



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología

Hacia un 'acercamiento comprensivo, reflexivo y complejo' sobre la sexualidad humana

Memoria para optar al título de Psicóloga

Autora: Muriel Andrea Morales Manríquez

Profesor Patrocinante: Dr. Felipe Antonio Gálvez Sánchez

Santiago de Chile

2018

Índice

RESUMEN	1
1. INTRODUCCIÓN	2
2. OBJETIVOS	7
2.1. Objetivo general	7
2.2. Objetivos específicos.....	7
3. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA	8
3.1. Sexualidad, concepto y cultura	8
3.2. Trastornos relacionados con la sexualidad	11
3.3. Sexualidad y tratamientos	20
4. MARCO METODOLÓGICO	29
4.1. Aproximación epistemológica.....	29
4.2. Tipo de estudio	29
4.3. Participantes	30
4.4. Técnica de producción de datos	32
4.5. Procedimiento.....	33
4.6. Técnica de análisis de los datos	33
4.6.1. Dimensiones del estudio	35
5. RESULTADOS	39
5.1. Parte descriptiva.....	39
5.1.1. Dimensión Singularidad/ Parejidad	39
5.1.2. Dimensión Social/Cultural	43
5.1.3. Dimensión Bienestar/ Malestar	50
5.1.4. Dimensión Ciclo de Vida/Historia	61
6. DISCUSIÓN	67
6.1. Dimensión Singularidad/Parejidad	67
6.2. Dimensión Social/Cultural	68
6.3. Dimensión Bienestar/Malestar	71
6.4. Dimensión Ciclo de Vida/Historia	75
7. CONCLUSIÓN	78
8. REFLEXIONES Y PROYECCIONES DEL ESTUDIO	93
9. BIBLIOGRAFÍA	98

10.	ANEXOS	i
10.1.	ANEXO 1: Consentimiento Informado.....	i
10.2.	ANEXO 2: “Pauta de entrevista piloto”	iv
10.3.	ANEXO 3: “Pauta de entrevista (Para profesionales de la salud mental)”	vi
10.4.	ANEXO 4: “Pauta de entrevista (Adaptación para profesionales de la salud física)” ...	viii
10.5.	ANEXO 5: Transcripción de las entrevistas	x

RESUMEN

La presente investigación se plantea a partir de la falta de condiciones de la clínica psicoterapéutica para realizar un efectivo acercamiento comprensivo, reflexivo y complejo acerca de la sexualidad humana. Para llevar a cabo el estudio de carácter cualitativo, de orden exploratorio y descriptivo, se realizaron entrevistas semi-estructuradas a una muestra de profesionales expertos en clínica psicoterapéutica y médica con algún tipo de formación en la temática de sexualidad. Dichas entrevistas fueron examinadas a partir de un análisis interpretativo de contenido. En cuanto a los resultados, se encuentran elementos que incluyen la revisión de ámbitos fundamentales y distintos procesos reflexivos en cuanto al sistema terapéutico. Se concluye con la construcción de una ficha clínica que se constituye como una herramienta técnico-táctica que sirve de guía en las etapas iniciales de evaluación para un trabajo clínico en temáticas vinculadas a la sexualidad.

Palabras Clave: Sexualidad, acercamiento comprensivo, terapia, procesos reflexivos.

1. INTRODUCCIÓN

La sexualidad se presenta como un fenómeno de extraordinaria amplitud en la constitución del ser humano en tanto determina en gran medida su forma de ser-en-el-mundo. Pareciera ser que todas las dimensiones del ser estuvieran de alguna u otra manera atravesadas por la sexualidad, siendo no una mera determinación trivial sino que alcanzando el núcleo más profundo de los sujetos. Además se trata de un componente marcadamente relacional, lo que implica un involucramiento de variados aspectos entre ellos emocionales, familiares, culturales, políticos, etc. Tal como lo plantea Ruiz Retegui (1987), “la condición sexuada del hombre aparece, en todas las formas culturales, como un aspecto decisivo del modo de entenderse el hombre a sí mismo” (p. 246).

En este sentido y dada la importancia que tiene y que se le atribuye en los diferentes dominios del sujeto a la sexualidad, es que se considera importante disponer de elementos concretos, sistematizados y articulados entre sí, para la elaboración de un acercamiento o diagnóstico más complejo. Actualmente se dispone de elementos que podrían ser considerados en la evaluación clínica de un aspecto de la sexualidad, sin embargo, no a partir de un esquema diagnóstico, método diagnóstico o determinación conceptual de la sexualidad que pueda ser trabajada o revisada en conjunto con los sujetos en el ejercicio clínico. Son entonces estas variadas y complejas características las que, en su conjunto, provocan que el diagnóstico en sexualidad se convierta en un problema en la psicología clínica: ¿Por qué? Los motivos son varios; por una parte la sexualidad sigue aún instalada en nuestra cultura como un tema tabú del que no muchos se atreven a hablar, ni siquiera en un escenario que se presume más bien íntimo como la psicoterapia; quienes lo hacen, muchas veces dan espacio a que se generen dichos mitos y/o estándares “adecuados” respecto de las formas “correctas” de vivir una sexualidad plena o “normal”, es decir, coluden, a veces sin querer, con que algunos aspectos no se hablen y se mitifiquen, así como también elaboran concepciones generales de lo que puede ser problemático o no; no siempre se cuenta con una articulación que comprenda la sexualidad desde diferentes puntos de vista, algunos de orden cultural, social, local, otros más bien de orden disciplinar, como el incorporar una mirada médico-biológica, psicológica, sociológica, entre otras.

Por otra parte, la propuesta de consideración de la sexualidad en algunas religiones podría tener una buena cuota de responsabilidad en esto, dado que en determinadas culturas (como la nuestra) se han encargado de imponer algunas restricciones e incluso obligaciones al comportamiento sexual de los sujetos. Esto incide fuertemente en algunos sujetos, en algunas familias, en la consideración de la sexualidad, donde por ejemplo todavía en el 2018 las relaciones sexuales pueden ser prohibitivas para momentos de la relación de pareja previas a la consolidación de un matrimonio (o de una pareja estable). Lo mismo en relación al placer, que algunas veces pudiera estar derechamente desligado del acto sexual, que se entiende como un acto destinado a la reproducción. Más lejos aún están las dimensiones de la sexualidad que tienen que ver con la auto estimulación, condenada en algunos escenarios culturales, vinculada además con algunas transgresiones o muy cercano a lo que se considera como perverso. Lo que se intenta graficar es la complejidad de este fenómeno y la múltiple posibilidad de que esté delimitada (como se acaba de establecer, por la religión, por la cultura en general, a pesar de que se habla de una cierta apertura que no es tal) y entonces la dificultad también que se tiene al momento de situar este aspecto en una evaluación clínica.

Pese a lo anterior, actualmente, y gracias a diversos factores como la globalización, la acción de los medios de comunicación, las redes sociales e incluso gracias a diversas corrientes ideológicas como el feminismo, se instaló una supuesta apertura a las temáticas relacionadas con la sexualidad. Sin embargo, al menos en el contexto en que se desarrolla esta investigación, continuamos siendo parte de una sociedad donde por debajo de una aparente amplitud de criterio, siguen existiendo variadas experiencias de cuestionamiento, duda, inconformidad, malestar e incluso dolor y sufrimiento. No es poco común que dentro de reuniones sociales amistosas, en las cuales puede haber incluso un alto nivel de confianza, aparezca el tema de la vida sexual de sus integrantes a través de bromas o conversaciones ligeras; generalmente todo indica que la gran mayoría de las personas goza de una buena o al menos “decente” vida sexual; pareciera ser que nadie padece de ningún problema en esa amplia dimensión de la existencia. Pero en realidad: ¿Cuántos de ellos silencian diversas problemáticas, dudas y cuestionamientos? La presente investigación parte del supuesto de que una gran parte de los sujetos no declaran este tipo de inquietudes o dificultades en la vida cotidiana -por vergüenza o por la idea de exponerse al juicio de la sociedad- y que esto interfiere de

manera directa también en la posibilidad de que se llegue a considerar como un tema a trabajar en un ámbito clínico. El clínico -de hecho- que forma parte de la misma socialización, también padece la misma cultura y si no dispone en su modelo de trabajo una adecuada sistematización o método de articulación de estos aspectos, coludirá inevitablemente con esta forma ligera de tratar una temática tan relevante, sin hacer siquiera un diagnóstico o acercamiento específico que le permitiera abarcarlo.

Como se mencionó anteriormente, la sexualidad atraviesa prácticamente todos los ámbitos de la vida, por lo que tener problemas en esta área implicaría una afección también a nivel existencial. De aquí, surgen algunos cuestionamientos en torno a la clínica: ¿En cuántas oportunidades en el escenario del trabajo clínico se parte desde otras problemáticas para llegar a cuestiones que son derechamente de la vida sexual?; ¿cuántas personas llegan a buscar directamente algún tipo de respuesta en la psicoterapia? Aun llegando a tener una demanda directa de trabajar el tema de la sexualidad ¿tenemos los terapeutas claramente identificados los elementos necesarios para hacer un acercamiento comprensivo y complejo en sexualidad?

La sexualidad humana, entonces, se presenta como un fenómeno de alta relevancia, atravesada por múltiples variables, difícil de abordar en psicoterapia principalmente por los múltiples aspectos que abarca y por su cualidad de ocupar gran espacio en la vida de las personas. Esto entonces requiere de una aproximación cada vez más compleja y articulada. Ahora bien, ¿cuáles son esos aspectos que atraviesan la sexualidad? O más específicamente, ¿qué elementos constituyen la sexualidad humana y cómo son considerados en el abordaje clínico? Es bastante probable que un terapeuta en primera instancia pueda responder a estas preguntas generales que implican la sexualidad con otros aspectos de la vida, algunos de estos conocimientos no son ni siquiera disciplinares, sino que más bien pertenecen al mundo de los conocimientos del sentido común (por ejemplo todos saben que se trata de un fenómeno que tiene relación tanto con aspectos físicos como psicológicos), pero esto no garantizará que aun sabiendo estas respuestas se logre articular un acercamiento complejo al momento de trabajarlo y quizás, peor aún, para poder abordarlo en terapia o es aislado como fenómeno, o se fragmentan los mundos de conocimiento para poder comprenderlo (indicando que se trata de un problema social, existencial, fisiológico, etc., pero no todo al mismo tiempo).

Un último aspecto que puede servir de antecedente a esta problemática está relacionado más directamente con la trayectoria que han venido desarrollando las humanidades, las ciencias sociales, la psicología y la psicoterapia en particular. Este recorrido ha implicado que haya habido un énfasis demasiado marcado en aspectos vinculados al lenguaje, en desmedro de la materialidad del cuerpo. Dicho énfasis, a propósito de lo planteado por Pakman (2014) y Bertrando (2011) estaría relacionado principalmente con el giro lingüístico y también debido a la influencia de otros desarrollos de la filosofía como: el estructuralismo en antropología de Levi-Strauss (1974), los “juegos del lenguaje” de Wittgenstein (1994), la premisa de que el “Ser” “habita en el lenguaje” de Heidegger (1998), las teorías de “los actos de habla” de Austin (1975), la metáfora del “texto” de Derrida (1971), la apropiación en la práctica del campo semiótico y sobre todo el desarrollo del construccionismo social, entre varios otros.

Los movimientos narrativistas y conversacionales son una muestra de ello pues es notorio como tienden a poner mucho énfasis en el discurso y en las palabras, y a pesar de que muchos reconocen la presencia de los cuerpos en terapia, no se ha tomado suficiente atención en el flujo de significados a través del lenguaje no verbal (Bertrando, 2011). Por su parte Pakman (2014) critica a esta psicología que pasa por alto la “*sensualidad de la experiencia vívida*”. La psicoterapia que adscribe a una perspectiva posmoderna, en ocasiones cae en la aceptación de una abstracción radical de concebir sólo un mundo lleno de signos lingüísticos, renunciando a la discusión sobre la noción y lugar del cuerpo.

El cuerpo, la “normalidad” orgánica, la historia del sujeto, la historia particular de sus vivencias en sexualidad, la autoestima y la autoimagen, son algunos de los emergentes que podrían aparecer en el imaginario de un terapeuta que habla del tema. Para este actor, preocupado de un ejercicio clínico relacional y crítico, quizá tampoco sea difícil pensar que la sexualidad se construye en relación a los contextos socioculturales en los que se encuentren inmersos los sujetos. El punto aquí no es que ellos no cuenten con la capacidad reflexiva y creativa suficiente como para pensar en los múltiples elementos que podrían ser constituyentes de la sexualidad -muy probablemente los terapeutas podrían pasar días enteros discutiendo respecto al tema obteniendo una larga lista de ideas-; el punto es cómo estas ideas se pueden ordenar, delimitar y clasificar -todas- en esferas de elementos que permitan luego realizar un acercamiento comprensivo acerca de la sexualidad de los consultantes abarcando de la mejor forma posible la inmensa

amplitud del fenómeno. Podemos incluso llegar a afirmar que la clínica propiamente tal, no está en condiciones para hacer un verdadero y efectivo diagnóstico acerca de la sexualidad que articule todas las temáticas aquí presentadas y que esté al servicio de un desarrollo del proceso terapéutico.

Es por todo lo anterior entonces que se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los elementos que debe disponer un terapeuta para llevar a cabo un 'acercamiento comprensivo, reflexivo y complejo' acerca de la sexualidad humana?

2. OBJETIVOS

A partir de la pregunta de investigación planteada en el apartado anterior se plantean los objetivos a continuación.

2.1. Objetivo general

Articular los elementos que debiera disponer un terapeuta para llevar a cabo un 'acercamiento comprensivo, reflexivo y complejo' acerca de la sexualidad humana.

2.2. Objetivos específicos

- Sistematizar los elementos que identifiquen como importantes, dentro del trabajo en temáticas vinculadas a la sexualidad, los profesionales de la psicología (psicoterapeutas), que trabajan con consultantes individuales y consultantes en pareja.
- Sistematizar los elementos que identifiquen como importantes, dentro del trabajo en temáticas vinculadas a la sexualidad, los profesionales del área de la salud física (médicos, kinesiólogos, enfermeras u otros), que trabajan con pacientes individuales y/o con parejas.
- Reflexionar en torno a la posibilidad de complejizar los mecanismos a través de los cuales se realiza un diagnóstico en temáticas vinculadas a la sexualidad.

3. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA

3.1. Sexualidad, concepto y cultura

La sexualidad en la pareja, podría ser concebida como un espacio de encuentro, cuya finalidad principal sería mantener el vínculo y responder desde una perspectiva de necesidades biológicas (reproducción), sin embargo, desde una perspectiva más bien cultural y, desde ahí, la psicología, aparecen otras dimensiones de la sexualidad, que implican los procesos sexuales humanos de manera mucho más abierta y su relación con la identidad de un sujeto. De ahí la importancia de entender la sexualidad en términos bastante amplios.

Como elemento formal, se puede considerar lo planteado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que plantea una definición general de sexualidad:

El término “sexualidad” se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: Basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. Sin embargo, en resumen, la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2000, p.6).

La misma organización agrupa diferentes conceptualizaciones, definiendo la salud sexual como una experiencia del proceso continuo de un estado de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad; que no trata simplemente de la ausencia de disfunción, enfermedad y/o discapacidad. Así, esta puede observarse en las

expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal que enriquece a su vez la vida individual y social. Además en esta definición se propone que, para que la salud sexual se logre y se mantenga, se requiere de un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como también la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia, es decir, en donde los derechos sexuales de las personas sean reconocidos y garantizados (OPS y OMS, 2000).

Para Rubio (2014, p.3), el bienestar se constituye como un concepto central en la definición de la salud sexual pues esta se define en los mismos términos que el bienestar. De esta manera, el autor describe algunas condiciones que permiten lograr un bienestar sexual:

1. La necesidad de tener un enfoque positivo, es decir, de aceptación y no de rechazo o conflicto, ante la sexualidad y las relaciones sexuales.
2. La necesidad de respeto ante la sexualidad y las relaciones sexuales.
3. La imposibilidad de tener salud sexual si existe violencia, coerción o discriminación.
4. La posibilidad de tener placer y seguridad en las relaciones sexuales.

Para el mismo autor la sexualidad está formada de varios componentes que desempeñan un papel fundamental en la vida del ser humano, lo que justifica también su presencia en todas las dimensiones de un sujeto; planteando también, la necesidad de conceptualizar un desempeño físico erótico y no sólo sexual propiamente tal. Además, sostiene su relación directa con la calidad de vida y cómo algunos estudios llegan a relacionar directamente el bienestar psicológico con la sexualidad. Asimismo, el sólo hecho de pertenecer a una comunidad en la cual hay mayor acceso y apertura frente a la sexualidad contribuye al desarrollo de una vida sexual que contiene el respeto, pero también la aceptación por el placer sexual.

Lo anterior implica entonces que la vida sexual, como varios otros aspectos de la vida humana en general, no está exenta de factores determinantes sociales, ya sea por la educación abierta contribuyente a una sexualidad orientada al placer y a un ejercicio libre del sexo, pero también en el reconocimiento de que tanto costumbres y valores culturales, sociales y religiosos; así como también, una cultura fuertemente estricta, restrictiva y/o culturas marcadamente machistas, inciden de manera negativa en el desarrollo sexual de un sujeto (Kingsberg y Rezaee, 2013).

No obstante estas definiciones generales, el ejercicio de la sexualidad fue visto por mucho tiempo como un tema tabú, del cual no se tenía el hábito de conversar, menos aún con la pareja (Navarro, Torrico y López, 2010). Actualmente de acuerdo a algunos autores, ya se tiene una aceptación generalizada de que, en términos de comunicación, es fundamental para la relación de pareja pues la vida sexual requiere de un aprendizaje de la pareja en donde es fundamental el saber qué le agrada o desagrada a cada uno; la educación mutua y la adaptación de ambos para la unificación y obtención del logro sexual de la pareja, más que como individuos aparte (Navarro, Torrico y López, 2010).

Junto a factores culturales, entran también en juego factores singulares de cada miembro de la pareja en el desarrollo y coordinación sexual que se requiere. Estos serían derechamente factores psicológicos que pudieran presentarse como factor preponderante en la manifestación de algunos trastornos sexuales que impiden un goce libre de la sexualidad. Se está hablando entonces no sólo de la falta de educación sexual (que igualmente es un factor negativo), sino que además de rigidez moral o experiencias traumáticas, las cuales aparecen luego disfrazadas de hostilidad, agresión, lucha de poder, frustración, precisamente en el plano de la sexualidad (Navarro, Torrico y López, 2010).

3.2. Trastornos relacionados con la sexualidad

Las disfunciones sexuales son “alteraciones persistentes o recurrentes de una o varias fases de la respuesta sexual, que provocan problemas o molestias al individuo o a la pareja” (Álvarez-Gayou, 1986, citado en Sánchez y Carreño, 2007, p. 33). El hecho de que sean alteraciones, quiere decir que son en su mayoría inhibiciones de respuesta, que se presentan en diferentes fases de la respuesta sexual. Esto va de la mano con una serie de otras manifestaciones que hacen que la sexualidad, en general, sea percibida como desagradable o bien que no se haga presente en términos de un deseo (Labrador y Crespo, 2001; Rubio y Díaz, 1994 citado en Sánchez y Carreño, 2007).

Habría además según Sánchez y Carreño (2007, pp. 33-34), cuatro características esenciales que se presentan en todas las disfunciones sexuales, las cuales son fundamentales al momento de realizar un diagnóstico diferencial:

- a) Son procesos de naturaleza erótica cuyos resultados giran en torno a la calidad placentera de estas vivencias, así como las construcciones mentales alrededor de las mismas;
- b) Son procesos que se consideran indeseables;
- c) Son procesos que se presentan en forma recurrente y persistente en la vida erótica de las personas;
- d) Se presentan en forma de síndromes, o sea, como un grupo de síntomas que permiten la identificación de grupos de personas con síntomas similares, no así de las causas que los provocan.

A partir de diversos estudios sobre la respuesta sexual humana y las disfunciones sexuales, se han propuesto varias clasificaciones, que incluyen de manera diferenciada las disfunciones sexuales femeninas y masculinas. Entre los marcos de referencia en que se sostienen dichas clasificaciones, por supuesto que se encuentra el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ta Edición, Texto Revisado (DSM-IV-TR, por sus siglas en inglés) (American Psychiatric Association, 2002), que más allá de ser

concebido como una guía para los trastornos psicopatológicos, proporciona igualmente un cuadro acerca de lo que se considera normal y anormal. Es así como se hace presente entonces, en el escenario profesional, una cierta aceptación de que las disfunciones sexuales se caracterizan por una alteración del deseo sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales.

La clasificación que propone el Manual, se presenta en la tabla a continuación:

Trastornos del deseo sexual:

- *Deseo sexual hipoactivo.* Se caracteriza por una disminución o ausencia de fantasías y deseos de la actividad sexual en forma persistente o recurrente.
- *Trastorno por aversión al sexo.* En donde se encuentra una aversión extrema persistente o recidivante hacia la actividad sexual y existe una evitación de todos o casi todos, los contactos sexuales genitales con una pareja sexual.

Trastornos de la excitación sexual:

- *Trastorno de la excitación en la mujer.* Incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación, hasta la terminación de la actividad sexual.
- *Trastorno de erección.* Incapacidad persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual.

Trastornos orgásmicos:

- *Trastorno orgásmico femenino.* Ausencia persistente o recurrente del orgasmo, tras una fase de excitación sexual normal.
- *Trastorno orgásmico masculino.* Ausencia persistente o recurrente del orgasmo, tras una fase de excitación sexual normal.
- *Eyacuación precoz.* Eyacuación persistente y recurrente, en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración y antes de que la persona lo desee.

Trastornos sexuales por dolor:

- *Dispareunia.* Dolor genital persistente o recurrente en la mujer antes, durante o después de la relación sexual.
- *vaginismo.* Aparición persistente o recurrente de espasmos involuntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfieren con el coito.

(APA en Sánchez y Carreño, 2007, p. 34).

Es evidente que la presencia de dichos trastornos no es permanente en todos los casos, lo cual abre un escenario para la pregunta psicológica o el motivo de un tratamiento psicoterapéutico, esto pues, hay variaciones en los trastornos que tienen que ver con su naturaleza y el hecho de que aparezcan o desaparezcan en determinadas circunstancias. Existiría entonces, de acuerdo a Sánchez y Carreño (2007, pp. 34-35) una distinción entre ambos escenarios, a saber:

De toda la vida. Indica que el trastorno sexual ha existido desde el inicio de la actividad sexual.

Adquirido. Indica que el trastorno sexual ha aparecido después de un periodo de la actividad sexual normal.

Y en cuanto al contexto en el que aparece la disfunción sexual:

General. Indica que la disfunción sexual no se limita a ciertas clases de estimulación, de situaciones o de compañeros.

Situacional. Indica que la disfunción sexual se limita a ciertas clases de estimulación, de situaciones o de compañeros.

Respecto de la prevalencia de este tipo de trastornos, se tiene una serie de datos entre los cuales llama la atención un estudio realizado en la Ciudad de México (Sánchez, Carreño, Martínez y Gómez, 2005). En dicho estudio se reporta una prevalencia de las disfunciones sexuales de 52,2% en la población femenina y 38,8% en la masculina. Las disfunciones sexuales que con más frecuencia se encontraron fueron: disritmia (23,4%), o deseo sexual hipoactivo (22,6%) y trastornos del orgasmo (21,0%), para las mujeres; y disritmia (55,3%), eyaculación precoz (42,5%) y deseo sexual hipoactivo (30,5%) para los hombres. Otras disfunciones sexuales que se encontraron fueron en la población femenina fueron: dispareunia (18,4%), inhibición de la excitación (14,8%), vaginismo (9,1%) y aversión al sexo (8,8%); mientras que en el caso de la población masculina fueron: trastorno de la erección (14,2%), trastorno orgásmico (0,05%). En este estudio la disritmia es considerada una disfunción sexual definida por Álvarez-Gayou (1986) como un incremento de la actividad sexual normal en uno de los miembros de la pareja, que se

manifiesta por la insatisfacción que provoca en el otro miembro de la pareja, el hecho de que el otro desee, o no, demasiado las relaciones sexuales.

