sexualidad o una sexualidad menos satisfactoria. De hecho, en muchas mujeres se produce el efecto contrario y disfrutan mucho más de su sexualidad justo a partir de la menopausia.

Posiblemente estas ideas erróneas provienen de la tradición judeo-cristiana, en la que se produce una asociación indefectible entre sexualidad y capacidad de procreación. De hecho, otra de las ideas erróneas extendidas en nuestra sociedad es la de que la extirpación del útero y los ovarios hace que la mujer pierda la apetencia y deja de sentir o gozar sexualmente. Por otro lado, todavía hoy día en que las personas mayores pueden gozar de un estado de salud mejor que en ninguna época de nuestra historia, negamos la posibilidad de que las personas mayores puedan desear y disfrutar de su sexualidad. Podemos decir simplemente para eliminar estos mitos que nacemos y morimos como seres sexuados y que, por tanto, la sexualidad es algo que termina con la muerte y que lo que varía es su expresión entre los distintos individuos.

2. Mitos relacionados con la sexualidad masculina

La sexualidad masculina no está libre de mitos, más bien al contrario, son la otra cara de la moneda en cuanto a ideas erróneas y también sufren las consecuencias de lo que hemos hecho de nuestra sexualidad en la sociedad occidental. Vamos a ver algunos de estos mitos que afectan especialmente a la sexualidad masculina.

El orgasmo y su relación con la estimulación del pene

La sexualidad masculina es absolutamente falocéntrica, parece que los hombres no poseen ninguna otra parte del cuerpo digna de estimulación o atención sexual, siendo al final su sexualidad muy limitada en este sentido. De la misma forma que en la sexualidad femenina no existe un único punto G, lo mismo se puede decir de la masculina y limitarla supone que su sexualidad sea menos placentera. Otras zonas especialmente erógenas en el hombre son el pliegue entre los testículos o el rafé perineal situado entre los testículos y el ano. Pero el verdadero punto G masculino se considera la próstata, este órgano glandular, del tamaño de una nuez, se encuentra debajo de la vejiga y delante del recto. Sin embargo, muchos hombres rechazan la estimulación anal por miedo a “convertirse” en homosexuales o por el qué dirá su pareja.

Por otro lado, la sexualidad masculina en relaciones heterosexuales es absolutamente dependiente de la consecución del orgasmo femenino mediante relaciones coitales, esto provoca que el hombre se responsabilice del orgasmo femenino y que durante las relaciones sexuales en todo momento monitorice el estado de erección del pene pues se considera un problema que no llegue en estado perfecto de “revista” al momento en que se tenga que producir la penetración y, después, esperar a conseguir el orgasmo en la pareja para poder permitirse buscar el propio placer. Es decir, la sexualidad pierde su carácter espontáneo, lúdico y es una carga para una de las partes. Esto no significa que cada uno actúe de forma egoísta y sin preocuparse del otro, sino todo lo contrario, pero fuera de los clichés que nos hemos marcado cada vez más de cómo deben ser las relaciones sexuales.

La capacidad inagotable de excitación masculina

Un mito relacionado con la vivencia de la sexualidad masculina, con los roles de género aprendidos en nuestra sociedad es que los hombres siempre se excitan ante una mujer, o que ante una posibilidad de tener una relación sexual su respuesta es indefectiblemente positiva o bien tienen algún problema sexual. Es decir, parece que los hombres no tengan derecho a elegir, ni gustos

particulares, ni momentos en los que simplemente no tengan deseo sexual o prefieran vivir otra experiencia.

Por otro lado, no sólo las mujeres sufren de inapetencia sexual o padecen deseo sexual inhibido. Según el National Institutes of Health unos 15 millones de varones estadounidenses sufren de falta persistente de deseo sexual, un desorden que se manifiesta en una apatía absoluta hacia las relaciones sexuales. Si bien es cierto que es mucho más difícil que los hombres acudan a consulta sexológica por presentar este tipo de problemas. De la misma forma, muy pocos hombres acuden a la consulta del sexólogo por problemas de anorgasmia, pero sólo porque creen que el orgasmo se reduce a eyacular. Nadie les pregunta si han disfrutado o no, hay hombres que desconocen el componente psicológico del placer asociado al orgasmo. Por tanto, podemos decir en contra del mito extendido de que sólo las mujeres pueden ser anorgásmicas que esto es algo que también se puede producir en hombres.

4. Mitos y orientación sexual

Aunque en nuestra cultura hemos evolucionado mucho en la visión de la homosexualidad, lo hemos hecho de manera desigual entre sexos, asumiéndose mucho mejor la homosexualidad masculina que la femenina. Además otras orientaciones sexuales como la bisexualidad, simplemente, no son admitidas como posibilidad, ni siquiera en los colectivos gays, lo que muestra nuestro desconocimiento general en contenidos sexológicos.

El lesbianismo y la frustración sexual

Algunas personas creen que una mujer elige ser homosexual como resultado de una mala experiencia con un hombre y que si se topase con un buen amante, se “reconvertiría” a la heterosexualidad. Evidentemente la orientación sexual depende de muchos factores, no se elige y mucho menos se hace por insatisfacción. La homosexualidad no es como apuntarse a un club social: es una orientación sexual, es química, emociones, sentimientos...

Todavía nos queda mucho camino por recorrer en cuanto a la aceptación de la sexualidad femenina y este mito es un ejemplo más de ello.

¿Existe la bisexualidad?

Los bisexuales son un colectivo atacado por todos, heterosexuales y homosexuales, o bien se les tacha de homosexuales que no admiten su orientación, no han “salido del armario” o bien que son personas degeneradas que van a pillar “cacho” y que se conforman con lo que caiga. Desde los estudios de Kinsey se sabe que homosexualidad y heterosexualidad no son dos polos separados y opuestos, sino que más bien son un continuo en que los individuos nos situamos en algún punto más o menos alejado del centro en que se encontraría la bisexualidad. Muchas personas tienen desde deseos, fantasías o incluso experiencias sexuales con personas del mismo sexo sin considerarse por ello homosexuales, de la misma forma que hay personas que se consideran homosexuales que tienen o han tenido a lo largo de su vida experiencias similares. La consideración de homosexual, heterosexual o bisexual es una etiqueta autoimpuesta en función de la valoración que cada uno haga de la orientación de su deseo, y no la sociedad la que la determina como a veces pudiera parecer.

5. Conclusiones

A lo largo del tema simplemente se ha pretendido dar una visión algo más amplia de las posibilidades y riqueza de la sexualidad humana partiendo de algunos de los mitos más comunes que la atenazan. Son sólo algunos de ellos, hay muchos más por desgracia, y no se trataba de abordarlos todos. La existencia y pervivencia de estos mitos e ideas erróneas entre la población universitaria es una muestra más de la necesidad del abordaje de una verdadera educación sexual en nuestro país, algo que, a pesar de algunos intentos, todavía no se ha logrado y que hoy día tenemos la posibilidad de alcanzar, si finalmente se desarrolla la Ley de Salud Sexual y Reproductiva recientemente aprobada en la Cortes Generales. Tal vez, un día no sea

necesario insistir en estos errores y que nuestra sociedad sea más sana sexualmente y por tanto, más feliz.

Referencias

Freud, S. (1973). *Tres ensayos sobre una teoría sexual*. Ed. Biblioteca Nueva: Madrid

Chua Chee, A. (1997). A proposal for a radical new sex therapy technique for the management of vasocongestive and orgasmic dysfunction in women: The AFE Zone Stimulation Technique. *Sexual and Marital Therapy*, 12 (4), 357-370.

Kesslyn, B. (2005). *Sexual Pleasure: Reaching New Heights of Sexual Arousal and Intimacy*. Hunter House, Inc: Alameda, CA.

Kinsey, A; Pomeroy, W.B.; Martin, C.E. y Gebhard, P.H. (1998). *Sexual Behavior in the Human Female Sexuality*. Indiana University Press: Bloomington, Indiana.

La ciencia del deseo sexual hipoactivo de la mujer

Francisco Cabello Santamaría
Instituto Andaluz de Sexología y Psicología

1. Introducción

El deseo sexual hipoactivo es la disfunción cuya incidencia aumenta progresivamente a mayor ritmo y, probablemente, la que más fracasos terapéuticos proporciona.

Existen muchas lagunas en el conocimiento del deseo, de hecho, Masters y Johnson (1966) describieron la respuesta sexual humana sin mención alguna al deseo y, hasta épocas recientes, no se había tenido en cuenta.

Hoy día, siguiendo las aportaciones de Basson (2002) y las hipótesis de Levin (2002) y Fisher (2002), se pueden distinguir varios tipos de deseo dependiendo de los estímulos externos, los neurotransmisores cerebrales y la concentración hormonal, entre otros factores.

Se puede hablar de un deseo sin objeto, que probablemente tiene mucho que ver con las hormonas, en concreto con la testosterona biodisponible, donde la mujer tiene la sensación subjetiva de desear pero no a una persona en especial. A nivel fisiológico, esta forma que se puede denominar impulso, se activa en el período periovulatorio y, según las mujeres, justo antes o después de la menstruación.

Otra forma de desear está muy centrada en el objeto, es decir, se anhela a una persona en concreto. Esto puede denominarse deseo romántico y va a estar relacionada, a nivel cerebral, con los receptores dopaminérgicos.

Por último, existe otra variedad de deseo en mujeres cuya relación de pareja no es novedosa, que comienzan las relaciones sexuales sin tener deseo y se activan después de un proceso de excitación. A esta variante se le podría denominar deseo postexcitatorio y, probablemente, sea la forma más frecuente de desear entre mujeres mayores (Cabello, 2010).

2. Definición

En general, toda persona que disminuye su frecuencia sexual considera que el deseo está mermando, pero la frecuencia, por sí misma, no es una variable ajustada para medir la capacidad de desear. En la última revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), se habla de deseo sexual hipoactivo cuando: “existe disminución (o ausencia) de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente, y el trastorno provoca malestar acusado o dificultades de relación interpersonal”.

La definición del AFUD (American Foundation for Urologic Disease; Basson y colaboradores, 2003) es prácticamente la misma: “deficiencia persistente o recurrente (o ausencia) de fantasías/pensamientos sexuales y/o deseo o receptividad de actividad sexual, lo que causa una ansiedad personal”.

Basson y colaboradores (2003), partiendo de la definición del DSM-IV-TR, introdujeron aspectos relacionados con el ciclo vital, quedando una definición más ajustada a la práctica: “Ausencia o disminución de sensaciones, interés, pensamientos o fantasías sexuales, siendo la motivación para buscar la excitación escasa o nula y teniendo presentes los cambios fisiológicos de la mujer a lo largo del ciclo vital y la duración de la pareja”.

Una definición muy aplicable a la clínica es la propuesta por Fuertes (1995): “el deseo sexual hipoactivo aparece cuando la interacción entre el grado de excitabilidad neurofisiológica, la disposición cognitiva y los inductores de sentimientos y sensaciones sexuales no conducen a ningún tipo de impulso sexual, de forma que el sujeto no siente necesidad o apetencia alguna de buscar placer y estímulo sexual, antes o después de iniciada una conducta sexual”. Partiendo de esta definición, es de sumo interés diferenciar cuándo los inductores externos del deseo son adecuados o no (Cabello, 2010). En la actualidad, todos los estudios sobre la prevalencia de las disfunciones sexuales sitúan al deseo sexual hipoactivo en los primeros puestos, con un elevado nivel de incidencia. Probablemente se esté patologizando a la población, en la medida en que no tener deseo no debe significar exclusivamente una situación patológica, a veces puede estar sucediendo que no existan inductores externos adecuados para motivar la respuesta.

En el mismo sentido, en la definición de Basson (2003) resultaría de mayor coherencia hacer referencia a la calidad de la pareja más que a la duración de la misma, ya que existen parejas que, a pesar de llevar mucho tiempo juntos, siguen manteniendo un alto nivel de deseo y, como se comentó con anterioridad, en el ciclo vital un porcentaje muy relevante de mujeres de 70 años siguen considerando la sexualidad muy importante para sus vidas. Por tanto, parece más preciso definir el deseo sexual hipoactivo como “la ausencia o disminución de pensamientos o fantasías sexuales y de interés en iniciar un encuentro sexual, *en presencia de adecuados inductores externos del deseo*” (Cabello-Santamaría, 2007).

