

Homoerotismo

Psic. Martín Negrete

A cada primavera le sucedió su invierno. Ni verano, ni otoño. Al banquete platónico y latino le siguió el edicto de Justiniano, que culpaba a los homosexuales de la provocación de los terremotos. El pago por la tolerancia medieval fueron varios siglos de inquisición, tortura y quema de los hombres que aman a otros hombres. A la revolución romántica del siglo XVIII los criterios de clasificación sexual decimonónica y el romanticismo ultramontano y católico. A la fiesta de Berlín, los campos de concentración del nazismo. A la revolución sexual de los años setenta post- Stonewall, al son de los Village People, las dictaduras latinoamericanas, el sida...". (Adrián Mello, El amor de los muchachos)

"El amor que no se atreve a decir su nombre equivale en este siglo al afecto de un hombre mayor por uno más joven que existe entre David y Jonatan, el que Platón utilizó como base de su filosofía y el que pretende hallarse en los sonetos de Miguel Ángel y Shakespeare (...) Es hermoso, delicado, es la forma de afecto más noble. No hay en el nada de antinatural (...) El mundo de ríe de él y a veces pone a alguien en la picota por él". (Oscar Wilde)

El amor que no se atreve a decir su nombre...con estas palabras se escribía una de las páginas más oscuras de la historia del homoerotismo en la cultura moderna. Oscar Wilde, en una de sus más grandes intervenciones ante el tribunal victoriano que lo juzgaba por actos de sodomía, marcaba un camino (sin saberlo, quizás) de eventos que desembocarían décadas más tarde en el surgimiento de los modernos movimientos GLTB.

Sin duda, este hecho marcó un hito en la historia de la homosexualidad, pero no su inicio. Esta conducta durante siglos fue considerada como un vicio del alma humana, un error del sano juicio que atentaba con los más nobles valores de la cultura occidental, sustentada en los principios cristianos que reducían a la sexualidad únicamente a su función pro creativa; y en el peor de los casos como un bien reservado sólo a las parejas (heterosexuales, por supuesto) unidas por el sacramento del matrimonio. El componente erótico era visto con sospecha.

Fue Santo Tomás de Aquino quien elevó a la categoría de pecado *contranatura* a la sodomía, inaugurando de esta manera el dominio de la Iglesia como máxima autoridad en materia de sexualidad.

Con el nacimiento de los Estados modernos, y de los sistemas económicos que priorizaban la producción, no se veía con buenos ojos que los hombres se entregasen a actividades tan poco productivas y reproductivas. Las naciones necesitaban mano de obra para el trabajo y la guerra. De esta manera, el Derecho entró en escena, no satisfecho con que la sexualidad fuera sólo juzgada por la Ley de Dios...también tenía que ser jurisdicción para la ley de los hombres, y así, muchas personas pasaron de las cenizas de las hogueras medievales a engrosar las filas de los reos en los calabozos.

En el siglo XIX, nace una nueva religión: la ciencia; específicamente la psiquiatría usurpando el lugar que habían tomado la Iglesia y el Derecho instituyéndose en la máxima autoridad capaz de distinguir las sexualidades sanas de las perversas. El médico, cual moderno inquisidor, sella la suerte de esta expresión de la sexualidad humana. Se crea una nueva categoría: *el homosexual*...Un nuevo estigma: *la enfermedad mental*.

El gran filósofo francés Michel Foucault (1980), en su obra *La Historia de la Sexualidad*, lo expresa en forma magistral:

“Según los antiguos códigos civiles y canónicos, la sodomía era una categoría de actos prohibidos, por tanto el que la perpetraba no era más que el sujeto jurídico e éstos. El homosexual del siglo XIX se convertía en un personaje, un pasado, un caso y una infancia, además de ser un tipo de vida, una forma de vida y una morfología de indiscreta anatomía y posiblemente de misteriosa fisiología (...) El sodomita había sido una aberración temporal; el homosexual era ahora una especie”

En otras palabras, Foucault nos dice que la homosexualidad como categoría es un invento de la medicina victoriana. Una categoría, que al instituirse, creó un personaje, una subjetividad, una historia y un destino. Siguiendo este orden de ideas, Carlos Cáceres (2000), citando a *Gayle Rubin*, argumenta que en occidente han habido periodos de pánico sexual en donde las sociedades han movilizadado una serie de mecanismos de normalización y segregación de las sexualidades que se apartan de la norma y cuyo desvío es visto como un destino personal:

“La ideología sexual hegemónica jerarquiza el universo de deseos, representaciones y prácticas sexuales según su distancia subjetiva del ideal hegemónico, que estaría constituido por el sexo monógamo, heterosexual, pro creativo, romántico y matrimonial, y la opresión sería mayor de forma proporcional a esta distancia”

Las definiciones del Homoerotismo

*“¿Comparte la misma sexualidad del ‘pederasta’, varón adulto de la Grecia Clásica, hombre casado que periódicamente disfruta penetrando a un varón adolescente y el/la ‘berdache’, varón adulto [indio] nativo norteamericano que desde su infancia ha adoptado muchos de los atributos de una mujer y es regularmente penetrado por el varón adulto con quien se ha casado en una ceremonia pública sancionada socialmente?; ¿Comparte este último la misma sexualidad que el hombre de la tribu y guerrero de Nueva Guinea, que de los ocho a los quince años ha sido inseminado oralmente todos los días por jóvenes de más edad y que, luego de años de inseminar a otros más jóvenes que él, se casará con una mujer adulta y tendrá hijos propios?; ¿Comparte alguna de estas tres personas la misma sexualidad que el homosexual moderno? (Halperin, *Cien Años de Homosexualidad*)*

¿Soy homosexual?, esta es la pregunta fundamental y fundante a la hora de definir (se) y de asumir una identidad, sin embargo resulta quizás la más difícil de responder.

En primer lugar, ¿la homosexualidad es algo que se “es” o algo que se “hace”?, y si sorteamos este primer dilema, se nos presenta inmediatamente otro: ¿Qué define al sujeto homosexual; sus actos, deseos o sentimientos?

Esencialistas y constructivistas durante los últimos treinta años han librado una verdadera batalla teórica tratando de sumar adeptos a sus respectivas posiciones. Los primeros argumentan sobre una “esencia” homoerótica inmutable, ahistórica e inscripto en el repertorio sexual y afectivo del humano como especie; la segunda, utiliza el gigantesco bagaje teórico del estructuralismo histórico y el feminismo radical, e intenta demostrar que la sexualidad en general, y la homosexualidad en particular son construcciones históricas- culturales que han servido para justificar a favor de una minoría dominante, la segregación y subordinación de un gran espectro de expresiones de la sexualidad humana.

En segundo lugar, ¿la homosexualidad como esencia o como constructo está definida por los actos (genitalidad), los deseos y fantasías (erotismo) o por la posibilidad del amor entre dos personas del mismo sexo (vínculos afectivos)?

El acto se hace deseo

Siendo estrictos con la terminología, la homosexualidad *"per se"* estaría definida por los actos genitales propiamente dichos, y el homosexual sería simplemente el autor material de estos actos. Sin embargo, muchos hombres, en especial en nuestras culturas latinoamericanas mantienen relaciones sexuales con otros hombres, sin que esto comprometa sus construcciones identitarias, es decir, en la socialización del hombre latino, la identidad masculina está definida por el rol asumido en el acto sexual, y no por el sexo biológico de los participantes. El que ejecuta el rol activo (penetrador) es el hombre, y el que asume al papel pasivo necesariamente deber ser un "otro" complementario "convenientemente" de naturaleza femenina (la mujer, y en su defecto, el homosexual).