En el caso de Chile, se tiene un estudio realizado en la Unidad de Sexualidad Humana del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, que arrojó datos diferentes como que el 72% de 182 mujeres atendidas en la unidad mencionada, consultó por disfunciones sexuales generales, de las cuales un 38% reporta deseo sexual inhibido (Aliaga, Ahumada, Villagrán, Santamaría, Manzor, y Rojas; 2000).

En el contexto chileno también destaca un estudio de prevalencia de trastornos de la sexualidad a mujeres que asistieron a un consultorio externo de Gineco-Obstetricia del Hospital de la Serena que arrojó que de un total de 217 mujeres estudiadas un 67,7% presentaron alguna disfunción sexual femenina dada por la alteración de uno o más de los siguientes aspectos: falta de deseo sexual (52,9%), ausencia de orgasmo (37,3%), falta de lubricación (28,6%), dispareunia (17,9%), falta de excitación (24,8%) y satisfacción sexual (78,8%). Además el 80,6% de la muestra consideró importante la relación sexual en la relación de pareja (Kamei y Kamei, 2005).

Por otro lado en Chile, en el año 2002, la Comisión Nacional del SIDA del Ministerio de Salud, presenta a la comunidad los primeros análisis del “Estudio Nacional de Comportamiento Sexual” en el cual se obtuvo que del total de 3.151 mujeres, un 70,7% informó que habría conversado temas íntimos al menos en los últimos 12 meses. Los interlocutores con quienes habrían conversado estos temas, se ubicaban casi exclusivamente en la pareja (56,0%), los amigos (23,0%) y los parientes (14,9%). Además se obtuvo que los profesionales de la salud demostraron tener un rol muy débil como interlocutores (1,0%); y que en términos de estrato socioeconómico, el estrato bajo solo posee la menor experiencia de conversaciones sobre intimidad (Ministerio de Salud, 2002).

Resulta curioso que la gran mayoría de investigaciones sobre prevalencia de función y disfunción sexual en el contexto chileno se enfoquen principalmente en la población femenina. En este contexto, dentro de los pocos estudios sobre disfunción sexual masculina destaca la investigación desarrollada por Venegas y Baeza (2004) sobre prevalencia de la disfunción sexual en Chile, que tiene como resultado que de una muestra de 1.447 hombres de edades entre 40 y 92 años, un 83,5% refieren estar

sexualmente activos y que la disfunción eréctil se presenta en el 51,5% de la muestra. Además destaca un estudio realizado por Barrientos y Páez (2006), quienes determinaron que el 51,8% de los hombres se encuentran satisfechos con sus encuentros sexuales, descendiendo esa cifra hasta el 44,4% para el caso de la población de mujeres.

El diagnóstico es seguramente un tema muy importante al momento de trabajar en temáticas vinculadas a la sexualidad, tanto por su relación directa con aspectos de la salud física, como también porque se debe determinar correctamente en cuál ámbito de lo psicológico (identitario, familiar, relacional, auto estima, entre otros) se debe profundizar. La psicología clínica es comúnmente la que se dedica a investigar, diagnosticar y tratar las alteraciones psicológicas. Siendo así entonces, en temáticas vinculadas a salud mental, el psicólogo quien debe generar un plan de tratamiento que deriva de este primer acercamiento, por ende se trata de un proceso de toma de decisiones. Dicho acercamiento, en algunas temáticas (como es el caso de la sexualidad) podrán requerir de apoyo interdisciplinario. También la apertura entonces que tendrá el psicólogo frente a la participación de otras disciplinas permitirá que se cuente con dicho apoyo según la necesidad del caso. Algunos enfoques de terapia sexual, son de hecho fieles defensores del trabajo interdisciplinario cuando es requerido por el proceso, pues las contribuciones de otros profesionales expertos son consideradas únicas y de gran valor tanto en etapas de evaluación como de tratamiento (McCarthy y Wald, 2017).

En un estudio realizado por Bachmann (2006), se evidenció que sólo un 14% de los médicos de atención primaria reconoce haber preguntado alguna vez sobre la función sexual. Esto, a todas luces, dada la temática, es un porcentaje bastante bajo que pudiera estar explicado ya sea por un desconocimiento del tema, escasa experiencia en trabajo clínico, incomodidad o algún aspecto cultural participante (premisas de los propios profesionales), entre otros factores. Bittner (s.f.) plantea que finalmente la decisión queda al albedrío de cada profesional y no es una especie de hábito profesional o, derechamente, dentro del procedimiento (Bittner, s.f.).

El Programa de Sexualidad Humana del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes" (INPER) de México, propone un esquema para el diagnóstico como se puede apreciar a continuación (esto opera bajo la línea de un procedimiento, es decir, donde un paso va necesariamente primero que el otro y en un cierto orden):

1. Exploración del paciente y de su pareja por medio de la historia clínica (historia familiar, historia de consultas anteriores, vida sexual, vida en pareja, consumo de sustancias, entre otras);
2. Determinación de la sintomatología básica y complementaria del paciente;
3. Detectar los principales mecanismos de defensa utilizados y su origen;
4. Evolución del conflicto y el desarrollo de las funciones yoicas (INPER en Sánchez y Carreño, 2007).

Bajo este procedimiento se llegaría a establecer un cierto nivel, que para este programa es importante, de desorganización psíquica en el que se encuentran cada uno de los miembros de la pareja, lo cual será fundamental para el plan de tratamiento (INPER en Sánchez y Carreño, 2007).

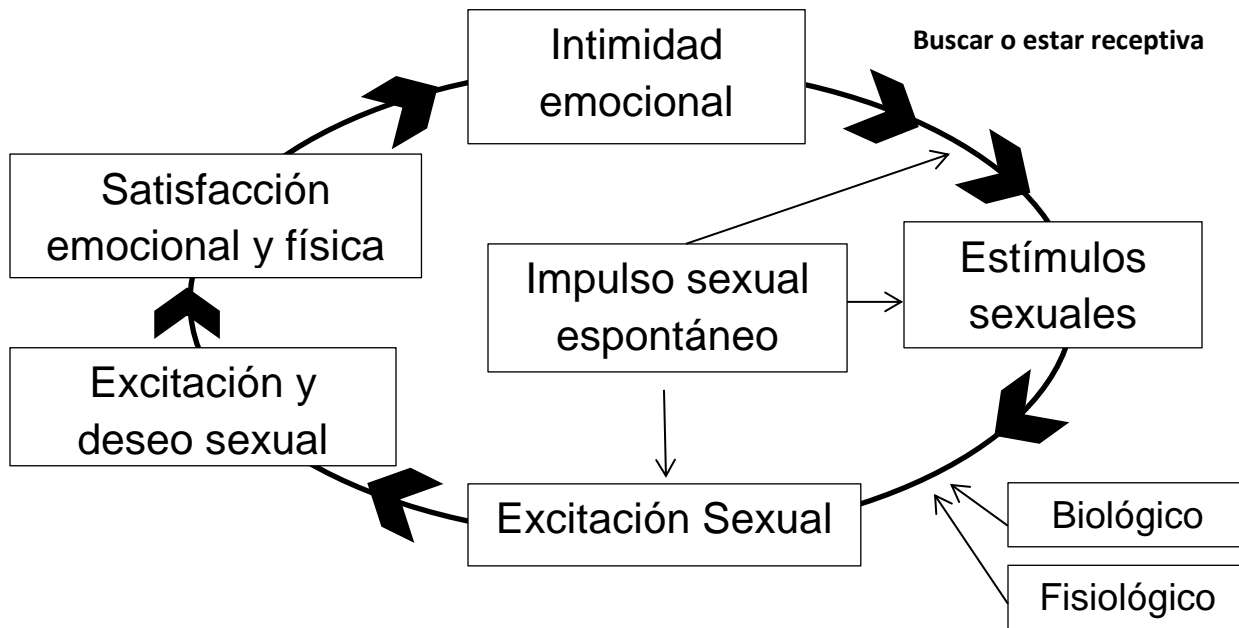
Por cierto que existen determinadas causas externas que alteran el funcionamiento normal de un sujeto, así como también otro tipo de causas internas que tienen que ver con las condiciones sobre las cuales se lleva a cabo un ejercicio sexual. Algunas de ellas tienen que ver con la diabetes mellitus, el hipotiroidismo y la insuficiencia renal crónica, las cuales aun cuando no existe total calidad de su fisiopatía, aparece como muy importante consultar también al momento de hacer un diagnóstico (Bittner, s.f.).

Asimismo, también serán parte del diagnóstico la consulta y el correspondiente análisis, en el caso de que los pacientes estén haciendo uso de medicamentos que pudieran estar alterando su funcionamiento. Es sabido en el escenario de la salud mental que, por ejemplo, el uso de antidepresivos o antipsicóticos tienen un componente importante en la baja de la libido y de la actividad sexual correspondiente, pero además también tienen alta participación los anticonvulsivantes, tiazidas, B-bloqueadores y antihistamínicos, entre otros (Werneke, Northey y Bhugra; Lightner en Bittner, s.f.).

Por otra parte, aparece como importante, cuánto de estos indicadores acerca de la sexualidad, va cambiando según las actualizaciones de diferentes estudios al respecto. Lo cual va derribando mitos, así como también va contribuyendo a disponer de otras informaciones y herramientas para el diagnóstico y el tratamiento de las problemáticas vinculadas a la sexualidad. Un ejemplo de ello lo constituye la llamada "Disfunción Sexual Femenina" (DSF), la cual habría cambiado en su forma de comprenderse y por ende de considerar al momento del diagnóstico y el tratamiento.

Para dar contexto a este fenómeno es relevante revisar lo que han sido las propuestas históricas más conocidas y aceptadas por la academia en cuanto a la función sexual, las cuales han planteado el desarrollo de múltiples modelos que describen “la respuesta sexual sana”. El modelo más conocido por ser pionero en el estudio de la fisiología del acto y respuesta sexual fue el propuesto por Masters y Johnson en 1966 (Kamei y Kamei, 2005). Este se caracterizó por constituirse como un modelo lineal de la respuesta sexual humana que estructura y describe distintas fases, a saber: excitación, meseta, orgasmo y resolución (Kamei y Kamei, 2005). Este avance por consiguiente también llevo a describir y delimitar las disfunciones sexuales humanas. Más tarde, en el año 1979, Helen Kaplan y Leif modifican este modelo incluyendo el concepto de deseo pues reflejaría componentes psicológicos, emocionales y cognitivos de la respuesta sexual humana (Kingsberg y Woodard, 2015). Siguiendo la lógica de un modelo lineal, estos autores modifican el anterior por un proceso que comprende tan solo tres fases: deseo, excitación y orgasmo (Kingsberg y Woodard, 2015). Posteriormente, la Asociación Americana de Psiquiatría clasifica los trastornos sexuales (descritos anteriormente en este apartado) basándose en estos modelos.

Regresando entonces al ejemplo de la DSF, todo el paradigma que históricamente se ha comprendido en base a los modelos propuestos por los autores mencionados, cambia cuando Basson (2005) en base a evidencia de que a menudo la respuesta sexual no seguía una trayectoria lineal, introduce un modelo circular basado en el concepto de intimidad para explicar la naturaleza multifactorial de la respuesta sexual de la mujer. Este modelo de ciclo cerrado, recoge la compleja interacción de la intimidad emocional, los estímulos sexuales, los factores psicológicos y la satisfacción en cuanto a la relación; constituyendo la base de los nuevos criterios propuestos por el DSM, 5ta Edición (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013); en donde por ejemplo, el trastorno del deseo sexual hipoactivo femenino y los trastornos femeninos de la excitación sexual se combinan para dar paso a una modificación que ahora es descrita en el manual como “trastorno del interés y la excitación sexual femenina” (Kingsberg y Woodard, 2015). La figura a continuación, es una representación del modelo circular propuesto por Basson, mostrando la forma en que se conjugan elementos emocionales y biológicos:



(Basson en Kingsberg y Woodard, 2015).

Además de lo anterior, el nivel de gravedad del problema, también puede cambiar todo el escenario de un diagnóstico (será necesario especificar si el problema es grave, moderado o leve). Del mismo modo, el tipo de manifestación también establece una diferencia, porque puede ser sintónica o distónica y su nivel puede ser sólo un malestar psicológico, o tener como origen una alteración psicológica (leve, moderada o grave); o bien, de un proceso psicopatológico (leve, moderado o grave) (Sánchez y Carreño, 2007).

Siguiendo con la problemática del diagnóstico, ya se ha establecido lo que propone (aunque normalmente aparece como imposición en vez de proposición) el DSM-IV-TR, donde se diferencia entre trastornos del deseo sexual (deseo sexual hipoactivo, trastorno por aversión al sexo), trastornos de la excitación sexual (trastorno de la excitación en la mujer, trastorno de erección), trastornos orgásmicos (trastorno orgásmico femenino, trastorno orgásmico masculino, eyaculación precoz) y trastornos sexuales provocados por dolor (dispareunia, vaginismo) (APA, 2002). Esta clasificación mínima, de alguna manera contribuye a establecer algunos puntos de partida, que igualmente requieren, en el proceso clínico de una revisión permanente.

Todo cambia (o bien se complementa) al momento de entrar en juego el factor relacional, la pareja. El diagnóstico de los problemas de pareja constituye un ejercicio de mayor complejidad, no sólo por la inclusión de otro, sino que precisamente porque debe estar presente aquello que está entre la pareja (Caillé, 1992). Existiría una necesidad cada vez mayor (dentro del quehacer del psicólogo clínico) de tener una mayor especificidad, para así poder elaborar los planes de tratamiento basados en la evidencia detectada de los distintos tipos de problemas de pareja. Por esta razón, se propone una ampliación de la clasificación contenida en el Manual de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR de los problemas de relación que deben ser objeto de atención clínica (APA, 2002).

3.3. Sexualidad y tratamientos

En relación a la sexualidad, es importante recuperar algunos elementos que tienen que ver, ya no con la factibilidad de un acercamiento comprensivo o diagnóstico, sino que propiamente con el intervenir; con el llevar a cabo un procedimiento, más o menos estructurado, que tiene la finalidad de la eliminación de un síntoma (por lo general que está provocando malestar) o más aun, en el caso de la sexualidad, un procedimiento que pretende generar las condiciones para que se pueda llevar a cabo una relación en condiciones más o menos estables. Se está hablando entonces de una cuestión diferente a las planteadas anteriormente, se está haciendo referencia, a la intervención propiamente tal, al tratamiento.

Los tratamientos tienen la particularidad de que normalmente están sustentados en teorías que están a la base y además, como se trata de procedimientos que tienen un cierto nivel de estructuración, frecuentemente entonces, se hace referencia a modelos de intervención.

Tenemos por una parte los “Modelos de intervención basados en el diagnóstico”, esto quiere decir que responden de manera directa, en la atención clínica, a lo que se ha identificado en un primer acercamiento (cuestión que se hace normalmente con la pareja) (Sánchez y Carreño, 2007). Luego de este acercamiento entonces, de inmediato, se ofrece a los consultantes, distintas modalidades de trabajo.

En relación a esto, el Programa de Sexualidad Humana del INPER mencionado anteriormente, plantea un modelo de intervención basado en el diagnóstico que destaca entre otros por utilizar la psicoterapia de grupo de pareja y la comúnmente llamada terapia sexual (Sánchez y Carreño, 2007). A continuación se presentan algunas de las modalidades de intervención propuestas:

Diagnóstico**Tratamiento**

Problemas de pareja y disfunción sexual



Psicoterapia de grupo a la pareja, después del trabajo dinámico (cuando el terapeuta lo determine) se les propone la terapia sexual para el abordaje de la disfunción sexual.

Problemas de pareja sin disfunción sexual



Psicoterapia de grupo de pareja para trabajar su dinámica y funcionalizar la relación en cuanto a su estructura, para después trabajar con los aspectos afectivos, dependiendo del nivel de desorganización en el que se encuentre.

Disfunción sexual sin problemas de pareja o algún problema específico



Se envía a la pareja a terapia sexual o a sesiones individuales en una terapia breve.

Sánchez y Carreño (2007) plantean que es común que dentro de las posibilidades del tratamiento en problemáticas asociadas a la sexualidad, aparezca la psicoterapia de grupos. En esta línea se propone que se trataría de una herramienta altamente eficaz para trabajar de manera directa los conflictos psicológicos asociados a la sexualidad. La terapia de grupo es también una modalidad de psicoterapia, que plantea un uso determinado de técnica: para ello se utilizan fundamentalmente dos niveles de manejo; el de apoyo y el de esclarecimiento, que se van articulando con la conversación en conjunto y van siguiendo las problemáticas encontradas. Esto, según los mismos autores, además permite que el trabajo psicoterapéutico propiamente tal se centre en la pareja y la terapia de grupo pueda complementar dicho centramiento.

Ahora bien, dentro de los tratamientos que gozan de un mayor nivel de conocimiento y por tanto un mayor nivel de aceptación entre los profesionales, están las técnicas de terapia sexual propuestas también por Masters, Johnson y Kolodny (1979) y Helen Kaplan (1982), que a pesar de llevar tanto tiempo instaladas en el circuito académico y profesional, y a pesar de que la sexualidad es un aspecto cultural que seguramente va teniendo importantes modificaciones en cada década, aún sigue contando con una notoria vigencia. Para no quedar sólo con aquellas indicaciones originales, el Departamento de Psicología de INPER, ha realizado una suerte de

actualización, enriqueciéndolas con la propia experiencia institucional en esta temática (Sánchez y Carreño, 2007). Fruto de este ejercicio entonces es que se describen las técnicas a continuación (Sánchez y Carreño, 2007, p. 41):

Focalización Sensorial I	En esta técnica no hay relación sexual, solo caricias en el cuerpo y genitales.
Focalización sensorial II	Mediante las caricias se busca lograr la excitación, pero sin que haya orgasmo ni coito. Durante el tercer grado (acto sexual), la pareja debe lograr una buena estimulación para que la mujer pueda colocar el pene dentro de su vagina y así logre jugar y experimentar diversos movimientos, preocupándose solo por sus sensaciones.
Ejercicios de los músculos pubococígeos	La mujer tiene que ejercitar 10 veces, uno o dos ciclos al día los músculos pubococígeos.
Maniobra de puente	Se estimula el clítoris hasta el momento anterior al orgasmo, para que mediante los movimientos del coito, el reflejo orgásmico se haga presente.
Estímulo y distracción	Consiste en que la pareja se estimule intensamente y, a su vez, se distraiga de la vigilancia inhibitoria.

Habría otros dos aspectos que son muy importantes de considerar al momento de diseñar y de ejecutar un tratamiento. Aspectos que son además bastante compartidos por las diferentes teorías y modelos que pudieran estar a la base. Por una parte, la ventaja y amplitud de posibilidades que da un “tratamiento combinado”, es decir, cuando el tratamiento es canalizado hacia la atención de otro profesional que trabaja desde otra especialidad (psiquiatría, neurología, etc.), por sobre todo en aquellos casos cuando se presenta algún trastorno que requiera ser controlado con fármacos, los cuales ciertamente pueden contribuir a que la psicoterapia sea más eficaz (McCarthy y Wand, 2017). Por otra parte, un segundo aspecto, que también es bastante aceptado, más allá de los modelos y que buscaría también aumentar la eficacia de un tratamiento, se refiere a la alianza terapéutica, que, como bien se conoce, se trataría de la primera tarea terapéutica,

justamente como una antesala al tratamiento propiamente tal. Esto ya sea en el trabajo con un individuo, con una pareja y también en la terapia grupal. Como el tratamiento en temáticas de sexualidad, implica el trabajo directo con temáticas, actividades y reflexiones, que están en un ámbito bastante íntimo, es también bastante evidente que se requiere de un buen nivel de compromiso afectivo, de alianza justamente (Sánchez y Carreño, 2007).

En el caso de la psicoterapia, se tiene que algunos modelos, ya instalados desde hace tiempo, han hecho algunas especificaciones para el tratamiento particular de la terapia en sexualidad (otros modelos en cambio al no pronunciarse al respecto, parece que indicaran que se debe trabajar de manera general, como cualquier terapia). Al respecto y en un intento de sistematizar estos variados tipos de aproximaciones, la editora Zoë D. Peterson (2017) en conjunto con distintos profesionales expertos en estas temáticas ha publicado el libro “The Wiley Handbook of Sex Therapy”, el cual en gran parte está dedicado a describir y articular la diferencia entre modelos donde la principal característica es lograr una suerte de estado del arte de la terapia sexual, bastante actualizado. De esta publicación, se ha resumido el siguiente cuadro que describe el operar de algunos modelos:

	Modelo Biomédico	Modelo Psicobiosocial
Premisas Principales	Comprensión de la sexualidad desde una mirada biológica/médica.	Comprensión de la sexualidad humana desde tres factores principales: Lo psicológico, lo biológico y lo social/relacional
Definición de la Sexualidad	Se comprende desde una perspectiva individual del desempeño sexual, asumiendo un foco heteronormativo donde el acto sexual (coito heterosexual) es el “único sexo natural”.	Se entiende que la sexualidad humana -individual y de pareja- es por naturaleza, variable, compleja, multidimensional y multicausal; involucrando cuatro elementos fundamentales: deseo, placer, erotismo y satisfacción (dando énfasis a la idea de que la esencia de la sexualidad es compartir placer). En este sentido, lo sexual refiere a una amplia variedad de actitudes, sentimientos y escenarios.