3. Epidemiología

Un problema notable a la hora de establecer la prevalencia del deseo sexual hipoactivo radica en los distintos criterios a la hora de clasificar la disfunción. En primer lugar, en algunas investigaciones se introducen en “el mismo saco” a la aversión sexual, el trastorno de excitabilidad y la discrepancia sexual (cuadros que se confunden fácilmente y se verán más adelante); otros

trabajos más recientes sólo incluyen a la falta de deseo que provoca sensación de malestar a quien la padece (“distress”) y ningún estudio tiene en cuenta la calidad de los inductores externos del deseo. En suma, se puede inferir que los datos de prevalencia acerca del deseo son sólo de carácter orientativo, baste ver la variabilidad de cifras existentes. Algunos cifran la falta de deseo en un 51% (Mears, 1978) de las mujeres. Flores Colombino (2004) señala una incidencia del 30'1 %. Para Simons y Carey (2001) el problema oscilaría entre el 5 y 46% de las mujeres, otros lo cifran en el 11% (Johnson, Phelps y Cottler, 2004), entre el 24% y 43% para Laumann y colaboradores (2005), y el récord lo establece Flug-Meyer (1999), con un 80%.

Uno de los últimos estudios, sobre una muestra de 2.207 mujeres, ha puesto de manifiesto que el deseo sexual hipoactivo afecta al 36,2% de las mujeres. Las de etnia negra alcanzarían el 20,3%, las hispanas el 39,6% y las caucásicas el 38% (West, D'Aloiso, Agans, Kalsbeek, Borisov y Thorp, 2008).

Es difícil confiar en los datos precedentes pues la mayoría de los estudios están realizados con muestras incidentales (no aleatorias), que acuden a centros sanitarios por otros motivos, por tanto, hay que suponer un mayor número de variables que pueden facilitar la aparición de la pérdida del deseo (Cabello, 2010).

Aunque casi todos los estudios señalan que la disfunción sexual más frecuente de la mujer es el deseo sexual hipoactivo, dependiendo de la cultura puede haber variaciones. Por ejemplo, entre mujeres iraníes es más común la anorgasmia (26%) que el deseo inhibido, que iguala con un 15% al trastorno de excitabilidad (Shokrollahi, Mirmohamadi, Mehrabi, Babaei, 1999).

En el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, el deseo sexual hipoactivo es la disfunción que más acusa la mujer, representando el 48'1% de entre todas las demandas femeninas (Cabello-Santamaría, 2003).

4. Etiología

Son muy variados los factores que pueden producir una alteración del deseo, muchos de ellos no bien conocidos.

4.1. Factores orgánicos

Las alteraciones neuroendocrinológicas, trastornos hormonales, enfermedades metabólicas y otras afecciones crónicas influyen de forma negativa. Por citar un ejemplo, entre mujeres diabéticas el 88'4% puede llegar a tener falta de deseo.

Cabe destacar que los bajos niveles de estrógenos disminuyen la lubricación, favorecen la pérdida de elasticidad de las paredes vaginales y, por tanto, tienen que ver con la excitabilidad, lo que termina repercutiendo en el deseo.

Más influencia en este campo tiene la disminución de andrógenos, que no sólo favorece la pérdida de deseo, sino que influirá también en el nivel de excitabilidad.

En la práctica, cuando una mujer acude a consulta aquejada de deseo sexual hipoactivo, desde el punto de vista orgánico, habrá que pensar como etiología más usual en:

- Alteraciones hormonales: una disminución de andrógenos, una subida de prolactina o cambios hormonales propios de la menopausia.
- Medicamentos: los fármacos que con mayor frecuencia están relacionados con la falta de deseo son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (una relación de pareja insatisfactoria puede provocar una distimia, la mujer acude a consulta de atención primaria y le prescriben este tipo de fármacos, con lo que el deseo disminuye y se incrementan los problemas de pareja).
- Enfermedades crónicas de larga evolución.

4.2. Factores psicológicos

La mayoría de los autores centran el conflicto en la ansiedad y problemas de pareja. Otros factores citados comúnmente son el estrés, estados depresivos y la baja autoestima. En concreto, las mujeres con ataques de pánico y quienes padecen un trastorno obsesivo compulsivo, ven afectado el deseo en mayor medida que cualquier otra fase de la respuesta sexual (Minnen y Kampman, 2000).

Algunos hacen hincapié en la cólera como factor más significativo para inhibir el deseo después de la ansiedad (Bozman y Beck, 1991). No resulta fácil, además, determinar si las variables antes citadas preceden o son consecuencia de la falta de deseo. Por ejemplo, se ha puesto de manifiesto que las mujeres con deseo sexual inhibido presentan en un alto porcentaje humor inestable, frágil autocontrol y déficit de autoestima (Hartmann, Heiser, Ruffer-Hesse y Kloth, 2002), lo cual parece lógico como consecuencia y no necesariamente como desencadenante.

Una vez más habrá que determinar cuáles son los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores del proceso y, en este caso, parece que estos últimos influyen como factores mantenedores.

En el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología ha sido difícil agrupar los factores etiológicos debido a la gran variabilidad de factores intervinientes, ya que, en general, se encuentra un conjunto de múltiples asociaciones. A pesar de todo, se han seleccionado ocho grupos básicos donde encuadrar los casos que, por orden, de frecuencia son los siguientes (Cabello, 2010): problemas de pareja; disfunciones sexuales previas; desmotivación, sin nada especialmente destacable en la evaluación; trastornos del estado de ánimo; trastornos hormonales; medicamentos; enfermedades crónicas: diabetes, insuficiencia renal, etc; otros.

Son muchas las variables que pueden incidir a la hora de generar problemas en pareja, pero los conflictos en torno a la intimidad, especialmente debidos a déficit de comunicación, son los más frecuentes. Los problemas de la intimidad como causantes del deseo sexual hipoactivo conducen a reflexionar sobre si la disminución del deseo constituye un fenómeno fisiológico más que un trastorno. Desde la perspectiva de Sternberg y Barnes (1988) los componentes del amor serían la pasión, la intimidad y el compromiso/decisión. Cuando estos autores estudian la evolución de cada uno de los componentes, todos necesarios para una relación de pareja satisfactoria, definen el concepto de autoexposición. Es un fenómeno por el cual ambos miembros de la pareja se abren entre sí hasta alcanzar un nivel de confianza y conocimiento que, llegado un momento, es tan exhaustivo, que se puede prever lo que la otra persona piensa, deja de haber sorpresas, los guiones son siempre los mismos y, como consecuencia, se llega a no tener conciencia del otro por lo cerca que se encuentra. En suma, una vez aquí, al otro no se le considera. Este proceso de rutinización de los guiones, acontece en casi todas las parejas, dificultando y cercenando el concepto global de intimidad y, al bajar ésta, el deseo (especialmente de la mujer) se bloquea. Por tanto, se puede afirmar que en toda relación, si no se inventan nuevos guiones, al disminuir la intimidad el deseo desaparecerá.

Le sigue en frecuencia la situación en la cual la disminución del deseo obedece a la evitación subsecuente como consecuencia de la frustración provocada por unas relaciones sexuales insatisfactorias. Cualquier disfunción sexual terminará presentando una disminución del deseo, al menos, en la mitad de los casos. Las disfunciones que más frecuentemente provocan el cuadro son el trastorno de excitabilidad y la aversión sexual, pero también ocurre en la anorgasmia, el vaginismo y la dispareunia. De entre todas las disfunciones, aunque infrecuente, algunos casos de vaginismo mantienen un alto nivel de deseo.

En tercer lugar, se encuentran pacientes en cuya evaluación nada es destacable. Siempre se puede sospechar que la anamnesis no ha sido adecuada, pero ciertamente en algunas ocasiones queda constancia de que el deseo sexual hipoactivo acontece en una excelente relación de pareja, donde la educación sexual ha sido oportuna, la historia psicosexual envidiable, los acontecimientos vitales no son relevantes, el estilo de vida es adecuado, etc., y sin embargo, a la persona en cuestión no se le moviliza el erotismo. Evidentemente, en estos casos no existe problema alguno si ambos miembros de la pareja tienen el mismo nivel de coincidencia, lo cual no suele suceder. Es más habitual que alguien presente mayores apetencias dando lugar al conflicto.

La presencia de gran número de casos donde es difícil encontrar una hipótesis explicativa del proceso y que, casi siempre, sean deseos hipoactivos primarios, lleva a pensar en la existencia de personas que, por motivos hoy desconocidos, constitucionalmente no son muy proclives a mantener relaciones sexuales, o bien, que existen sucesos traumáticos anteriores a su capacidad de recordar y/o tan intensos, que como mecanismo de defensa son depositados en el olvido (disociación). No obstante, obviamente, esta idea no tiene un soporte empírico, serán necesarios diseños experimentales lógicos para confirmar la hipótesis propuesta.

Le siguen en frecuencia los trastornos del estado de ánimo. Bien por la propia entrevista o, en determinadas ocasiones, utilizando expresamente el BDI (Beck Depression Inventory, 1979), se observa que parte de las pacientes mantienen un tono anímico muy bajo. Lo difícil es determinar si el trastorno sexual es primario o secundario al estado anímico, generalmente consistente en un proceso distímico. En este apartado también se contemplan el estrés y la ansiedad como elementos fundamentales en la disminución del deseo. Una situación estresante, mantenida durante un tiempo prolongado dificulta que exista un ambiente proclive a las relaciones sexuales, además el estrés favorece el aumento de prolactina, que inhibe el deseo. Sin embargo, existen personas cuyo estrés les ha limitado de forma notable la actividad en general, pero utilizan la sexualidad como válvula de escape.

Donde la ansiedad se hace imprescindible es en el deseo sexual hipoactivo asociado a la aversión sexual, conformando la base etiológica del trastorno.

5.1. Historia clínica

Se llevará a cabo, como en el resto de disfunciones sexuales, pero haciendo especial hincapié en determinar si el origen ha sido desde el principio deseo sexual hipoactivo, un trastorno de excitabilidad o una aversión sexual. Es imprescindible precisar su dimensionalidad (primario, secundario, situacional, con evitación, etc.), más que en ningún otro caso.

En esta disfunción es fundamental conocer de forma específica:

- Si existen pensamientos sexuales o fantasías eróticas, tanto espontáneos como provocados voluntariamente.
- Si siente necesidad de ser tocada y acariciada de manera sensual por su pareja.
- Frecuencia con que siente la necesidad de iniciar una actividad sexual con su pareja.
- Frecuencia en que le apetece iniciar las relaciones sexuales aunque luego no se decida a hacerlo.
- La frecuencia ideal de relaciones sexuales.
- Saber qué piensa al iniciar un encuentro erótico y cuando va pasando el tiempo sin tener relaciones sexuales.
- Determinar en qué circunstancias le sería más cómodo iniciar las relaciones.
- Qué actividades le resultarían menos molestas.
- Precisar cómo reacciona a las peticiones de su pareja y si se siente aliviada cuando la relación sexual finaliza.
- Averiguar si ha habido cambios en la imagen corporal que puedan tener que ver con el proceso.

- Investigar qué cambios han ocurrido para que estímulos que resultaban eróticos con anterioridad hayan dejado de serlo.
- Preguntar acerca de los pensamientos antes, durante la relación sexual y cuando pasa el tiempo sin tener relaciones sexuales.
- Averiguar si existe desmotivación o evitación hacia los estímulos eróticos y hasta qué punto se siente intranquila ante la idea de tener relaciones sexuales.

El resto de la evaluación se llevará a cabo como en las otras disfunciones, es decir, historia psicosexual, acontecimientos vitales, educación de la sexualidad, etc.

5.2. Exploración

En el deseo sexual hipoactivo la única exploración que resulta imprescindible es la realización de una analítica donde, como mínimo, se deben solicitar valores hormonales. Los rangos de normalidad para la determinación de la testosterona libre varían según las distintas edades y todavía no existen ensayos analíticos que determinen con elevada sensibilidad estos niveles. En diferentes publicaciones, se recomienda que, a la hora de diagnosticar un déficit androgénico, se tenga como referencia: *“niveles bajos de testosterona o niveles situados en el cuartil inferior del rango normal de testosterona de la mujer en los años reproductores”* (Braunstein, 2002). Por consiguiente, si la mujer presenta síntomas clínicos característicos del déficit androgénico y se detectan unos niveles bajos de testosterona, puede ser susceptible de tratamiento con terapia sustitutoria androgénica. No se debe olvidar descartar las hiperprolactinemias.

5.4. Autorregistros

Tanto en el deseo sexual hipoactivo, como en la aversión y el trastorno de la excitación pueden tener un enorme interés los autorregistros. Por una parte, para todo el trabajo relacionado con las fantasías eróticas y para detectar qué estímulos favorecen la puesta en marcha de la motivación que facilita el

inicio de un encuentro erótico. Como mínimo, es necesario elaborar un listado de situaciones que provoquen rechazo.

También el clásico autorregistro de columnas donde se especifican los pensamientos previos, durante y después de un contacto erótico, ayudará en el proceso terapéutico.