En este caso, la orientación del deseo apunta al acto sexual en sí, y no al sujeto blanco de la práctica, por lo tanto, en este tipo de relaciones el "otro" está cosificado, reducido a una mera función generadora de placer; negándolo como sujeto, como subjetividad y abortando de este modo cualquier connotación afectiva que comprometa el arquetipo viril

En otros casos, puede existir una fuerte orientación hacia el sujeto, reconociendo su corporeidad sexuada y apetecible, despertando una serie de fantasías y deseos que pueden o no concretarse en una relación genital. Por ejemplo, un hombre que por razones de fuerza social ha decidido tener una vida pública concordante con el estereotipo masculino tradicional, manteniendo relaciones sexuales exclusivas con mujeres, e inclusive formando una familia con alguna, puede ser constantemente "abordado" por pensamientos, ideas y fantasías de una naturaleza claramente homoerótica.

Hasta aquí, los actos y el deseo por sí solos no constituyen elementos concluyentes para saber si alguien "es" homosexual. Por lo tanto, al combinar ambos elementos dentro de un contexto erótico-sexual...¿necesariamente conducirán a una experiencia vinculante, profundamente afectiva, duradera y transformadora que comúnmente llamamos amor? Para problematizar aún más, ¿Es posible experimentar amor hacia una persona del mismo sexo, sin percibir ningún vínculo erótico, y menos aún, la idea siquiera de un inminente contacto sexual? Algunos autores, afirman no sólo que es posible, sino que es más común de lo que se cree. En la obra *"La Experiencia Homosexual. Para comprender la homosexualidad desde dentro y desde fuera"*, la psicóloga Marina Castañeda lo presenta de este modo:

"No siempre tenemos conciencia de nuestros deseos o sentimientos, ni sabemos necesariamente en que momento surgen. Una persona puede sentirse atraída por otra sin darse cuenta de ello. Y esa atracción puede tomar muchas formas; tal vez su naturaleza sexual se oculte bajo otros nombres (...) El amor puede tomar forma de dependencia, de pensamientos obsesivos, de celos o aún de odio e irritación"

Estos sentimientos profundos entre dos personas del mismo sexo, aunque no se reconozca ninguna connotación erótica, podríamos denominarla "homofilia", haciendo la distinción con las anteriores en cuanto a su naturaleza y función. Muchas amistades intensas entre dos hombres o dos mujeres son de hecho, de naturaleza homófila.

A priori, afirmar que algunas personas pueden sentir amor hacia otra, y al mismo tiempo no reconocer que debajo de esa aparente amistad bulle un volcán erótico puede resultar inconsistente e ilógico. Sin embargo, el psicoanálisis se ha hecho un festín con esta supuesta contradicción, y utilizando su maquinaria teórica de represiones, sublimaciones y negaciones han compuesto bellas explicaciones:

“No quiero dejar pasar la ocasión de manifestar mi asombro ante el hecho de que los hombres pueden vivir fragmentos tan amplios y significativos de su vida erótica sin advertir gran cosa de ellos incluso sin sospecharlos en lo más mínimo, o que se equivoquen tan fundamentalmente al enjuiciarlos cuando emergen en su conciencia (...) Nos vemos así forzados a dar la razón a los poetas que nos describen preferentemente a personas que aman sin saberlo, no saben si aman o creen odiar a quien en realidad adoran. Parece como si las noticias que nuestra conciencia recibe de nuestra vida erótica fueran especialmente susceptibles de ser mutiladas o falseadas”. (Sigmund Freud, 1929)

Ni actos, ni deseos, ni amor bastan para definir a nuestro sujeto homosexual. Los tres elementos necesariamente deben ser parte de un todo que le otorgue unidad y significado. Un marco que unja de continente colectivo que enlace y comunique sus territorios por un lado, y que a la vez sirva de límites que los diferencien de otros. Semejanza y diferencia. Un juego dinámico que marca inicios, pero no destinos y cuyo proceso llamamos IDENTIDAD.

Del innominable amor wildeano a la lucha por una identidad

“El fin de la vida es el propio desenvolvimiento, realizar la propia naturaleza, esto es lo que debemos hacer. Lo malo es que las gentes están asustadas de sí mismas (...) El terror de la sociedad que es la base de la moral, el terror de Dios que es la base de las religiones (...) Esa son las dos cosas que nos gobiernan (...) Nos vemos castigados por nuestras propias negaciones. Cada impulso que intentamos aniquilar germina en la mente y nos envenena”. (O. Wilde, el Retrato de Dorian Gray)

Actos, deseos y sentimientos confluyen en un sujeto, un cuerpo y una historia. Spivak, teórica feminista y post-colonial de origen indio afirma que *“los subalternos no poseen voz ya que carecen de un lugar de enunciación”*. El sodomita cristiano y el homosexual psiquiátrico han sido los personajes principales en los escenarios de nuestra cultura. Historias guionadas por los saberes dominantes e interpretados fielmente por los chivos expiatorios de una sociedad fóbica. Lo ocurrido a partir de 1969 no sólo puede ser interpretado como la toma histórica del espacio público, sino como la devolución del lugar de enunciación donde la subjetividad es reconstruida. Un lugar donde los cuerpos marcados por la injuria y unidos por el deseo dan inicio a la construcción de una cultura, que por primera vez, les es propia. Horacio Sívori (2004), en su tesis *“Locas, chongos y gays”* lo describe de esta manera:

“Aquello clasificado como deseo homoerótico ha traducido experiencias individuales a un registro relativamente unificado. Los significados de aquellos son compartidos colectivamente y conforman un dominio de prácticas sociales que trascienden lo “sexual”, dando lugar a patrones de sociabilidad transmisible y reproducible que pueden o no contemplar la formación de identidades específicas”

El subalterno de Spivak ha robado la voz del amo. Exige su derecho a ser nombrado y nombrarse en sus propios términos, logrando de este modo el quiebre simbólico que la palabra resignificada otorga. La narrativa del opresor deja de ser un instrumento de dominación y se transforma en la llave que abre las puertas a la conquista de una identidad posible, vivible y propia.

Los Caminos al Orgasmo Femenino

Dra. Maria Mayeregger Varela

¿Qué es la sexualidad humana?

Una conducta orientada a la excitación y el placer, la reproducción o no y la comunicación y afectividad con un fuerte impulso y de base biológica que se expresa según el lugar y el tiempo que nos toca vivir.

¿Porqué somos sexuados /as del nacimiento a la muerte?

Para el placer.

La reproducción o no.

La comunicación y la relación con las y los otros para satisfacer necesidades afectivas.

¿Qué aprendimos acerca de la sexualidad femenina?

Las mujeres y varones aprendimos desde hace miles de años que la función mas importante de los genitales con los que nacimos (el sexo) es **la reproducción**.

La Educación social y sexual para cumplir esa función nos enseña...

Qué es ser femenina y masculino (roles de género opuestos).

Que la sexualidad se ejerce en la etapa reproductiva de la vida.

Que lo "natural" es el coito (penetración), heterosexual, adulto, matrimonial, monogámico.

Que el autoerotismo (masturbación) lleva a excesos reñidos con la espiritualidad.

La Anatomía Sexual Femenina

Carol Downer y el grupo de mujeres de la Federación de Mujeres Feministas de los Centros de Salud FFWHCs en EEUU publica las investigaciones sobre la anatomía genital femenina visible y no visible. *Feminist Health Press: A, New View of a Women's Body: An Illustrated Guide, Editorial Décimo Aniversario, Los Angeles, 1991*

Identificaron diez y ocho estructuras: las partes visibles y las partes ocultas del clítoris las que no son vistas pero sí fácilmente sentidas por las mujeres.

Las estructuras visibles del clítoris

Se hace visible en un punto en el borde de los labios externos en la base del monte de venus.

El clítoris tiene:

1. **El glande femenino:** es una protuberancia con 6 a 8 mil terminaciones nerviosas sensoriales sólo para el placer.
2. **Los labios internos** (menores), El borde externo de cada labio se extiende en dirección del Monte de Venus formando el **capuchón protector sobre el glande**, similar al prepucio del pene.