		Reconoce la idea de que el sexo es mucho más que el acto sexual mismo (coito) desde un enfoque no heteronormativo; en donde cada individuo es responsable por su propio deseo y excitación.
Definición de la función y disfunción sexual	<p>Plantea una aproximación binaria de función y disfunción sexual en donde se asume que todos los cuerpos saludables funcionan de la misma manera.</p> <p>Enfatiza el funcionamiento fisiológico del cuerpo, planteando una imagen clara de lo que es una función sexual “normal” en términos de excitación y orgasmo: Erección predecible en hombres y orgasmo predecible en mujeres.</p> <p>La disfunción sexual por tanto, refiere a una performance sexual individual “imperfecta”, a la que se busca dar cura a través de un diagnóstico correcto y la mejor intervención médica posible. En general, el foco en mujeres está puesto en el orgasmo y en un acto sexual sin dolor, mientras que en hombres, en la superación de la disfunción eréctil y la eyaculación precoz.</p>	<p>Promueve un enfoque comprensivo e integrativo a la función y disfunción sexual; considerando que el deseo, placer, erotismo y satisfacción son elementos fundamentales para una sexualidad de pareja saludable y funcional.</p> <p>Plantea que la disfunción sexual es un fenómeno de pareja multicausal y multidimensional en el que deben considerarse variables individuales, de pareja, culturales y de valores.</p> <p>Al comprender la sexualidad como inherentemente variable y compleja; el tratamiento no busca una “cura” que devenga en un perfecto desempeño sexual, sino que se esperan resultados sexuales variables y flexibles orientados a un deseo y satisfacción mejorados, y a la reducción de angustia del individuo o pareja.</p>
Objetivo final de la terapia sexual	Al ser un enfoque que plantea una sola forma	La terapia sexual psicobiosocial considera de mayor

	<p>“normal” de experimentar la sexualidad; el foco está puesto en la “cura” de cualquier patología, generalmente física, que irrumpa en la vida sexual del individuo, para así promover una función sexual predecible y “perfecta” en términos de excitación y orgasmo (coito).</p> <p>En general, se espera en hombre superar la disfunción eréctil y la eyaculación precoz; mientras que en mujeres, alcanzar orgasmo predecible y un acto sexual sin dolor.</p>	<p>importancia el trabajo sobre el deseo y la satisfacción, que el relacionado a la excitación y el orgasmo. Desde esta perspectiva, el objetivo que se persigue es definir expectativas de pareja, positivas y realistas desde una postura de “Good Enough Sex” (Sexo Suficientemente Bueno), orientadas a la reducción de angustia y a un deseo y satisfacción mejorados. De acuerdo a esto, es clave que la pareja misma establezca objetivos sexuales relevantes para ellos.</p> <p>Además, aunque comprenda que el escenario ideal sea que la pareja presente una experiencia sincrónica mutua donde ambos individuos de la pareja experimenten deseo, excitación, orgasmo y satisfacción sexual; plantea que esa no es una expectativa realista de una sexualidad “normal” en cada uno de los encuentros.</p>
<i>Paciente Índice</i>	Individuo que presenta una disfunción sexual.	En general, la pareja, pues la sexualidad es entendida como un proceso relacional.
<i>Curso predominante del tratamiento</i>	El médico, es el primer profesional consultado y actúa como el líder del tratamiento, administrando generalmente una consulta individual como primer paso para la evaluación de una patología médica. El curso predominante del tratamiento consiste en una intervención médica individual, sin un involucramiento activo de la	El proceso inicia con una consulta generalmente de pareja, que es facilitada por un terapeuta. Trabaja en primer lugar, factores psicológicos y sociales/relacionales desde la idea del modelo de “Sexo Suficientemente Bueno” que se basa en la inherente variabilidad, complejidad y flexibilidad de la sexualidad de pareja; mientras continúa reconociendo la importancia de factores

	<p>pareja, en la que se hace uso de medicación, hormonas o inyecciones.</p> <p>Este tratamiento se define a través de un problema acotado que en general se presenta como una dolencia o enfermedad aguda; una etiología y diagnóstico específicos; y una intervención médica particular, orientada a la cura de la disfunción sexual.</p>	<p>biomédicos. En el caso de que alguna intervención médica sea recomendada, esta debe ser evaluada en términos de aceptación por la pareja, estando siempre ambos individuos comprometidos en el proceso. De acuerdo a esto, se plantea un tratamiento con un involucramiento activo de la pareja sexual en el que se adopta un plan específico que integre la (las) intervención (es) médica (s) al estilo de intimidad, placer y erotismo de la pareja; valorando el uso de medicación pro sexual en el reforzamiento de la función y satisfacción sexual.</p>
Interdisciplinariedad	Escasa o nula.	<p>En este modelo, profesionales de numerosos campos (psiquiatras, internistas, ginecólogos, urólogos, endocrinólogos, kinesiólogos, especialistas en adicción o terapeutas individuales) son considerados colegas bien respetados con contribuciones únicas el proceso de evaluación y tratamiento de la terapia sexual. Además, se intenta contactar a actuales o antiguos profesionales de cualquiera de los individuos de la pareja (Terapeutas de pareja, consejero pastoral, terapeuta de programa de adicción al sexo, psiquiatras, especialistas en medicina sexual, terapeuta individual, etc.), con el fin de reunir aportes de tratamientos pasados y/o sugerencias terapéuticas que puedan aportar a la terapia.</p>

<p>Prevención de Recaídas y expectativas sexuales a largo plazo</p>	<p>Este modelo indica que una vez que el individuo alcanza nuevamente un funcionamiento sexual “normal”, no surge la necesidad de un plan de prevención de recaída o de una discusión respecto de las expectativas sexuales.</p> <p>En caso de que la disfunción se presente nuevamente; el paciente debería contactar al médico, reincorporando una intervención médica.</p>	<p>Considera que los problemas sexuales tienen un alto riesgo de recaída (especialmente los problemas de deseo y disfunción eréctil) que debe ser abordado de alguna manera ya que estas pueden reestablecer un ciclo de ansiedad anticipatoria que lleva a un coito tenso, frustración e incluso evitación. Un plan específico, complejo, comprensivo y personalizado de prevención de recaída es un componente integral para este modelo. Promueve la adopción de un estilo sexual aceptado por ambos individuos de la pareja que ponga en juego las fortalezas del estilo sexual escogido mientras se monitorean al mismo tiempo potenciales vulnerabilidades. Esta estrategia que empodera a la pareja, enfatiza en especial las dimensiones del deseo y la satisfacción sexual. Por último, es relevante que frente a una satisfacción sexual pensada a largo plazo, la pareja debe prepararse para confrontar estereotipos culturales y de los medios masivos de comunicación que plantean la idea de que “el mejor sexo” es novedoso, dramático, romántico, apasionado, erótico e ideal. Sin embargo, esta visión de sexo idealizado es muy frágil en el sentido que tiende a presentarse solo al comienzo de una relación (6 meses a dos años).</p>
--	---	---

(Traducción no autorizada de McCarthy y Wald en Peterson, 2017).

Otro aspecto a destacar dentro de los tratamientos posibles y que tiene además directa relación con el enfoque sistémico, es la realización de lo que se puede llamar, derechamente, como una terapia sexual sistémica. Teresa Arcelloni (2011), psiquiatra italiana, que ha desarrollado variados aspectos sobre la terapia en general, se dedicó a la traducción del libro, terapia sexual, del autor alemán, Ulrich Clement, en el 2010. Desde ese entonces, además con su propia experiencia y la influencia de la Escuela de Milán, donde se formó y trabaja; termina desarrollando también su propia descripción y adscripción a un modelo de tratamiento.

Para Arcelloni (2011) es importante desapegar sexualidad de mal funcionamiento, en la medida en que sostiene que la forma en la que las personas viven su sexualidad no es la resultante de aspectos que no funcionan y tampoco es un objeto que se deba reparar, sino que simplemente es cómo una pareja elige estar juntos.

En esta línea, la terapia sexual sistémica se propone como una novedad respecto de un tratamiento tradicional, donde la perspectiva abierta y reflexiva que trae la perspectiva relacional se articula con aspectos específicos de la sexualidad que serían vitales para el trabajo con una pareja:

La terapia sexual sistémica recupera la terapia sexual, organizándola al interior del marco relacional, no construye un muro de frente a un síntoma sexual que hace sufrir las personas, sino que abre la conversación sobre el tema de la sexualidad. [...] El desafío de la terapia sexual sistémica entonces está en el tomar una postura de neutralidad frente a la sexualidad de los clientes sin descuidar de enfrentar abiertamente todos los significados relacionales que están conectados con la sexualidad (Arcelloni, 2011, p. 59).

En Europa, ha emergido ya un fuerte interés, de parte de los profesionales de la salud mental, en especializarse sobre la temática de la terapia en sexualidad y justamente la terapia sexual sistémica, primero en Alemania y ahora en Italia, ofrecen esta posibilidad. Es imaginable que en nuestro contexto latinoamericano este tipo de aproximaciones tarden un poco todavía en aparecer.

4. MARCO METODOLÓGICO

4.1. Aproximación epistemológica

La presente investigación adscribe a las bases epistemológicas del enfoque sistémico relacional, a partir del cual se considera relevante la relación entre sujetos, comprendiendo la realidad como procesos complejos. De acuerdo a esto, se entiende que no se tiene un acceso directo a la realidad, sino que se establecen distinciones que son responsabilidad de quién realiza dicha distinción; y en donde cada una de ellas no tienen necesariamente la ambición de universalidad en relación a la verdad (Von Foerster, 1998). Más bien se trata de una perspectiva que incluye al observador, pero que es también parte de una red de significación, donde importa bastante el contexto en el que sus significaciones tienen lugar. Se trata entonces de un proceso en constante construcción desde lo social y sus relaciones, lo cual tendrá implicancia en la forma en que el sujeto percibe su propia realidad (Shotter, 1993).

El estudio está situado en una perspectiva bajo la cual el acceso a la realidad estará limitado y parcial, al tratarse de un estudio cualitativo cuya epistemología está caracterizada por un acercamiento constructivo-interpretativo del conocimiento que se entiende como una producción o construcción del sujeto más que una “realidad” que se nos devela (González, 2000).

4.2. Tipo de estudio

Como se ha establecido se trata de un tipo de estudio, con un carácter cualitativo, de orden exploratorio y descriptivo, que busca profundizar sobre una temática como es la sexualidad y que además de ser ampliamente visitada es igualmente compleja (Sampieri, 2006). Aquello, sin embargo, que se pretende explorar, está al nivel del primer acercamiento a la temática de parte de profesionales que trabajan en sexualidad, cuestión que pareciera tener un importante vacío, dado que se cuenta con pocos elementos para llevar a cabo un acercamiento comprensivo y reflexivo al mismo tiempo que garantice la consideración de la mencionada complejidad. Su carácter descriptivo entonces está en el

pretender caracterizar y especificar las cualidades de las situaciones específicas a indagar, en esta ocasión referida al primer acercamiento que realizan los profesionales, para conseguir los objetivos propuestos en el estudio (Samperi, 2006).

Lo anterior, de acuerdo a Guardián-Fernández (2007), si bien permite la producción de conocimiento, al mismo tiempo la limita y su ejecución busca dar cuenta de los campos de sentidos que la definen y tensionan. En este sentido, se releva el carácter político de investigación de tipo cualitativa, la cual propone replantear los distintos significados que se le atribuyen a la realidad social, ya sea para mantenerla o movilizar transformaciones (Guardián-Fernández, 2007).

4.3. Participantes

El estudio entonces implicó la elección de una muestra a partir de una técnica de *muestreo no probabilístico por conveniencia*, esto quiere decir que se escogen casos o sujetos que estén accesibles y disponibles, que además puedan ser incluidos bajo el fundamento de la proximidad y conveniente accesibilidad de los sujetos al investigador (Otzen y Manterola, 2017). También puede ser descrito como un tipo de acercamiento arbitrario a la población en estudio, precisamente por su disponibilidad (Navarrete, 2000).

De acuerdo a lo anterior, la muestra con la que se trabajó se trata de un total de nueve profesionales, dentro de los cuales siete son psicólogos y psicólogas expertos (as) en atención clínica individual y de parejas; y dos son profesionales expertos del área de la salud física. La muestra fue seleccionada bajo los siguientes criterios:

a) Criterios de Inclusión:

- Profesionales expertos en clínica psicoterapéutica y médica, en atención a individuos y de parejas.
- Profesionales que hayan tenido algún tipo de instrucción o formación en la temática de sexualidad.
- Profesionales con al menos 5 años de experiencia.

b) Criterios de Exclusión:

- Profesionales que participen de alguna institución específicamente ideologizada, que implique de alguna manera también a la temática de sexualidad.
- Profesionales que tengan vínculo directo de trabajo con los eventuales revisores de la investigación.

La siguiente tabla resume la composición de la muestra.

Entrevistado	Profesión	Edad	Sexo	Años de experiencia
1	Psicólogo	51	M	22
2	Psicóloga	55	F	25
3	Psicóloga	38	F	7
4	Psicólogo	44	M	14
5	Psicóloga	36	F	10
6	Psicóloga	47	F	20
7	Psicólogo	48	M	21
8	Kinesióloga	41	F	13
9	Ginecólogo	46	M	21

4.4. Técnica de producción de datos

En la presente investigación, se utilizó la técnica de la entrevista cualitativa de tipo semi-estructurada -con un previo consentimiento informado [Ver Anexo 1]- la cual consiste en una lista de preguntas o asuntos ordenados y previamente seleccionados, en las que el entrevistador, conforme avanza la entrevista, posee la libertad de incorporar preguntas adicionales que permitan precisar conceptos u obtener información en mayor profundidad respecto de algún tema en particular (Sampieri, 2006). Taylor y Bodgan (2000) plantean que este tipo de entrevistas tienen por objetivo, encontrar las variantes entre las declaraciones de los sujetos sin que estas influyan la variabilidad de las preguntas que se expongan. Por otro lado, tal como lo plantea Callejo (2002), la utilidad de este instrumento radica en lo eficaz y rápido que puede ser frente a otras técnicas de producción de datos.

De acuerdo a lo anterior Guerrero (2001) afirma:

Estas [entrevistas] permiten acceder al universo de significaciones de los actores, haciendo referencia a acciones pasadas o presentes, de sí o de terceros, generando una relación social, que sostiene las diferencias existentes en el universo cognitivo y simbólico del entrevistador y el entrevistado (p.3).

En primera instancia, para evaluar el proceder del instrumento, la factibilidad de sus tiempos y su pertinencia a la investigación, se realizó una entrevista piloto a dos de los nueve profesionales expertos seleccionados como muestra, que constaba de un total de 22 preguntas divididas en cuatro apartados definidos por temáticas particulares [Ver Anexo 2]. Posteriormente, debido a algunas dificultades identificadas en la posibilidad de los participantes para responder a ciertas preguntas, se tomó la decisión de construir una segunda pauta de entrevista; la cual fue redactada de dos formas distintas para que pudiera ajustarse tanto al contexto de los profesionales de la salud mental como a los de la salud física [Ver Anexo 3 y 4]. Ésta se plantea como un mejoramiento a la investigación y a diferencia de la primera entrevista piloto, consistió en un total de seis enunciados generales que contenían algunas preguntas orientadoras respecto de temáticas específicas relacionadas a la sexualidad y al diagnóstico. La finalidad de esta nueva

modalidad en el formato de la entrevista, fue abrir la posibilidad de que fueran los (las) entrevistados (as) quienes pudieran expresarse libremente respecto de los temas planteados, sin acotarse a un subtema específico de cada temática.

Las entrevistas fueron realizadas por la investigadora en lugares a conveniencia de los (las) entrevistados (as), teniendo una duración promedio de una hora. Éstas fueron grabadas -bajo el consentimiento informado de los participantes- y transcritas textualmente para su posterior análisis [Ver Anexo 1 y 5].

4.5. Procedimiento

El procedimiento que se sigue a continuación, describe los pasos que se realizaron en el estudio, para el trabajo directo de campo:

- Contacto a profesionales que pudieran ser parte de las entrevistas.
- Selección de los profesionales a entrevistar (de acuerdo a los criterios de inclusión y disponibilidad).
- Realización de entrevista piloto.
- Ajustes de la pauta de entrevista en conformidad al pre-análisis de la entrevista piloto.
- Realización de las entrevistas restantes.
- Transcripción (periódica) de las entrevistas a medida que fueron realizándose.
- Construcción del texto final de datos de la investigación, que incluye todas las entrevistas.

4.6. Técnica de análisis de los datos

De acuerdo a lo planteado por Calventus (2008) el tipo de análisis que se utiliza para los datos textuales dependerá tanto de la intencionalidad, como de los objetivos y en definitiva, de la pregunta que guíe el estudio. Conforme a este planteamiento y en concreto a la pregunta de investigación del presente estudio, los datos producidos se analizarán a partir de un análisis interpretativo de contenido o también llamado, análisis estructural. El análisis interpretativo de contenido es un tipo de análisis de datos cualitativos textuales que se caracteriza por corresponderse con preguntas de

investigación referidas específicamente al nivel significativo o semántico del texto, y que problematizan acerca de “lo que se dice”. “Lo que se dice” tiende a significarse, en un primer momento de carácter más descriptivo, a partir de su segmentación (citas), agrupación (reducción) y categorización (códigos); para posteriormente analizar de forma interpretativa la relación entre las distintas categorías logrando de esta manera una cierta comprensión del significado (Calventus, 2008). González (2000), por su parte, describe este tipo de análisis como un proceso constructivo-interpretativo, que va más allá del simple proceso de codificación, y que se caracteriza por orientarse a la generación de indicadores sobre el material analizado de forma abierta, procesual y constructiva, sin pretender reducir el contenido a categorías concretas restrictivas.

A partir de lo anterior, y basándose en los planteamientos de Calventus (2008), los pasos a seguir para realizar el análisis interpretativo de contenido, fueron los siguientes:

- 1) Selección de las temáticas principales en función de los referentes teóricos y objetivos de la presente investigación.
- 2) Construcción, realización y transcripción [Ver Anexo 5] de la entrevista piloto y posterior entrevista definitiva, a partir de las temáticas seleccionadas.
- 3) Construcción de cuatro dimensiones para el análisis de acuerdo a los datos generales construidos en las entrevistas.
- 4) Agrupación de citas textuales según las dimensiones o categorías previamente definidas.
- 5) Análisis interpretativo de la información obtenida para cada una de las dimensiones construidas, integrándola con los referentes teóricos y perspectiva propia de la investigadora.

A continuación se presentarán las dimensiones mencionadas anteriormente, las cuales, fueron construidas específicamente para la presente investigación, abarcando los focos de interés a trabajar en el análisis. Cabe destacar, que estas fueron construidas a partir de la relación entre los antecedentes teóricos, los objetivos, los datos construidos en las entrevistas y las determinaciones particulares de la investigadora, con el objetivo de facilitar el proceso de análisis.

4.6.1. Dimensiones del estudio

Las presentes dimensiones operan como foco reducido para la amplia gama de información que se produce al trabajar con temáticas de esta naturaleza, como es el caso de la sexualidad. Han emergido como fruto de una reflexión en torno a la temática, pero también respecto de la bibliografía del tema considerada para la investigación. Además, en el intento precisamente de focalizar, incluye de alguna manera la hipótesis desde la cual se trabaja, que establecería que actualmente la mayoría de los diagnósticos -o acercamientos complejos- en sexualidad están relacionados con la función/disfunción, con el placer/displacer y otras dicotomías.

A continuación entonces, se indican cuatro dimensiones para el estudio, las cuales serán también los ejes para la triangulación al momento de analizar los datos (parte descriptiva y discusión de los resultados). Se ha optado por dar una definición operativa para cada una de ellas, no como definición conceptual desde una teoría en particular, sino más bien como indicador metodológico. Cabe destacar que cada una de las dimensiones no representan una categoría cerrada de análisis, sino más bien, se presentan en un formato de continuo que permite la posibilidad de abarcar en mayor profundidad la temática de la sexualidad. Si bien, con una finalidad metodológica, las dimensiones se separan en distintas categorías, esto no quita la posibilidad de que ellas se entrecrucen entre sí; cualidad que en este estudio se considera favorable pues invita a un ejercicio de análisis reflexivo y complejo. Por último se destaca el porqué de considerar estas dimensiones, explicado a través de una declaración de la importancia que tendría cada una de ellas.

- **Dimensión 1: Singularidad/ Parejidad**

Refiere a un escenario en el cual se experimenta la sexualidad, que puede estar en un polo desde la máxima singularidad, donde el otro o no existe o está derechamente instrumentalizado (como es en una relación sexual muy ocasional) hasta el polo de la más absoluta parejidad, donde la sexualidad es uno de los canales de comunicación más directos de una pareja estable y permanente en el tiempo. En este sentido las voces que hablan de cómo ocurre la sexualidad podrían ubicar algunas explicaciones o sentidos de la misma, en relación a una lógica más centrada en el individuo o bien una lógica más

centrada en la pareja, lo cual generaría diferencias importantes a la hora de complejizar el diagnóstico que se establece.

Esta dimensión se aparece como importante, dado que precisamente entender la sexualidad en una lógica u otra dentro de este continuo, provocaría consecuencias relevantes en la forma de aproximarse y también de intervenir en este campo. Podría en algunas ocasiones, dado que se entiende de una manera específica, considerar por ejemplo como vital la participación del otro (parejidad), modificando así el tratamiento fruto de aquel acercamiento comprensivo y complejo realizado.

- **Dimensión 2: Social/ Cultural**

Esta dimensión refiere a un continuo donde la sexualidad se instala y se ve implicada desde todo aquello que representa a la sociedad en términos amplios hasta los aspectos culturales de una comunidad, es decir, donde los fenómenos psicológicos pueden ser entendidos o explicados desde un contexto más local. En este sentido, la sexualidad puede ser comprendida desde una perspectiva más cercana a lo social, entendido como aquello que representa las relaciones que se establecen en una agrupación de personas; o desde una visión más cercana a lo cultural, es decir, todo aquello que hace referencia a los elementos más específicos o característicos de un grupo social particular que se traducen en toda la producción y actividad transmitida entre generaciones incluyendo el conjunto de saberes, creencias y pautas de comportamientos (costumbres, lenguas, religiones, arte, relaciones, etc.). Algunos ejemplos que describen este continuo podrían ser “la sociedad chilena versus la cultura de la clase media chilena”, “La sociedad chilena versus la cultura de las comunidades evangélicas de Chile”. Se considera además que por efecto de la globalización, las redes sociales y medios de comunicación se encontrarían en el plano de lo social.

Esta dimensión es relevante para el análisis de la sexualidad puesto que los valores, principios y normas que emergen en el continuo de lo social a lo cultural, de alguna manera interfieren en la libertad de acción de los sujetos pues se transforman de cierta forma en mandatos que se traducen en acciones concretas en la sociedad. Por ejemplo, la religión es un referente relevante para la vida sexual de los sujetos en ciertas comunidades, pudiendo interferir en el momento en que se comienza la actividad sexual,

en las relaciones de poder que se establecen en el acto sexual o en los fines de este mismo (Acto sexual como medio para la reproducción o como vía de placer).

- **Dimensión 3: Bienestar/ Malestar**

La presente dimensión se describe como un continuo que va desde el polo del bienestar en su sentido más amplio hasta el polo del malestar entendido como un estado de incomodidad o molestia. En relación al polo del bienestar, la idea de salud se ve implicada necesariamente pues refiere a distintos aspectos físicos, psicológicos y sociales que se interrelacionan y que ayudan a mantener o mejorar la calidad de vida, y donde se presupone que la sexualidad tiene gran incidencia. Se plantea que este polo se manifiesta en casi todas las esferas de la actividad humana y refiere tanto al bienestar físico como psíquico de los sujetos, relacionándose con conceptos como el equilibrio, estabilidad y subjetividad por tomar en cuenta aspectos cualitativos y cotidianos de las personas que se encuentran vinculados a su felicidad. Por otro lado el polo del malestar se relaciona con la idea del desequilibrio, inestabilidad, incomodidad, molestia e incluso con la idea de enfermedad en sus múltiples variaciones físicas y/o psicológicas.

La importancia de esta dimensión radica en la cualidad que tiene la sexualidad de ser generadora de bienestar o malestar y al mismo tiempo, de verse afectada (positiva o negativamente) producto de los factores del bienestar o malestar de los sujetos. Por otro lado, el posicionamiento de la sexualidad en el continuo entre los dos polos mencionados puede servir de indicador para la evaluación de la misma y como guía para las formas de enfrentar las problemáticas asociadas a ella. Además, es importante porque una manera de enfrentar estas problemáticas puede ser también a través de la revisión de indicadores de bienestar y malestar en otras áreas de la vida del sujeto como por ejemplo, la seguridad, autoestima, autoimagen, relación con el propio cuerpo, etc. Por otro lado la evaluación de la sexualidad a través del espectro entre ambos polos mencionados, puede servir de guía para las formas de enfrentar las problemáticas asociadas a ella.

- **Dimensión 4: Ciclo de Vida/Historia**

Refiere a un continuo en el cual la sexualidad puede expresarse y comprenderse desde una perspectiva orientada al ciclo de vida de las personas, esto es, los distintos estadios o etapas por los que atraviesan los humanos desde su nacimiento hasta su

muerte; hasta la forma en la que los sujetos viven y narran su experiencia particular. Dicho de otra forma, se trata de una dimensión que abarca desde el momento vital en el que se encuentra un sujeto hasta la visión singular de lo que narra un sujeto sobre sí mismo. El ciclo de vida por ejemplo, establece lo que en la literatura se conoce como crisis normativas, las cuales representan situaciones críticas que muy probablemente van a experimentar las personas y que son atribuibles a la edad o una etapa vital específica (“Miedo vacío” o desde el lenguaje coloquial “Síndrome del nido vacío” de los padres de 50 años; Inicio de la actividad sexual en la etapa de la adolescencia).

La importancia de esta dimensión radica especialmente en el último punto tratado anteriormente puesto que la congruencia o incongruencia del ciclo de vida con la historia de las personas es clave para las etapas de evaluación de la sexualidad y posteriores tratamientos a problemas en la misma. Podría ser que algunas personas sientan que su historia particular respecto de su vivencia de la sexualidad varíe mucho de la etapa del ciclo vital en la que se encuentra (por ejemplo una persona que inició su vida sexual en etapas más tempranas que las más “comunes”). Este punto se relaciona estrechamente además con la idea de cómo la norma impuesta por la sociedad o cultura, afecta o establece la forma en la que las personas debiesen vivir su sexualidad según la etapa de su ciclo de vida. Por último, se considera como importante ya que el camino o resultado del proceso, dependerá de dónde se sitúe el acercamiento comprensivo y complejo, dentro de este continuo. De acuerdo a esto, las ideas o creencias que tenga el terapeuta a cargo de la evaluación y el proceso sobre el ciclo vital, afectarán inevitablemente la visión sobre “normalidad” o “anormalidad” de las vivencias que experimente el consultante de su sexualidad.