6. Tratamiento del deseo sexual hipoactivo

6.1. Tratamiento farmacológico

Hasta ahora no existe ningún fármaco con la indicación precisa y única de actuar sobre la falta de deseo. No obstante, existen varios grupos farmacológicos que vienen siendo empleados.

6.1.1. Fármacos que potencian la excitabilidad

Aunque la excitabilidad es una fase de la respuesta distinta al deseo y la mayoría de las mujeres con falta de deseo, una vez que encuentran la motivación suficiente para iniciar un contacto sexual, no tienen problemas para excitarse, son muchos los autores que estudian fármacos que potencien la excitabilidad en la creencia de que una mayor facilidad para la excitación activará el deseo subsecuentemente.

En este sentido se ha usado, por ejemplo, la efedrina, el sildenafil, la fentolamina, la apomorfina, la PGE1, el HMP-12 (Adrenoceptor antagonista), etc. Sin embargo, concretamente con el empleo de sildenafil sólo Caruso y colaboradores (2001), en un trabajo de insuficiente validez, encontraron un aumento de la frecuencia sexual después del uso del fármaco, mientras otros autores no descubrieron cambios (Basson y Brotto, 2003).

Todos estos fármacos pretenden incrementar la amplitud del pulso vaginal y, por ende, la lubricación, además de obtener una erección clitoridea. Pero las mujeres no perciben cambios subjetivos en la excitabilidad a pesar de que la lubricación aumente, tal como anteriormente se había puesto de manifiesto por otros autores que descartaron una correlación directa entre lubricación y satisfacción.

6.1.2. Compuestos hormonales

Aunque el efecto de la testosterona en el deseo femenino ya se estudió en los años 50, el conocimiento acerca de que la producción de testosterona en la mujer de 40 años es un 50% menor que a los 20 ha servido para impulsar el uso de compuestos hormonales en el tratamiento del deseo sexual hipoactivo.

Frecuentemente, las mujeres menopáusicas con déficit androgénico presentan un descenso del deseo, fatiga crónica y en general una disminución de la sensación de bienestar. De tal forma, si la paciente presenta síntomas clínicos conviene medir los niveles androgénicos.

La terapia de sustitución con andrógenos se puede realizar a través de distintas vías, pero la transdérmica es la que mejor permite alcanzar concentraciones fisiológicas de testosterona, evitando que se produzcan los picos y valles característicos de las otras vías de administración. También se observa que la vía transdérmica es la que ofrece mayor seguridad en cuanto al perfil lipídico y a los posibles efectos a nivel hepático.

En la actualidad existe un parche específicamente diseñado para las mujeres denominado Intrinsic® (Procter&Gamble), que libera 300 microgramos de testosterona. Los resultados obtenidos con la aplicación del mismo ponen de manifiesto que el deseo mejora ostensiblemente con respecto al grupo control (Simon, Braunstein, Nachtigall, Utian, Katz, et al., 2005).

Asimismo se encuentra mejoría con diferencias significativas a través del PFSF (Perfil de la Función Sexual Femenina) en otras variables tales como la excitabilidad y el orgasmo.

Otros autores no tan proclives al empleo de compuestos androgénicos manifiestan que las mujeres con deseo sexual hipoactivo, de edades comprendidas entre 18 y 45 años, tenían peores relaciones sexuales (24% frente a un 0% del grupo control), antecedentes de depresión (57% frente al 8%) y problemas de pareja, pero las cifras hormonales no se diferenciaban del grupo control (Nyunt, Stephen, Gibbin, Durgan, Fielding, et al., 2005). Además, se ha demostrado que mujeres entre 19 y 43 años que padecían hirsutismo y, por tanto, es de suponer una mayor actividad androgénica, presentaban menos niveles de deseo que el grupo control, una prueba más de que otros muchos factores influyen sobre el deseo aparte de las hormonas (Conaglen y Conaglen, 2003).

Evidentemente, estamos en un momento álgido en cuanto a investigaciones y reflexión sobre el tratamiento de la mujer con andrógenos y, con los estudios llevados a cabo, se demuestra, como mínimo, que la terapia androgénica mejora el deseo en mujeres menopáusicas con niveles bajos de testosterona, cuya falta de deseo no va a mejorar por la administración de estrógenos. Por tanto, con las indicaciones precisas, los suplementos de testosterona pueden ser de mucha utilidad.

No obstante, hay que manejar muchas variables antes de aconsejar andrógenos de forma generalizada para el deseo de la mujer, por ejemplo, en nada mejorará el deseo al administrar testosterona si la relación de pareja no es buena. En la experiencia clínica tampoco se observa mejoría en el deseo hipoactivo primario. En suma, los mejores resultados y, por tanto, los criterios para indicar terapia sustitutiva con andrógenos son (Cabello, 2010):

- Sexualidad buena previa a la disminución de andrógenos, en caso de menopausia se debe valorar cómo fue la sexualidad anterior, porque si la respuesta no era buena es impensable que vaya a mejorar.
- Parejas de corta duración.
- Parejas con buena relación.
- Cuando en la historia psicosexual se pone de manifiesto que la mujer le tiene asco (no ansiedad anticipatoria) al sexo.
- Deseo hipoactivo debido a un episodio depresivo donde, aparte del tratamiento específico, hemos visto una mejoría con la administración de testosterona.

6.1.3. Psicofármacos

Tampoco existe ningún psicofármaco con la indicación exclusiva de tratar el deseo. Sin embargo, en casos con cierto nivel de disforia, o incluso en procesos donde la falta de deseo va acompañada de un episodio depresivo y/o la depresión acarrea la pérdida del deseo, existen una serie de fármacos que han demostrado mayor eficacia con respecto a otros. Por ejemplo, el amineptino (actualmente retirado del mercado español) restaura mejor el deseo que la amitriptilina, posiblemente por sus efectos desinhibidores y por reducir los niveles de prolactina. En el mismo sentido, la mirtazapina mejora el deseo en el 41% de las mujeres diagnosticadas de depresión.

Hoy día se está usando el bupropion de forma inespecífica, independientemente de la etiología del deseo sexual hipoactivo, no obstante los resultados distan de ser espectaculares, pues sólo va bien en el 29% de las mujeres (Segraves, Croft, Kavoussi, Ascher, Batey, et al., 2001). También ha resultado ser un fármaco eficaz en el tratamiento del deseo inhibido por tratamientos con ISRS. Sin embargo, en el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, con el empleo de bupropion no se encontraron diferencias significativas entre el fármaco y la terapia sexual, disminuyendo el nivel de abandonos cuando se emplea un tratamiento combinado de bupropion más terapia sexual (Cabello-Santamaría, 2005).

El futuro del tratamiento del deseo sexual hipoactivo con psicofármacos habrá que buscarlo desarrollando principios activos con actividad dopaminérgica que no produzcan náuseas (escollo presentado por algunos fármacos experimentados), agonismo 5HT1 y/o antagonismo 5HT2 del tipo de la flibanserina, que actualmente se encuentra en fase de estudio.

6.1.4. Otros

Aunque los fármacos moduladores selectivos de los receptores de estrógenos, como el tamoxifeno y raloxifeno, no parecen incrementar el deseo, el lasofoxifene sí podría tener utilidad en este sentido, pero fue rechazado por la FDA (Food and Drug Administration). La tibolona sí ha demostrado ser eficaz, al menos en mujeres posmenopáusicas. No obstante, la promesa entre este grupo sería el estetrol, pero todavía no hay resultados.

El bremelanotide (PT-141), un péptido sintético (alpha-melanocyte-stimulating hormone), administrado vía intranasal, se ha intentado emplear porque en algún trabajo con escasa muestra parecía mejorar el deseo, pero recientemente ha sido rechazado por la FDA.

6.2. Tratamiento sexológico

Existen varios modelos terapéuticos, entre los que destacan por su importancia los que se citan a continuación.

6.2.1. Modelo de Kaplan

Kaplan (1974), de formación psicoanalítica, fue la pionera en el tratamiento del deseo. Para ella la estrategia terapéutica fundamental, señalada en el capítulo anterior, consistía en disminuir la ansiedad. De hecho, encontró que, en un 25% de los casos, coexistían graves trastornos de ansiedad, por lo que asociaba alprazolam al tratamiento psicoterapéutico.

6.2.2. *Modelo de McCarthy*

McCarthy (1995) centra el origen del deseo hipoactivo en la ira, la culpabilidad y la reacción ante posibles traumas sexuales.

La estrategia terapéutica se resume en dos puntos, por un lado romper con la ansiedad anticipatoria y otros elementos negativos y, por otro, construir un estilo de vida sexual satisfactorio. Para ello, las tareas empleadas básicamente son:

- Mejorar la intimidad.
- Técnicas encaminadas a incrementar la atracción entre los miembros de la pareja.
- Favorecer la confianza y seguridad en la pareja.
- Desarrollar nuevos escenarios sexuales.

Concretando, debe basarse en el aprendizaje de habilidades para la intimidad, cambio de actitudes, no demanda de placer por parte de la pareja, estimulación múltiple, además de reestructurar las cogniciones acerca de que la pareja forma un equipo íntimo, la aceptación de una expresión sexual individual y adoptar unas expectativas realistas.

6.2.3. *Modelo de LoPiccolo y Friedman*

LoPiccolo y Friedman (1998), presentan un modelo centrado en la potenciación de los inductores externos del deseo y pobre en cuanto al trabajo de la intimidad y la dinámica en pareja, por lo que resulta poco eficaz en el tratamiento del deseo de la mujer, al contrario de lo que ocurría con los varones.

6.2.4. *Modelo de Trudel*

Trudel y colaboradores (1997), consideran que las causas habituales de deseo sexual hipoactivo serían: la ansiedad anticipatoria hacia las relaciones sexuales, problemas en la relación de pareja, miedo al abandono sexual asociado a cogniciones negativas, ausencia de comunicación emocional y sexual, pérdida del placer y la satisfacción, actitudes sexuales negativas, vergüenza y culpa.

El programa terapéutico utiliza nueve pasos:

- Análisis de las causas inmediatas y a largo plazo que provocan el deseo hipoactivo.
- Información sexual.
- Ejercicios para potenciar la intimidad en pareja.
- Focalización sensorial.
- Entrenamiento en habilidades de comunicación.
- Entrenamiento en reforzamiento mutuo en pareja.
- Reestructuración cognitiva.
- Trabajo con las fantasías sexuales.

6.2.5. *Modelo del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología*

Por experiencia propia, el tratamiento va a variar dependiendo de la etiología, la fase evolutiva y de la presencia o no de componentes aversivos (Tabla 1).

En este modelo se apuesta por una intervención combinada de fármacos más terapia sexual, intentando hacer un tratamiento etiológico, de tal forma que en los casos de deseo sexual hipoactivo de causa orgánica, se procura llevar a cabo la corrección de la causa más una intervención en terapia sexual acorde con la evolución del trastorno, tal como se explicita a continuación:

1. Deseo sexual hipoactivo de corta evolución sin componentes aversivos: antes de establecer una estrategia terapéutica, además de tener una hipótesis explicativa del trastorno, se debe conocer exhaustivamente la situación de la pareja, ya que si hay un gran deterioro, no es conveniente comenzar por la problemática sexual sino intentar arreglar los elementos que componen la intimidad, obviando la clásica terapia sexual para entrar, en principio, en terapia de pareja.

De forma resumida, el primer paso consiste en conseguir que el compañero deje de presionar y no tome la iniciativa en ningún momento, pero, al mismo tiempo, no debe alejarse de su pareja, es más, debe comenzar a elaborar un proceso de seducción y atenciones, intentando mejorar la comunicación, incrementando su tolerancia y comprensión de la situación, entendiendo que el resultado terapéutico va a depender, en gran medida, de la eficacia de su actuación.

Es imprescindible centrarse en favorecer los inductores del deseo y, para ello, resulta útil aplicar ciertas medidas, tales como:

- Trabajar las fantasías sexuales.
- Utilización de lecturas, películas o cualquier otro tipo de material erótico que pueda resultarle estimulante.
- Estudiar la posibilidad de cambiar de apariencia, visitar espectáculos eróticos, etc.
- Recomendar maniobras de autoestimulación para adquirir un ritmo sexual adecuado y periódico.

Una vez que la mujer se masturba con regularidad y de forma placentera, se recomienda la práctica del recondicionamiento orgásmico, tal como se vio en el deseo masculino, y en pareja se introduce la erotización sensual de la misma forma que se ha mostrado en otras disfunciones.

De las distintas modalidades del recondicionamiento, sólo resulta útil la autoestimulación con una fantasía erótica cualquiera, que justo antes de llegar al orgasmo se traslada a una fantasía con la propia pareja.

El paso siguiente, si no ha surgido ningún problema será la instauración de la erotización genital, mientras se sigue practicando a nivel individual el recondicionamiento orgásmico.