Las estructuras ocultas del clítoris

El cuerpo del clítoris debajo de la superficie de la piel es fibroso y redondo de tejido eréctil esponjoso de 2,5 cm se inclina y divide en dos ramas delgadas de tejido esponjoso.

1. **Los bulbos de tejido eréctil cavernoso** debajo de los labios internos, durante la respuesta sexual se hinchan de sangre la que queda aprisionada en sus espacios cavernosos causando la

erección.

2. **La esponja uretral** tejido eréctil esponjoso, rodea la uretra se insertan mas **30 glándulas parauretrales** de naturaleza prostática las dos mayores se denominan **glándulas de Skene** ellas son la fuente de la eyaculación femenina.
3. **El punto G** es la esponja uretral que cuando se llena de sangre o sea se erecta muchas mujeres sienten una extrema sensibilidad al movimiento, presión o vibración en el interior de la vagina.
4. **Glándulas Bulb vaginales o de Bartholino** del tamaño de un poroto, durante la respuesta sexual producen unas gotas de un fluido viscoso bien espeso que fluye por dos pequeños orificios a cada lado de la abertura de la vagina y contribuyen a la lubricación de la entrada de la vagina. La cantidad de líquido es variable y generalmente no se percibe.
5. **El cuerpo perineal** durante la respuesta sexual se llena de sangre como los demás tejidos eréctiles quedando muy sensible al tacto, la presión o la vibración.

Los músculos del suelo pélvico

1. Los músculos bulbocavernosos entre los labios internos y los bulbos del clítoris, compuestos de tejido eréctil cavernoso, tienen la misma forma oval de allí su nombre. Es atravesado por la vagina, la uretra. Saber que estos músculos rodean el clítoris y el ano ayuda a entender porqué su estimulación anal causa una sensación placentera en la respuesta sexual.

2. El músculo pubococcígeo o elevador del ano forma parte del suelo pélvico, es atravesado por la uretra, la vagina y el ano. Sus esfínteres controlan la micción, la defecación y el orgasmo. Su tono y fuerza contráctil puede aumentarse con los **ejercicios de Kegel**

¿Qué ocurre durante la respuesta sexual y el orgasmo?

Nuestra conciencia puede ser invadida por fantasías. Podemos tocarnos y tocar a nuestra pareja de un modo en un punto especial o podemos lanzarnos con un vibrador en mano.

El modelo orgásmico femenino lo construye cada mujer

La respuesta es un cambio en la percepción. El **cerebro** inunda a la corriente sanguínea con más de una docena de **sustancias químicas sexuales y hormonas** de sensaciones agradables. Las **células nerviosas de los genitales están excitadas**, los **senos pueden aumentar de tamaño**, la estimulación de los pezones libera **oxitocina** que acarrea una "comezón" urgente de los genitales.

La piel de varias partes del cuerpo **se torna sensible**.

La cabeza aumentada del glande se proyecta fuera del prepucio.

El cuerpo del clítoris ahora parece una gran tira redonda de goma.

Las ramas endurecen y alargan.

Los **bulbos** con su formato de berenjena, **se llenan** como esponjas sedientas, **comprimiendo la abertura de la vagina y proyectando** la vulva hacia fuera.

La **esponja uretral** y el punto G se sienten desde la cúpula vaginal.

Aparece el "**sudor**" **lubricación** por la presión de los vasos clitorideos dilatados.

Las **glándulas vulvovaginales** producen una pequeña cantidad de un líquido viscoso más espeso

La explosión del Orgasmo

Con la estimulación continua, los músculos y ligamentos comienzan a contraerse en respuesta o mensajes del cerebro generando la **“tensión sexual”**. El ligamento suspensor se contrae y empuja el glande para atrás debajo del prepucio y así permanecerá hasta el orgasmo.

En ese tiempo la **tensión muscular** va en aumento y todos los tejidos clitorideanos están hipersensibles, debido a un mayor flujo de sangre. La corriente sanguínea está saturada de sustancias químicas sexuales y la piel del resto del cuerpo también están sensibles y el cerebro está inundado de sicotrópicos naturales.

En algún momento como un **circuito eléctrico sobrecargado** que entra en corto, la tensión muscular explota en una serie de contracciones rítmicas, rápidas, expulsando parte de la sangre de los tejidos entumecidos y liberando una cascada mayor de hormonas, péptidos y opiáceos a la corriente sanguínea y aaaaaaaaah el orgasmo.

Hay muchos diferentes tipos de orgasmos:

- miniorgasmos
- orgasmos múltiples
- orgasmos rápidos
- orgasmos secos
- orgasmos eyaculatorios
- orgasmos inconscientes (sueños húmedos)
- orgasmos involuntarios

Las investigadoras también sugieren que los orgasmos son alcanzados de modo más eficiente si la estimulación ocurre de forma sincronizada, en un ciclo rítmico que ellas llaman “ciclo de excitabilidad” ligados a los latidos cardíacos. Esto puede ser logrado por los hombres y algunas mujeres con el establecimiento de un ritmo para el movimiento coital.

Para muchas mujeres el movimiento rápido con las manos, un vibrador, las piernas, u otros tipos de estimulación pueden generar un ciclo de excitabilidad eficaz, que puede resultar en orgasmo, aunque también pueden ocurrir sin ninguno de estos tipos de estimulación mecánica.

Es por eso que la masturbación (autoerotismo) es un mecanismo de aprendizaje tan importante. Por más herético que parezca en términos de sexualidad **“la vagina es más útil para los hombres que para las mujeres”**.

Dinámica en las Relaciones de Pareja

Lic. Maura A. Villasanti

El tema de la "Pareja" ha sido un tema estudiado, analizado y discutido desde diversas ópticas, hoy se intentará pensar desde varios cuestionamientos sobre la pareja o los tipos de pareja en la actualidad. Es importante señalar que en este trabajo se tratará sobre parejas heterosexuales.

Según Janine Puget, psicoanalista, plantea que "el matrimonio constituye un ideal social jerarquizado, ya que, al prescribir el intercambio heterosexual exogámico, perpetúa la especie humana, instalándose en la base del armado social". Justamente, veremos como el sujeto producto de la crisis de la modernidad comienza a ver múltiples alternativas sobre como encarar la vida en una pareja.

Vemos que las llamadas parejas del tipo sexo oficial: matrimonio heterosexuales, monogámicos y reproductivos se sostiene con poca probabilidad de duración. Entonces, las preguntas que nos hacemos son:

¿Qué pasa con la estabilidad en la pareja?

¿Se observa Madurez en la pareja cuando en realidad cada vez hay más infantilidad en los adultos que madurez?

¿Cuál es el lugar de la mujer y del lugar del hombre en la actualidad?

¿Cómo juega el papel falicizado de la mujer y dónde se posiciona el hombre?

¿Qué pasa con la intimidad en la pareja? Existen espacios de privacidad pero intimidad también?

¿Por qué se observan Trastornos sexuales cada vez más precozmente en la pareja?

Antes de intentar pensar en estos cuestionamientos, es necesario ver según el censo nacional para bajar a nuestra realidad nacional; según el censo nacional, aquella estadística en Paraguay tan conocida de "7 mujeres por 1 varón", ya no se aplica en la actualidad, prácticamente se ha equiparado, a continuación se describirá como siguen los diferentes estados civiles:

ESTADO CIVIL	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Casado	1.276.218	632.480	643.738
Unido	521.455	254.429	267.026
Viudo	113.252	27.447	85.805
Separado	65.969	24.448	41.521
Divorciado	10.873	4.033	6.840
Soltero	1.885.367	1.001.909	883.458
No Informado	19.469	10.258	9.211
Total	3.892.603	1.955.004	1.937.599

Si sumáramos los solteros, los separados, los divorciados y los viudos, tenemos este cuadro comparando con los casados.