5. RESULTADOS

En el presente apartado se presentará la primera etapa del análisis interpretativo de contenido, el cual consta de una etapa descriptiva de los datos.

5.1. Parte descriptiva

5.1.1. Dimensión Singularidad/ Parejidad

Existen algunas impresiones de parte de los entrevistados, que defienden la prioridad de algunos aspectos individuales por sobre algunos relacionales, llegando a plantear la dimensión singular representada en estructuras del sujeto e individualidades que conforman un sistema pareja con otra individualidad, como lo afirman los siguientes profesionales:

Nosotros vemos a dos personas individuales que están formando una pareja, no a la pareja (E4, lxiv).

Para nosotros no existe una pareja, existen dos personas en pareja. Entonces ahí vemos dos individualidades, no vemos como el sistema pareja y cómo se relaciona. Es que...igualmente lo vemos pero lo vemos desde los componentes entonces ahí vamos a la historia de cada uno porque si uno tiene dificultades en lo sexual y el otro no es necesario trabajar con el uno y con el otro de formas distintas, ¿cachai'? A uno qué le produce no tener problemas y la frustración que pueda significar el hecho de que el otro no le esté dando lo que necesita y para el otro el hecho que significa de no poder entregarlo más allá de verlo como un sistema con una falla acá, perfecto, veamos alguna cosa específica (E4, p. lxiv).

Hay todas unas estructuras del sujeto puestas ahí en la interacción con el otro. En el fondo, lo que te estoy hablando, son estados interpersonales, entonces la sexualidad formaría parte de estos estados interpersonales donde la pareja se junta, o donde uno se junta con uno mismo también (E6, p. lxxix).

Otros profesionales más bien argumentan que podría haber una perfecta articulación entre singularidad y parejidad, estando presentes ámbitos relacionados con uno mismo y con los otros, como se puede apreciar en la siguiente cita:

[...] porque en estricto rigor no pienso mucho en la sexualidad, sino que pienso más bien en ciertos espacios de encuentro consigo mismo o con un otro que yo puedo definir como sexuales, pero que otro puede no definir como sexuales. Entonces clasificar eso me es complejo, pero quizás si tuviera que esforzarme algo, diría algo así como ciertos aspectos que tienen que ver con, con la relación en ese ámbito con uno mismo y con otros. Dentro de esas clasificaciones, hay algunas que pudieran tener que ver con el encuentro corporal con uno mismo o con otro siempre [...] (E1, p. x).

Por otra parte, varios entrevistados, se acercan a la idea de que la pareja fuese un elemento más prioritario y entonces hablan de dominio de la pareja, pilares del operar de una pareja, o bien que es parte de un proyecto de pareja. Al respecto sirven de ejemplo las siguientes declaraciones:

Entonces hay un componente como de sentido del proyecto de pareja (E1, p. xvii).

A ver, si lo pongo en relación, relación con uno mismo, relación con los otros, relación con el entorno. Si lo pongo en una relación de pareja, me parece que va desde aspectos de sensibilidad, sensualidad, sexualidad. Me parece que me cuesta mucho separar sexualidad, en una relación de pareja, me cuesta mucho separar sexualidad de otros dominios, en términos de que está en todos los dominios está metido el cuerpo, la sensualidad, el disfrute, etcétera (E2, p. xxv).

Siento también la sexualidad en el dominio de la pareja, lo pienso hartito ahí. Como este espacio de intimidad que existe en las relaciones, que no solo tiene que ver con la vida sexual de una pareja, sino con cómo ellos

interaccionan, o cómo están presentes estas manifestaciones de cariño, de afecto, de piel, etc (E3, p. xxxviii).

Una teoría clínica bien específica respecto a la situación de pareja en donde la sexualidad forma parte de uno de los cuatro pilares de una relación de pareja. O sea, de los ámbitos en el fondo, de la dimensión pareja que es la cotidianeidad, una, el erotismo, dos, la sexualidad, tres, y la intimidad, cuatro (E6, p. lxxvii).

Y claro yo trabajo con la pareja, no trabajo con el hombre solo, trabajo con la pareja. Los hago compañeros, cómplices y claro a los dos o tres meses están haciendo el amor sin coito y lo pasan la raja. Y a veces me dicen “¡Oye me encantó! ¿Podemos seguir un poco más con esto?” porque la sexualidad no es el coito es muchas cosas (E7, p. xcvi).

Para algunos profesionales o es una lógica que va cambiando, porque el sujeto no es siempre el mismo o bien depende de quién consulta a la terapia. Esto se puede apreciar en las siguientes declaraciones:

Es entender que los sujetos no son de una manera fija, sino que acontecen en las relaciones, es decir un sujeto que eyacula, se erotiza, una mujer que se excita o no en una relación, puede hacerlo diametralmente distinto en otra relación, en otro contexto, en otro momento, en otra historia, en otro lugar, con otra persona (E1, p. xii).

Y junto con ello distingo, o co-construyo problemas dependiendo de las unidades consultantes, construyo problemas con distintas unidades consultantes. Entonces yo no tengo a priori cómo saber si va a ser individual, de pareja o de familia, voy a construir la unidad dependiendo de la problemática que está ocurriendo. Y no la distingo yo, la construimos en conjunto (E1, pp. xxii-xxiii).

Para algunos profesionales esto tiene directa relación en cambio con la diferencia que se crea entre quién viene a consultar, como muestran los siguientes ejemplos:

Pero cuando vienen a consultar por problemas individuales como que la gente viene con la disposición de emprender un proceso, de conocerse y de entenderse; cuando vienen por temas de pareja como que buscan soluciones como que de verdad pareciera que el espíritu es mucho menos en la mira de “entendamos nuestra relación y cómo nos relacionamos, y qué nos pasa y qué sentimos, y los significados” (E3, p. xliii).

[...] cuando vienen a terapia de pareja. Muchos de los reclamos entre las parejas es a partir del término sexual, o sea, a partir del punto de la sexualidad (E4, p. I).

Por último, hay también respuestas que indican que la priorización por uno u otro aspecto, estaría dado por la formación, por el enfoque, por la experiencia del terapeuta, como se aprecia en las siguientes citas:

Yo creo que depende de lo que yo sienta que puedo trabajar con esa pareja, estoy pensando en parejas, o personas si pensamos en terapia individual, que sea abordable en el trabajo. [...] porque a mí como no me gusta tanto la terapia individual, aprendí a dejar desde el principio claro la posibilidad de que la otra persona venga, o alguien más, alguien significativo. Entonces si fuera, ponte tú, una terapia individual, y aparece como una problemática, no desde el principio, sino que al medio, trataría de incluir a la pareja si es que eso no tuviera, así como, como que no mermara el proceso individual, sino derivaría. Pero en terapia de pareja, yo creo que siempre la sexualidad es un tema (E5, p. lxxiii).

Yo trabajo constructivista cognitivamente, de repente me pongo más cognitiva conductual, vengo desde la corriente cognitiva entonces me pongo a veces más cognitiva conductual desde ahí y también incluyo a la pareja. Entonces no es raro que si me llega alguien con una disfunción sexual, yo lo derive y en

algún minuto mande a buscar a la pareja. O si la pareja viene directamente un buen indicador es la renovación de la sexualidad si no había antes (E6, p. lxxxvii).

5.1.2. Dimensión Social/Cultural

Varios de los profesionales entrevistados consideran que el dominio de la sexualidad no puede sino estar estrechamente relacionado con la dimensión de lo social argumentando incluso que esta pudiera ser producto de un contexto, sociedad y tiempo determinados; como se puede apreciar en la siguiente cita:

Yo no concibo al ser humano en un solo ámbito, es un ser que siente y piensa, y que está en un contexto determinado, y en un tiempo determinado, en una sociedad determinada, y las prácticas sexuales son resultado finalmente... o lo tabú por ejemplo o lo permitido, son productos de su tiempo y la sociedad en que vive (E6, p. lxxxii).

Las impresiones de algunos entrevistados apuntan hacia la idea de una sociedad más sexualizada respecto de tiempos pasados, en donde la sexualidad se posicionaría incluso como una suerte de norte a seguir que si no fuera deseado y/o alcanzado podría llegar a ser enormemente cuestionado. Esto se vería reflejado por ejemplo en la mayor facilidad con la que la sexualidad emerge tanto en espacios cotidianos como en espacios particulares como la psicoterapia. Al respecto sirven de ejemplo las siguientes declaraciones:

Ahora, es indudable que en la cotidianeidad está todo sexualizado, es decir, Freud tenía toda la razón, que quieres que te diga. Todo está sexualizado, todo tiene que ver con aquello. Con el impulso, con el instinto, con el buscar experiencia, saciar la necesidad. En algún lado está inscrito en nuestro ser social, individual, intrapsíquico. La sexualidad como una suerte de norte, de ir a conseguir algo. Que me parece maravilloso por un lado, pero por otro lado también quedamos presos de aquello (E7, pp. xcii-xciii).

Aparece mucho más fácilmente [refiriéndose a la temática de sexualidad en psicoterapia] porque estamos en una sociedad, probablemente, más sexualizada en ese sentido (E1, p. xviii).

Incluso, para algunos profesionales el fenómeno anteriormente mencionado ha generado una sobrevaloración de las prácticas sexuales, llegando a poner etiquetas de medición a varias expresiones de la sexualidad como lo afirman las siguientes citas:

Hoy día está como tan exacerbado esta suerte como de hipersexualidad cultural, donde todo está sobre dimensionado. El sexo como un tamaño, el sexo como una cantidad de tiempo de ejecución, como rendimiento, como cantidad de orgasmos, eso es sexo (E7, p. xcii).

O sea, me parece que cuando se habla de sexo, se está hablando solo de un encuentro físico o con uno mismo, que está de hecho sobre valorado (E2, p. xxvi).

Para algunos de los entrevistados, los medios masivos de comunicación son responsables en gran medida del esparcimiento de ideas sobre la sexualidad proponiendo modelos estándar sobre lo que es o no deseable sexualmente, estereotipos físicos sobre aquello que es o no es atractivo, ideales sobre el sexo deseable representados por material pornográfico, revistas o canales de televisión, etc. Lo anterior se aprecia en las siguientes declaraciones:

Faltan episodios específicos en cuanto por ejemplo a qué pasa con la sexualidad y la cultura, para venderte un pancito chiquitito te ponen una mina en pelotas y con un forro espectacular, lo cual va creando una relación de los jóvenes, adolescentes con todos esos programas juveniles que hay como Mekano, pero crean un concepto de lo que es para el hombre y la mujer es deseable sexualmente y eso casi irrealmente te pone en un modelo estándar que después lo que viene para alcanzar eso... Ese tipo de secuencias, ese tipo de saltos me parece que están poco estudiados (E4, pp. xlix-l).

Lo que pasa es que lo relaciono un poco con esto que te contaba con cómo se muestra la sexualidad al mundo, con cómo te venden el sexo todo el rato. [...] Pero hay muchas veces en que el concepto de un ideal físico por ejemplo merma los deseos hacia el que tengo al frente (E4, p. lvi).

Ahora, en sexualidad la gente miente mucho. Los grupos no son a veces lo mejor para apoyar estas cosas, internet tampoco, porque habitualmente hay mala información, no hay buena información. La información de internet que hay más, no es filtrada, la escribe cualquiera, y al escribirla cualquiera la escribe desde su punto de vista muchas veces, de su experiencia; entonces en eso más que orientar desorienta muchas veces [...] (E8, p. ciii).

Para algunos entrevistados, las redes sociales constituirían otro de los espacios virtuales en donde además de difundirse información muchas veces errónea sobre la sexualidad, también sirve como un espacio de búsqueda de sexualidad o vía de escape del compromiso de fidelidad como se aprecia en la siguiente cita:

[...] y cuando buscai', si tení' un compromiso, porque también podí' no tener un compromiso de fidelidad, si tení' un compromiso de fidelidad, el buscar sexualidad, ya sea sexo propiamente tal, o intimidad emocional en otra parte está ahí po'. Bueno, lo que yo busco en mi relación de pareja no está, entonces aparecen los amores del colegio y Facebook, todas estas cosas virtuales (E5, p. lxxi).

De acuerdo a la visión de los entrevistados, la sexualidad se expresa desde lo más profundo del entramado social mediando cuestiones fundamentales como los roles de género. Para algunos, la sexualidad de la mujer se sigue definiendo en términos de procreación, maternidad y cuidado mientras que para otros esta ha sufrido modificaciones que han permitido el empoderamiento de la mujer trayendo importantes consecuencias sociales. A continuación, algunas declaraciones al respecto:

La sexualidad involucra mucho y en la vida diaria, en los quehaceres, en las actividades, en todo; y es distinto tal vez entre hombres y mujeres, punto uno, y entre mujeres y hombres también es distinto de acuerdo a las personas. Las mujeres en general pero también en lo particular, no puedo encasillar, pero la sexualidad la ve más bien, sigue viéndola para lo que uno ve involucrado mucho con el tener hijos. En la gente más joven puede no ser así y la ven más bien con pasarla bien, que tienen derecho, y de ahí viene toda la parte de anticoncepción, etcétera. Pero sigue habiendo muchos sentimientos de culpa en la mujer, porque la que se embaraza es la mujer, no el hombre, y el hombre habitualmente tú lo que ves es que, o toma una cosa irresponsable y le da lo mismo, total la mujer es la que se tiene que cuidar, entonces sus acciones son distintas en el cotidiano y qué están tratando de buscar. El hombre más joven lo que trata de su vida es tener conquista, pasarla bien, etcétera, y si puede tener relaciones mejor todavía (E8, p. civ).

Como que esta cosa de ser la “mina caliente” les incomoda, no pueden sentir que son mujeres, mamás, dueñas de casa y además tienen deseos sexuales y andan con ganas. Como que no puede quedar todo eso junto sino como que queda ahí...entonces mejor lo reprimimos. Como que yo siento que por ahí tal vez se interfiere más esta idea de una sexualidad plena, como que no incorporan esta idea de mujer con fantasías y con deseos a su experiencia del vivir cotidiano. Como que quedan un poco virginizadas a esta imagen de la madre...la esposa (E3, p. xli).

Asimismo varios de los profesionales coinciden en que ideas relacionadas al desempeño y rendimiento sexual han tenido importantes implicancias a nivel social sobre todo en relación al género masculino como se observa en las siguientes citas:

Hay un tema de rendimiento sexual. Yo creo que está asociado al rendimiento en general de esta sociedad estresada en donde tienen que producir, tienen que súper producir, está como la creencia o el mandato de que tienen que producir y no fallar en nada. Por lo tanto en la sexualidad tampoco se falla, en nada se falla y si yo produzco y soy súper tirador, no puedo decir, o no podría

decir que soy eyaculador precoz. Entonces yo no sé, me las arreglo de alguna manera “Es culpa de la mina”, no sé, por lo menos en la gente más joven (E6, p. lxxx).

Y no se atreven a preguntarlo [los hombres] entre ellos por esta cuestión de imagen de rendimiento “Tengo que rendir entonces siempre tengo que estar erecto, siempre tengo que estar dispuesto, siempre tengo que estar produciendo estados de deseo, tengo que ser como un interruptor” y yo no creo que sea tan así. Creo que los estereotipos están bien tirados de las mechas sobre todo en este tiempo, los hombres están súper cargados con que tienen que producir entre ellas, las erecciones. Y yo no creo que sea tan así fíjate (E6, p. lxxxii).

Alguien que te llega con problemas por falta de deseo, o por disfunción eréctil, cómo se conjuga eso con cuan sexualizada crees que debería estar, cuánto está bien... (E5, p. lxvii).

Varios de los entrevistados indican que la cultura chilena en general aún mantiene cierto conservadurismo respecto a la sexualidad, argumentando que esta aún se constituye como un tema tabú en varios sectores de la población. Algunas declaraciones al respecto:

Es que tiene que ver porque es todo, porque en el fondo el cuerpo debiera ser tema de conocimiento, de autoconocimiento. Sí, estamos en una sociedad pacata donde todavía estamos discutiendo las causales de aborto po, o sea las mujeres aún no decidimos sobre nuestro propio cuerpo, o sea que tengo que andar pidiendo permiso para abortar si somos violadas... Entonces de ahí ¿Qué se espera para la educación sexual, corporal? (E6, p. lxxxv).

La sexualidad es algo de lo que no se conversa lamentablemente, nos hemos dado cuenta con las parejas que no se habla tan fluidamente sino que todavía puede ser un tema tabú (E4, p. lxi).

En tanto aquí se trabaja desde lo que les pasa, son mujeres que jamás se han auto explorado, que jamás han tenido masturbación, o que no la dicen, o que es tabú (E6, p. lxxxvi).

En el fondo, cómo le puedo hacer daño a un niño al hablar de la zona genital, que, en el fondo en un contexto pediátrico [...] Entonces, cómo podría dañarse, o... ¿Te fijai'? Es tan tabú que ella estaba hasta asustada que yo le hablara del tema ¿Cachai'? Entonces cómo iniciar una sexualidad, o solo el reconocimiento del cuerpo, que es algo normal, si ni siquiera soy capaz de hablarlo si es una parte del cuerpo, como una mano, bueno esta es solo una parte genital (E9, p. cxxiv).

Para algunos, el mandato familiar se impone como una de las influencias más grandes de una cultura más tradicionalista ya que ahí es donde la crianza instala creencias desde edades tempranas, muchas veces sobre la base de distintas religiones. Lo anterior se puede apreciar en las siguientes declaraciones:

Pero, a ver, hay personas que tienen aversiones contra la genitalidad y eso también involucra la sexualidad, por una educación restrictiva, por ejemplo, "siempre se le dijo de chica que el sexo era malo", eso era antes más que nada, eso ahora no se da tanto, tú lo veí' en gente... a veces puede estar asociado a cosas más religiosas, por ejemplo, eso sí lo vemos, lo tenemos estudiado. Nosotros entrevistamos a las personas, entonces vemos en esas personas cuánto tiene que ver la educación, la religión cada día menos, importancia la religión hoy en día para nuestro país [...] Yo tengo acá un montón de judíos, y tengo judíos ortodoxos, los cuales algunos de ellos, son ortodoxos o sea te estoy hablando, imagínate, que tiene que pedirle permiso al rabino para que yo los examine, me di cuenta que algunos de ellos, te estoy haciendo un ejemplo solamente, tengo algunos de ellos que de alguna manera los problemas de sexualidad que tiene sí involucran la religión y sí es un poco revelarse de algunas cosas. Entonces es muy probable que en la parte católica extrema también lo exista. Entonces, por eso te digo que cada

persona es un mundo y hay que verlo con cada persona, eso es distinto (E8, p. cix- cx).

He tenido personas acá que desde lo cotidiano tenían que ser, como un mandato familiar, ser súper heterosexuales pero en el fondo no eran heterosexuales. Y después de 20 años de relación específica se dieron cuenta que en realidad eran bisexuales por ejemplo. Entonces está desde la identidad puesta, desde las creencias puestas, y desde ahí entonces imagínate desde lo cotidiano, desde el día a día, cómo no va a estar influenciado (E6, p. lxxx).

Entonces tú ves un trauma en el área de la sexualidad pero también tiene que ver con el área de las creencias, no hallaba cómo decirle a su mamá porque la mamá valoraba muchísimo el tema de la virginidad, entonces estaba puesta muy desde ahí entonces (E6, p. lxxxviii).

Por otra parte, hay un grupo de profesionales que proponen que si bien quedan vestigios de generaciones pasadas más tradicionales y conservadoras, la cultura chilena se encuentra en un periodo de transición o evolución hacia una visión más flexible y abierta sobre la sexualidad que se vería reflejada en que para las nuevas generaciones, la temática emerge con mayor facilidad en espacios cotidianos y en cómo se han modificado las normas tanto implícitas como explícitas de los roles de género sobretodo en el empoderamiento de la mujer y en una visión menos heteronormativa de la cultura. Las siguientes declaraciones hacen alusión a lo señalado:

Sí, sí... como incluso también pienso por ejemplo que antes con los cabros chicos no se hablaba de sexo en la mesa, y después de eso se habla, se habla de relaciones sexuales, como que los chicos entienden mucho más, manejan más información. Se está sacando este velo de que el tema era como algo de lo que no se debía hablar, de algo de lo que no se podía tener curiosidad. Hoy por hoy se invita a la conversación y se incorpora con más naturalidad al día a día (E3, pp. xxxix-xl).

Entonces claro, ahí cómo se relaciona, cuál es el rol del hombre y la mujer yo creo que se ha ido modificando. Yo creo que está hoy en día en un proceso de evolución social en cuanto a cómo los hombres se sitúan y las mujeres. A ver cómo decirlo sin caer en un concepto que yo mismo odio que tiene que ver con esto de la mujer como menos, el hombre más. Hay hechos sociales, hay hitos históricos de la votación de cómo pasa a formar más parte de la sociedad como ser humano protagonista la mujer, como empezar a trabajar, donde el mundo dice “está bien trabaja” pero a fin de cuentas igual es una cuestión de género porque le pagan menos, hay como toda una explotación pero siempre está como en pugna. Me parece que eso se va a resolver en algún momento, me parece que eso va vías a, tal vez no esté vivo cuando pase o tal vez sí, como ha evolucionado esto capaz que en 10 años ya esté bien. Yo no tengo hijos, pero de tener hijos no sé en qué va a crecer cuando tenga 15 años (E4, p. lii).

5.1.3. Dimensión Bienestar/ Malestar

Durante las entrevistas realizadas emergen numerosas ideas de parte de los entrevistados sobre lo que comprenden como idea de bienestar en sexualidad. Para algunos, el bienestar sexual estaría directamente influenciado por las ideas instaladas social o culturalmente respecto a lo que es o no saludable en éste ámbito. Para otros, el bienestar sexual estaría dado principalmente por una valoración que es propia y única de los sujetos. Por otra parte, algunos entrevistados plantean que en sexualidad no es posible hablar de normalidad, pues dependería de la vivencia de bienestar y/o malestar particular de los sujetos. Esto se puede apreciar en las citas que se muestran a continuación:

Entonces ¿Cuál sexo está mejor? ¿Me estoy explicando cierto? ¿Cuál sexo está mejor? Uno, me parece que eso es una decisión, es una valoración que solo la pareja puede hacer. Si me preguntai' a mí, no encuentro que haya uno mejor que el otro, sin embargo, me parece más completo el que incluye la sensualidad. [...] me parece que la expresión sexual es una expresión de

cómo uno está vivenciando, experimentando el mundo, cómo uno siente, de quién uno está siendo en ese minuto (E2, p. xxix).

Convergamos una cosa, no se puede hablar de normalidad en sexualidad. En nuestro libro, dedicamos un capítulo entero a ¿Qué es normal? ¿Tener más o menos deseo? ¿Durar entre un minuto y veinte minutos será normal? ¿Mantener una erección absolutamente firme y si tengo una erección a la mitad está mal? En sexualidad no podemos hablar de normalidad. Trastorno para mí, un trastorno sexual tiene que ver más bien con la vivencia de sufrimiento y de malestar de uno en particular o ambos (E7, pp. xciv-xcv).

Y algo súper interesante, pa' mí, que decía ahí, era como hoy en día esta como, eh... la visión general de que tener una vida sexual activa es súper sano, súper saludable (E5, p. lxvi).