A continuación, se pasará a la erotización orgásmica, tras haber mandado elaborar una especie de guión para realizar conjuntamente, donde se especifican las actividades que se van a llevar a cabo. Si durante todo este tiempo el nivel de comunicación ha ido mejorando y el compañero ha abandonado la presión, podemos pasar a unas relaciones sexuales libres pero manteniendo el recondicionamiento y ejercitando distintos guiones en la forma de acceder al sexo, en las conductas que se van a seguir y en la forma de premiar por haber cumplido.

Se intentará que se establezca un ritmo de relaciones más o menos estable para crear un hábito. Además se deben programar distintas actividades eróticas que no terminen con el coito, para acostumbrar al varón y entrenarle en el sentido de que los estímulos eróticos no siempre tienen que ser finalistas. Además, de esta forma se aclimata a evitar futuras demandas inadecuadas.

Durante todo el tiempo de terapia, salvo que entre los miembros de la pareja pacten otra cosa, la iniciativa será de la persona con menor nivel de deseo.

Cuando el estado anímico no facilita el tratamiento, se puede utilizar alguno de los psicofármacos que no inhiben especialmente el deseo (bupropion, mirtazapina, trazodona, etc.).

2. Deseo sexual hipoactivo de larga evolución: en este caso y también en cualquiera de las distintas formas de presentación donde exista un fuerte componente de evitación, el tratamiento comenzará de forma distinta. Los pasos son los siguientes:

- a) Potenciación de la erotofilia: información sobre sexualidad en general para eliminar creencias erróneas, intentando modificar las actitudes. Es fundamental el trabajo con los pensamientos negativos acerca de la sexualidad.
- b) Terapia de pareja centrada en el intercambio de conductas agradables y generando un adecuado nivel de intimidad.
- c) Entrenar pautas de acercamiento diferenciando la aproximación cariñosa de la sensual.
- e) Desensibilización sistemática en imaginación.

Según los casos, al mismo tiempo se puede administrar bupropion y/o alprazolam. Una vez que la mujer tenga cierto nivel de motivación y no genere mucha ansiedad ante las situaciones eróticas, se procederá, como se ha citado anteriormente, a estimular los inductores externos del deseo. Por tanto comenzará con autoestimulación, recondicionamiento orgásmico, erotización, etc.

También resultan interesantes los modelos terapéuticos de Regas y Sprenkle (1984) y el de Verhulst y Heiman (1988). El primero, basado en un modelo de terapia familiar y, el segundo, de orientación sistémica, que son relevantes pero escapan a la línea argumental de este texto.

En resumen, los tratamientos provenientes del campo de la farmacología, hoy por hoy, dejan mucho que desear exceptuando el uso de andrógenos en las indicaciones precisas, es decir, mujeres con hipoandrogenismo y posmenopáusicas. Algunos psicofármacos, en especial ciertos antidepresivos mencionados con anterioridad, pueden ayudar al tratamiento cuando la mujer está inmersa en un proceso distímico.

En este contexto hacen falta ensayos clínicos bien diseñados que tengan en cuenta los inductores externos del deseo (pareja), situación que no se está teniendo presente en los trabajos que se están realizando en la actualidad, dado que los cuestionarios diseñados no evalúan dicha variable.

En todo caso, el futuro del tratamiento del deseo sexual hipoactivo, al igual que otras disfunciones, alcanzará su esplendor cuando se disponga de principios activos específicos para incrementar el deseo de forma combinada con una terapia sexual en pareja. Parece que la flibanserina, actualmente en estudio, puede ser de suma utilidad en este sentido. Mientras tanto, desde la sexología existen estrategias terapéuticas que han puesto de manifiesto su eficacia de forma empírica. Por ejemplo, el modelo descrito por Trudel y colaboradores (2001), señalado anteriormente, en una media de doce sesiones de dos horas semanales permite superar el cuadro de deseo sexual hipoactivo al 76% de las mujeres, persistiendo el resultado en el 64% de las mismas al año de seguimiento.

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM IV-TR*. Washington: APA.
- Basson, R. (2002). Women's sexual desire-disordered or misunderstood? *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28, suppl 1, 17-28.
- Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K., et al. (2003). Definitions of women sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 24, 221-229.
- Basson, R., y Brotto, L.A. (2003). Sexual psychophysiology and effects of sildenafil citrate in oestrogenised women with acquired genital arousal

disorder and impaired orgasm: A randomised controlled trial. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 110, 1014-1024.

Beck, A. (1978). *Depression inventory*. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy.

Bozman, A.W. y Beck, J.G. (1991). Covariation of sexual desire and sexual arousal: the effects of anger and anxiety. *Archives of Sexual Behavior*, 20, 47-60.

Braunstein, G.D. (2002). Androgen insufficiency in women: summary of critical issues. *Fertility and Sterility*, 77(4), suppl 4.

Cabello, F. (2010). *Manual de sexología y terapia sexual*. Madrid: Síntesis.

Cabello-Santamaría, F. (2003). La Sexología Clínica al comienzo del siglo XXI. *Revista de Terapia Sexual y de Pareja*, 17, 53-68.

Cabello-Santamaría, F. (2005, julio). *Effectiveness of the treatment with bupropion, sexual therapy and bupropion combined with sexual therapy in the treatment of woman's hypoactive sexual desire disorder*. En: XVII World Congress of Sexology. Montreal.

Cabello-Santamaría, F. (2007) Estado actual del tratamiento farmacológico del deseo sexual hipoactivo de la mujer. *Sexología Integral*, 4(1), 33-40.

Caruso, S., Intelisano, G., Lupo, L., y Agnello, C. (2001). Premenopausal women affected by sexual arousal disorder treated with sildenafil: A double-blind, cross-over, placebo-controlled study. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108, 623-8.

Fisher, H.E., Aron, A., Mashek, D., Li, H., y Bronw, L.L. (2002). Defining the brain systems of lust, romantic, attraction and attachment. *Archives of Sexual Behavior*, 31(5), 413-419.

Flores-Colombino, A. (2004). *Fármacos y Sexualidad*. Montevideo: AyM.

- Fuertes, A. (1995). La naturaleza del deseo sexual y sus problemas: Implicaciones terapéuticas. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 33, 28-39.
- Fugl-Meyer, A.R., Fugl-Meyer, K.S. (1999). Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18-74 year olds Swedes. *Scandinavian Journal of Sexology*, 2(2), 79-97.
- Hartmann U, Heiser K, Ruffer-Hesse C, y Kloth G. (2002). Female sexual desire disorders: subtypes, classification, personality factors and new directions for treatment. *World Journal of Urology*, 20(2),79-88.
- Jonson, S.D., Phelps, D.L., y Cottler, L.B. (2004 Feb). The association of sexual dysfunction and substance use among a community epidemiological sample. *Archives Sexual Behavior*, 33(1), 55-63.
- Kaplan, H.S. (1974). *The new sex therapy – Active treatment of sexual dysfunctions*. New York: Times Book Co.
- Laumann, E.O., Nicolosi, A., Glasser, D.B., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E., y Wang, T.; GSSAB Investigators' Group. (2005). Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Impotence Research*, 17(1), 39-57.
- Levin, R.J. (2002). The physiology of sexual arousal in the human female: a recreational and procreational synthesis. *Archives of Sexual Behavior*, 31(5), 401-11.
- LoPiccolo, J., y Friedman, J. (1998). Broad-spectrum treatment of low sexual desire. In S.R. Leiblum, R.C. Rosen (eds). *Sexual desire disorders*. New York: The Guilford Press.
- Masters, W.H. y Johnson, V.E. (1966). *Respuesta sexual humana*. Buenos Aires: Inter-Médica.
- McCarthy, B.W. (1995) Bridges to sexual desire. *Journal of Sex Education and Therapy*, 21,132-41.

- Mears, E. (1978). Sexual problems clinic. An assesment of the work of 26 doctors trained by the institute of psychosexual medicine. *Public Health*, 92, 218-233.
- Minnen, A.V., y Kampman, M. (2000). The interaction between anxiety and sexual functioning: a controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders. *Sexual and Relationship Therapy*, 1(15).
- Regas, S., & Sprenkle, D. (1984). Functional family therapy and treatment of inhibited sexual desire. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10, 63 -72.
- Segraves, R.T., Croft, H., Kavoussi, R., Ascher, J.A., Batey, S.R., Foster, V.J., Bolden-Watson, C., y Metz, A. (2001). Bupropion sustained release (SR) for the treatment of hypoactive sexual desire disorder (HSDD) in nondepressed women. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 27(3), 303-316.
- Shokrollahi, P., Mirmohamadi, M., Mehrabi, F., y Babaei, G. (1999). Prevalence of sexual dysfunction in women seeking services at family planning centers in Tehran. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 25(3), 211-215.
- Simons, J.S., y Carey, M.P. (2001). Prevalence of sexual dysfunctions: results from a decade of research. *Archives of Sexual Behavior*, 30(2), 177–219.
- Simon, J., Braunstein, G., Nachtigall, L., Utian, W., Katz, M., Miller, S., Waldbaum, A., Bouchard, C., Derzko, C., Buch, A., Rodenberg, C., Lucas, J., y Davis, S. (2005). Testosterone patch increases sexual activity and desire in surgically menopausal women with hipoactive sexual desire disorder. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 90, 5226-33.
- Spector, I.P., Carey, M.P., y Steinberg, L. (1996). The Sexual Desire Inventory: development, factor structure, and evidence of reliability. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 22, 175–190.
- Sternberg, R., y Barnes, M. (1988). *The psychology of love*. New Haven: Yale University Press.

- Trudel, G., Landry, L., y Larose, Y. (1997). Low sexual desire: the role of anxiety, depression and marital adjustment. *Sexual and Marital Therapy*, 12, 109-113.
- Trudel, G., Marchand, A., Ravart, M., Aubin, S., Turgeon, L., y Fortier, P. (2001). The effect of a cognitive-behavioral group treatment program on hypoactive sexual desire in women. *Sexual and Relationship Therapy*, 16(2).
- Verhulst, J., y Heiman, J. (1988). A systems perspective on sexual desire. En S.R. Leiblum y R.C. Rosen (eds.). *Sexual Desire Disorders*. New York: The Guilford Press.
- West, S.L., D'Aloisio, A.A., Agans, R.P., Kalsbeek, W.D., Borisov, N.N. y Thorp, J.M. (2008). Prevalence of low sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in a nationally representative sample of US women. *Archives of Internal Medicine*, 14, 168(13),1441-1449.

Controversias en torno a la Investigación en Homosexualidad.

Manuel Lucas Matheu

Universidad de Almería

La patología social que, en nuestra cultura, rodea a la sexualidad afecta a muchos homosexuales, no ofrece ninguna duda. La marginación, el rechazo, la agresividad más o menos encubierta de la homofobia, que hacen posible el fenómeno del "armario", sí produce patología, aunque la homosexualidad es sí misma, ni la produce, ni supone patología alguna. Y, además, es muy posible que los llamados terapeutas de la homosexualidad añadan aún más dolor y desconcierto a los que, por motivos religiosos o sociales, acuden a ellos. En la clínica sexológica solo nos queda intentar aliviar estos efectos secundarios, cuando nos sean consultados. Es importante avanzar en el conocimiento de esta faceta del ser humano, que sin duda es de naturaleza compleja, lo mismo que todo lo que afecta al mundo de los deseos, de los sentimientos y de las sensaciones. Porque cuanto más logremos comprender, más ayudaremos a comprenderse a quién lo necesite.

El compendio de investigaciones sobre el origen biológico de la homosexualidad, no es en absoluto concluyente, pero sí aporta muchos indicios que hacen muy probable que los determinantes biológicos desempeñen un papel importante. Es necesario seguir investigando. Y a esta conclusión llegan casi todos los últimos investigadores. Esta actitud flexible y abierta contrasta, de forma llamativa, con la actitud de los que niegan de forma rotunda cualquier posibilidad de etiología biológica de la homosexualidad. Desde el debate en los 80 entre Günter Dörner y la Sociedad Alemana de

Investigación Sexual' que le acusó de tener como objetivo en sus investigaciones la intención de abordar una eutanasia endocrinológica de la homosexualidad, han cambiado mucho las posiciones. Entonces, esta Sociedad, ponía en cuestión las investigaciones de Dörner, pero, sobre todo, alertaba sobre sus intenciones de aplicarlas para tratar o prevenir la homosexualidad. Entonces, este tipo de investigaciones eran consideradas discriminatorias y homófobas. Ahora los representantes de la homofobia más conservadora están básicamente en contra, claramente, de este tipo de investigaciones, y cada vez que en estos últimos años se ha publicado alguna, han salido para descalificarla, teniendo como voces de primera línea profesionales, que casi siempre coinciden en su dedicación clínica en la terapia de la homosexualidad, sobre todo terapias de conversión, especialmente en los Estados Unidos. Eso a pesar de que en 1972 y 1973 la Asociación Psicológica Americana y la Asociación Psiquiátrica Americana dejaron de considerar la homosexualidad como una enfermedad en sus manuales de diagnóstico.