ESTADO CIVIL	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Solteros, viudos, separados y divorciados	2.075.551	1.057.837	1.017.714
CASADO	1.276.218	632.480	643.738

Vemos según este cuadro como el número de personas solas es significativo y todas las preguntas que nos hicimos nos lleva a plantearnos más aspectos de la pareja como:

- Los diferentes Conceptos del "amor".
- Los Elementos subjetivos y muy singulares de la felicidad.
- Se hiper valora al objeto amado.
- No sólo se da la condición de fidelidad mutua sino de la fantasía de exclusividad.
- La Dependencia psíquica del objeto amado.
- La Conducta sentimental tan variada.
- Diferencias económicas y culturales significativas.

Estos aspectos nos llevan a pensar que por la exigencia social existen cada vez más carencias en todos los sentidos y angustias al compromiso, al cambio y a la readaptación de esos cambios.

Con todo esto se hace muy difícil estabilizarse en una pareja, ya que una pareja de adultos implica que "hayan adultos" y un encuentro subjetivo de intercambios de afectos, en el sentido de odio – amor, rabia – gratificación, rencor, placer, deseos y tantos otros afectos envueltos en una relación de pareja. Probablemente una de las razones para la dificultad en establecerse tiene que ver con los puntos citados.

Otro de los puntos, es la infantilización de los miembros de una pareja, es muy difícil construir con unos adultos cronológicamente hablando, pero mentalmente muy infantiles. También cuesta mucho adaptarse a los cambios cuando uno espera que siempre sea igual, sin cambios; entendamos que la conducta de los seres humanos es variada y fluctuante. Hay un dinamismo en el que es necesario un nivel de tolerancia a la frustración y a la espera, esto es complicado ya que vivimos en una sociedad donde se busca la gratificación permanente, rápida, barata y bonita. Cuesta mucho crecer en un mundo light, ya que el crecimiento implica frustración y dolor para después estar mejor.

En referencia, a la falicización de la mujer, esto quiere decir mujeres que se encuentran formalmente en pareja pero en la práctica prescinden del varón, anulándolo y descalificándolo de una manera implícita, sutil y a veces explícitamente. Entonces, la pregunta es; ¿se puede crear un espacio de a dos cuando el otro piensa que se necesita de un solo sexo para construir y al otro sexo se denigra constantemente?

Podríamos pensar que el número de trastornos sexuales precoces (antes de los 30 años) que pueda deberse a varias situaciones; nivel de autoexigencia tan alto de rendimiento sexual sobre todo, nivel alto de ansiedad al fracaso y todo lo que implica según Janine Pudget "el zócalo inconsciente de la pareja",

esto es modelos parentales, historias personales, antecedentes familiares, aspectos no entendibles por el sujeto que hace, repite, vive, sufre y no entiende por qué pero lo sigue haciendo.

Otro de los cuestionamientos está relacionado al concepto de amor, qué es amar, es la pregunta de todos, recordemos que este es un concepto que puede tener aristas sociales, psicológicas, biológicas y sobre todo muy subjetivas, lo que para cada uno es amar. Es impresionante como el amar implica odiar también y cómo nos movemos permanentemente con esas ambivalencias. La agresión es una de esas tantas ambivalencias en las que nos movemos cuando hablamos del “amar”.

La agresión no necesariamente tiene una connotación negativa, puede resultar en muchos momentos muy positivos. Cuando hablamos de agresión tendemos a relacionar con el poder y sabemos que el manejo del poder en la pareja es un capítulo teñido de tantos elementos afectivos y sociales que nos impulsan a pensar en toda la amalgama de situaciones sobre este tema.

Otro de los ítems imposible de no mencionar es el apremio que existe sobre lo estético y como influye de una manera significativa en la pareja, no sólo uno tiene que llevarse bien, con la pareja, tiene que ser buena hija/o, buen profesional, buenos padres y por sobre todo “uno tiene que estar bien estéticamente”.

Este impulso a lo estético, barbies y metrosexuales se ha impuesto de una manera casi perentoria para todos, donde la exigencia no es sólo económica, social, psicológica sino tan bien hacia la perfección del cuerpo, aunque sea una ilusión, sigue siendo muy preponderante y más que convertirse en un elemento positivo del cuerpo, se convierte en casi una obsesión, lindando con la patología. Esta situación influye sobre la pareja preponderantemente.

Finalmente, podríamos pensar en estos factores sobre parejas de la actualidad:

- Que a la pareja no se la vea como un “todo que da todo” (la pareja que no se convierta en el único elemento de descarga emocional).
- En las situaciones inentendibles del sujeto, individualmente o en pareja. Siempre habrá instancias en las que el sujeto no entenderá que ocurre y no sabrá que hacer, habrá confusión, duda, incertidumbre y uno tiene que tolerar la espera y la duda en una pareja.
- Aumento de la capacidad de comprensión de sí mismo y del otro. Habíamos dicho más adelante la dificultad de tolerar la frustración y la postergación a la gratificación y sería importante revalorizar la tolerancia a la espera y a las diferencias.
- Mayores deseos para elaborar deseos propios y del otro. Intentar crear un espacio subjetivo entre dos, pero dos que intercambiar no que se fusionan donde justamente se anula el intercambio.
- Trabajar individualmente y en pareja sobre la expresión de los afectos y analizar la ambivalencia existente en una pareja.
- Amor maduro, implica amistad y camaradería, aspectos que reemplazan la pasión inicial y dan continuidad sana a la pareja madura cuando es “MADURA”.

Estos y muchos razonamientos habrá sobre que ocurre con las parejas en la actualidad, por que tanta fobia al compromiso y a la estabilidad, que vale la pena repetir que los intercambios que se dan en una pareja exceden de lo que simplemente llamamos "sintonía" y esto es una propuesta para metabolizar todos estos cuestionamientos que hemos visto.

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ Pudget J. y otros. La pareja: encuentros, desencuentros, reencuentros. Edit. Paidós. Argentina.1999.
- ❖ Souza M. y Machorro. Dinámica y evolución de la vida en pareja. Edit. Manual Moderno. México. 1996.
- ❖ Pudget J. y Berenstein I. Lo vincular: Clínica y Técnica Psicoanalítica. Edit. Paidós. Argentina.1997.
- ❖ Spivacow M. Clínica Psicoanalítica con parejas. Edit. Lugar. Argentina. 2005.
- ❖ Coria C. El dinero en la pareja. Edit. Altaza. Argentina. 1994.
- ❖ Coria C. y otras. Los cambios en la vida de las mujeres. Edit. Paidós. Argentina. 2006.

Terapias Alternativas versus Psicoterapia Científica

Oswaldo M. Rodrigues Jr.¹

O tratamento de problemas sexuais tem sido tentado historicamente de muitas formas. Varias destas formas sobreviveram e competem com as formas científicas atualmente.

Como tratamento científicos queremos nos referir às formas que podem fornecer um grau de garantia de que os resultados esperados serão atingidos. Os métodos foram testados e podem ser utilizados por pessoas diferentes para se alcançarem os resultados.

Examinemos as formas de tratamento que uma pessoa com problemas sexuais têm à disposição.

Tradições

Kamasutra

- Livro escrito há 2000 anos sobre a tradição hindu com as regras de relacionamento amoroso entre os grupos hindus da época.
- Chás/infusões
- Seguem o senso comum e misturam-se a mitos sobre o funcionamento sexual

Religiosas

- Rezas e orações
- Rituais
- Magia negra

Pseudo medicina

Afrodísíacos – propostas de substâncias que produziriam o funcionamento sexual, aumentariam o desejo, resolveriam os problema sexuais. Nenhum tem comprovação científica, aliás, tendo sido testados não apresentaram confirmação de efeitos. Muitas vezes são propagandeados através de efeitos placebo, ou são alimentos que aumentam o bem estar, portanto facilitando a atividade sexual.