Ahora bien, para varios de los entrevistados el bienestar sexual se ve truncado por la aparición de diversas problemáticas que en diferente medida provocan movimientos hacia el polo del malestar. Al respecto, los profesionales coinciden en que los problemas en sexualidad poseen características estructurales que son propias del fenómeno y que tienen en común la capacidad de afectar y verse afectados por aspectos biológicos, fisiológicos, psicológicos y ambientales. Para algunos por ejemplo, estas características están referidas a una descoordinación de las partes en el ámbito sexual, mientras que otros sugieren una diferencia o falta de comunicación de expectativas, como puede observarse a continuación:

En el fondo estoy hablando de la descoordinación con uno mismo o con el otro respecto a la manifestación del sexo. ¿Sí? eso es una problemática. Me descoordino, no acontece la coordinación para llegar, en una pareja o con uno mismo, para llegar al sexo (E2, p. xxxi).

Yo siempre he pensado que entre las parejas, o no siempre he pensado pero últimamente me he dado cuenta que las parejas, los problemas que tienen, están totalmente referidos a las expectativas que tienen. Expectativas en

cuanto a qué es lo que yo espero de ti, y qué es lo que tú esperas de mí y si no cumples me enoja. Para mí las expectativas son las que deterioran las relaciones, y son proporcionales, mientras más expectativas tengas más fuerte el porrazo que me pegó cuando las expectativas no son acordes a lo que tengo al lado (E4, p. li).

Luego de eso me instalo a construir un problema, y el problema para mí tiene ciertas características que son estructurales, que yo, no... todo lo que te estoy diciendo no es de guata, no es cuestiones que se me ocurrieron a mí, son distinciones técnicas que hago para construir un problema... Y luego de construir un problema necesitamos armar una hipotetización, y una hipótesis para mí tiene elementos técnicos, en mi caso una hipótesis se constituye de una organización de significados y un sistema relacional estructurado, luego tiene una amenaza que se llama ¿Por qué ahora? Y luego tiene síntomas que ocurren dentro de esa hipotetización. Entonces una vez construida la hipótesis, nos lanzamos a trabajar, porque igual que el médico, “mi hipótesis es que usted tiene un tumor, entonces hay que operar el tumor”, “no sabe que, mejor quimioterapia”, “veamos...” (E1, pp. xxiii-xxiv).

Segundo, un problema se caracteriza por tres elementos, que aparece una cuestión o un suceso inesperado que las personas no, no es parte de su dinámica regular de funcionamiento; segundo, cuando esa cuestión que aparece les trae un nivel de malestar o sufrimiento; y tercero, cuando no saben qué hacer al respecto y no tiene solución al respecto de ello. Si hay estos tres elementos, y a ellos les parece que esto que ocurre es digno de solucionar entonces podríamos decir que estamos frente o instalados en algo que llamo problema y que tiene el apellido del ámbito de la sexualidad porque de acuerdo a esos observadores y a uno también cae en ese dominio de relación (E1, p. xvi).

De acuerdo a lo anterior, varios de los entrevistados se inclinan por una comprensión del malestar en sexualidad desde la visión de que un problema se convierte en problema sólo cuando el sujeto lo percibe de esa forma. Al respecto, algunos

consideran que los problemas existen en el lenguaje cuando se les otorga esta categoría y cuando afectan o coartan de alguna forma a los sujetos. Por otro lado algunos argumentan que cuando algo parece problemático para los profesionales y no para los consultantes (como la nula actividad sexual), no se debe insistir en transformar aquello en un problema. Esto se puede apreciar en las siguientes declaraciones:

Uno, una problemática sexual es cuando para quienes consultan, refieren o sienten que hay un ámbito, que tiene que ver con esto que hemos conversado que se llama sexualidad, que está aporaleado. Eso es una problemática sexual. Por lo tanto, estoy diciéndote que es problema solo cuando para los otros es problema (E1, p. xvi).

Yo creo que cuando las mismas personas lo refieren, como que ahí uno también trata de no meterse a transformar en problema algo que para la persona individual o que para algún miembro de la pareja no es problema (E3, p. xli).

Cuando el paciente lo refiere porque hay personas que pueden no tener sexualidad y vienen por otro problema y yo no les voy a decir que es un problema de sexualidad porque si ellos dicen "no, no estamos ni ahí" como que en ese sentido nosotros estamos disponibles a lo que venga. Nosotros somos expertos en psicología, pero los pacientes son expertos en su vida, ellos determinan (E4, p. lvii).

Yo creo que los problemas existen en el lenguaje, cuando uno les da la categoría de problema. Y así como más prácticamente, cuando te afecta, cuando hace que hagai' ciertas cosas o dejes de hacer otras, como que te coarte en algún sentido, pero principalmente cuando alguien dice que es un problema (E5, p. lxx).

Otros profesionales argumentan que un problema sexual no se define como tal por los propios consultantes ni tampoco por el profesional a cargo del caso. Es más, varios expresan que aquello que los consultantes proponen como problemático es una parte de

un fenómeno más amplio de lo que ellos delimitan y que para ello incluso cuentan con una estructura más o menos definida, con técnicas y etapas claras, en el proceso de construcción del problema, como muestran las siguientes citas:

O sea, yo espero que cincuenta y cincuenta [Se ríe], yo espero, supongo [Refiriéndose a la participación de los consultantes]. [...] yo me siento bastante sensible a eso, creo fuertemente en la, en el neologismo co-construcción. No acepto que los consultantes me digan lo que les ocurre o cuál es el problema, no acepto eso. Tampoco acepto yo decir cuál es el problema, me importa mucho que sea una construcción conjunta ¿Sí? Es decir, “usted viene acá porque usted está muy complicada, y le duele y sufre porque está asustada de perder a su pareja porque han peleado mucho y uno de los puntos más graves que sienten ustedes es que están teniendo distancia sexual y ya no se tocan y no están teniendo goce en ese espacio de encuentro” (E1, p. xxi).

Yo hago psicoterapia. Y la psicoterapia para mí es un espacio, un encuentro único que desarrollan los participantes llamados terapeuta, o psicoterapeuta, y consultante, para construir un problema y construir explicaciones alternativas, o hipotetizaciones que permitan desentramar a ese, a esos consultantes y aquello que les venía ocurriendo, y el problema nunca es lo que ellos dicen por la boca cuando llegan, es una co-construcción conjunta (E1, p. xxii).

Eso yo... es un método, es un proceso, [...] yo tengo una ficha, una estructura de conversación, que me ordena el modo de construir un problema para llegar a una hipótesis. Eso sí lo tengo... [...] Es un método, es un método, y yo no parto si no hago mi genograma, una estructura relacional, y saber quiénes son, y los sigo si no entiendo cómo surgió la idea de consultar y si es una persona que está motivada a consultar y para eso tengo elementos técnicos que me hacen distinguir si vienes por un certificado, vienes para decirle al otro que viniste y no quieres hacer nada al respecto, o vienes porque estas aproblemado sufriendo y quieres cambiar (E1, p. xxiii).

Por otro lado, la mayoría de los profesionales y sobre todo aquellos que se inclinan por una línea de co-construcción, son enfáticos en la importancia que adquiere la contextualización del problema debido a la diversidad de factores que pudieran incidir en su complejidad. La historia del sujeto, el sistema familiar y de pareja; el consumo de sustancias y fármacos; y la presencia de eventos traumáticos en sexualidad serían algunos de los elementos que los profesionales consideran más relevantes en este aspecto como puede apreciarse en las siguientes declaraciones:

Pero es fundamental, porque insisto, lo que la gente distingue como un problema sexual, y quisiera, voy a usar la metáfora de la fiebre, que le quitáramos solo la fiebre, sería irresponsable desde esta mirada. Entonces lo que necesito entender primero, cómo funcionan, quiénes son, dónde viven, contextualizar que está pasando que ocurre eso que ellos distinguen, y habitualmente cuando entras a conversar de esa manera, resulta que no pasa solo eso. [...] Si uno hace buenas preguntas, si uno entiende relacionamente, se da cuenta que sí, el no tener relaciones es una consecuencia, es parte de una dinámica mayor; no solo no tienen relaciones, no solo no salen, no tiene amigos, están ensimismados, se han distanciado, están dedicados a la paternidad, han dejado practicas relacionales de goce, etcétera, etcétera, etcétera, o se les mete familia de origen y se están peleando por otras cosas... (E1, pp. xii-xiii).

Los ámbitos personales, por ejemplo, la experiencia de vida, por ejemplo, involucra si hay patologías o no hay patologías, involucra, es parte del bienestar; una persona que tiene problemas psicológicos en otros ámbitos muchas veces involucra también secundariamente la sexualidad, la altera, involucra de la parte mía lo que las personas tienen patologías, porque hay patologías en sexualidad, entonces eso te va a diferenciar, digamos. Ahora, la gran mayoría cuando la ve alterada altera la vida completa, y altera otras cosas en la vida. Tú ves que se colocan una mochila encima, y es algo más que le molesta (E8, pp. cii-ciii).

Y eso también ya como desde la perspectiva más clínica, también cómo hay funciones sexuales, o relaciones, vivencias traumáticas de la sexualidad.

Como que es una esfera bien primitiva lo sexual, y como que uno ve que cuando esto se afecta, sobre todo desde lo traumático en edades tempranas, como que de ahí para arriba, se afectara tanto. Distinto es si te hubieran afectado en otra área de tu desarrollo, como que el desarrollo sexual de verdad implica mucho en la vida de los sujetos (E3, p. xxxix).

Los profesionales además, hacen hincapié en el impacto que el malestar en sexualidad puede tener sobre los sujetos, describiéndolo como un proceso que condiciona profundamente la vida en diferentes aspectos de la cotidianeidad. Para varios estos malestares tienen la particularidad de constituirse en una carga que se lleva día a día, muchas veces en forma de sufrimiento, repercutiendo tanto en el ámbito individual como en el de pareja, como se puede apreciar en las siguientes citas:

[...] en patologías sexuales, por ejemplo, el dolor, las mujeres que suelo ver son personas que son súper inteligentes, personas que habitualmente tienen profesiones y se dedican mucho a sus trabajos, su punto de escape, ya condiciona su vida. Y ellos te dicen algunas veces “es que yo soy buena para trabajar y no, tal vez, para una relación de pareja” etcétera, etcétera. Ves como condiciona, aquí te estoy hablando del ámbito patológico... (E8, p. cv).

Claro, y finalmente al empezar, al comenzar a encontrarse con ella misma, porque un poco la pega, y además en muchos casos es con la ayuda de un psicólogo, es reencontrarse con esta; primero con esta zona anatómica que, como que no existía, como que no se habla de ella, como que no existiera literalmente. Entonces ya al comenzar a hablarla, incorporarla, es como que esta flor empieza a abrirse y no, y claro, en una zona es literalmente, comienza a abrirse, pero en otras es emocionalmente, entonces yo siento que en muchas hay un cambio de actitud, casi de postura, en el fondo, ante la vida, ante todo, que abre y libera finalmente el dolor que es físico, pero también que se lleva en el corazón, ¿te fijai? Porque en el fondo, “¿por qué soy yo?; ¿por qué me pasa a mí?; ¿por qué me duele a mí?; ¿por qué yo no puedo?; ¿por qué no a otro?” Entonces, yo siento que les afecta absolutamente en el día a día, porque yo creo, o sea, aquí me puedo

equivocar, que es un tema que carga el día entero, lo tienen medio escondido, pero en el fondo es una preocupación constante (E9, p. cxxvi).

Eso es súper interesante, porque al final toda la vida podría repercutir en una persona que tiene patologías en la sexualidad, todo. Personas que no logran tener relaciones sexuales, por ejemplo, a veces lo que hacen es que se cierran y no buscan tener pareja porque van a tener que dar explicaciones. Yo tengo pacientes que no tienen relaciones por dolor, por ejemplo, o por diferentes alteraciones, y resulta que tú las ves como se van quedando solas, o como ellas mismas finalmente cuando logran tener una pareja deciden no seguir adelante porque saben que no van a poder pasar a otro, ellos le dicen "nivel" o etcétera, de relación (E8, p. civ).

Los entrevistados del área de la psicología coinciden en que las problemáticas con mayor prevalencia en el contexto de sus consultas y experiencia profesional son aquellas relacionadas con la pérdida o falta de deseo; la disminución de la frecuencia sexual, goce y calidad de las relaciones; ansiedad de rendimiento, disfunción eréctil y eyaculación precoz en la población masculina, anorgasmia y la presencia de abusos sexuales e infidelidad. Por otro lado los profesionales del área médica consideran que las problemáticas en sexualidad que más observan son aquellas relacionadas al dolor en mujeres, como vaginismo y vulvodinia; y al igual que los terapeutas, disfunción eréctil y eyaculación precoz en hombres. Para la mayoría todas estas problemáticas se traducen muchas veces en distanciamiento y amenaza del compromiso de la pareja. Al respecto sirven de ejemplo las siguientes citas:

Bueno las que más prevalencia he visto yo hoy son las problemáticas del deseo y después las orgásmicas en mujeres especialmente. [...] Y en cuanto a lo orgásmico que es como lo clásico, la angustia, la ansiedad, el rendimiento, hacerlo bien, veo hombres con eyaculación precoz pero no tanto como hace unos años atrás (E7, pp. xcv-xcvi).

Eso es lo más común que he visto. La pérdida del deseo. A partir de este concepto que ya tengo idealizado de alguien estéticamente de una forma

específica, lo cual andan como la calle desesperados mirando minas pero la esposa que tienen al lado no los calienta. Disfunción eréctil es como lo que más he visto pero las casusas no siempre son fisiológicas. [...] Esto tiene que ver con, “¿seré lo suficientemente bueno?; ¿si no lo hago o lo hago mal dejará de estar conmigo?” Que eso tiene que ver con la constitución de identidad (E4, p. lvi).

En ese contexto, temáticas... tampoco me atrevería a llamarlas así, pero, cuestiones por las que la gente se llega quejando... [Se ríe]. Pongámoslo de esa manera... en ese ámbito tiene que ver con como con la disminución de la frecuencia y la calidad de las relaciones y por calidad de las relaciones me refiero al distanciamiento, a la disminución del goce, a la sensación de no existir para el otro, o de amenaza de compromiso, sensación de que yo soy deseable para ti (E1, pp. xv-xvi).

Es bastante frecuente, yo te diría, yo te diría, a ver... te repito, mi consulta es el 80% por problemas sexuales, y específicamente son por dolor. [...] Por eso, que tengan problema, yo te diría, por lo menos, algún grado de problema en cualquier nivel, deben ser entre los dos tercios de las personas en la consulta. Y que les moleste y provoque problemas que hay que tratar, deben ser un tercio. Solo por ponerte un ejemplo, el caso de Vestibulitis Vulvar o vulvodinia, 16% de la población en el mundo supuestamente la tiene, según las estadísticas de los Países Bajos y de Estados Unidos, que ahí hay encuestas telefónicas, de hecho, 16% hasta 18%, es harto, y solo te estoy hablando de una patología (E8, p. cvii).

Hoy en día lo que yo veo en la consulta es vaginismo y vestibulitis vulvar. Eso es lo que hay más volumen en cuanto a sexualidad en el fondo. O sea, claro, tendría que separar en tipos de pacientes que llegan, porque yo veo todo el ámbito de piso pélvico, entonces eso es incontinencia urinaria, prolapso, dolor... entonces metiendo al dolor en el tema de la sexualidad, en el fondo, es un porcentaje altísimo de mis pacientes en la consulta, o sea, si las clasifico así, entre cualquier disfunción del pisco pélvico, yo diría que un 60% a 70% es dolor, en disfunciones. Y que va entre los 19 y por dolor debe ser

hasta los 40, 45 no más, se concentra hasta en los 30 diría yo, ahí el dolor máximo (E9, p. cxxviii).

Dentro de estas problemáticas más comunes, los profesionales describen que las asociadas al deseo y al dolor, en especial la vulvodinia son las más complejas de tratar. Esto se puede apreciar a continuación:

La del deseo es muy compleja, sí, la del deseo. Porque es un motor, hay algo instintivo por un lado, motivacional por el otro, emocional, una suerte de disposición a. Y la vida de las parejas es sumamente fluctuante y también es muy común que tengan distintos niveles de deseo y hay mucha desinformación, se cree que el único deseo es el deseo espontáneo, es decir, yo voy a buscar al otro sexualmente. No, está el deseo receptivo también, que si me estimulan bien, yo funciono (E7, p. xcvi).

La vulvodinia es un trastorno que es poco conocido a nivel médico, que es muy prevalente, en el cual se han cambiado incluso los nombres en los últimos años, para tratar de entenderlo, porque como patología esencial idiopática en realidad más que ser desconocida en sus orígenes, se sabe que es multifactorial entonces, probablemente a medida que avancen los tiempos se va a poder clasificar en distintos tipos de patologías y no ser una sola, como la pretendemos hoy en día, porque es un trastorno del dolor en la vulva, que lógicamente, la vulva es el sector donde se tiene sexo [...] ¿Qué significa? Que gente con solo sentarse mantiene el dolor todo el día, entonces la sexualidad se condiciona por esto, pero no es el punto de partida y hay otras personas que descubren el dolor, en algunos tipos de vulvodinia, por ejemplo, una vestibulodinia que es solamente al estímulo, por las relaciones, porque el dolor solamente se da al estímulo, entonces al estímulo frente a las relaciones sexuales (E8, p. cxi).

Algunos profesionales son explícitos al hacer una clara diferenciación entre problemas en sexualidad y trastornos en sexualidad. La principal diferencia surgiría a partir de la cualidad del trastorno de constituirse en una mera categoría de convención social o acto en el lenguaje para el uso de los especialistas, como se puede observar en las siguientes declaraciones:

Sí, hacemos una diferenciación muy clara. No me acuerdo precisamente cómo fue la distinción que hicimos en el libro porque lo hicimos hace cinco años atrás pero dificultad es cuando tú te encuentras con un fenómeno que no necesariamente se repite. Yo les hablo a mis pacientes por ejemplo de una dificultad eréctil, ni problemática ni trastorno “ah tuviste una dificultad eréctil”. Sí claro, a todos nosotros, a todos los hombres nos pasa en un 20% de las veces. Dificultad. El problema aparece cuando eso causa sufrimiento, ahí tenemos un problema sexual, hay una repercusión emocional en aquello que yo veo y que creo que es anormal (E7, p. xcv).

En relación a lo anterior, una parte de los profesionales declara incluso no creer, ni hacer uso de categorías diagnósticas como trastornos o disfunciones sexuales por configurarse en distinciones reduccionistas frente a la amplitud del fenómeno de la sexualidad como se muestra en las siguientes declaraciones:

Chuta, primero no creo en los trastornos, no ocupo esa distinción. No creo, no creo en lo normal y lo anormal. Y de verdad no lo creo [muy enfático], no existen, son consensos sociales no más (E1, p. xvi).

No, no creo en el diagnóstico. Si por diagnosticar estamos hablando de poner una categoría observacional que pueda encasillar a las personas en ese sentido, no (E1, p. xx).

No creo en las disfunciones sexuales. Creo que todo comportamiento, todo hacer... Permíteme decirlo de esta manera, en el lenguaje, que implica emociones, explicaciones y acciones, es decir, el acontecer del sujeto, creo que es relacional, contextual y funcional (E1, p. xix).

Por último, las impresiones de algunos de los entrevistados hacen referencia al trabajo interdisciplinario que puede lograrse en malestar en sexualidad. Los criterios para algunos terapeutas sobre la decisión de derivar a otras disciplinas del área médica a sus consultantes, dependen de la sospecha de aspectos biológicos y fisiológicos (como enfermedades, condiciones o uso de fármacos) que pudieran estar interfiriendo en las problemáticas emergentes. Los profesionales del área médica por otra parte consideran pertinente casi en todos los casos la intervención de psicólogos expertos en la temática, para descartar patologías y/o tratar patologías propias de esta área. Esto queda en evidencia en las siguientes citas:

Claro, he tenido pacientes con, me han mandado pacientes con. Entonces yo por ejemplo los he mandado a ginecóloga o a kinesióloga para hacer ejercicios de piso pélvico por ejemplo. Incluso sabía que para el tema del vaginismo, un compañero urólogo de la unidad me contó que se aplicaba botox en la zona perineal para relajar el músculo en el fondo. Yo encuentro que es maravilloso, si se puede optar por eso bien. También los mando a terapia kinésica (E6, p. lxxxiv).

Como te digo, esta parte fisiológica que tiene que ver con el no funcionamiento orgánico de alguno de los dos y que tiene otro tipo de tratamiento y que se puede discutir en pareja pero si no tiene una base psicológica a fin de cuentas tienen que ir a otro especialista y acá podemos conversar cómo cada uno lo toma, qué es lo que representa para uno y para el otro y tratar de aportar de esa forma (E4, p. lv).

5.1.4. Dimensión Ciclo de Vida/Historia

Las impresiones de algunos de los profesionales entrevistados apuntan hacia una visión de la sexualidad más cercana a la idea de ciclo de vida pues la asocian a una serie de etapas, fases o ciclos que son parte del desarrollo vital del ser humano y que por tanto dependerá de variables como el grupo etario al que se pertenezca, sexo y género. Algunos de hecho, argumentan que la sexualidad se manifiesta de distintas formas en cada una de estas etapas y que incluso en la adultez esta ya se encuentra establecida y confirmada, como se puede apreciar en las siguientes declaraciones:

También pienso la sexualidad como etapas del desarrollo, o distintos ciclos del desarrollo, cómo se va manifestando de distintas maneras. Donde está este concepto o idea de educación sexual, como algo que también se puede ir enseñando, encuadrando o dejando fluir (E3, pp. xxxviii-xxxix).

La sexualidad también, hay marcadas diferencias entre hombres y mujeres [...] también tiene que ver con el grupo etario de la pareja con la que esté hablando, una pareja adolescente, o de no sé, no adolescente, de 28 años que son jóvenes y que tienen una aproximación sexual conceptual y física, una respuesta emocional también en la sexualidad muy distinta a una pareja mayor que está desde otro lugar, tal vez más sabio, más calmado, o sea deben hacerlo mucho mejor incluso el acto sexual lo pueden disfrutar más que unos cabros acelerado y que están todos desesperados. Pero inclusive así, aunque sean grupos etarios distintos, las relaciones entre hombre y mujer, el cómo se aproximan es distinto (E4, p. li).

Algunos profesionales argumentan en relación a lo anterior, que lo que se determina como característico de ciertas etapas del ciclo de vida está instalado culturalmente. Así por ejemplo, la comprensión de la sexualidad en los distintos grupos etarios está contextualizada según su época; es por esto que algunos consideran que el desarrollo sexual de los jóvenes de hoy en día difiere de lo que se pensaba hace algunos años o décadas atrás; y que incluso habría una escasez de estudios que den cuenta de estas diferencias. Esto se puede apreciar en las siguientes declaraciones:

Entonces, si mi hermana, si tú tuvieras una hija hoy día que tuviera quince, veinte años y te dijera que no quiere tener relaciones, que le carga la sexualidad, que no le gusta y que no siente orgasmos y que no siente, tú te preocuparías, quizás la llevarías a consultar. Pero antiguamente dirían “¡Qué bien mijita!” [Se ríe], “Usted es una buena niña, usted se está reservando para el príncipe azul”. Cuando... qué es lo que es un síntoma, de lo que es un problema, son instalados culturalmente (E1, p. xx).

Yo no he visto mucho esto, en cuanto a cuál es el salto que se da, explicativo para determinados grupos específicos y me parece que son bien de cultura, estudiar a nivel latinoamericano, no digo ni si quiera a nivel de Chile, un grupo acotado como para poder describir ciertas características de cómo funcionan sexualmente o con respecto a la sexualidad en el desarrollo sexual de los jóvenes hoy en día que es distinto. No sé si el desarrollo sexual de los hombres que están en un colegio de hombres es al de mujeres distinto. Hoy en día también ha variado mucho, también se han abierto muchas posibilidades donde el probar o el buscar la sexualidad como parte de la identidad me parece que tiene que ver con la conformación de algo más grande, estoy así como en el periodo de grupo etario de los adolescentes, no cuando ya está constituido, sino que en la formación que tiene que ver con la formación de identidad, cómo yo me voy formando en relación al resto que es una parte de la sexualidad: las relaciones interpersonales, auto concepto, hay miles de formas que van adoptando (E4, p. 1).