Warren Throckmorton, profesor asociado de Psicología del Grove City College, de una Universidad cristiana de Pensilvania, presentó en 2005 un estudio sobre 28 clientes que intentaron terapia sexual de su homosexualidad. Los participantes explicaron sobre sus experiencias con 80 diversos terapeutas. Los investigadores, entonces, determinaron qué prácticas fueron asociadas a grados totales de la utilidad. El setenta por ciento de los participantes que eran exclusivamente homosexuales antes de terapia, se confesaron como exclusivamente o predominante heterosexual en el momento del estudio.

Otro defensor acérrimo de la terapia para la homosexualidad es Joseph J. Nicolosi, director de la Clínica Psicológica Tomás de Aquino en California y presidente de la Asociación Nacional de Investigación y Terapia de la Homosexualidad (NARTH). Es autor, entre otros, de algunos libros al respecto: en 1991 publica "Terapia reparativa de la homosexualidad masculina: Un

Nuevo Acercamiento Clínico” (Nicolosi, 1991) y, en Septiembre del 2002, junto a su mujer Linda Ames Nicolosi, publica “Una guía para padres para prevenir la homosexualidad”. Nicolosi, Byrd y Potts, en el 2000, presentaron los resultados de un examen de 882 homosexuales no satisfechos con su orientación, a los que preguntaron sobre su creencia con respecto a la terapia de la conversión y la posibilidad de cambio en la orientación sexual. Había 70 preguntas no ampliables sobre el examen y 5 ampliables. De los 882 participantes, 726 de ellos refirieron que habían recibido terapia de la conversión de un terapeuta profesional o de un consejero pastoral. De los participantes 779 (89.7%) se veían como “más homosexuales que heterosexuales”, “casi exclusivamente homosexuales” o “exclusivamente homosexuales”, en su orientación antes de recibir terapia de conversión o de hacer esfuerzos personales para cambiar. Después de recibir terapia o de realizar un esfuerzo personal, 305 (35.1%) de los participantes continuaron con la misma orientación sexual. Como grupo, los participantes refirieron reducciones importantes y estadísticamente significativas en la frecuencia de sus pensamientos y fantasías homosexuales, que atribuyeron a la terapia o al esfuerzo personal por la conversión. Refirieron mejoras importantes en su bienestar psicológico, interpersonal y espiritual. También en el 2000, Nicolosi, Byrd y Potts, publicaron otra encuesta realizada sobre 206 psicoterapeutas que practican terapia sexual de conversión. 187 terapeutas tenían la creencia de que la homosexualidad es un desorden de desarrollo y pensaban que la decisión tomada en 1973 por la Asociación de Psiquiatría Americana de despatologizar la homosexualidad estaba motivada por cuestiones políticas y poco científicas. Los terapeutas entrevistados creen que la mayoría de los clientes descontentos con su orientación sexual experimentan cambios en su orientación sexual y mejoran psicológicamente después de la terapia.

Nicolosi (1991), no obstante, comenta el resultado de sus terapias en su libro “Terapia reparativa de la homosexualidad masculina: Un Nuevo Acercamiento Clínico” (pp. 165-166): “algunas sensaciones homosexuales persistirán o se repetirán generalmente durante ciertas épocas en el ciclo vital.

Por lo tanto, más que "curación," nos dirigimos a la meta del "cambio".... como un ex-gay casado lo describió: "durante muchos años yo pensé que era gay. Finalmente comprendí que no era homosexual, sino realmente un hombre heterosexual con un problema homosexual..." "ahora esas fantasías homosexuales son sólo como un mosquito que zumba alrededor de mi oído." Otro hombre explicó: "el problema que tenía era una H mayúscula y ahora tengo una h minúscula".

Robert L. Spitzer, profesor de psiquiatría en la Universidad de Columbia fue uno de los que, en 1973, promovieron que la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) retirara la homosexualidad de la lista de trastornos psíquicos (DSM), decisión que tuvo consecuencias en todo el mundo. Pero durante la asamblea anual de la APA (Nueva Orleans, 10-15 de mayo de 2003), Spitzer presentó los resultados de un estudio según el cual, de 153 hombres y 47 mujeres entrevistados por él, el 66% de los hombres y el 44% de las mujeres habían cambiado su orientación sexual, pasando de la homosexualidad a la heterosexualidad. En todos los casos, se trataba de personas que habían recurrido a psicoterapia o ayuda espiritual de carácter religioso, con el fin de cambiar su orientación sexual. Spitzer (2003) comentó que, el objetivo de su estudio, no era saber si todos los homosexuales pueden cambiar, sino averiguar hasta qué punto los que desean cambiar lo consiguen. El estudio de Spitzer generó una importante polémica, que se reflejó en una publicación en octubre de ese mismo año de la revista "Archives of Sexual Behavior" donde se reflejaban los comentarios de una importante cantidad de profesionales, algunos, como Nicolosi, favorables, pero en su mayoría críticos o muy críticos. De todas formas, Spitzer, no refiere hacer terapia a homosexuales, y es el único que no está íntimamente ligado a cuestiones religiosas, lo cual, unido a su anterior actitud en 1973, ha dado muchos argumentos a los demás defensores de la "curación" de la homosexualidad.

En otro estudio sobre el mismo tema, los psicólogos neoyorquinos Ariel Shidlo y Michael Schroeder entrevistaron –entre 1995 y 2000– a 202 gays y lesbianas que recibían ayuda médica en materia sexual. De ellos, 178 no cambiaron su orientación, 18 comenzaron a ser asexuales o tuvieron otras reacciones conflictivas, y 6 comenzaron a ser heterosexuales (Shidlo y Schroeder, 2002). Este estudio no concuerda en absoluto con el de Spitzer.

Pero quizás entre los más radicales terapeutas homófonos, destaca Paul Drummon Cameron y su grupo denominado “grupo Cameron”. Paul Cameron dirige el Instituto de Investigación de la Familia en Colorado. En 1983 fue expulsado de la Asociación Psicológica Americana por violación del código deontológico. No obstante él ha seguido realizando terapia a los homosexuales y haciendo publicaciones. En 1995 sitúa el incesto como un determinante de la homosexualidad (Cameron y Cameron, 1995). En 1996, en otro trabajo, relaciona la homosexualidad con el antecedente de haber tenido profesores homosexuales (Cameron y Cameron, 1996). En 1998 publica otro trabajo según el cual la homosexualidad acorta la vida entre 20 y 30 años (Cameron, Cameron y Playfair, 1998). En 2002, publica otro trabajo en el que enfatiza diferentes problemas en los niños con un padre homosexual y el aumento de la probabilidad de estos niños para ser homosexuales (Cameron y Cameron, 2002a). Y, en otro trabajo, en el mismo año, afirma que entre el 1 y el 2% de los heterosexuales son ex-homosexuales (Cameron y Cameron, 2002b).

¿Qué ha cambiado desde Dörner a Spitzer?

¿Modas? ¿Tendencias? Más bien circunstancias. En los 80, la Sociobiología era una ciencia recién nacida, y los sociobiólogos, entre ellos el pionero Eduard O. Wilson, pusieron en jaque el conductismo imperante. Los sociobiólogos fueron intensamente criticados, incluso acusados de nazis. Cualquiera que pusiera en duda el determinismo ambiental y educativo para

sustituirlo por un determinismo genético o biológico era considerado una amenaza. Por eso Günter Dörner fue tan criticado. Por eso y por su actitud ante la homosexualidad y su disposición a encontrar la forma de "curarla" con métodos biológicos. Las comunidades homosexuales se sentían amenazadas por los biologicistas, mientras que los conductistas los sometían a terapias aversivas o de conversión. Pero la amenaza se conjuró cuando la tendencia de todos o casi todos los investigadores de la biología de la homosexualidad, no fue la de aplicar sus hallazgos, como en el caso de Dörner, para intentar curar o prevenir la homosexualidad. Entre otras cosas, porque ninguno de estos hallazgos ha sido tan concluyente, como para poder intentarlo. Además, las instituciones que velan por los tratamientos biológicos o farmacológicos, son muy estrictas. No ocurre igual con los tratamientos psicoterapéuticos. Por eso algunos profesionales como Cameron, Throckmorton, Nicolosi y otros, siguen realizando terapias sobre una dimensión del ser humano que, oficialmente, ha sido excluida de las patologías, con un alto contenido religioso y homófobo y con técnicas terapéuticas que nadie vigila ni valida. Y por eso las comunidades homosexuales se sienten amenazadas por ellos y no por quien intenta demostrar que la homosexualidad está determinada biológicamente. La situación ha cambiado tanto desde Dörner, que cuando Hamer publicó sus estudios sobre la región Xq28, algunos movimientos gay hicieron carteles que decían "gracias por el gen, mamá".

Los terapeutas y los consejeros religiosos de la homosexualidad perderían su trabajo, si en el futuro se concluyera definitivamente en el origen biológico de la homosexualidad. Pero eso no libraría a los homosexuales de las obsesiones preventivistas y terapéuticas de los homófobos. Los colectivos homófobos que ahora reniegan de las investigaciones en este sentido, orientarían sus esfuerzos en terapias génicas, hormonales o farmacológicas, para intentar hacer desaparecer el motivo de su obsesión. Ya hay polémica, con las investigaciones con ovejas del fisiólogo Charles Roselli. Habrá que estar atentos, pero mientras tanto, resulta muy preocupante que, ante tantas investigaciones de distinta índole sobre una manera de vivir la sexualidad y de

desear a los demás, y no de una patología, existan pretendidos profesionales usando terapias de conversión, potencialmente peligrosas y sin control por parte de nadie.

Referencias

- Cameron, P. y Cameron K. (1995). Does incest cause homosexuality? *Psychological Report*, 76, 611-21.
- Cameron, P. y Cameron, K. (1996). Do homosexual teachers pose a risk to pupils? *Psychological Report*, 130, 603-13.
- Cameron, P. y Cameron, K. (2002). Children of homosexual parents report childhood difficulties. *Psychological Report*, 90, 71-82.
- Cameron, P. y Cameron, K. (2002). What proportion of heterosexuals is ex-homosexual? *Psychological Report*, 91, 1087-97.
- Cameron, P., Cameron, K. y Playfair, W.L. (1998). Does homosexual activity shorten life? *Psychological Report*, 83, 847-66.
- Nicolosi, J. (1991). *Reparative Therapy of Male Homosexuality: A New Clinical Approach*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.
- Nicolosi, J., Byrd, A.D. y Potts, R.W. (2000). Beliefs and practices of therapists who practice sexual reorientation psychotherapy. *Psychological Reports*, 86, 689-702.
- Nicolosi, J., Byrd, A.D. y Potts, R.W. (2000). Retrospective self-reports of changes in homosexual orientation: a consumer survey of conversion therapy clients. *Psychological Reports*, 86, 1071-88.
- Shidlo, A. y Schroeder, M. (2002). Changing Sexual Orientation: A Consumers' Report. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 249-259

Spitzer, R.L. (2003). Can some gay men and lesbians change their sexual orientation? 200 participants reporting a change from homosexual to heterosexual orientation. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 403-17.

Throckmorton, W. & Welton, G. (2005). Counseling practices as they relate to ratings of helpfulness by consumers of sexual reorientation therapy. *Journal of Psychology and Christianity*.

El punto G, un mito para un final de siglo.

Pedro La Calle Marcos

Clínica Galena Salud, Madrid

1. Antecedentes

Este capítulo tratará sobre una historia donde intervienen la ciencia y la ficción, no podía ser de otra forma cuando lo que se pretende relatar es la historia de un mito, la historia del dorado de la erótica masculina el último tercio del siglo XX. Se pretende también de paso contar la geografía que hay delante, detrás, alrededor y quizás es ese mismo lugar donde se cree que esta el dorado. Dicen que quienes lo encuentran, extenuados en esta selva donde los deseos son fugaces, los placeres son los del consumo y las identidades andan en busca de reconocerse a sí mismas; dicen, que olvidan el malestar, que la fiebre merece la pena, porque la recompensa devuelve la imagen de uno mismo como ser sexual completo, legitimado como tal. Se relatará pues una de las historias posibles de ese centímetro cuadrado de suerte erótica, pero por el camino se intentará abordar una buena parte del conocimiento científico real acerca de la respuesta sexual humana y particularmente la anatomía genital de la mujer, lugar donde parece que los mapas localizan el punto G.