Dietéticos/complemento/alimento

Sangue – desde os romanos, no início da era cristã, descendo à arena para beber os sangue dos gladiadores mortos para restaurar desejo sexual;

Testículos – de animais consumidos de diversas formas em busca da restauração da virilidade;

Ging Seng - suplemento e ação estimulante – alardeado com a necessidade de uso diário por dois meses;

Damiana – na forma de chá – com “ receitas” de 1 gota na bebida 15-30 minutos antes do sexo;

Guaraná – rico em cafeína, tomado em infusão por tupis amazônicos para revigorar fisicamente, tomado pelos europeus como revigorante sexual. Hoje vendido como refrigerante...

Catuaba – árvore brasileira – a casca é proposta como revigorante sexual

¹ Diretor e Psicoterapeuta do Instituto Paulista de Sexualidade; Presidente da SBRASH – Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana; membro do Conselho Consultivo da WAS – World Association for Sexual Health; www.oswrod.psc.br

Vigorex – extraído da aveia (Instituto para Estudos Avançados da Sexualidade Humana) – dose diária de 300mg. Deixou de ser produzido e vendido nos Estados Unidos em 2007.

Vitamina B6 (Niacina) – 50-100mg 30 minutos antes do sexo

Vitamina C – doses diárias de 1000mg, aumentando de acordo com tolerância;

Vitamina E – dose diária de 25mg até 1000mg (azeite, aspargo, germe de trigo, semente de girassol, amêndoas, amendoim);

Medicamentos

- Vendidos em casas de ervas
- Vendidos por Internet

Florais de Bach - Dr. Edward Bach nasceu na Inglaterra em 1886. Era Bacharel em Medicina, Cirurgia, membro da Academia Real de Cirurgiões, licenciado pela Academia Real de Médicos e diplomado em Saúde Pública. Entre 1930 e 1936 ele descobriu, aperfeiçoou e aplicou um sistema sofisticado de cura preparado com plantas silvestres, flores e árvores do campo, hoje conhecido como Remédios Florais do Dr. Bach ou Florais de Bach.

"Os medicamentos devem atuar sobre as causas e não sobre os efeitos, corrigindo o desequilíbrio emocional no campo energético".

Sem confirmação científica para o uso em problemas sexuais tem aparecido como tratamento alternativo em vários centros...

- Aromaterapia
- Reiki
- Radiestesia
- Limpeza xamanica
- Limpeza aurica

Sex Shops

Através de comércio, a proposta de meios de tratamento para problemas sexuais, sem comprovação de eficácia, mas mantidos pela procura por parte de pessoas. A facilidade de se obter estes "tratamentos" a informalidade, mesmo que os preços sejam mais altos do que os mesmos produtos em outros pontos de venda, tem mantido a procura destas formas.

- Ejaculação precoce - anestésicos
- Disfunção erétil – "retardadores de ejaculação"
- Restauradores de virgindade
- Afrodisíacos

Medicina - Homeopatia

Enunciada por Hipócrates há quase 2.500 anos e estruturada pelo médico alemão Christian Friedrich Samuel Hahnemann (1755-1843), tem como base a cura pela similitude.

Isso significa tratar as doenças com substâncias que reproduzem em pessoas sadias sintomas semelhantes àqueles observados nos indivíduos doentes. Deve-se, por exemplo, tratar a dor de cabeça com algo que produza dor de cabeça; o Brasil hospeda hoje o maior número de médicos homeopatas do mundo e também contribui significativamente para sua formação. Não existem estudos comprobatórios destes métodos no tratamento das queixas sexuais.

Medicina - Acupuntura

O livro "HOANG TI NEI KING SU WEN" , ou seja, "CLÁSSICO DE MEDICINA INTERNA DO IMPERADOR AMARELO", foi gerado em 4.000AC, porém só foi escrito por volta do ano 300AC. De acordo com a teoria da acupuntura, o universo se baseia na oposição entre duas forças antagônicas, que devem estar com igual intensidade de força para que haja o equilíbrio. O ser vivo(humano, animal ou vegetal) possui uma energia primordial, chamada QI(pronuncia-se TCHI) . Esta energia tem dois aspectos: YIN e YANG. O YIN é o aspecto material e interno, já o YANG é a manifestação da matéria exteriormente.

O bom funcionamento (saúde) do ser depende do bom equilíbrio entre estas duas forças que são antagônicas, porém sua oposição acaba por criar um equilíbrio dinâmico. Tanto o YIN como o YANG tem, cada um, suas funções. Quando estão em mesmo nível energético, um controla o outro, porém quando um se sobressai em relação ao outro ocorre o desequilíbrio, ou seja, ocorre a doença. A desarmonia YIN / YANG pode ser causada por motivos endógenos ou exógenos. Existe uma inter-relação entre os sentimentos e os órgãos do nosso corpo. Determinada emoção influencia um órgão, e este também mantém uma influência sobre a emoção relacionada a ele. Não existem estudos comprobatórios destes métodos na solução de problemas sexuais.

Psicologia

- Psicanálise
- Reynolds (1974) – cura em 75% dos casos com sessões duas vezes por semana e por tempo de 2 a 4 anos de tratamento
- Uso de técnicas psicológicas sem concatenação de uso objetivo;
- Hipnose
- Curas em 25-50% dos casos estudados metodologicamente;
- Biblioterapia

A seguir pesquisas e estudos que demonstram que determinadas técnicas podem ser usadas com resultados positivos de superação da queixa sexual

Lazarus, 1963

- 16 ptes
- Dessensibilização Sistemática Individual
- Sem grupo controle
- 56.25% de sucesso
- 15 meses de follow up

Masters & Johnson, 1970

- 342 ptes
- focalização sensorial do casal, Dessensibilização Sistemática, Educação sexual e treino de comunicação
- Sem grupo controle
- 83% - 77%
- 5 anos após = 82%

Cooper, 1970

- 50 ptes
- Dessensibilização In vivo, terapia sexual, psicoterapia
- Sem grupo controle
- 50% de sucesso

LoPiccolo & Lobitz, 1972

- 8 ptes
- masturbação dirigida
- Sem grupo controle
- Mast 100%
- Coito 75%

Obler, 1973

- 37 ptes
- Dessensibilização Sistemática com Videotape versus tratamento psicanalítico com videotape
- Lista de espera e grupo Controle
- Dessensibilização Sistemática =85%
- Psicanálise = 23%
- Lista de espera 23%

McGovern et al., 1975

- 12 ptes
- Técnicas Sexuais e de comunicação, redução de ansiedade e masturbação dirigida
- Sem grupo controle
- Primária = 100%
- Secundária- sem mudança

Blakeney et al., 1976

- 38 ptes
- modelo Masters e Johnson em dois dias e meio
- Sem grupo controle
- Primária -70%
- Secundária -57%

Leiblum & Ersner- Hershfield, 1977

- 16 ptes
- masturbação dirigida – grupo
- Sem grupo controle
- 80% com masturbação

Ersner-Hershfield & Kopel, 1979

- 22 ptes
- Masturbação dirigida Versus sessões intensivas, Grupos de casais versus Sessões individuais
- Sem grupo controle
- 91% com masturbação
- 73% com parceiro
- sem diferença entre grupo/casais ou grupo/individuosou sessões espaçadas e sessões intensivas
- 10 semanas

Kuriansky et al., 1982

- 19 ptes
- Dessensibilização Sistemática, masturbação dirigida & treino assertivo
- Sem grupo controle
- 95%
- 2 anos após = 84%

DeAmicus et al, 1985

- 22 ptes
- Focalização sensorial, masturbação dirigida, consciência sensual, treino de comunicação, modificação de comportamentos sexuais
- Sem grupo controle
- 64% - 76% de sucesso
- 3 anos após = 64% -76%

Kilman et al, 1986

- 55 ptes
- Grupo de casais; técnicas de comunicação e educação sexual versus grupo de casais e técnicas sexuais
- Lista de espera
- 25%
- 6 meses após 25%

Riley & Riley, 1978

- 37 ptes
- Masturbação dirigida com casais e focalização sensorial versus Focalização sensorial do casal
- Sem grupo controle
- 90% com co-terapia
- 53% com focalização sensorial
- 1 ano após = 90% com co-terapia
- 53% com focalização sensorial

McGovern et al., 1976

- 4 ptes
- Masturbação dirigida em grupo

- Sem grupo controle
- 100% com masturbação
- 75% no coito

A partir das pesquisas efetuadas desde a década de 1960, podemos compreender que existem abordagens psicológicas coerentes e com comprovação científica para tratamento de problemas sexuais:

- ❖ Comportamental Cognitiva,
- ❖ Psicodinâmica Multimodal e
- ❖ Tratamentos Comportamentais

Estas abordagens são as que foram documentadas cuidadosamente com estudos controlados que puderam comprovar a eficácia destes métodos. Outras abordagens ainda precisam de estudos que permitam serem propostas para os clínicos utilizarem em consultório aos seus clientes.