Entre los entrevistados, aquellos que se orientan más por esta línea hacen referencia a ideas preconcebidas respecto de la sexualidad de algunas etapas del ciclo vital; por ejemplo describiendo su visión sobre la sexualidad en la tercera edad y problematizando, en algunos casos, los prejuicios que hay sobre ella; o sobre lo que es correcto o normal enseñar en etapas tempranas de la infancia como se muestra a continuación:

Y las abuelitas se calientan también po', en algún momento porque que yo les pregunté así como con respecto a esa parte de la excitación y hay muchas que se excitan todavía lo que pasa es que los hombres con los que les ha tocado estar son todos unos mañosos, en palabras de ellas, en donde como que es algo parecido, dos cucharadas y a la papa y no necesitan eso, quieren más, tienen que ocupar lubricante porque muchas veces hay sequedad, tienen que recurrir a otro tipo de cosas los cuales ya desde una escala valórica me pueden decir "no, no quiero eso ¿Ir a la farmacia a comprar un lubricante? No, no...". Una abuelita se muere, se persigna. Pero igual está,

más allá de lo que hacen, es cómo lo resuelven y yo me quedo con que está la necesidad, como que todavía hay sexualidad a esa edad entonces claro con sus parejas usualmente no se conversa de esto, entonces también sería dentro de la falta de oportunidad y no darse espacios para fomentar la sexualidad... (E4, pp. lv-lvi).

Y no se po' hombres mayores ¡No tengo idea! Así como que sé que los hombres con los años empiezan a perder su capacidad de tener erecciones, pero... mi abuelo se murió hace mucho tiempo, mi papá nunca va a hablar de esas cosas, entonces eso para mí es un tema, un territorio totalmente desconocido. Y que lata tener que hablar con el viejito, lo que me pasaba con esta pareja que te decía, así como "que lata, que lata tener estas imágenes en mi cabeza, no quiero, no me interesa... hablemos de otras cosas" (E5, p. lxxii).

Te fijas, o sea, cómo condiciona eso una vida... Yo tengo pacientes que han consultado a los ochenta años por problemas de sexualidad. La persona de más edad es de ochenta y dos años, una vulvodinia, a los ochenta y dos años consultó. Yo le pregunté por qué consultas en este momento, "se murió mi esposo, siempre tuve este problema, él me entendió, no teníamos relaciones, yo quiero intentar tener una pareja, por qué no" (E8, p. ciii).

Para otros profesionales tanto los aspectos más cercanos al ciclo vital como los elementos que tienen relación con experiencias particulares que vivencian los sujetos, son igualmente relevantes en la comprensión de la sexualidad. Al respecto sirven de ejemplo las siguientes declaraciones:

La sexualidad involucra muchas cosas, involucra muchos ámbitos distintos, incluso la sexualidad puede cambiar a lo largo de la vida, hay etapas distintas en la vida que involucra más o menos sexualidad también, y que también está en eso modulada de alguna manera por la experiencia de vida también (E8, p. cij).

Sin duda que hay un entrenamiento y una práctica cotidiana de cada uno, no es lo mismo yo a los quince que yo a los cuarenta, una persona que ha tenido una sola relación u otra que ha tenido cinco, una persona que ha tenido dificultades que no... en fin, ahí la historia, la construcción personal también, pero es contextualizado, y esa dimensión no se aborda habitualmente (E1, p. xii).

Ahora bien, a pesar de que la mayoría de los profesionales consideran varios aspectos, hay un grupo que defiende la prioridad de los aspectos que se relacionan con el devenir de la experiencia por sobre aquellos relacionados al ciclo vital. Esto se puede apreciar en las siguientes citas:

Sí claro, yo indago las historias vitales, indago los estilos de apego, indago la personalidad, no solamente la relación de pareja, los conozco profundamente. Trato de entender qué parte de la personalidad está haciendo ruido en la sexualidad (E7, p. xcix).

Yo creo que un poco lo que te decía hace un rato, el cómo emerge el comportamiento de uno en el ámbito llamado sexualidad sin duda que hay componentes o aspectos que tienen que ver con el devenir de la experiencia que, de los fenómenos que a mí me ha tocado vivir; como yo he fluido en el vivir, por decirlo así, yo en el mundo. Por otro lado, también está la dimensión de cómo me cuento que he vivido ese vivir, porque en estricto rigor yo no puedo separar lo que he vivido de cómo me cuento que he vivido (E1, p. xiii).

En estricto rigor yo diría lo que puedo contar... decirte lo que yo cuento que he vivido, no tengo acceso a saber si es verdad que lo viví así, pero las dos cosas son relevantes. Entonces cuántos partidos de fútbol he jugado, y cómo me cuento que he jugado, ganado o perdido esos partidos, ¿Sí? Entonces ambas cosas son importantes, súper importantes [...] (E1, p. xiii).

Por último, algunos profesionales consideran que malas experiencias (como falta de educación sexual o relacionadas a creencias religiosas) o directamente eventos traumáticos en el ámbito sexual, marcan considerablemente la vida de los sujetos teniendo muchas veces graves consecuencias en el futuro. Asimismo, otros tantos argumentan que este tipo de experiencias traumáticas son especialmente significativas cuando ocurren durante etapas de la infancia. Al respecto sirven de ejemplo las siguientes declaraciones:

También dependiendo de cada persona a veces me salto eso, a veces con la entrevista uno se da cuenta que si hay cosas que llaman la atención y que dan para sospechar que algo pudiera haber pasado, que no necesariamente podría ser un abuso, o algo que uno se imagina, a veces solo esto que la mamá la hacía escucha al Rumpi, en una edad que no era, no sé, como esas cosas. Entonces, intento indagar, en cómo se ha sentido en esta evolución de la sexualidad, no solo cuando tengo iniciación sexual con una pareja, sino que como la vivía de niña también, si es que estos temas se conversaban en la casa... (E9, p. cxli).

A veces las personas han tenido malas experiencias sexuales, por ejemplo, han tenido algún problema en la vida, de ahí a veces la psicóloga detecta que son gente que son el extremo de educaciones rígidas, y a veces abriéndoles un poco el mundo y dándose cuenta que esto no es la realidad se les acaba el problema (E8, p. cvii).

6. DISCUSIÓN

El presente apartado, despliega un análisis y discusión a partir del proceso descriptivo de los datos realizado en la sección anterior.

6.1. Dimensión Singularidad/Parejidad

A partir de lo que plantean los entrevistados en relación a la dimensión singularidad/parejidad, se puede apreciar que efectivamente hay una alta influencia del profesional en su ejercicio de observación. Es decir, no observa directa y únicamente un sistema que se le presenta, sino que logra ver en frente aquello que también forma parte ya de sus concepciones. Incluso más, pareciera que es un acto del cual puede ser consciente, puede que no lo sea, pero de cualquier forma no lo puede evitar. Esto estaría entonces ligando su ejercicio inicial de diagnóstico con su formación previa, experiencias previas y el enfoque en el cual está sustentado, en donde podría ser posible incluso que las preguntas dirigidas a sus consultantes estuvieran orientadas a encontrar aquello que buscan específicamente desde sus bases. Si ese enfoque indica una versión más relacional de la sexualidad, entonces inevitablemente lo situará ahí y tomará decisiones al respecto. En esta línea se puede apreciar además que algunos entrevistados asumen que tiene que ver luego con la diferencia entre tener un paciente individual y una pareja, y cómo para algunos es casi sin sentido trabajar individualmente, por ejemplo. Además la forma más clara en que esto se encarna es la decisión de la convocatoria, puesto que para un profesional, por ejemplo, asentado en una línea relacional, debiera corresponderse con un trabajo en que convoca a ambos miembros de la pareja, sin embargo, no siempre está directamente relacionada la convocatoria, con la concepción singular o relacional de la sexualidad. Luego, esto estaría también relacionado con algunas teorías que sostienen la idea de la sexualidad como un aspecto esencial de la parejidad (Elkaim, 1995).

Entendiendo que este estudio se plantea de todas formas desde un lugar en particular, que tiene una tradición cultural en particular, se puede argumentar que la sexualidad ha sido considerada, historizada e intervenida, bajo el prisma de que se trata

de un elemento siempre más individual que relacional. En este sentido podríamos decir entonces que el punto de partida para un profesional que se enfrenta a la temática de la sexualidad, es siempre bajo una óptica individual y que si logra hacer una modificación en esta línea y acercarse a una perspectiva más relacional, es porque ha hecho ya un ejercicio reflexivo, casi contracultural, que lo lleva a un pensar y actuar diferente. Varios de los profesionales dicen estar más bien asentados en una lógica relacional, que estaría dando prioridad a la pareja: ¿Su perspectiva es fruto de un ejercicio reflexivo contracultural? ¿Es sólo un planteamiento académico o científico deseable, pero que luego en la práctica se deshace y sigue operando una lógica individualizante? Los autores que dan la lucha por insistir en la pareja como la relación (Elkaim, 1995; Vicencio, 2011), lo plantean como una posibilidad para el ejercicio de la práctica clínica y además como un intento performativo de la escritura de un libro o un texto, pero no sabemos realmente si ellos están situados ontológicamente en esta línea o es una postura ideológica.

La manera más clara de interpretar por qué un profesional se sitúa en una lógica que toma atención por la singularidad, estaría vinculada a la formación que ha recibido y el enfoque desde el cual trabaja (por ejemplo el enfoque constructivista, más atento al individuo), eso aparece además de manera bastante explícita en los datos que se han construido a partir de las entrevistas en esta investigación. Sin embargo, también podríamos sostener que aquella aproximación está más bien relacionada con la eficiencia que presenta una aproximación individual frente a situaciones que ameritan un trabajo personal, que precisamente toma atención por el individuo, como lo son, algunas situaciones traumáticas, algunas situaciones médicas, donde el otro (la pareja) más bien es un sujeto que lateralmente acompaña. En esta línea se podría llegar a admitir que determinadas aproximaciones relacionales no tienen el mismo rendimiento en términos de logros y por tanto, la elección es, sin decirlo, una elección con una finalidad estratégica.

6.2. Dimensión Social/Cultural

De acuerdo a las voces que emergen respecto a la dimensión que va desde lo social a lo cultural, se puede observar que los profesionales no estarían dando cuenta sobre la implicancia que tiene su propio trasfondo social y cultural. Aparentemente sería un ejercicio reflexivo poco habitual el preguntarse por las propias raíces y por cómo estas

pesan a la hora de hacer psicoterapia. Esto es importante, y preocupante a la vez, pues la forma en que ellos comprenden la cultura chilena por ejemplo, depende en gran parte de sus propias experiencias en cuanto a la cultura familiar, creencias y vivencias: ¿Cómo afectan estos antecedentes en su trabajo terapéutico?; ¿son conscientes de su impacto? Se podría decir que este fenómeno es semejante a las nociones sobre “lo no dicho” planteada por autores como Gadamer (1996), Derrida (1971), en términos filosóficos y más tarde en términos clínicos por autores como Bertrando (2011) y White y Epston (1993). Gadamer (1996) por su parte, plantea que *lo no dicho* tiene grandes implicancias en el conocimiento pues este opera como un prejuicio fundamental de un relato, es decir, todo decir conlleva nuevas interpretaciones posibles. Derrida (1971) es más categórico al plantear que todo relato ha pasado por un proceso de edición que ha implicado una borradura, selección e incluso censura de su información; sin embargo, esta dimensión de lo indecible - o “de lo ausente pero implícito” en palabras de White desde una visión más clínica – no queda excluida sino más bien emerge constantemente asediando la consistencia de lo dicho o “habla elegida”. En este sentido, el trasfondo tanto social como cultural de los expertos podría entenderse como otro relato entre los varios *no dichos*, editado y que, de la misma manera, estaría asediando constantemente al terapeuta y su ejercicio. Más aún, esta insistencia por comparecer en el relato oficial, podría coludir con lo que los propios consultantes encarnan, por ejemplo en sus importantes huellas, tanto en la inscripción corporal como relacional. Sin embargo, ni aun este tipo de manifestaciones garantiza que aparezca en el discurso. Entonces, ¿podría pensarse que los métodos en realidad no son más que la experiencia particular del terapeuta disfrazada de otra cosa?; ¿podría ser que la participación silenciosa de *lo no dicho* dé paso a que obedezcan igualmente, aunque de forma poco consciente a aquello relacionado con su formación y enfoque de base?

De acuerdo al análisis señalado y a los cuestionamientos anteriores, sería importante además entrar en un plano de discusión sobre ética, principalmente por la cualidad de la dimensión de la sexualidad, un tema tan controversial de acuerdo a los entrevistados. La amplia existencia de prejuicios, mandatos y tabúes que rodean a la sexualidad estarían destinados a poner en riesgo el diagnóstico pues éste vendría fuertemente cargado de todos ellos. Los prejuicios quizás son más trabajables en la línea de lo propuesto por Cecchin, Lane y Ray (2002) o posteriormente por Harlene Anderson

(1997), sin embargo, los mandatos, tabúes y otras condicionantes, no son frecuentemente trabajables en el contexto de la clínica. En este sentido, y dada la importancia otorgada a esta dimensión por parte de los profesionales, sería imperativo un ejercicio de consciencia sobre cómo sus propias creencias, valores, ideologías, posicionamientos o principios pudieran ser factores de interferencia que se cruzaran incluso por sobre el bienestar de los consultantes; teniendo en consideración que se trata de un ejercicio que acompaña reflexivamente al diagnóstico, no que lo interrumpe. Podría llegar a pensarse que el hecho de que los profesionales en pocas ocasiones den cuenta de su posición ética, política y valórica sobre la dimensión de la sexualidad, fuera el triste reflejo de un *pobre cuidado* e insuficiente por lo demás, a la hora de hacer un acercamiento complejo en esta área. Todo lo anterior, además, podría llegar a tener un nefasto resultado, incluso llegando a mermar los procesos de mejoría de los consultantes. En esta línea es que aparece, como otro elemento, la gran cantidad de aspectos negativos emergentes al momento de reflexionar sobre sexualidad. Si bien este estudio se centra en elementos de diagnóstico y, consecuentemente, muchas de las preguntas a los entrevistados fueron centradas en elementos problemáticos que se deben diagnosticar, igualmente llama la atención la negatividad en torno a la temática. Esto podría estar dejando fuera elementos destinados a la prevención de las problemáticas actuales, así como también al uso de recursos (aquello que sí funciona) en el enfrentamiento de dichas problemáticas. La sexualidad no siempre es un problema, podemos estar de acuerdo con ello, pero para que aquello sea verdaderamente aceptado como una premisa, se requiere un espacio permanente a aquello que está operando como un recurso.

Considerando entonces que el fin último de la terapia (mas no de todos los otros variados dispositivos sobre los que se trabaja y que sí podrían estar vinculados a la prevención y/o mejoramiento de la vida sexual), supone alcanzar un estado de bienestar en los consultantes, sobre todo en aquellos casos en donde el motivo de consulta se relaciona con problemáticas y malestar en sexualidad, es la *supervisión* la que podría constituirse como aquel espacio esencial en el proceso de construcción de un acercamiento comprensivo, reflexivo y complejo, pues sería un mecanismo que permitiría distinguir cuándo los posicionamientos del terapeuta vienen a velar por la salud mental del sujeto en tratamiento, más que por las propias creencias de este o el propio paciente.

Esto implicaría que el diagnóstico se debería hacer siempre, entenderíamos siempre todas las veces, con participación de al menos dos profesionales.

6.3. Dimensión Bienestar/Malestar

A partir de los datos producidos en el marco de esta investigación, y en particular en relación a la dimensión que va desde el bienestar al malestar, podría decirse que existiría una clara diferencia interdisciplinaria entre los profesionales del área de la salud mental y aquellos del área de la salud física a la hora de posicionarse respecto de la relevancia de unos aspectos u otros. Es decir, pareciera ser que los profesionales de la salud física son más conscientes del peso y relevancia que adquiere “lo psicológico” cuando se trata de pacientes con problemáticas en sexualidad; que la atención que tienen los profesionales de la salud mental en relación a los aspectos fisiológicos y biológicos. Es más, de acuerdo a las voces de los profesionales de la salud mental, pareciera ser que algunos de ellos se encontrarían derechamente desactualizados y otros pocos en un amplio desconocimiento sobre algunas patologías físicas que son tremendamente importantes e incidentes en la vida de los sujetos tanto a nivel físico como emocional (psicológico). En este sentido, los datos producidos en el marco de esta investigación son claros en demostrar que tanto la derivación de pacientes a otras especialidades o la interconsulta, son procedimientos mucho más comunes y cotidianos de parte de los profesionales entrevistados del área de la salud física que de parte de los terapeutas.

Este fenómeno podría ser peligroso en el proceso de construcción de un acercamiento comprensivo, reflexivo y complejo en sexualidad en la medida en que podría generar en primer lugar una dificultad en la identificación de ciertas problemáticas que son de carácter físico, biológico e incluso químico (fármacos por ejemplo) que necesariamente requieren ser tratadas por profesionales especialistas en aquello (ginecología, urología, psiquiatría, kinesiología, etc.), y en segundo lugar, una tendencia a psicologizar demasiado problemáticas que tienen un origen que radica más bien en lo físico/biológico. Lo problemático de la última idea radica en que centrar toda o gran parte de la atención del diagnóstico en sexualidad en aspectos psicológicos, podría en algunas ocasiones incluso mermar el alivio o bienestar de los sujetos al posicionar, de alguna manera, sus problemáticas en cuestiones que provienen netamente de su propia “psique”,

cuando en realidad hay variables que son propias de su cuerpo que están siendo responsables de su malestar; generando por ejemplo una gran sensación de responsabilidad e incluso culpabilidad por sus problemas.

Si bien, en varias oportunidades, problemáticas asociadas al dolor en sexualidad, por ejemplo, tienen un origen atribuible a lo psicológico (algunos vaginismos emergen, por ejemplo, luego de un trauma sexual o por ansiedad de rendimiento), igualmente sería importante que los terapeutas tuvieran las herramientas necesarias para identificarlas y tomar decisiones sobre cuándo y a quién sería pertinente derivar o realizar una interconsulta a otros especialistas expertos. Al respecto puede servir a modo de argumento, lo planteado por uno de los entrevistados:

Al final uno siempre termina trabajando desde su propia disciplina y yo igual pienso como en terapias de pareja sobretodo en estas terapias en las que llegan con un motivo de consulta que es una disfunción sexual, como que a veces uno se apresura y como que no entra mucho en esta dinámica de decir “ya bueno ya, si todo tiene que ver con los significados, entonces vamos viendo qué pasa con esta pareja”, como que uno tiende a psicologizar muy rápidamente todo y yo creo que igual a veces hemos pecado como del no haber partido por la puerta de entrada que es descartar alguna causa biológica, como que vaya a saber uno cuántas veces había una causa biológica que se pudiese haber investigado (E3, p. xlii).

Relacionado a lo anterior, los datos indican además una escasa o nula comunicación entre especialistas de la misma u otra disciplina. Si bien, la mayoría de los entrevistados coincide en que existiría una disposición de parte de distintos especialistas expertos para la comunicación e incluso para un trabajo conjunto, la falta de tiempo para la reflexión en conjunto, la excesiva orientación al logro individual y la falta de espacios que inviten al trabajo en equipo, dificultan e impiden esta posibilidad; al respecto uno de los entrevistados declaró:

[...] pero en la práctica misma no porque las pegas están muy diseñadas como para que uno haga y cumpla su cuota y coordinarte con otro a veces requiere tiempo que a veces no está. Con suerte lo tienes de pasillo pero no, como que tal vez ahí hay un mal diseño de cómo se abordan los trabajos. Ocurre poco, súper poco que uno trabaje en conjunto con otros profesionales (E3, p. xliii).

De acuerdo con algunos autores, el trabajo multidisciplinario, ya sea en etapas de diagnóstico o de tratamiento, en problemáticas asociadas a la sexualidad es fundamental en la medida en que permite una comprensión y visión holística del fenómeno que se encuentra afectando el bienestar de el o los sujetos. El Modelo Psicobiosocial descrito por autores como Barry McCarthy y Lana M. Wald (2017); que por cierto se distingue del más conocido Modelo Biopsicosocial por re priorizar los elementos de éste, poniendo en primer plano la importancia de factores psicológicos y relacionales; es un enfoque que ejemplifica lo mencionado anteriormente, puesto que, al comprender que la sexualidad humana es por naturaleza variable, compleja, multidimensional y multicausal, profesionales de numerosos campos (psiquiatras, internistas, ginecólogos, urólogos, endocrinólogos, kinesiólogos, especialistas en adicción o terapeutas individuales) son considerados colegas bien respetados y con contribuciones que son únicas y valorables en el proceso de evaluación y tratamiento en terapia sexual. Es por ello que quienes trabajan desde esta línea incluso se encargan de reunir aportes de tratamientos pasados y/o sugerencias terapéuticas que pudieran servir de contribución a la terapia actual.

Desde esta visión sería entonces perjudicial para un acercamiento comprensivo, reflexivo y complejo, no contar con elementos provenientes de la evaluación y análisis de otros especialistas que pudieran ser de gran aporte para un acercamiento más amplio. Además, una comunicación más fluida podría ser una solución o al menos una contribución al problema del desconocimiento y desactualización de parte de algunos terapeutas, así como también para la identificación de patologías que están fuera del ámbito de lo psicológico. En este sentido, la valoración y construcción de espacios que permitan un fluir de conocimientos de distintas áreas de conocimientos sobre las mismas temáticas, sería beneficioso tanto para los mismos profesionales de distintas áreas como

para los consultantes particulares a los que se les está brindando atención; ahora bien, el valor del trabajo inter y multidisciplinario será útil en la medida en que se logren identificar las disciplinas específicas necesarias para cada caso particular, es decir, no en todos los casos serían útiles los aportes de las mismas disciplinas, sino más bien de aquellas que permitan comprender de mejor manera su especificidad.

Es por esto último que se considera que algunas cualidades relevantes de parte de los terapeutas que trabajen esta temática serían la responsabilidad y prudencia a la hora de plantear un trabajo interdisciplinario, teniendo siempre en cuenta cómo éste podría afectar o beneficiar en cualquier sentido al paciente. Por último, respecto a este mismo punto y al anterior donde se señala que existiría además una peligrosa tendencia de parte de los terapeutas a tener lecturas “demasiado psicologicasas”, una comunicación más fluida entre distintos profesionales en estas temáticas, podría ser considerado como fruto de un acto de irreverencia que tal como plantea Cecchin, Lane y Ray (2002), es una actitud de reflexión sobre sí mismo, una disposición a cambiar el propio posicionamiento y por ende, siempre un aporte para los procesos reflexivos.

Por último, y como cierre para este análisis, se retoma la idea desarrollada en la dimensión que va desde lo social a lo cultural en donde llama la atención la tendencia de parte de la gran mayoría de los entrevistados a posicionarse desde aspectos negativos en torno a la temática de la sexualidad, lo que en la línea de esta dimensión se traduciría en un posicionamiento que gran parte del tiempo se sitúa en el polo del malestar. Si bien este hecho podría ser reflejo e incluso producto de la manera en que fueron planteadas las preguntas a los entrevistados (centrándose en elementos relativos al diagnóstico y más bien problemáticos a la hora de realizar un acercamiento comprensivo), no deja de ser curioso el hecho de que pareciera ser que, para los expertos, la atención, preocupación u ocupación sobre la salud sexual comenzara a ser relevante sólo cuando se presentan problemas que la estuvieran afectando. Siguiendo esta línea, los datos estarían expresando que existiría una tendencia de parte de los profesionales a coludir con las construcciones sociales y culturales que rodean a la sexualidad, incluyendo los clásicos tabúes, dado que, aun habiendo un destape de lo sexual en las últimas décadas, la sociedad todavía presenta una buena cuota de timidez en relación a temáticas que tienen que ver con la prevención y potenciación de la sexualidad. Si para la mayoría de los

terapeutas entrevistados la sexualidad es una parte fundamental en la constitución de los seres humanos, ¿no sería importante entonces una mayor proactividad en cuanto a la prevención de posibles problemáticas asociadas a ella? Se podría inferir incluso que los diagnósticos clínicos en general tienden a no considerar a la sexualidad si no se encuentra atravesada por algún problema. Entonces, ¿cuál es la razón de fondo para incluir la sexualidad en los diagnósticos terapéuticos sólo cuando los consultantes indican malestar? Yendo aún más allá, si se pretende que la clínica sea un espacio comprensivo e integrativo de los problemas humanos, quizás el rol del terapeuta pudiera ser tremendamente relevante en el trabajo preventivo y potenciador de la salud sexual, ubicando a la sexualidad, como se merece, en una nuclearidad constitutiva del ser humano, promoviendo además su enriquecimiento a través del diálogo explícito en los diferentes espacios. Al no producirse todo aquello y al no prestarle la suficiente atención, el bienestar general de las personas pudiera verse afectado también.