Probablemente se pueda buscar más atrás el origen de esta leyenda pero será suficiente tomar como punto de partida la proclamación de los derechos humanos. Con las revoluciones del s. XVIII, la mujer obtuvo el derecho al voto, accedió a su carta de identidad como ciudadana. En aquella misma época también la ciencia dio nombre a sus genitales, que hasta

entonces recibían el mismo nombre que los masculinos (Dickinson, 1949). Sin embargo, hubo dos aspectos de su nueva identidad que le fueron negados, el placer y el deseo sexual. Al menos, esto ocurría en la corriente de ideas más convencional, porque también la Ilustración produjo ciencia y dramaturgos críticos con los valores morales al uso, como es el caso del Marqués de Sade. Durante el siglo XIX, efectivamente, se consideró el goce cosa de hombres y se construyó un ideal femenino en el que el placer de la mujer se consideraba tan extraño como el de los mismos ángeles. Este movimiento de reacción ante las revoluciones progresistas, que pretendían democratizar la vida cotidiana e instituir los derechos humanos universales, tuvo su reflejo en frecuentes producciones protocientíficas, que consideraban que la sexualidad femenina era infantil y solo encontraba su sentido en la reproducción. Así las cosas, los hombres con su erótica madura y... solitaria, se hicieron preguntas ya a principios de siglo XX acerca de cuál era la realidad de la sexualidad femenina. Se comprende que el mismo Freud escribiera a María Bonaparte confesándole que tras treinta años de estudios aún no sabía “¿qué desea una mujer”. A la sexualidad femenina se refirió el maestro como el “continente negro”, por su carácter desconocido. La misma María Bonaparte se propuso estudiar las causas de la frecuente inadaptación de la mujer a la función erótica, llegando a la conclusión de que la mujer debía llevar a cabo “el duelo del clítoris”, un resto fálico masculino que con el tiempo debería sucumbir a la natural involución. Pero aunque éstas eran las ideas dominantes a principios de siglo XX, hubo autores sexológicos fundacionales, como Havelock Ellis, que defendían que el orgasmo en el hombre y la mujer eran muy similares y que, además, la mujer podía disfrutar el orgasmo múltiple, respondiendo a una corriente científica empeñada en el estudio de la sexualidad desde un punto de vista más ecléctico. En esta línea, anatomistas del siglo XX, como Dickinson (1949) o Huffman (1948), dibujaron y construyeron moldes de las glándulas parauretrales, siguiendo la tradición de autores ilustrados como Reinier de Graaf (1672), famoso médico holandés especializado en la descripción de los órganos genitales, que ilustró por primera vez la próstata femenina. Precisamente con Dickinson, colaboró en el diseño del capuchón cervical como método anticonceptivo un ginecólogo alemán, miembro de la Sociedad

Internacional de Sexología, llamado Ernst Gräfenberg, que a su vez diseñó un tipo de dispositivo intrauterino que lleva su nombre. Pero por lo que conocemos a Grafenberg no es por su DIU, sino por un artículo que escribió en 1950, "The role of the urethra in female orgasm" (Grafenberg, 1950). En este trabajo el autor defendía que la causa de que se dieran tan altas prevalencias de "frigidez", entre el 60-80%, era debida a que no se realizaba una adecuada estimulación genital. Según Grafenberg, el área situada en la parte distal de la pared vaginal anterior, es decir la que corresponde y subyace a la uretra femenina, tenía una capacidad estimular que podía contribuir de manera eficaz al clímax femenino, ni más ni menos.

2. Aparición del mito

Entre los años setenta y ochenta, se encuentran en nuestro medio tres versiones de un mito acerca del dorado de la erotización de la mujer como representación del deseo masculino. Estas tres famosas versiones aparecieron en el mundo de la ilustración, el cine y la ciencia respectivamente.

En 1983, el historietista italiano Milo Manara, publicó su obra "el Click". En este famoso cómic erótico, Manara cuenta cómo un médico de familia instala un dispositivo en el cerebro de la joven Claudia Christiani, de quien además estaba enamorado. La chica, considerada frígida por su marido, que se había mostrado desdeñosa y fría a los requerimientos de ambos varones, se veía presa de una excitación desaforada cada vez que el doctor, sin que ella se diera cuenta, manipulaba a control remoto el dispositivo en las situaciones más embarazosas para la bella Claudia. Con el tiempo, esos arrebatos provocados, resultaron ser menos molestos para la joven, que, al final, se ve libre de ambos varones y de manipulaciones, pero francamente erotizada.

Una década antes, en 1973, Woody Allen filmaba una sátira futurista, en la que su protagonista, Miley Monroe, propietario de una tienda naturista, era hibernado durante 200 años. En 2174, cuando por fin Miley es despertado por unos revolucionarios con la misión de destronar al “jefazo”, encuentra una sociedad dictatorial y tecnológica donde, curiosamente, las mujeres también eran frías. Toda relación con el placer era inmediata y desapasionada y para obtener un orgasmo disponían del ‘orgasmatrón’, una pequeña cabina que estimulaba de forma intensa su excitación sexual proporcionándoles una exagerada y rápida experiencia sexual.

En el mismo año en que se publicaba el Click de Milo Manara, apareció en EEUU un libro titulado “The G Spot and Other Recent Discoveries About Human Sexuality”, en el que Whipple, Ladas y Perry defendían la existencia del punto G localizado en el área de Grafenberg e interpretado como un clítoris vaginal que formaba parte de la próstata femenina. El libro fue un auténtico Best Seller del que se vendieron 150.000 copias de la primera edición y se tradujo a diecinueve idiomas. La idea popular que atrajo a los lectores fue la de que la estimulación de este punto del tamaño de un “frijol”, a decir del “Times”, provocaba un placer orgásmico.

La pregunta es irremediable ¿qué tienen en común estos tres mitos sexuales sacados de la ciencia y la ficción? Se puede entender por mito, una imagen o concepto magnificado de alguien o algo real (Seco, André, Ramos, 1999), o bien un relato fabuloso que, de forma simbólica, pretende exponer y quizás resolver algo importante y problemático. A bote pronto se podría pensar que aquí la ciencia parece atender a la primera acepción, magnificando algo real, mientras que el cómic y el cine elaboran una historia fantástica sobre el mismo asunto, la excitación sexual femenina.

3. Necesidad de encuentro

Mientras que el proceso de emancipación social de la mujer tenía unos objetivos claros y su progreso ha sido espectacular, como dice Lipovestky (1999), hemos asistido a “más cambios en tres décadas de lo que se había andado en muchos milenios” (pp. 9), la emancipación sexual tiene lógicamente unos objetivos más difusos y unos resultados quizás paradójicos. Por su parte, el hombre ve caducado su papel sexual del antiguo régimen y opera cambios en su rol que se le antojan infructuosos, sin entender que solo tienen sentido como parte de su propia emancipación masculina. La cuestión es que nuestra cultura actual es el resultado de un proceso de igualdad de los sexos en el que hombres y mujeres se ven necesitados, más que nunca, del encuentro mutuo y, también más que nunca, se encuentran alejados, por una sociedad de carácter individualista y por un cambio en las identidades sexuales, marcado más por la lucha de los sexos que por un proceso de emancipación. Así las cosas, ambos en la distancia, buscan dramáticamente el acercamiento y quizás el poder sobre el otro. Pero, mientras que la mujer ha tenido más claro el camino de la seducción y ha conservado los atributos más femeninos en su identidad postmoderna, el hombre sueña con el poder de su desempeño erótico, olvidando que es el diálogo y no el discurso lo que piden los nuevos tiempos.

4. En busca del deseo de la mujer

La cuestión ahora es saber en qué medida el conocimiento sexológico puede hoy contestar a la pregunta que se hacía Freud acerca de “lo que desean las mujeres”. Quizás el enunciado moderno de aquella pregunta sea en la actualidad “qué y cómo desean las mujeres”. De forma particular, resulta importante para la sexualidad masculina saberlo, porque su identidad y su satisfacción dependen dramáticamente de ello. Dado que se puede convenir

que mujeres y hombres desean, en el ámbito de la erótica, estar satisfechos, es decir, ver legitimada su identidad sexual; será más fructífero contestar al maestro antiguo que lo que nos interesa es saber “cómo desean las mujeres” o, aún de forma más específica, “qué diferencias hay entre el deseo masculino y el femenino”. Y es que los problemas sexuales suelen ser problemas de dos. Ya Alfred Kinsey, que en los años cuarenta adelantaba la definición de salud sexual de la OMS de 1978 refiriéndose a la anormalidad sexual como la “condición que interfiera el bienestar físico y por extensión la que causara desajustes biológicos o sociológicos”; tras realizar 18000 entrevistas, defendía que las mujeres tardan en la autoerótica lo mismo que los hombres en alcanzar el orgasmo y que la decadencia sexual de la mujer sólo existía en relación a la sexualidad masculina. En esta misma línea, los padres de la sexología clínica moderna, Masters y Johnson (1967) dieron por hecho la igualdad sexual entre hombres y mujeres y publicaron su modelo de respuesta sexual humana, en la que defendían la existencia de cuatro etapas principales: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Pero aquél modelo, que pretendía tener validez bisexual, fue más tarde contestado. Helen Kaplan introdujo, ya no una etapa sino una fase, ya que en las mujeres era necesario considerar el “deseo sexual”. Esta supuso la primera formulación del deseo sexual (Kaplan, 1976), que coincide de nuevo con el inicio del último cuarto de siglo XX y, por tanto, con el nacimiento de los mitos de las máquinas del sexo. Sin embargo, ha habido que esperar al cambio de siglo, para que Rossemmary Basson, psiquiatra y sexóloga canadiense, proponga un modelo circular de respuesta sexual femenina, en el que se da más importancia a los factores contextuales y se defienden las nuevas fases de la respuesta: motivación sexual, estímulo y sentimiento de excitación subjetivo (Basson, 2005). Esto supone una revolución en el mundo de las ideas sexológicas ya que, hasta ahora, la inclusión del deseo sexual había sido pensada desde la perspectiva del deseo masculino. Las mujeres responden, por tanto, a Freud y le dicen que lo que quieren es estar motivadas y que el deseo en las parejas de larga evolución es un deseo que puede aparecer una vez que ya están excitadas. A aquella Claudia Christiani, probablemente, le pasaban las dos cosas, sin embargo, el mito intenta resolver mediante un artilugio electromecánico algo que se puede resolver mediante

una erótica de la complicidad. No sé si ustedes encuentran, además, alguna analogía con los recursos farmacológicos o con los artilugios mecánicos de los que se encuentran por doquier en la red.

5. La nueva genitalia

Pues bien, conceptualmente, ya existe un modelo adaptado a la sexualidad femenina o al menos hay una propuesta para ello. De forma que ha sido devuelto el deseo a su dueña, la mujer, y ahora no en forma de deseo masculino. Pero ¿ha devuelto la ciencia el placer a la mujer? Es probable que la respuesta deba ser afirmativa o, al menos, al igual que con el deseo, se trata de un proceso en marcha. Y ello por dos razones, por fin se está intentando compensar el pasmoso desconocimiento que sobre el tracto genitourinario inferior se ha tenido a lo largo del siglo XX. La representación del secuestro del placer de la mujer se puede encontrar en una forma de ablación cultural de la vulva. Hasta 1982 no se ha descrito la uretra con suficiente detalle anatómico y hasta 1998, en que Helen O'Connell presenta un trabajo sobre las relaciones anatómicas del clítoris (O'Connell, Hutson, Anderson, Plenter, 1998), no se comienza a tener una idea coherente acerca del tejido eréctil femenino. Aún en muchos textos, se encuentran descripciones del clítoris como un apéndice de dos centímetros en la parte anterior de la vulva. Ese "apéndice" no es más que parte de su cuerpo y glándula, que se continúa con sus raíces o cuerpos cavernosos y con sus cuerpos esponjosos en la hemicircunferencia superior de uretra y vagina. Integrar los bulbos vestibulares al conjunto clitorideo y la petición a la nómina anatómica, ha sido la gran aportación de O'Connell. Pero hay más, fue precisamente Dickinson que había trabajado con Graffenberg, el que, ya en los años treinta, dibujaba un tejido esponjoso alrededor de la uretra y a la que se denominó esponja uretral. Los colectivos feministas de Chicago repartían dibujos anatómicos entre las asociaciones de mujeres, para que pudieran autoconocer su anatomía sexual. En estos dibujos se representaba la próstata femenina o glándulas parauretrales y la esponja uretral. En 1992, es

Lenk quien defiende que esa esponja forma parte del esfínter uretral y que se trata del punto G. En 2004, ecografiamos el esfínter uretral y defendimos esta idea de Lenk, que aún resulta controvertida (La Calle, 2004) y, más tarde, en la tesis doctoral, hemos defendido la idea de un “sistema eréctil femenino”, compuesto por todos los elementos de tejido cavernoso o esponjoso del aparato genital, que incluiría al clítoris y sus raíces, los bulbos del clítoris y el bulbo uretral (La Calle, Herraiz, Coronado, Montalvo, 2009). El otro gran tema controvertido, e inexplicablemente no resuelto en relación a la lubricación genital, es la llamada eyaculación femenina, un fenómeno fisiológico que abarca desde la lubricación genital muy copiosa al posible fenómeno miccional dentro de la respuesta genital femenina (Basson *et al.*, 2005; La Calle, 2004). Siegel *et al.* (1998) demostraron por ecografía la presencia de imágenes diverticulares, que no conectaban con la luz uretral y nuestro equipo informó, en 2004, de la presencia de abundantes imágenes econegativas en ambas áreas parauretrales y que este patrón ecográfico se asociaba significativamente al informe de flujo abundante o excesivo durante la relación sexual (O’Connell, Hutson, Anderson, Plenter, 1998). Recientemente otros autores han publicado en un estudio más preciso mediante de RMN, el volumen de estas glándulas, que, en los casos estudiados, oscilaba entre 2-4cc (Wimpissinger, Tscherney, Stackl, 2009).