Conclusões

- ❖ Fazer o que se sabe que é garantido fazer
- ❖ Não experimentar com paciente
- ❖ Não pressupor que usar outra técnica vai ajudar mais

Influencia de la Educación Sexual en el Climaterio y Menopausia

Dra. María Mayeregger

“Prácticamente no existe ninguna otra actividad o empresa que se inicie con tan tremendas esperanzas y expectativas y que no obstante fracase tan a menudo, como hacer el amor. Si ello ocurriera en cualquier otra actividad la gente estaría ansiosa por conocer los motivos del fracaso y corregir sus errores o renunciaría a su actividad”

Y esto se relaciona con los modelos de educación sexual que nos ha impuesto e impone nuestra sociedad los que a su vez consideramos mandatos sociales -sexuales que debemos transmitir a nuestras hijas e hijos para que se mantengan invariables por generaciones.

El Modelo de Educación Sexual Tradicional con el que la mayoría de nosotras crecimos pero también somos impactadas en los últimos treinta años por el Modelo de Educación Sexual Preventivo relacionado con los descubrimientos en anticoncepción, la prevención de las ITS VIH/SIDA, la Terapia Hormonal de Reemplazo y los nuevos roles de la mujer en la sociedad.

El Modelo Tradicional de Educación Sexual en el climaterio y menopausia

- Destaca los aspectos biológicos de la función reproductiva en las mujeres, tener hijos y los roles de ama de casa, esposa y madre.
- Las mujeres tenemos menos “necesidades sexuales” hasta ser asexuadas en la ancianidad.
- La actividad sexual debe estar supeditada al placer del varón, somos inferiores al varón en inteligencia, juicio lógico y control emocional y sexual.
- Se nos priva del conocimiento sexual útil para el placer y se nos ofrece mitos y prejuicios, “el sexo es un instinto” no es necesario aprender.
- Los métodos anticonceptivos no eficaces como el Billing y del ritmo, que posibilitan en el climaterio, embarazos de “alto riesgo” deben ser una bendición de Dios y debemos ser felices.
- Somos en todas circunstancias las dadoras protectoras de la vida “el instinto materno”, primero con los hijos y después con los nietos.
- Se culpabiliza y denigra la masturbación (autoerotismo) porque solo somos mujeres cuando tenemos un hombre al lado, él sabe que hacer.
- Se rechazan las fantasías eróticas tan importantes en el proceso del deseo y el orgasmo, solo con pensar estamos pecando o somos infieles.
- El climaterio y menopausia es una etapa de “involución”, perdemos la fertilidad, el atractivo, el poder de seducción, el deseo sexual por los “cambios hormonales”.
- Los médicos del modelo tradicional asumen una actitud paternalista, las mujeres mantenemos una doble sumisión como mujer y paciente.
- Con frecuencia no se nos ofrece información adecuada, no se nos consulta, deciden por ellos mismos o le preguntan al marido o a otros colegas

El Modelo Preventivo de Educación Sexual en el Climaterio y Menopausia

- ❖ Se asocia el climaterio y menopausia con otras enfermedades, el incremento del cáncer, la hipertensión, otras cardiovasculares, la osteoporosis, la depresión.
- ❖ Nuestros cuerpos demandan una constante vigilancia tecnológica para que el médico tome

- decisiones prescindiendo de nuestras necesidades erótico-afectivas y el estilo de vida.
- ❖ Se atribuyen los trastornos urinarios presentes en un 45% en el climaterio y menopausia al descenso de los estrógenos, la flaccidez de los tejidos.
 - ❖ No se establece la relación con los “partos normales” previos, ignoramos los “ejercicios de Kegel”, con la multiparidad, los esfuerzos físicos, la gimnasia de impacto, el estreñimiento.
 - ❖ El modelo preventivo nos enseña que somos las responsables del cuidado de la salud de los hombres aún cuando ellos dicen “no te metas yo se lo que hago”.
 - ❖ Que debemos asistirlos en las enfermedades que hubieran podido evitar o por lo menos controlar sin tanto deterioro físico, emocional, sexual, como diabetes, cardiovasculares.
 - ❖ Las mujeres debemos comprender el sufrimiento de nuestras parejas por las disfunciones sexuales que padecen y resignarnos que se alejen física y emocionalmente.
 - ❖ No se acerquen, no nos toquen, no tengan expresiones de ternura, no seamos atractivas, sexys, no les excitemos y “seamos las culpables” de sus experiencias eróticas ocasionales o no.
 - ❖ Se nos recuerda la necesidad de ser cuidadosas con los “maridos y parejas cabezudas”, que exijamos el uso del preservativo, ellos lo rechazan “no sienten” o somos sus mujeres.
 - ❖ No fuimos educadas para las conductas preventivas en sexualidad porque además la sexualidad de las mujeres es clandestina y no debe expresarse.
 - ❖ La **sexopausia** frecuentes en el climaterio y menopausia requiere un análisis mucho más profundo en el contexto de la relación y el placer, solas y en compañía.
 - ❖ Se nos convence que la insatisfacción sexual, la sequedad vaginal y dispareunia son una manifestación de la pérdida de los estrógenos.
 - ❖ Se nos aísla de la relación erótica afectiva, los estímulos sexuales adecuados para cada una, con frecuencia practicamos relaciones sexuales en contra de la voluntad.
 - ❖ La THR y los psicofármacos sustituyen la auto-reflexión crítica y en pareja, la terapia psicológica y sexual para el cambio de conductas no satisfactorias.
 - ❖ El marco biomédico concentra la sexualidad de las mujeres y varones en términos de capacidad y expresión individuales, ignora que la sexualidad es socialmente construida.
 - ❖ “Privatiza” las inquietudes y dificultades sexuales convirtiéndolas en una deficiencia de funcionamiento de lo “natural” y “normal”.
 - ❖ Para este modelo de salud la sexualidad es algo individual, la asocia con la enfermedad y define que es “sexualidad saludable”, “natural” “buena y perversa”.
 - ❖ Analiza las conductas desde el riesgo epidemiológico y no desde nuestro pensar, sentir y actuar como mujeres, como un fenómeno aprendido y profundamente socializado.
 - ❖ Relaciona nuestra sexualidad con el ideal estético juvenil, mujeres sin edad sin arrugas y la actividad sexual con un estado “óptimo” de salud y niveles de estrógenos adecuados.
 - ❖ Debemos asumir una “menopausia consciente” no escapamos al debate científico y público ¿Podremos vivir sin estrógenos hasta nuestros alcanzables 80 años?
 - ❖ Con frecuencia mujer de mediana edad es igual a THR pero ¿toda la comunidad científica y médica está de acuerdo con esto?
 - ❖ Los profesionales del SI a favor de la THR no nos permiten tener miedos, o causar molestias con nuestros temores, hablan de costos - beneficios y chequeos permanentes.
 - ❖ Los profesionales del NO en contra de la THR refuerzan los temores y hablan de procesos “naturales” que por tratarse de un tratamiento preventivo debería tener menos riesgos.
 - ❖ Para aumentar la confusión el perfil de las mujeres adeptas a la THR es opuesto, en EEUU y América Latina el consumo es mayor entre las de mejor nivel educativo.
 - ❖ En los Países Bajos y Nórdicos las mujeres cultas rechazan la THR porque no tienen una

información convincente o porque tienen más sentimientos positivos hacia la menopausia.