6.4. Dimensión Ciclo de Vida/Historia

A partir de la relación entre los datos producidos en el marco de esta investigación, su relación con los elementos teóricos designados y las propias hipótesis, se puede apreciar la amplia diversidad de visiones respecto de aquello que tiene más peso a la hora de hacer un diagnóstico o evaluación de la sexualidad en la dimensión que va desde el ciclo vital hasta la historia particular de los sujetos. Es decir, las apreciaciones de los profesionales discrepan unas de otras, evidenciándose además poca claridad o escaso consenso respecto del acercamiento más adecuado para este punto: ¿Este fenómeno es producto de una falta de investigación en esta línea? O bien, ¿es fruto de una mera desactualización teórica de parte de los profesionales? Peor aún, podría llegar a pensarse que los profesionales son incluso ignorantes de algunas conceptualizaciones, o acercamientos teóricos actuales y novedosos, sobre todo por algunas de sus declaraciones en las que pareciera que sus voces hablan desde el sentido común, y no desde su ubicación en la categoría de especialistas. Otra observación que deriva en los anteriores cuestionamientos es el hecho de que, independiente de la consciencia que señalan tener la mayoría de los terapeutas, particularmente psicólogos, pero también de otras disciplinas; sobre la existencia e implicancia de etapas propias del ciclo vital de los seres humanos, y la extensa bibliografía existente que da cuenta de estos procesos; el

conjunto de ellos adscribiría a métodos de trabajo que tienden a recoger fuertemente la historia singular de un sujeto o de una pareja (particularmente además desde una lógica narrativa), es decir, prestando mayor atención a la singularidad del relato, en desmedro de cualquier otra noción que incorpore o valide aspectos vinculados al ciclo de vida. Este fenómeno podría llegar a ser preocupante en la medida en que las decisiones terapéuticas que surjan a raíz de procesos de diagnóstico y evaluación, planteen líneas de trabajo que varíen ampliamente unas de otras, perdiendo muchas veces el foco por el que ha llegado el consultante y por qué no, generando también confusión y malos entendidos entre profesionales y pacientes. Tal como se mencionaba anteriormente, la amplia bibliografía respecto a las etapas del desarrollo sexual, no se estaría relacionando de manera directa con la priorización de aspectos experienciales; siendo alarmante el hecho de que los profesionales podrían estar olvidando que independiente de la historia particular de los sujetos, estas historias se encontrarían siempre enmarcadas bajo el prisma de las etapas de un ciclo vital o de un esquema estructural, que es más o menos parecido en todos los sujetos dentro de una misma cultura. Es así entonces como un desacople de esas experiencias o de su funcionamiento sexual con respecto al momento de desarrollo sexual en el que se encuentren pueda ser un elemento clave en el devenir de los procesos terapéuticos.

Estaría todo complejizándose aún más si consideramos otro emergente mencionado anteriormente en la dimensión que va de lo social a lo cultural, que es la posibilidad de que los profesionales pudieran estar realizando un pobre e incluso nulo ejercicio reflexivo en cuanto a las ideas de base, creencias propias, posición ontológica y epistemológica a la hora de adscribir a ciertas posturas en la evaluación de esta dimensión. En relación a esto, es posible rescatar de las voces de los entrevistados, la presencia de cierta moralidad o convencionalismo al momento de enfrentarse a la temática, pues como se describe anteriormente, varios de ellos hacen alusión a ideas preconcebidas y prejuicios sobre la sexualidad (provenientes en gran medida de un amplio sentido común), explicitando lo que consideran correcto o no; normal o no según la etapa del ciclo vital en la que se encuentre el sujeto. Como ejemplo, algunos terapeutas transparentan su ignorancia e incomodidad sobre el trabajo en sexualidad con la tercera edad; y tan solo algunos pocos problematizan sobre el hecho de que para la mayoría de las personas, no sólo terapeutas o profesionales de la sexualidad, sea un territorio

desconocido. Otros terapeutas dejan entrever sus aprehensiones en cuanto al tipo de información que consideran adecuada o no según la edad de menores de edad al cuestionar y criticar el comportamiento de los padres, pero, ¿cuál es el nivel de consciencia que tienen los profesionales sobre el impacto de adscribir a ciertas posturas?, ¿existe una meta reflexión sobre el impacto de sus prejuicios? Si realmente varios consideran que lo que se corresponde con el ciclo vital es un fenómeno que está instalado cultural e históricamente, ¿son conscientes de que su subjetividad se corresponde con un momento histórico particular y que quizás no se condice con las nuevas subjetividades?, ¿están cuestionando profunda y reflexivamente el poder que adquieren los cimientos desde los cuales se posicionan en su labor? Todo esto podría ser reflejo de una rigidez de parte de los profesionales a la hora de adscribir a ciertas posturas de base, lo que podría ser preocupante en la medida en que nubla nuevas líneas de trabajo y posibilidades.

Ahora bien, la priorización de aspectos que tienen relación con el devenir de la experiencia se relaciona netamente con decisiones sobre el método de trabajo que toman los profesionales. Como se menciona anteriormente, el análisis permite declarar que existiría una clara tendencia en la promoción del uso de *las narrativas* como una forma de considerar al máximo la experiencia de los sujetos, además de otros elementos relativos a la cultura, sistema de valores e incluso las propias definiciones. Es más, pareciera ser que el diagnóstico en sexualidad requiriera entonces de un excesivo sustento en la singularidad, que está dado justamente por una extensa valoración de la narrativa del sujeto, siendo esta la que “determina” a la hora de construir la materia prima de los procesos terapéuticos. Lo que antes podría haber sido un determinismo estructural, del cual se trata de escapar, ahora se estaría pareciendo peligrosamente a un determinismo narrativo. Algunos entrevistados son categóricos al argumentar que más que las experiencias en sí, lo que queda y se rescata para el trabajo es la forma en la que los consultantes se cuentan esas historias, y cómo estas se construyen en el lenguaje; muy vinculado a las influencias, quizás -algo apresuradas en su lectura por lo demás- de Gergen (1996) o del propio Wittgenstein (1994) en la concepción lingüística, o de Michael White (1994), en la práctica narrativa como principio.

7. CONCLUSIÓN

Para efectos de la presente investigación, las conclusiones no serán redactadas en distintos puntos, como tradicionalmente se acostumbra, sino que se presentará derechamente una ficha guía para la construcción de un diagnóstico o, como se ha preferido plantear en este estudio, un *acercamiento comprensivo, reflexivo y complejo* sobre sexualidad, ya que se considera que es una opción más bien didáctica para responder más precisamente al objetivo de estudio.

La ficha que se presenta a continuación lleva por título entonces, “Guía para un acercamiento comprensivo al trabajo clínico en sexualidad” y pretende ser una ficha con un cierto carácter de interactividad, que además se encontrará disponible en una plataforma online (www.eqtasis.cl). La cualidad de interactiva estaría dada por la presencia de distintos enlaces (vínculos/“links”) que re direccionarán a los terapeutas que hagan uso de ella, a diversos contenidos que entregan otro tipo de información más en detalle y contribuyen a un óptimo llenado de esta ficha.

Ficha Clínica

GUÍA PARA UN ACERCAMIENTO COMPRENSIVO AL TRABAJO CLÍNICO EN SEXUALIDAD

La presente ficha tiene por objetivo servir de guía para la construcción de un tipo de diagnóstico o, como se prefiere plantear en esta ficha, un *acercamiento comprensivo, reflexivo y complejo* sobre sexualidad en el contexto de la psicoterapia. Esta pretende ser una herramienta técnico/táctica, que sirva de apoyo en las etapas de evaluación de consultantes/pacientes adultos (mayores de 18 años), para ser utilizada específicamente durante las primeras sesiones de un proceso terapéutico.

El uso de esta ficha permitirá contar con un acercamiento especializado y diferente del tradicional, para el trabajo clínico en temáticas vinculadas a la sexualidad, tanto para casos individuales como de terapia de pareja. Es relevante considerar que esta ficha está planteada para ser una herramienta útil, en la medida en que la temática de la sexualidad emerja explícitamente como parte de la motivación a consultar o como parte de una sospecha o inquietud que se hace presente en el sistema terapéutico.

Para ello, es necesario que usted conteste y rellene con la información necesaria los datos que se solicitarán a lo largo de la presente ficha y siga algunas indicaciones recomendadas. La ficha no quedará registrada *on line*, por el debido resguardo de los datos, sino que será sólo de uso y registro de quién la realiza. Para facilitar el proceso, la ficha sólo contiene enlaces que lo redirigirán a diversos contenidos que pueden ser de ayuda en la pesquisa de ciertos datos.

Se espera que quién haga uso de esta herramienta y ciertamente para su mayor aprovechamiento, mantenga una actitud cuidadosa, reflexiva y comprensiva durante todo el proceso, en el sentido de que se trata de un ejercicio interpretativo hermenéutico y no científico formalista.

ETAPA 1: Información básica de los consultantes

Fecha:.....

Nombre
consultante/paciente(s).....

Nacionalidad(es):.....

Edad(es):.....

Ocupación(es):.....

Género(s):.....

Estado Civil/Tipo de relación:.....

Derivante: Si No

En caso de responder "sí" rellene:

Nombre:.....

Especialidad:.....

Observaciones:.....

Medicamentos de uso regular y eventual:

.....
.....
.....

ETAPA 2: Exploratoria

- **Recolección de elementos fundamentales**

Como se mencionó en la introducción a esta ficha, en esta etapa se puede presentar el caso de que la temática de la sexualidad emerja explícitamente como parte de la motivación a consultar o como parte de una sospecha o inquietud que se hace presente en el sistema terapéutico. De acuerdo a uno de estos dos casos y de la configuración particular del sistema terapéutico, es decir, de los diversos factores contextuales; se sugiere al terapeuta en lo posible, mantener una actitud cuidadosa respecto a la manera en que se formularán las preguntas para acceder a la información que se debe recaudar en esta etapa; esto es, velando siempre por el bienestar del/la/los/las consultante(s).

En este sentido, las preguntas que se presentarán como ejemplo en cada uno de los ámbitos a explorar son sólo una propuesta -dentro de muchas- sobre cómo plantearlas. La mayoría de las preguntas tipo que se mencionan como ejemplo se encuentran planteadas en un formato de terapia individual, pero pueden ser planteadas de forma relacional en el caso de terapia de pareja. Por último, los distintos ámbitos presentados a continuación pueden ser abordados en el orden que el terapeuta estime conveniente.

Ámbito (a): Sexualidad en general

Preguntas tipo:

- *¿Cuál es la noción que tiene usted sobre la sexualidad?*
- *¿Cómo describiría su situación actual en cuanto a la sexualidad?*
- *¿Qué tan importante considera este ámbito en su vida en general?*
- *¿Cuánto podría estar influyendo la temática de la sexualidad en el motivo de consulta que plantea (o que se encuentra en proceso de construcción)?*

Rellene con la información emergente:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ámbito (b): Lo biológico/ fisiológico/ químico

Preguntas tipo:

- *¿Ha notado algo extraño/distinto en su cuerpo antes, durante o al término de sus relaciones sexuales?*
- *¿Ha sentido usted mismo/a o presenciado de parte de su pareja sexual dolor físico en sus genitales durante o al término de sus relaciones sexuales?*
- *¿Cómo evalúa usted mismo/a su nivel de deseo, excitación y satisfacción en términos sexuales?*
- *¿Tiene usted alguna contraindicación médica, malestar o enfermedad que pudiera estar perjudicando sus relaciones sexuales?*
- *¿Ha visitado alguna vez a un médico por temáticas que estén vinculadas al plano de la sexualidad?*
- *¿Alguna vez ha abusado de alguna sustancia o droga?*

Rellene con la información emergente:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Si se tiene la sospecha de alguna patología y no tiene todos los elementos para poder diferenciar, siga el siguiente link para saber más detalles acerca de los tipos de patologías: [Saber más de patologías](#)

En caso de que los síntomas descritos correspondan a los de alguna de las patologías indicadas, sugerir al (la) (los) (las) consultante (s) a una interconsulta con especialista indicado. Si no tiene todos los elementos para diferenciar cuál especialista correspondería, siga el siguiente link para saber más detalles acerca de los tipos de especialistas: [Saber más de especialistas](#)

Ámbito (c): Ciclo vital

Preguntas tipo:

- *¿Cómo ha vivido la sexualidad a lo largo de las distintas etapas de su vida?*
- *¿Cómo vivenció el ámbito de la sexualidad durante su adolescencia?*
- *¿Cuándo se inició sexualmente?; ¿Cómo vivenció esa experiencia?*
- *¿Cómo describiría su vida sexual?; ¿Se encuentra satisfecho/a con ella?*
- *¿Mantiene relaciones sexuales en la actualidad?; ¿Con qué regularidad?*

Rellene con la información emergente:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ámbito (d): Posibles eventos traumáticos o de impacto

Preguntas tipo:

- *¿Cómo fue su inicio sexual?*
- *¿Cómo ha vivenciado la sexualidad a lo largo de su vida?*
- *¿Cuáles fueron sus experiencias iniciales en este ámbito?*
- *¿Recuerda alguna situación particularmente difícil de enfrentar en su vida y que usted crea que puede influenciar en la manera en que experimenta el ámbito de la sexualidad?*

Rellene con la información emergente:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ámbito (e): Historia de la sexualidad del/la/los/las consultante(s) en particular o en relación a su pareja

Preguntas tipo:

- *¿Cómo evalúa las relaciones sexuales que tuvo con parejas anteriores?*
- *¿Cómo es la historia de la sexualidad con la actual pareja que tiene?*
- *Si los consultantes son una pareja ¿Cómo ha evolucionado la sexualidad en el tiempo que llevan juntos como pareja?*

Rellene con la información emergente:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ámbito (f): Lo social y cultural

Preguntas tipo:

- *¿Usted cree/adscribe a alguna religión?; ¿Cuál?; ¿Cómo se comprende o vivencia la sexualidad desde esta religión?*
- *¿De qué manera se entiende la sexualidad en su país de origen?; ¿De qué manera se relaciona su nacionalidad con su vivencia de la sexualidad?;*
- *¿En qué contexto creció?; ¿Dónde?; ¿Qué relación podría tener con su vivencia de la sexualidad?*
- *¿De qué origen es su familia/pareja?; ¿Qué relación tiene la cultura de su familia con el ámbito de la sexualidad?; ¿Existen diferencias importantes?*
- *¿Qué considera normal y anormal en la esfera de la sexualidad?; ¿Cómo esta visión se ve influenciada o se relaciona con su contexto cultural y social?*

Rellene con la información emergente:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Se sugiere profundizar particularmente en el tema a continuación, dado su alta incidencia en los temas vinculados a la sexualidad y porque muchas veces, una cultura dominante o prácticas de dominación o violencia de género, operan de manera poco explícita, pero relevante en la experiencia de los sujetos.

Ámbito (g): Género

Preguntas tipo:

- *¿Cuál es su conocimiento sobre la temática de género?*
- *¿Cuál ha sido su participación en los cambios culturales que se han generado a propósito de las temáticas de género en el último tiempo?*
- *¿Tiene usted un posicionamiento determinado respecto de cómo se vive la identidad de género en una cultura como la nuestra?*
- *¿Se siente usted identificado con alguna identidad de género?*
- *¿Cómo cree que se relaciona su identidad, rol de género y orientación sexual con la esfera de la sexualidad?*
- *¿Cuál es el impacto de la temática de género en su vida y sexualidad?*

Rellene con la información emergente:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Si una vez hecho el ejercicio reflexivo cree que su conocimiento sobre el tema de la perspectiva de género vinculado a la terapia psicológica en general, es muy poco, entonces le puede parecer interesante conocer y leer más al respecto: [Para saber más sobre el tema](#)

Se sugiere dejar la exploración del ámbito a continuación para el final de esta etapa, a modo de cierre, dada la generalidad de los temas que aquí se propone trabajar.

Ámbito (h): Sensación de bienestar y/o malestar

Preguntas tipo:

- *¿Cuál es su sensación general respecto a la esfera de la sexualidad?*
- *¿Cómo cree que experimenta esta sensación su pareja?*
- *¿Su vivencia de la sexualidad se inclina más hacia el polo del bienestar o del malestar?; ¿Por qué?; ¿Cómo percibes esta sensación?*
- *¿Si tuviera que relatar su experiencia de sexualidad a otra persona, quien lo/la escucha se quedaría con la impresión de que usted vive una sexualidad libre y satisfactoria?; ¿Qué pensaría esa otra persona de usted?*

Rellene con la información emergente:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ETAPA 3: Reflexiva

Esta etapa tiene por objetivo contribuir a que usted pueda llevar a cabo un proceso reflexivo que le permita adquirir un mayor nivel de conciencia sobre cómo las propias creencias, valores, posicionamientos e incluso su enfoque teórico-metodológico, pudieran estar poniéndose en juego en el acercamiento comprensivo particular del sistema terapéutico. Los elementos que emerjan de su propio cuestionamiento y reflexión podrán dar pie a un trabajo de supervisión, así como también servir de síntesis al momento de presentar el caso a un equipo (si es que se diera la oportunidad). Además se espera que usted pueda reflexionar en torno a dónde se ubican o cómo interfieren -o no- los aportes de profesionales expertos de otras disciplinas (diagnósticos médicos, patologías, enfermedades, etc.) en el trabajo de construcción de un acercamiento comprensivo.

Item 1:

Supuestos, premisas y prejuicios

En este apartado se espera que usted pueda realizar un ejercicio reflexivo en torno a los supuestos, premisas y prejuicios que tenga en relación a la sexualidad y el caso particular con el que se encuentre trabajando, describiéndolos y explicitando de forma escrita o a través de imágenes, símbolos y/o dibujos, cómo estos se levantan y entran en juego en el sistema terapéutico. Por ejemplo: ¿Cómo mi propia cultura se levanta en mi apreciación sobre la sexualidad en este caso? O bien ¿Cómo interfieren mis creencias sobre la sexualidad en mi evaluación?

Es relevante que esta línea de reflexión se guíe por los ámbitos presentados en la Etapa 2 de la presente ficha y también a través de otros aspectos que puedan emerger y que no necesariamente se encuentren presentes en esta.



Item 2:**Recursos, dificultades y la necesidad de supervisión**

En el siguiente cuadro se presentan distintos aspectos a considerar en un trabajo reflexivo ante un eventual trabajo de supervisión. La sistematización de estos elementos puede ayudar a identificar la urgencia (o no) de una actividad de supervisión. Si no se dispone de este recurso, igualmente preparar este punto puede ser nutritivo para un/a profesional que desee comentar o presentar el caso a otro(s) colega(s).

Se espera que usted pueda rellenar cada aspecto con la información solicitada y que el cuadro sirva de guía para facilitar el proceso auto reflexivo.

Hipótesis con las que trabaja	Dificultades que se han presentado
Problemáticas vinculadas a la alianza	Lo reprochable para mí (moralmente incorrecto para mí, lo ajeno, lo bizarro)
Relación de mi enfoque teórico-metodológico con la definición de sexualidad	Lo que no logro hablar o me cuesta decir o transparentar (igualmente se pueden incluir aspectos analógicos)

Item 3**Respecto de la relación con otras disciplinas**

En este apartado, se espera que usted pueda pensar y/o cuestionar la forma en que puede incorporar (o no), diagnósticos, problemáticas, dolencias, enfermedades, etc. provenientes de las perspectivas que ofrecen los profesionales de otras disciplinas –si es que corresponde en esta situación- y que se relacionen al caso particular con el que se encuentra trabajando para la construcción de un acercamiento comprensivo a la sexualidad.

Qué novedad trajo esto para mi	
Qué aprendizaje nuevo obtengo	
Qué implicancias tiene esto para el caso	
Que decisiones tomé o se tomó en conjunto para la terapia	

(b) Breve descripción sobre los elementos relevantes emergentes en la Etapa 3

Rellenar el siguiente cuadro con aquellos aspectos que han emergido como fruto de un ejercicio reflexivo (solo, con otros colegas o en un espacio formal de supervisión) respecto de su propio operar como terapeuta.

Elementos importantes que surgen a partir de un trabajo individual, en diálogo con otros colegas o en supervisión, a propósito de este caso en particular (premisas propias, creencias de base, aspectos relacionados a lo no dicho, elementos autobiográficos en relación a lo social y cultural, entre otros):

.....
.....
.....
.....

Ideas emergentes en relación a la convocatoria que ha realizado en el caso o la mención a otros actores participantes en la experiencia del consultante y su finalidad estratégica:

.....
.....
.....
.....

Elementos importantes que han surgido a propósito de la relación con profesionales de otras disciplinas, ya sea en conversación acerca del caso o a través de una interconsulta:

.....
.....
.....
.....

8. REFLEXIONES Y PROYECCIONES DEL ESTUDIO

Como se ha planteado en este estudio, el fenómeno de la sexualidad se caracteriza por su extraordinaria amplitud en la constitución del ser humano y por conformarse en un componente marcadamente relacional que se encuentra atravesado por múltiples aspectos. En términos generales, la sexualidad se trata de una temática de alta complejidad que requiere ser revisada cuidadosamente. El presente apartado entonces, busca generar una reflexión que va más allá de la pregunta de investigación y de los objetivos planteados, que surge precisamente a partir de la experiencia completa del trabajo investigativo, planteando por ejemplo, interrogantes respecto de las implicancias del estudio y de las futuras proyecciones que éste pudiera tener.

De acuerdo a lo anterior, la presente investigación tiene como principal implicancia, servir de invitación a la reflexión, discusión y replanteamiento constante sobre una temática tan relevante como la sexualidad en términos generales, y en particular en cuanto a la evaluación y diagnóstico de ella en el ámbito de la clínica psicoterapéutica. Como se ha planteado en este estudio, un ejercicio crítico y reflexivo en torno al trabajo clínico, es siempre un ejercicio de gran rendimiento, y deseable, en la medida en que genere un proceso de análisis que permita cuestionar, poner en duda o derechamente deconstruir desde distintas perspectivas las bases sobre las cuales se comprenden algunos fenómenos tan constitutivos del ser como la sexualidad. En este sentido, este estudio es también una invitación a la irreverencia y a la apertura en términos teóricos pues se trata de una temática que al menos en ámbito del diagnóstico y tratamiento, se encuentra poco estudiada y actualizada.

En línea con lo anterior, la ficha “Guía para un acercamiento comprensivo al trabajo clínico en sexualidad”, se presenta como un producto del análisis de los datos, que pretende servir justamente de *guía* para un acercamiento comprensivo, reflexivo y complejo acerca de la sexualidad. Sin embargo, a pesar de su afán, de ninguna manera podrá abarcar la completa amplitud del fenómeno de la sexualidad. Ahora bien, a pesar de este alcance principal, la herramienta de todas maneras tiene como implicancia el permitir a terapeutas, orientarse en etapas de evaluación y diagnóstico, ordenando el panorama general de la temática e invitando a un acercamiento que tenga a la reflexión

como una de sus características principales. De acuerdo a esto, psicólogos (as) que no se encuentren o sientan capacitados, o actualizados, en temáticas relativas a la sexualidad y en particular respecto a su diagnóstico, dispondrán de una herramienta que les permitirá abordar con mayor detalle, claridad y responsabilidad este fenómeno. Del mismo modo, esta ficha podrá ser de utilidad para terapeutas que sí se encuentren al tanto respecto de la temática, al plantear una propuesta para el análisis que probablemente difiera en alguna medida de sus propios métodos, que aportará con nuevos elementos a sus formas de evaluar o acercarse a la sexualidad, nuevamente, como un acto de irreverencia a sus propias bases. Es relevante considerar en este punto, que la ficha pretende ser de utilidad para psicólogos (as) que adscriban a cualquier postura teórica, metodológica y epistemológica, por esto mismo, se plantea en términos generales como una guía que permita revisar la temática más tarde desde sus propios criterios y modelos de base.