También a propósito de Freud, viene al caso otro mito, esta vez sí generado expresamente por él mismo y que resulta fácil relacionar con el del punto G. Se trata del orgasmo vaginal, como marcador del desarrollo adecuado de la libido en la mujer. Como bien señala Laqueur (1994), es probable que nunca antes se haya defendido que sea la estimulación vaginal, y por tanto la penetración, el área erógena por excelencia para alcanzar el clímax femenino. En este sentido, la generación del mito del punto G ha supuesto la construcción de un arreglo victoriano al placer femenino, pero también la oportunidad de llamar la atención sobre la anatomía y la necesidad de la estimulación adecuada para la respuesta sexual en la mujer. En cualquier caso, hoy día queda claro que son muy importantes áreas erógenas en la mujer: las

periclitórideas, vulvares, perivulvares y la pared anterior de la vagina en su mitad distal. Entendiendo, en todo caso, que la significación erótica de un estímulo siempre estará en relación a su propia biografía sexual. Además de las diferencias biográficas individuales, hoy en día, recientes investigaciones demuestran que mujeres y hombres se diferencian no sólo en cuanto a la forma que tienen de responder al estímulo sexual, también en cuanto a los estímulos que provocan su excitación sexual y la valoración que hacen de esa excitación (Chivers, Rieger, Latty, Bailey, 2004). Ejemplo de estas diferencias es la mayor importancia que para el hombre tienen los estímulos visuales y para la mujer los auditivos. Con frecuencia, se piensa en el estímulo bajo la metáfora de la fricción, sin embargo los factores contextuales son tanto o más importantes y esto es algo sobre lo que en la sexología actual hay consenso, particularmente en referencia a la sexualidad femenina.

6. Conclusión

La fantástica y desesperada búsqueda que el hombre hace a través del mito, la ciencia o la ficción de las claves de la excitación femenina, reproducirá una y otra vez el mismo mito sexual, la mujer que se estimula de forma muy parecida al hombre, una suerte de andrógino. Ello se comprende en la medida en la que no se acepten las diferencias sexuales, ambos sexos son esencialmente iguales pero tienen importantes diferencias, en particular algunas que corresponden a su diferenciación sexual y, por tanto, a sus conductas sexuales. La ciencia está demostrando que el procesamiento neurológico de los estímulos sexuales difiere según el sexo y que ello provoca entre otras cosas el que exista menos correlación entre excitación genital y excitación subjetiva o mental en la mujer que en el hombre. Es probable que este hecho, determinado evolutivamente, tenga mucho que ver con el origen primero del mito del punto G. Al fin y al cabo se trata de una quimera del encuentro de los sexos. A medida que progresó el siglo XX, fue más preciso ese encuentro en el placer y el reconocimiento. Probablemente el nacimiento

del mito, su oportunidad, se deba a esa necesidad y a su carácter problemático. Sin embargo, el dorado de la provocación del placer tiene más un carácter fantástico que real.

Referencias

- Basson, R., Brotto, L.A., Laan, E., Redmond, G. y Utian, W.H. (2005). Assessment and management of women's sexual dysfunctions: Problematic desire and arousal. *The Journal of Sexual Medicine*, 2, 291-300.
- Chivers, M., Rieger, G., Latty, E. y Bailey, J.M. (2004). A sex difference in the specificity of sexual arousal. *Psychological Science*, 15, 736-744.
- Dickinson, R.L. (1948). *Human Sex Anatomy*. Baltimore: The Williams & Wilkins.
- Huffman, J.W. (1948). The detailed anatomy of the paraurethral ducts in the adult human female. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 55, 86-101.
- Graaf de, R. (1672). New treatise concerning the generative organs of women. En H. B. Jocelyn y B.P. Setchell (1972), trad. *Journal of Reproduction and Fertility* 17, 77-222.
- Grafenberg, E. (1950). The role of the urethra in female orgasm. *The International Journal of Sexology*, 3, 145-148
- Kaplan, H (1978). *La nueva terapia sexual*. Madrid: Alianza Editorial.
- Kaplan, H (1985). *Trastornos del deseo sexual*. Barcelona: Grijalbo.
- La Calle, P. (2004). Ecografía transvaginal: formación nodular periuretral. Comunicación presentada en VII Congreso Español de Sexología (FESS), Santander, España.
- La Calle, P. (2004). Ecografía vaginal de áreas parauretrales y flujo genital: un estudio descriptivo y de asociación. Comunicación presentada en VII Congreso Español de Sexología (FESS), Santander, España.

- Torrance, M. M. (2001). *El test de pensamiento creativo de Torrance*. Tesis no publicada de psicología, Universidad de las Américas - Puebla, Cholula, Pue. México.
- La Calle, P., Herraiz, M.A., Coronado, P. y Montalvo, J. (2009). *Flujo Genital Femenino: estudio y consideraciones clínicas*. Tesis no publicada, Universidad Complutense de Madrid, España.
- Laqueur, T. (1994). *Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid: Cátedra.
- Lipovestky, G. (1999). *La tercera mujer*. Barcelona: Anagrama.
- Masters, W. y Johnson E. (1967). *Respuesta sexual humana*. Buenos Aires: Intermédica.
- O'Connell, H.E., Hutson, J.M., Anderson, C.R. y Plenter, R.J. (1998). Anatomical relationship between urethra and clitoris. *Journal of Urology*, 159, 1892-7.
- Seco, M., André, O. y Ramos, G. (1999). *Diccionario del Español Actual*. Madrid: Santillana.
- Siegel, C.L., Middleton, W.D., Teefey, S.A., Wainstein, M.A., McDougall, E.M. y Klutke, C.G. (1998). Sonography of the female urethra. *American Journal of Roentgenology*, 170, 1269-74.
- Wimpissinger, F., Tscherny, R. y Stackl, W. (2009). Magnetic Resonance Imaging of Female Prostate Pathology. *The Journal of Sexual Medicine*, 6, 1704-1711.

Sexo y Amor Consciente a través del Tantra

Laura C. Sánchez-Sánchez

Universidad de Almería

1. ¿Qué es el Tantra?

Aunque no existe una definición unitaria del tantra, podríamos entenderlo como el arte de conocerse a sí mismo a través del otro.

En origen, la palabra Tantra hacía alusión a una serie de libros que describen diversos ritos y meditaciones sexuales. Estos antiquísimos libros, de más de dos mil años de antigüedad, se narraron como un diálogo entre el dios Shiva y su pareja Shakti, en ocasiones denominada *el poder del Tantra*. En este antiguo sistema espiritual, el amor sexual es un sacramento (Muir y Muir, 2009). Estos textos del período preclásico de la India, en origen, se fueron transmitiendo oralmente. Más tarde fueron escritos y se convirtieron en los libros secretos del hinduismo.

Cabe destacar que, en esa época, la India estaba habitada por los drávidas. Estos pobladores manifestaban características matriarcales, sensoriales y des-represoras. Se podría decir que las sociedades antiguas no guerreras lo eran. En ellas, se valoraba a la mujer como divinidad, porque

engendraba a otros seres humanos. Se entiende que la mujer pare y amamanta y, por tanto, desarrolla con mayor facilidad la sensibilidad. De esta característica, se desdobra también su naturaleza des-represora. El Tantra, por tanto, considera el placer como una vía válida en la conquista del desarrollo interior.

2. Un poco de historia.

Hace, aproximadamente, 3500 años, la India comenzó a ser invadida por guerreros bárbaros, los áryas o arios. Por su actividad como guerreros, al contrario que los drávidas, el pueblo ario estaba en contra de los placeres que les brindaban comodidad. Esto incluía el hecho de estar contra la sensualidad, al no poder permitirse la sensibilidad al dolor durante el combate. Por ende, es anti-sensorial, restrictivo hacia la mujer y contrario al placer. Asimismo, prohíbe el sexo y la convivencia con la mujer.

Estas restricciones se convierten en una manera de ser, en una filosofía de vida. Acaban imponiendo lo que se denomina la cultura brahmácharya: patriarcal, anti-sensorial y represora.

Por extensión, quien practicara el Tantra y reverenciara a la mujer o las divinidades femeninas, sería acusado de subversión y traición. Es más, sería perseguido, capturado y torturado hasta la muerte.

En este contexto, resulta fácil entender la razón por la que el Tantra se convirtió en una tradición secreta. De hecho, hoy en día continúa siéndolo, puesto que, en general, seguimos viviendo en un mundo brahmácharya y no sólo en la India (DeRose, 2005).

3. La iniciación al Tantra.

Al tratarse de una práctica secreta, derivó en una tradición boca-oído. Por este motivo, en cierto modo, no resulta demasiado útil leer sobre tantra, puesto que una iniciación auténtica ha de recibirse de maestro a discípulo. En este sentido, lo que aquí se presenta ha de entenderse como mero aperitivo de lo que el Tantra supone en realidad.

Es preciso aclarar, asimismo, que no se alude al mismo término cuando se habla de Tantra que de Neotantra. Aunque se han tomado como equivalentes, este último se centra en la elevación de la energía Kundalini a través de la unión sexual. Éste es el tantra que más se conoce en Occidente, de hecho, se ha dado en llamar “tantra de Occidente”. El Tantra, por contra, es una tradición más amplia que incluye diversas ramificaciones, en función de la variante con la que entronque (la variante hinduista, budista, etc.). En cualquier caso, abarca diversas prácticas, donde la respiración y las meditaciones juegan un papel crucial y no sólo las prácticas sexuales. Inclusive, el ritual de la unión sexual o maithuna no ocurre sino tras una serie de pasos previos preparatorios, sin los cuales la unión carecería de la trascendencia que se persigue.

4. El Tantra es unitario

El Tantra no es dualista, no escinde la experiencia del ser humano en amor y sexo, sino que mantiene una amplia aceptación en todo lo referente a la persona y su corporalidad. Según Deida (2007): “El sexo puede ser un modo de potenciar la luz del amor en cada célula, brillando más allá del miedo, y fundiendo vuestros corazones en la infinita irradiación del ser. El sexo puede

ser iluminado, o no.” En esta asunción se introduce la noción de *conciencia* al apuntar que el sexo puede ser iluminado o no.

Ya en 1974, Kaplan (Kaplan, 1974, p. 84) nos regala su famosa cita: “el sexo está compuesto por fricción y ficción”. A esta diada, el Tantra añadiría la conciencia, es decir, la vivencia de la sexualidad como el acto de compartir en el aquí y ahora con atención plena. Esta noción chocaría frontalmente con el modelo occidental de sexualidad, basado en el futuro (alcanzar el orgasmo, conseguir un coito, etc.) y la cantidad (número de orgasmos, de coitos, de parejas sexuales, etc.) más que en la calidad.

5. Samadhi

El samadhi se trataría de un estado de hiperconciencia y lucidez, que aporta autoconocimiento. Es difícil de explicar, porque es un estado de conciencia que estaría por encima de la mente. Es decir, no se puede describir lo que no tiene lenguaje a través del lenguaje. Por eso, no se puede comprender por mecanismos mentales. Sólo se puede aprender por medio de la experiencia continuada, imprescindible para la práctica del tantra (DeRose, 2005). Este estado se puede alcanzar con la meditación habitual.

Algunos científicos han señalado que, dentro de las prácticas del tantra, existe una similitud entre la fisiología del samadhi y la del orgasmo. En ambos casos se presenta un aumento de la síntesis de endorfinas, dopamina y serotonina. Incluye el estado de no-mente, la sensación de placer y totalidad, la disolución de los límites del espacio y el tiempo, entre otras (Fischer, 1971).