- ❖ Todos y todas coincidimos que *vivir es algo más que esquivar a la muerte* necesitamos una mayor y mejor Educación Sanitaria para vivir mejor.
- ❖ Una Educación Sexual que nos libere de los mandatos de género, nos brinde la información adecuada para alcanzar el placer y la satisfacción sexual.
- ❖ Dentro del contexto médico /sanitario del sexo se indica la THR como tratamiento de las dificultades sexuales que plantemos las mujeres.
- ❖ Las leyes de la “naturaleza” a los dogmas religiosos condicionan este reduccionismo biológico o moral no se comprende la variabilidad histórica, cultural y estilos de vida sexuales.

La Propuesta Alternativa

La Educación Sexual del Modelo Liberal Integrador propugna

1. Incorpora la Perspectiva de **Género**: *cuestiona que el sexo biológico determine por sí mismo las conductas sexuales y la conciencia que debemos tener, los roles que debemos desempeñar manteniéndolos invariables por generaciones.*
2. El conocimiento y ejercicio de los derechos sexuales.
3. La definición de políticas públicas que incorporen la Educación para la Salud, y la Educación Sexual y la integren con el contexto socio cultural económico vigente.
4. La construcción de un Modelo de Educación Sexual crítico que aborde los temas sexuales sin valoraciones morales
5. La aceptación de cualquier manifestación sexual, incluida el placer y las diferentes formas de alcanzarlo con el único límite de la libertad y seguridad de las personas.

Propuestas de Educación Sexual alternativas para el Climaterio y Menopausia

- Alejarnos del ¡NO! la queja y reemplazarlo por el ¡SI! de la propuesta alternativa.
- Descubrir cuáles son nuestras necesidades afectivas-sexuales (psicoerotismo).
- Reconocer y apropiarnos del cuerpo erótico y la anatomía sexual femenina y masculina.
- Disfrutar las sensaciones en el territorio del placer solas (fantasías sexuales, autoerotismo).
- Entender que comunicarnos sexualmente es una expresión de nuestra personalidad y responsabilidad propias.
- Si la pareja rechaza alguna actividad sexual no nos rechaza a nosotras como personas.
- Los sentimientos y preferencias sexuales cambian de vez en cuando debemos estar preparadas
- Diseñar los caminos al orgasmo si lo deseamos solas o en compañía.
- Identificar las cargas morales y mitos que nos provocan miedo, vergüenza, culpas y superar la ignorancia y el ocultamiento valorizando la Educación Sexual Liberadora.
- Encontrar nuestras fuentes de placer, el rico mundo de sensaciones sin imitar la erótica del varón descubriendo los estímulos sensuales más allá de la penetración (coito).
- Comprender que nuestro papel fundamental es ser mujeres felices sin hijos o con ellos y comprometer al varón en la crianza de hijos y nietos.
- Establecer relaciones de igualdad con el varón en el ambiente social y familiar para superar la sumisión.
- Acostumbrarnos a pedir lo que necesitamos, priorizar nuestros deseos.
- Informarnos para comprender que la THR es una alternativa personalizada para cada mujer.
- Los profesionales deben capacitarse en el modelo liberal integrador y asumir que el climaterio y

menopausia son mucho mas que un estado estrógeno deficiente.

- Con cualquier edad y estado de salud podemos disfrutar sexualmente con o sin actividad coital.
- El cambio de la imagen corporal no determina la conducta sexual de la pareja, lo importante es qué hago y cómo me expreso.
- Informarnos sobre los posibles efectos negativos de los medicamentos en la sexualidad.
- En Paraguay el consumo de psicofármacos está muy extendido, se consiguen con facilidad porque los médicos los indican y ellos mismos los consumen.
- Entender que si no podemos acceder a la THR, lo mismo no impide sentirse sexualmente satisfecha.
- Un 15% de mujeres menopáusicas no presentan ningún síntoma, no requieren THR, y sólo continúan los controles clínicos ginecológicos periódicos.

Conclusión

La salud de las mujeres en el climaterio y menopausia es un “proyecto de vida colectivo” que debe abordarse en forma interdisciplinaria para ubicar a las mujeres en el centro de sus propias necesidades y expectativas y alejarlas de las demandas artificiales de una sociedad consumista.

Aportes de la Psicoterapia a la Terapia en Sexualidad y Multidisciplinariedad

Oswaldo M. Rodrigues Jr

A Psicoterapia na sexualidade consiste em aplicar princípios da psicoterapia na sexologia. Trata-se do processo psicoterapêutico inserido num contexto específico aplicada às questões sexuais.

O que é a PSICOTERAPIA

"Consiste na aplicação metódica de técnicas psicológicas determinadas para restabelecer o equilíbrio emocional perturbado de um indivíduo." (Conselho Federal de Psicologia – Brasil)

Psicoterapia comportamental cognitiva e aplicação na Terapia Sexual

O tratamento de problemas sexuais inicia-se na década de 50. Aqui surge a aplicação da dessensibilização sistemática de Joseph Wolpe. Mais tarde, a partir da década de 1960, os aspectos cognitivos associados aos comportamentais são discutidos e na década de 1980 acham-se claramente formulados e demonstrados nas questões sexuais.

A Psicoterapia Sexual

É tratamento dos problemas sexuais baseados em fundamentos científicos que assumem a forma de segurança, educação e recomendações cuidadosamente elaboradas, com reforço no papel do terapeuta como educador (Rodrigues Jr., 1996, 2001a; OPAS/OMS, 2000). A terapia sexual torna-se uma terapia do "aqui e agora". Porém, não se trata de apenas lidar com questões que ocorrem no presente sem conseqüências ou ligações com o passado.

A psicoterapia cognitivo-comportamental estabelece o presente num contexto do passado

- Processo de compreensão da fundamentação do presente no passado não consta de estabelecer uma série de fatos da história da pessoa envolvida de forma simplista.
- Necessário considerar as opiniões, e avaliações expressas pelo paciente enquanto descreve os fatos pelos quais passou.
- Distinção entre sentimento e pensamento precisa ser efetuada.
- Compreensão dos processos mentais que afetam a realidade do paciente.
- Reações de pensamento sobre as possíveis alternativas do que ocorreria e do que correrá de acordo com cada fato.
- Coleta de material cognitivo através dos materiais factuais.
- Consideram-se as interpretações e sentimentos para os eventos e comportamentos.
- Consideração o indivíduo como um todo.
- Justificativa de tratar um aspecto e se obter um resultado global.
- Tratar o todo através de um aspecto.
- Não se trata de simples e única aplicação de técnicas.
- Considerar o indivíduo e interdependências e interrelações entre os vários aspectos de sua identidade pessoal.
- Processo com objetivos específicos.
- Inseridos no contexto de vida do paciente.
- Paciente desenvolve processos e mecanismos.

- Considerar o indivíduo e interdependências e interrelações entre os vários aspectos de sua identidade pessoal.
- Processo com objetivos específicos.
- Inseridos no contexto de vida do paciente.
- Paciente desenvolve processos e mecanismos.
- Vencer o sintoma.
- Preparar-se para que novos episódios de problemas não se tornem séries de problemas.
- Processo deverá incluir o relacionamento a dois

É necessário se incluir projeto de vida facilitador para o paciente não retornar a ter problemas. A terapia sexual apenas tem valor de tratamento quando inserida num real processo psicoterapêutico. A moderna abordagem da terapia sexual engloba muitas técnicas e busca, também, satisfação de outros aspectos que não apenas os sexuais, da queixa do paciente.

Uma das razões é que se visam modificar condições que podem conduzir a novos episódios ou situações de disfunções sexuais, considerando todos os eventos relacionados ao problema sexual. Distinto do simples ensinar técnicas é pedagógico, e ocorre sem a participação ativa do sujeito, produzindo uma assimilação sem críticas, permite alienação, e o paciente passa a ser dependente do "terapeuta".

Cabe ao psicoterapeuta dirigir o processo psicoterapêutico, inserir de forma adequada e útil cada das possíveis técnicas da terapia sexual, em momentos oportunos e seguindo objetivos e métodos científicos.

Prós para o Psicólogo atuar em sexologia clinica

- Formação em compreensão do comportamento humano
- Ontologia e epistemologia mais úteis para a relação de ajuda;
- Psicólogo colombiano *Giraldo-Neira* (1988) parte das premissas de que todo psicólogo tem que trabalhar profissionalmente com a sexualidade, mas que necessita de um mínimo de preparo no tema.

"Como trabalhar o aspecto sexual sem se mexer no restante da pessoa?"

- O psicólogo apresenta especificidades no atendimento em sexualidade
- preparo para lidar com grupo/casal
- cursos na graduação com 160 horas de teorias e técnicas psicoterápicas em psicologia experimental e comportamental, a base de técnicas de terapia sexual.
- Estudo de teorias e técnicas prévias para compreensão e uso de técnicas de terapia sexual;

O psicólogo clínico está capacitado para aplicação de técnicas de terapia sexual

- treino para atendimento e compreensão de dificuldades emocionais
- quantidade de psicólogos clínicos formados.
- Brasil = mais de 100 mil psicólogos
- mais da metade busca se dedicar à psicologia clínica.
- Abordagem teórica que capacite a aplicação de técnicas comportamentais desenvolvidas para o tratamento de dificuldades sexuais;

- Compreensão do processo de psicoterapia e de inserção de técnicas de terapia sexual de acordo com os objetivos pré-definidos conjuntamente ao cliente

Contras para o Psicólogo atuar em sexologia clínica

- falta de formação mais específica em sexualidade
exemplo: todos têm algumas aulas sobre questões genéricas em sexualidade e disfunções sexuais que pode equivaler a 40 horas na formação;
- falta compreensão sobre atualização em medicamentos que atuem sobre a função sexual;
- não recebe informações diretamente de laboratórios, como ocorre aos médicos;
- baixa participação genérica de psicólogos em eventos médicos que supram esta necessidade sobre compreensão sobre atuação de fármacos e psico-fármacos;
- necessidade de desenvolver conhecimentos sobre anátomo-fisiologia sexual e de tratamentos médicos atualizados;

Multidisciplinaridade

mul.ti.dis.ci.pli.na.ri.da.de *sf* (*multi+ disciplinar+ i+ dade*)

Integração de várias áreas do conhecimento para a resolução de problemas, estudo de fenômenos etc. (Michaelis, 2005)

Como podemos exercer a multidisciplinaridade?

O discurso de multidisciplinaridade e o trabalho com a educação, terapia e medicina sexual

- ❖ Incompreensão pela formação
- ❖ Formação profissional – graduação
- ❖ Treino e aprendizado
- ❖ Articulações de objetivos – linha mestra de atuação
- ❖ Cuidar dos interesses do paciente/cliente
- ❖ Encontro multidisciplinar

Compreendendo a limitação profissional e as necessidades do tratamento multiprofissional/interdisciplinar

- A onipotência e a Onipresença de profissionais da área de saúde...
- Meus colegas de profissão teimam em... acreditar que todas as doenças do corpo se dão por aspectos emocionais disfuncionais.
- Meus colegas médicos da área da saúde sexual teimam em dizer que todos os males sexuais são orgânicos...

Necessidades de interação no Tratamento multidisciplinar

Uma ação do psicoterapeuta sexual será o reconhecimento dos Pacientes-problema para o tratamento médico/ medicamentoso:

- Características hipocondríacas;
- Características obsessivo-compulsivas;
- Portador de processos de pensamento nos quais o outro é o juiz;

O uso de medicamentos integrados à psicoterapia sexual pode ocorrer. A integração de intervenções médicas e psicológicas permite ampliar a atenção para as questões biopsicosociais considerando:

1) variáveis individuais – ansiedade de desempenho e depressão;

- 2) variáveis da parceira – saúde e desinteresse;
- 3) variáveis interpessoais não-sexuais – qualidade geral do relacionamento;
- 4) variáveis interpessoais sexuais - intervalo de abstinência sexual e formas de comportamentos sexuais;
- 5) variáveis contextuais – vida estressante, finanças e crianças.

Muitos estudos já foram publicados recomendando a combinação das abordagens médica e psicológica no tratamento da disfunção erétil (Hawton, 1998, Wyllie e cols., 2003; Nathan e Gorman, 1998; Rosen, 2000). Vejamos alguns exemplos a seguir.

Colson (1996) descreveu os resultados com estudo de 8 anos de acompanhamento de 1001 participantes num protocolo de terapia combinada de 3 fases. Na primeira fase os pacientes eram treinados a usar a técnica de injeções intracavernosas e participarem de psicoterapia comportamental cognitiva incluindo foco sensorial. A segunda fase consistia dos homens usarem a ICI na privacidade de suas casas. A terceira fase, os homens tentavam reduzir a dose de ICI ou diminuir a frequência das injeções. A recuperação da satisfação sexual no coito com a independência da terapia de injeção foi conseguida em 51% dos pacientes. A terapia com as injeções sem a terapia comportamental-cognitiva resultou na independência de apenas 24% dos casos.

Leiblum (2002): casais precisam ser preparados e receber aconselhamento psicológico para recuperar uma vida sexual satisfatória após um período prolongado de evitação sexual devido à disfunção erétil.

Costa (2003), na França, propôs o uso de psicoterapia combinada a apomorfina. A eleição do paciente foi feita: pacientes com relacionamentos estáveis, com dificuldades eréteis mínimas a moderadas. Novamente a avaliação prévia para a escolha adequada do paciente para se obterem os melhores resultados. Costa conclui que o melhor aproveitamento dos medicamentos advém da associação com a psicoterapia e aconselhamento psicosssexual. O início do tratamento conjunto de medicamentos e psicoterapia deve ocorrer tão cedo quanto se proponha iniciar a solução da dificuldade sexual.

Demorar para combinar este tratamento pode trazer um grande impacto negativo nos resultados do tratamento.

O uso de sildenafil/tadalafil integrado à psicoterapia visa proporcionar a melhoria das expressões de ereção em conjunto com o desenvolvimento de comportamentos eróticos e relacionais que facilitam a diminuição dos mecanismos ansiógenos que facilitam o desenvolvimento de processos de pensamentos antecipatórios e negativos. Usar medicamento sempre até que o tratamento mostre que estão chegando ao final do tratamento é uma necessidade para não provocar comportamentos competitivos e fora do padrão desejado de acordo com os objetivos do tratamento proposto.

Orientar sempre usar o medicamento através das sessões semanais e produzir coerência no comportamento sexual sem concomitância de ansiedades, pensamentos antecipatórios ou negativos é um dos métodos aplicados.

- Cremos que o melhor para o paciente será a abordagem por vários profissionais que possam contribuir para a melhora sexual...
- Em conjunto... em prol do paciente...

La Sociedad Paraguaya de Estudios sobre Sexualidad Humana agradecerá cualquier comentario y/o aporte que Usted pueda tener sobre la presente Memoria. Por favor escribir a estudiosdesexualidad@gmail.com

Octubre del 2007

Asunción - Paraguay