6. Shakti, la mujer divinizada, y Shiva, la conciencia.

En el Tantra se ensalza lo femenino y lo masculino, no sólo uno u otro. Shakti significa energía y puede referirse también a la kundalini o, incluso, a la Madre Divina. La mujer es la que energiza, quien hace acontecer. A diferencia de la mayoría de las tradiciones, en el Tantra, la mujer es la manifestación viviente de la propia divinidad, y, como tal, debe ser reverenciada y amada. Podría decirse, incluso, que el Tantra tiene un componente poético, que torna a las personas más sensibles, aumenta el respeto y amor entre hombres y mujeres. No en vano, el Tantra tiene ambas deidades, masculina y femenina, diferenciándose del marcado carácter patriarcal de la mayoría de las religiones (DeRose, 2005).

Habría, del mismo modo, un equivalente en relación al hombre. Shiva representa la Conciencia, la presencia. Cada hombre llevaría en su interior una pequeña llama de Shiva.

En el encuentro de Shiva y Shakti, se unirían, por ende, la conciencia y la energía.

Sin embargo, un gran número de recursos y preceptos comportamentales del Tantra no tienen, en sí, ninguna relación con la moralidad. No dependerían de las costumbres de cada época o país, sino que, en cualquier tiempo y lugar estas prácticas producen el mismo resultado, independientemente de la moral vigente. Su propia ética, se considera universal y eterna, sin limitaciones culturales, espaciales o temporales. Podría decirse que el Tantra no es ni moral ni inmoral, sino amoral.

7. El modelo occidental de amor en pareja

En ocasiones, los maestros tántricos son cautelosos a la hora de iniciar a neófitos en el tema. Varias son las razones que conducen a esta discreción. Amén de la sociedad patriarcal en que vivimos, frontalmente incompatible con los fundamentos del Tantra; su práctica encuentra otras trabas. Entre otras, figuraría el modelo occidental de pareja, posesivo, apegado, interesado, condicional... Contrario al modelo tántrico, generoso, desapegado, desinteresado, etc. Es más, algunos autores destacan que el Tantra no es algo a lo que alguien pueda convertirse, se es o no se es tántrico (DeRose, 2005). En este sentido, no bastaría con simpatizar con el discurso del Tantra, sino con su práctica como filosofía de vida.

Referencias

- Deida, D. (2007). *El Manual del Sexo Iluminado*. Madrid: Gaia.
- DeRose, M. (2005). *Tantra. La sexualidad sacralizada*. Buenos Aires: Deva's.
- Fischer, R. (1971). A Cartography of the Ecstatic and Meditative States. *Science*, 174, 1-29.
- Kaplan, H. S. (1974). *The New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfunctions*. New York: Times Books.
- Muir, Ch. y Muir, C. (2009). *Tantra. El arte oriental del amor consciente*. Barcelona: Integral.

Arteterapia y Sexología

Eva María del Águila Martín
Universidad de Almería

La Terapia a través del arte, conocida como Arteterapia (Terapia artística, Terapia creativa o configurativa), consiste en el uso de las artes visuales con fines terapéuticos. Se basa en la idea de que las representaciones visuales, objetivadas a través del material plástico, contribuyen a la construcción de un significado de los conflictos psíquicos, favoreciendo tanto su forma de expresión como de resolución. La representación plástica sería, desde este punto de vista, un proceso de construcción del pensamiento.

El arteterapia es un acompañamiento y una ayuda a la persona en dificultades sociales, educativas, personales, etc., de tal manera que el trabajo realizado a partir de sus creaciones plásticas, sonoras, dramáticas, teatrales, escritas, generen un proceso de transformación de sí misma (Bassols, 2006).

De esta forma, podría definirse arteterapia como una disciplina diferenciada de la psicoterapia, con especificidades y límites concretos (del Río, 2009), que, en ocasiones, crean confusión en cuanto al carácter del trabajo arteterapéutico en sí y, lo que es más grave, dejan al paciente en una situación muy expuesta. Tan extraño resulta plantear un dispositivo de arteterapia en términos exclusivamente psicoterapéuticos (excluyendo aquello que tenga que ver con lo artístico), como hacerlo en términos exclusivamente artísticos (dejando de lado lo psicoterapéutico). Por lo tanto describir los límites y especificidades del arteterapia no supone oponerla a la psicoterapia, sino delimitarla adecuadamente, teniendo en cuenta que muchos de sus enclaves se sitúan plenamente en el territorio de esta última.

La terapia artística tiene un rango amplio de aplicación, en áreas como la rehabilitación, la educación y la salud mental.

1. Orígenes

Haciendo un poco de historia, es posible afirmar que, desde la Antigüedad Clásica, se conocían las propiedades terapéuticas del arte y los beneficios de practicarlo, para el equilibrio general del ser humano. Sin embargo es en el siglo XX cuando se sistematiza su utilización con fines curativos, en algunos países europeos y americanos. Posteriormente, en Gran Bretaña, se institucionaliza el arteterapia como una disciplina reconocida desde los ministerios; tanto el de Educación - al admitirla en sus planes de estudio-; como el ministerio de Trabajo, al ser reconocida como una nueva profesión cuyo ejercicio implica estar inscrito en los organismos competentes, estar colegiado y poseer los correspondientes permisos.

La consideración del arte como forma de tratamiento terapéutico, comenzó en los hospitales durante la Segunda Guerra Mundial. Adrian Hill, un artista que pasaba su convalecencia en un sanatorio, se dedicó a pintar para liberarse de la nostalgia, el aburrimiento y los malos recuerdos. Posteriormente, comenzó a compartir con los otros enfermos, los reconfortantes efectos de su actividad creativa en aquellas épocas tan angustiantes. Según parece, algunos de los pacientes comenzaron a dibujar y a pintar las terribles escenas de muerte y desolación que habían vivido en el frente, estas pinturas les servían para poder comunicar su sufrimiento y sus temores. Poco después de finalizada la guerra, en 1946, Adrian Hill, se convierte en el primer terapeuta artístico que trabaja de forma remunerada en un hospital.

A partir de entonces, se suceden los trabajos y las investigaciones sobre el tema. Una de las pioneras de la sistematización del arte como terapia, la norteamericana Edith Kramer, publica en 1958, su libro *Terapia a través del arte en una comunidad infantil*, en el que nos ofrece las primeras definiciones y consideraciones de esta “nueva profesión”. Relata la interesante experiencia de rehabilitación, a través del arteterapia, practicada con niños problemáticos de barrios marginales de Nueva York, en un centro educativo de internamiento.

Sus orígenes se pueden clasificar de la siguiente forma:

- El uso de figuras rituales, tinturas e imágenes con fines curativos
- Los planteamientos de Sigmund Freud y de Carl Gustav Jung en cuanto al lenguaje simbólico del inconsciente
- El interés, hacia fines del Siglo XIX, de psiquiatras europeos por las producciones plásticas de pacientes mentales: Destaca aquí el aporte de Hans Prinzhorn, psiquiatra vienés, que consideraba la motivación creativa como una motivación básica de la especie humana y que toda creación albergaba un potencial de autosanación. Creó la Colección Prinzhorn, que alberga las obras de pacientes mentales de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Heidelberg. Su obra fue de gran influencia en la formación de personas que, posteriormente, contribuyeron al surgimiento del arteterapia.

2. Hitos importantes en el surgimiento de la disciplina

- 1959: Fue fundada la Sociedad internacional de psicopatología de la expresión (ISPE), en Italia, principalmente por psiquiatras europeos (descendientes de Prinshorn).
- 1966: Se funda la institución precursora de la Asociación Americana de Terapia Artística (AATA).
- 1962: de la organización anterior, empieza a publicarse el Bulletin of Art Therapy, actualmente el American Journal of Art Therapy

3. El arteterapia en las distintas escuelas psicológicas

3.1. Enfoque junguiano

Para Jung, se valora la relación entre el creador y la imagen mediante la estimulación de preguntas y diálogo. La relación terapéutica no se basa en la confrontación, sino que se establecen mediante el arte que actúa como un filtro o barrera. En esta situación, el arte actúa como mediador entre el cliente y el

terapeuta. La imagen se trata como una extensión del cliente (que de una forma metafórica lo es). Las imágenes se vinculan con el pasado, mediante sucesos actuales de la vida del cliente, y con el presente y el futuro mediante los arquetipos.

3. 2. Enfoque humanista

El ambiente que el arteterapeuta humanista intenta crear refleja la ausencia total de actitudes que juzgan o sugieren algo bueno, malo, fuerte, débil, que aman u odian. Las diferentes modalidades de terapias expresivas han reemplazado las más tradicionales, que se basaban en curar la enfermedad, el estrés, la ansiedad, trastornos psicóticos y neuróticos y se concentran en el potencial creativo y expresivo de la persona, para buscar estilos de vida significativos, promoviendo así el bienestar físico, mental y espiritual de la persona.

3.3. Enfoque psicoanalítico

El enfoque es no-interpretativo, el cliente hace sus propias interpretaciones del arte y encuentra sus significados propios. La persona expresa mediante mensajes visuales, tonos de voz, lenguaje corporal y contenido verbal. El cliente comparte su expresión con imágenes y el terapeuta ayuda al cliente con su expresión mediante movimiento, verbalización y otros usos de los materiales.

Por otra parte, los terapeutas de la teoría Gestalt, estimulan el crecimiento de los clientes a través de la expresión de su potencial innato.

4. Características del arteterapia

Actualmente en arteterapia existen 2 corrientes principales: por un lado, los que utilizan la plástica como medio de elicitar un diálogo paciente-terapeuta, con el objetivo de elaborar posteriormente, de manera verbal, el contenido plástico creado. Por otro lado, están los que se centran en lo artístico, sin requerir la posterior elaboración verbal. Los primeros, generalmente, son

psicólogos o psiquiatras especializados en arteterapia y, los segundos, actúan supervisados en su mayoría por psicólogos o psiquiatras y su labor es planteada como complementaria a una labor psicoterapéutica.

Independientemente de la orientación elegida, la terapia artística se caracteriza por:

- Relevancia del proceso de creación sobre el producto artístico, ya que es en las limitaciones de este proceso en donde pueden trabajarse las dificultades para simbolizar la experiencia
- Importancia de la creatividad, bajo el supuesto de que su desarrollo favorecería el surgimiento de soluciones creativas en otras áreas de la vida.
- Énfasis en la creación espontánea, sin importar el grado de pericia plástica, con un objetivo más bien expresivo.

5. ¿Cómo cura el arte?

El arte es un poderoso instrumento de expresión del ser humano. A través del desarrollo de la creatividad, las personas con problemas físicos o psicológicos llegan a consolidar importantes mejoras. El uso de terapias con recursos artísticos a manos de expertos, ha demostrado su eficacia en situaciones de alteraciones psicológicas, traumas y enfermedades mentales. Su aplicación es ilimitada, desde la primera infancia hasta la época anciana, cuando las personas encuentran poco sustento a sus motivaciones personales.

El potencial de la actividad artística reside en su capacidad para impulsar las posibilidades latentes en toda persona, implicando en el proceso a factores neuronales, de personalidad y culturales. Actúa como guía del paciente y favorece la eliminación de filtros en su camino hacia la identificación del problema.

No obstante, en el caso del tratamiento habitual de **trastornos sexuales**, el arteterapia, como señala Fernando Azor Lafarga, “puede ser un complemento pero no la herramienta principal de cambio. Es más costosa para el paciente en esfuerzo y duración y, por tanto, más cara si la comparamos con otras opciones. En el caso de optar por una terapia con recursos artísticos, además de la elaboración artística del paciente, es indispensable el diálogo con el terapeuta, para procesar adecuadamente la creación. Muchas veces, el cambio se consolida con la intervención del terapeuta, al incluir verbos, adjetivos, colores, etc., que ayudan a que el malestar sea comprendido por el paciente”.

6. ¿Cómo funciona? La explicación científica.

El arte, a través de su variedad y riqueza, permite que el individuo se exprese, con lo cual se abre una puerta para que el terapeuta acceda a los procesos emocionales y cognitivos del paciente. Además, es un recurso muy flexible que puede adaptarse a todo tipo de sujetos, de todas las edades, por separado o en grupo. La creatividad, presente en todo ser humano, es el factor clave para el desarrollo de las capacidades artísticas y, por extensión, de las terapias que recurren a ellas.

Referencias

Bassols, M. (2006). El arteterapia, un acompañamiento en la creación y la transformación. *Artererapia-Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 1, 19-25.

Del Río, M. (2009). Reflexiones sobre la praxis en arteterapia. *Artererapia-Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 4, 17-26.