Ahora bien, la ficha propuesta, necesariamente presenta algunos alcances que son necesarios de tener en cuenta a la hora de su uso. Como se mencionó anteriormente, uno de los principales alcances es que no podría definirse como una herramienta de diagnóstico exhaustiva en el sentido de que no es capaz de abarcar la totalidad del fenómeno de la sexualidad; es por ello que se prefiere plantear como una primera guía a un acercamiento comprensivo, reflexivo y complejo a la temática. De aquí, que incluso un correcto uso y llenado de la ficha, es decir, completando cada una de las etapas y requerimientos de la herramienta, no garantizará siempre la construcción de un acercamiento o diagnóstico comprensivo como tal, pues es altamente probable y por lo demás, deseable, que emerjan problemáticas y nuevos elementos que no surjan a partir de los elementos propuestos en la ficha. Además, otro alcance podría tener relación con el hecho de que la bases epistemológicas sobre las cuales se asienta esta investigación coinciden con un enfoque de base sistémica que inevitablemente influye en la manera en que es planteada la ficha. Ahora bien, a pesar de los alcances que pueda esta herramienta tener, de todas maneras podrá servir de ayuda a los terapeutas que hagan uso de ella en la medida en que les permitirá observar y revisar la temática desde otra perspectiva, permitiendo incluso caer en cuenta de las propias limitantes respecto a la evaluación de la sexualidad. Es más, pudiera ser que el uso de esta herramienta técnico táctica, le permita entrar en conocimiento respecto de aquellos elementos que quizás no sabía que no estaba considerando.

La construcción de un acercamiento comprensivo, reflexivo y complejo es un proceso que ciertamente requiere dedicación y quizás tiempo, sin embargo, la consideración de los elementos planteados en la ficha propuesta, al menos de acuerdo a los resultados de esta investigación, es la mínima condición para realizar un asertivo, complejo y responsable proceso diagnóstico sobre la sexualidad humana.

Como se planteó anteriormente en este estudio, queda resonando el tema de la supervisión, la cual se plantea como una instancia ideal y por tanto deseable en las etapas de evaluación y diagnóstico de la sexualidad. Si bien la ficha propuesta está pensada en primera instancia para un trabajo de uso individual del terapeuta, se considera que el uso de ella con el acompañamiento de un supervisor, co terapeuta o equipo de supervisión será aún más provechoso para el acercamiento comprensivo. Es más, el uso y revisión de esta ficha podría ser aún provechosa si se realizara en equipos de trabajo o de supervisión multidisciplinarios, pues permitiría ampliar las perspectivas.

Por otra parte, en cuanto a los resultados del análisis y discusión surgen algunas observaciones para la reflexión, que tienen relación con elementos en los cuales sería interesante profundizar. La temática de género es claramente un ejemplo pues a pesar de ser un tema que emerge en la producción de datos, no destaca ni ocupa un espacio suficiente. Esto desde el posicionamiento de la presente investigación, es una situación preocupante ya que una perspectiva crítica sobre la sexualidad necesariamente debería contener una perspectiva de género que permita tener una visión más amplia respecto al tema, sobre todo en tiempos como los de hoy donde la desigualdad y violencia de género, las diferencias de poder, y la lucha feminista se encuentran tan presentes.

Otro ejemplo, en donde aparece como importante ampliar la reflexión, tiene que ver con el avalado uso de los diagnósticos planteados por el DSM en los procesos de evaluación y diagnóstico de la sexualidad. De acuerdo a la teoría revisada, las llamadas terapias sexuales, se han convertido prácticamente en un equivalente al tratamiento de las disfunciones sexuales propuestas por el DSM. De acuerdo a las bases y resultados de esta investigación, los problemas sexuales parecieran ser mucho más amplios y complejos como para ser explicados solo desde esta perspectiva. La codificación de las dificultades sexuales en este manual, está orientada exclusivamente al desempeño sexual en términos de deseo, excitación, orgasmo y penetración sin dolor, que si bien son

elementos necesarios de considerar, transforman este enfoque en una perspectiva demasiado genitalista sobre la sexualidad humana. Por lo demás, esto es preocupante y criticable pues claramente da cuenta de una visión ampliamente aceptada que es heterosexista y falocéntrica al promover un enfoque orientado al sexo que ignora por ejemplo diferencias culturales, diferencias de poder en base al género, y facetas esenciales de la sexualidad como las relaciones, las emociones, los sentimientos e incluso el placer. Esta crítica no se trata de un intento de demonizar las categorías diagnósticas propuestas del DSM, sino más bien se configura como un llamado de atención y un ejercicio de consciencia a no quedarse solo con estas definiciones y a utilizarlas solo como una guía para el diagnóstico. Es un hecho que estas categorías diagnósticas no capturan la amplia gama y complejidad de aspectos que abarcan la sexualidad, pero de igual manera son en general parte del clásico motivo de consulta por el cual llegan muchos consultantes con problemáticas del orden de lo sexual, es por esto que nuevamente se recalca que no se trata de no considerarlas sino de ser cuidadosos a la hora de utilizarlas en la evaluación.

Por otro lado, también sería interesante profundizar respecto al hecho de que, de acuerdo a la literatura estudiada, varios autores y lineamientos teóricos se encuentran constantemente proponiendo que temas relativos a la sexualidad o más específicamente, los tratamientos de problemáticas sexuales, sean trabajados en instancias como la “terapia sexual” cuando en realidad, este debiera ser un tema trabajable en el contexto de la psicoterapia general: ¿por qué habría que separar su tratamiento si se trata de un fenómeno que es tan constituyente del ser?

A partir de lo anterior, el hecho entonces de que profesionales en su calidad de “expertos” definan aquello que se configura o no como un problema sexual, necesariamente está hablando de sus propios valores, mientras que al mismo tiempo lleva a modelar los valores de la cultura en términos amplios sobre aquello que es o no sexualmente “saludable” o “normal”. Este fenómeno, que guarda relación con el posicionamiento del terapeuta en el contexto de la psicoterapia, releva el inherente carácter político de un acercamiento comprensivo, reflexivo y complejo sobre la sexualidad humana.

Por último y a modo de cierre, se sugieren futuras investigaciones o proyecciones del estudio en términos generales, que apunten a estudiar la forma de abordar el dominio de la sexualidad humana en psicoterapia, incorporando por sobre todo una perspectiva de género crítica y actualizada. Además se sugiere probar, estudiar y evaluar el rendimiento de la ficha clínica aquí propuesta en el contexto clínico de la psicoterapia, para de esa manera levantar nuevas propuestas para el mejoramiento del contenido y/o del formato. Asimismo, se sugiere ampliar la presente investigación, incorporando más entrevistas a una diversidad más amplia de especialidades del área de la salud física, así como también de terapeutas que adscriban a otros enfoques. Por último, se sugiere en futuras investigaciones, estudiar más ampliamente el rol que cumple el cuerpo y los aspectos analógicos en un acercamiento comprensivo, reflexivo y complejo acerca de la sexualidad.

Para cerrar, se espera que la presente investigación sirva como un lugar de partida para terapeutas o estudiantes que no estén actualizados en la temática de la sexualidad y sobre todo para aquellos que valoren la salud sexual y el bienestar como parte esencial de la salud mental general y para quienes deseen trabajar con problemáticas sexuales como parte de práctica de la psicoterapia en general.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Aliaga, P., Ahumada, S., Villagrán, O., Santamaría, M., Manzor, S. y Rojas, O. (2000). Disfunciones sexuales: asistencia clínica y factores asociados en ginecología. *Revista Chilena Obstetricia y Ginecología*, Vol. LXV (6), 442-452.
- Álvarez-Gayou, J. (1986). *Sexoterapia integral*. México: Interamericana.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: 4ta Edición, Texto Revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona, Masson.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: 5ta Edición (DSM-5)*. Washington DC, Estados Unidos.
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*.
- Arcelloni, T. (2011). Terapia sessuale sistémica. La sfida della sessualita. *Rivista Connessi di consulenza e ricerca sui sistema umani*, 27, 59-76.
- Austin, J. L. (1975). *How to do things with words*. New York: Oxford University press.
- Bachmann, G. (2006). Female sexuality and sexual dysfunction: are we stuck on the learning curve?. *The journal of sexual medicine*, 3(4), 639-645.
- Barrientos, J. y Páez, D. (2006). Psychosocial Variables of Sexual Satisfaction in Chile. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32, 351-368.
- Basson R. (2005) Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ*, 172(10), 1327-1333.
- Bertrando, P. (2011). *El diálogo que conmueve y transforma: el terapeuta dialógico*. México: Editorial Pax.

- Bittner, M. (s.f.). *Disfunción Sexual Femenina* [en línea]. Recuperado el 12 de Octubre de 2017 desde <http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/188.html>
- Caillé, P. (1992). *Uno más uno son tres: la pareja revelada a sí misma*. Barcelona, España: Paidós.
- Callejo, J. (2002). Observación, entrevista y grupo de discusión: El silencio de tres prácticas de investigación. *Revista Española de Salud Pública*, 76 (5), 409-422. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Calventus, J. (2008). *Una aproximación al análisis de datos cualitativos textuales*. Documento de trabajo 2008. Profesor de la carrera de Socioeconomía, Universidad de Valparaíso.
- Cecchin, G., Lane, G., & Ray, W. A. (2002). *Irreverencia: una estrategia de supervivencia para terapeutas* (Vol. 86). Grupo Planeta.
- Derrida, J. (1971). La mitología blanca. La metáfora en el texto filosófico. *Márgenes de la filosofía*, 247-311.
- Elkaim, M. (1995). *Si me amas, no me ames*. Gedisa.
- Gadamer, H. G. (1996). *Estética y Hermenéutica* (1964) trad. de José Francisco Zúñiga García. *Daimon Revista Internacional de Filosofía*, (12), 5-12.
- Gergen, J. K. (1996). *Realidades y relaciones: aproximaciones a la construcción social*. Paidós.
- González, F. (2000) *Investigación Cualitativa en Psicología: rumbos y desafíos*. México: International Thomson Editores.
- Guardián-Fernández, A. (2007). *El paradigma cualitativo en la investigación socio-educativa*. Costa Rica, San José: Educativo Regional.

- Guerrero, L. M. (2001). *La entrevista en el método cualitativo*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile [en línea]. Recuperado el 5 de Septiembre de 2017 desde <http://rehue.csociales.uchile.cl/investigacion/genetica/cg04.Htm>.
- Heidegger, M. (1998). *Ser y tiempo, trad. Jorge Eduardo Rivera*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Kamei, L. y Kamei, J. (2005). Estudio de prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres que asisten a consultorio externo de gineco-obstetricia de Hospital de la Serena. *Revista Chilena de Urología*, 70 (4), 231-235.
- Kaplan, H. S. (1982). *La nueva terapia sexual*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Kingsberg, S. A. y Rezaee, R. L. (2013). Hypoactive sexual desire in women. *Menopause: The Journal of the North American Menopause Society*, 20 (12), 1284-1300.
- Kingsberg, S. A. y Woodard, T. (2015). Disfunción Sexual Femenina con Enfoque en la Disminución del Deseo. *Journal of Obstetricians and Gynecologists*, 125, 477-486.
- Lévi-Strauss, C. (1974). *Estructuralismo y ecología*. Anagrama.
- Masters, W., Johnson, V. y Kolodny, R. (1979): Concepts of Sex therapy. En *Textbook of Sexual Medicine*. Boston, United States: Little, Brown and Company.
- McCarthy, B. y Wald, L. M. (2017). A Psychobiosocial Approach to Sex Therapy. En *The Wiley Handbook of Sex Therapy* (1st Edition). United Kindom: Wiley Blackwell.
- Ministerio de Salud (2002). *Comisión Nacional del Sida Estudio Nacional de Comportamiento Sexual*. Chile.
- Navarrete, J. M. (2000). El muestreo en la investigación cualitativa. *Investigaciones sociales*, 4(5), 165-180.
- Navarro, Y., Torrico, E., y López, M. J. (2010). *Revisión histórica de la educación sexual escolar* [en línea]. Recuperado el 12 de Octubre de 2017 desde

<http://www.cenesexualidad.sld.cu/revision-historica-de-la-educacion-sexual-escolar>.

Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). *Promoción de la salud sexual: Recomendaciones para la acción*. Antigua Guatemala, Guatemala: OPS, OMS en colaboración con Asociación Mundial de Sexología (WAS).

Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol.*, 35 (1), 227-232.

Pakman, M. (2014). *Texturas de la imaginación* (Vol. 3). Editorial Gedisa.

Peterson, Z. D. (Ed.). (2017). *The Wiley Handbook of Sex Therapy* (1st Edition). United Kindom: Wiley Blackwell.

Rubio, E. (2014). La salud sexual como parte integral de la salud. En *Lo que todo clínico debe saber de Sexología* (pp. 1-10). DF, México: Edición y Farmacia SA de CV.

Ruiz Retegui, A. (1987). La sexualidad humana. En *Deontología Biológica* (pp. 246-261). Pamplona, España: Facultad de Ciencias Universidad de Navarra. Servicio de Publicaciones.

Sampieri, R. (2006) *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

Sánchez, C., Carreño, J., Martínez, S y Gómez, M (2005). Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: comparación de género en una muestra de la Ciudad de México. *Revista Salud Mental* (V. 28), 74-80.

Sánchez, C. y Carreño, J. (2007). Guía clínica de intervención psicológica de la sexualidad humana en parejas. *Perinatología y Reproducción Humana*, 21, 33-43.

Shotter, J. (1993). *Conversational realities: Constructing life through language* (Vol. 11). Sage.

- Taylor, S. y Bogdan, R. (2000). *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación* (3° Ed.). Barcelona, España: Ediciones Paidós.
- Venegas, J. A. y Baeza, R. (2004). Prevalencia de Disfunción Eréctil en Chile. *Revista Chilena de Urología*, 69 (3), 199-202.
- Vicencio, J. (2011). *Mapas del amor y la terapia de pareja*. México, Editorial Pax.
- Von Foerster, H. (1998). Por una nueva epistemología. *Metapolítica*, 2 (8), 629-641.
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona, España: Gedisa.
- White, M., & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos* (pp. 53-87). Barcelona: Paidós.
- Wittgenstein, L. (1994). *Los cuadernos azul y marrón*. Barcelona, España: Planeta-De Agostini.

10. ANEXOS

10.1. ANEXO 1: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado (a) a participar de una tesis de investigación de pregrado de la Universidad de Chile. El propósito de este documento es ayudarlo a tomar una decisión acerca de su participación en esta investigación. Para esto, se explicarán los objetivos, la metodología y otros aspectos relevantes con el fin de que evalúe la posibilidad de participar.

El objetivo principal de este estudio es **conocer cuáles serían los elementos que debería disponer un terapeuta para llevar a cabo un acercamiento comprensivo acerca de la sexualidad**. Es decir, determinar los elementos principales que se tendrían que tener en consideración para llevar a cabo un acercamiento más comprensivo, reflexivo, complejo o global sobre la sexualidad.

La investigación se llevará a cabo mediante la realización de una entrevista, con una duración aproximada de una hora y media la cual será realizada por la propia investigadora.

La información que se proporcione en la entrevista, será **confidencial y utilizada para fines exclusivamente investigativos**, siendo su participación voluntaria y pudiendo retirarse del proceso cuando lo desee o estime conveniente.

Todas sus opiniones serán tratadas como confidenciales y serán mantenidas en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular. Asimismo tendrá ocasión de hacer cualquier pregunta que considere necesario. El consentimiento informado será leído y explicado en conjunto con la investigadora durante la entrevista, entregándosele una copia firmada.

Para facilitar el análisis, esta entrevista será grabada, sólo si usted lo autoriza. El uso de la grabación es sólo para los fines metodológicos de esta investigación y como material no es utilizado en ningún contexto fuera de este mismo estudio.

Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna, por participar en este estudio. Sin embargo, su participación contribuirá a aumentar el conocimiento sobre el diagnóstico en sexualidad en el contexto psicoterapéutico.

Si requiere mayor información, o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar directamente a la investigadora: Muriel Morales M. (Celular: +569-9-3211917 / Correo electrónico: muriel.moralesm@gmail.com).

Consentimiento Informado

Yo, _____
he sido convocado(a) a participar en la investigación: **“Cuáles serían elementos que debería disponer un terapeuta para llevar a cabo un acercamiento comprensivo acerca de la sexualidad”**.

Entiendo que mi colaboración consistirá en participar He leído la información del documento de consentimiento. He tenido tiempo para hacer preguntas y se me ha contestado claramente. No tengo ninguna duda sobre mi participación. Acepto voluntariamente participar y sé que tengo el derecho a terminar mi participación en cualquier momento.

Firma _____

Santiago, ____ de _____ de 20__

Agradezco su participación,

Muriel Morales M. Tesista de Pregrado

10.2. ANEXO 2: “Pauta de entrevista piloto”

I. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA SEXUALIDAD

1. ¿Cuál sería el dominio de la sexualidad para un sujeto? (todo lo que se puede considerar dentro del ámbito sexualidad)
2. Si se tuviera que dividir el ámbito de la sexualidad para su mejor comprensión ¿Qué clasificación propondría?
3. ¿Cuáles son las dimensiones de la sexualidad en las que usted trabaja?
4. ¿Existen a su juicio algunas dimensiones de la sexualidad que tienden a ser menos consideradas, menos estudiadas?
5. ¿Crees que sería importante ahondar más en ellas o son innecesarias para tu trabajo en específico? ¿Cómo crees que podrían ser abordadas?

II. SEXUALIDAD Y VIDA COTIDIANA

6. ¿Cómo se relacionan sexualidad y vida cotidiana?
7. ¿Con cuál otro tema podría estar más directamente relacionado el ámbito de la sexualidad? (dar ejemplos: seguridad, desarrollo, auto estima, posición social, etc.)
8. ¿Cómo se traduce este tipo de relaciones (sexualidad y otro tema dentro de lo que escogió en la pregunta anterior) en los vínculos que entablamos en la cotidianeidad?
9. Entendiendo que el espacio terapéutico remite siempre de cierta manera a la vida cotidiana: ¿Cuáles son las temáticas más comunes referentes a sexualidad que aparecen en el contexto terapéutico? ¿En general se relacionan más con un ámbito psicológico o físico?

III. PROBLEMÁTICAS GENERALES ASOCIADAS A LA SEXUALIDAD

10. ¿Cuál podría ser para usted la diferencia entre una problemática sexual y un trastorno de la sexualidad?
11. Desde su experiencia ¿Cuáles son las principales problemáticas asociadas a la sexualidad? (las más comunes, las más complejas de abordar, las que tienen más presencia)

12. Desde su experiencia ¿Cuáles son los principales trastornos asociadas a la sexualidad? (las más comunes, las más complejas de abordar, las que tienen más presencia)
13. En su experiencia cuál es la forma más común en que aparece una problemática sexual o un trastorno sexual en el contexto psicoterapéutico (voluntariamente, como parte del motivo de consulta, por efecto del terapeuta, como fruto de una co-construcción)
14. ¿Tienes comunicación con otros especialistas en el tema cuándo existe un trabajo terapéutico que tiene como alguno de sus focos la sexualidad? Si es así, ¿Cuándo decides entablar ese diálogo con otros especialistas? y ¿Con qué especialistas? (Médicos en general, Psiquiatras, Filósofos, Kinesiólogos, etc.)
15. ¿Considera importante un trabajo interdisciplinario con consultantes que presentan problemáticas o trastornos relacionados a la sexualidad?
16. ¿Está en general una disposición de parte de los especialistas por entablar un diálogo entre ellos en el trabajo de trastornos relacionados a sexualidad?

IV. SEXUALIDAD, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

17. ¿Realiza algún tipo de diagnóstico cuando trabaja en el tema sexualidad?; ¿Cómo lo haces? ¿Qué aspectos tienes en consideración a la hora de realizar este diagnóstico?
18. ¿Cuánta participación tiene él o los sujetos en el diagnóstico?
19. ¿Qué implicancia tiene un diagnóstico de este tipo en la vida de los sujetos?
20. ¿Cómo se vincula un diagnóstico con algún tipo de tratamiento?; ¿Cuánta vinculación existe entre el tratamiento y el diagnóstico y que pasaría si no estuviera vinculado?
21. El tratamiento que le das a tus pacientes ¿Cómo se relaciona con el diagnóstico que realiza?
22. Si es que no haces un diagnóstico como tal, entonces ¿Qué camino sigues en la construcción de un tratamiento?

10.3. ANEXO 3: “Pauta de entrevista (Para profesionales de la salud mental)”

Consigna I: COSMOVISIÓN/ DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA SEXUALIDAD

“Para comenzar, este enunciado pretende lograr que usted se posicione respecto a la temática de la sexualidad, compartiendo una descripción general personal de lo que se enmarcaría dentro de ella. Algunas preguntas orientadoras de este punto podrían ser: ¿Cuánto espacio ocupa la sexualidad en la vida de los sujetos? ¿Usted comprende la sexualidad como una composición de diversos ámbitos dentro (de los cuales habría algunos más estudiados o menos estudiados que otros) o en realidad la comprende como una visión global diferenciada?”.

Consigna II: VIDA COTIDIANA Y SEXUALIDAD

“El propósito de este enunciado es que usted se pueda referir a la vida cotidiana y cómo la sexualidad se relaciona con ella. Se entiende en este caso a la vida cotidiana como acciones, situaciones y actividades que las personas realizan a diario, así como también a aquello más doméstico. Preguntas que engloban este punto entonces son ¿Cómo las personas viven su sexualidad cotidiana y si esta pudiera estar asociada a otros aspectos de la vida? (Por ejemplo: seguridad, autoestima, desarrollo biopsicosocial e incluso con la posición social) ¿Cómo emergería la temática de la sexualidad y su relación con la vida cotidiana en la conversación terapéutica?”.

Consigna III: PROBLEMÁTICAS GENERALES ASOCIADAS A LA SEXUALIDAD/ DIFICULTADES Y DISFUNCIONES

“El siguiente enunciado tiene por objetivo que usted pueda referirse a los aspectos que pudieran dificultar la sexualidad. De acuerdo a esto, primero sería importante conocer cuándo para usted una situación se transforma en un problema y cuáles serían los principales problemas asociados a la sexualidad: ¿Cuáles son las problemáticas vinculadas a la sexualidad que usted conoce? ¿Hay algunas problemáticas con más prevalencia que otras? ¿Hay algunas más complejas que otras? Desde su experiencia ¿Cómo se presenta y se considera (o no) este tipo de problemáticas en el escenario de una terapia?”.

Consigna IV: INTERDISCIPLINARIEDAD

“La sexualidad es algo que se ha estudiado desde diversos ámbitos a lo largo de la historia. Diversos especialistas pueden abordar la sexualidad desde sus conocimientos; por ejemplo, Médicos (Psiquiatras, Ginecólogos, Urólogos), Psicólogos, Kinesiólogos, Filósofos, Educadores, etc. Cuál podría ser su conocimiento, planteamiento, posicionamiento respecto del trabajo interdisciplinario en sexualidad, y, desde, la relación que ofrece su propia especialidad. Preguntas que incluyen este punto pueden ser ¿Qué tan importante para usted es trabajar interdisciplinariamente cuando se trata de problemáticas en sexualidad? ¿Con qué especialistas? ¿Considera usted que en la actualidad existe una comunicación fluida entre estos especialistas en cuanto al trabajo en la temática de sexualidad? A su criterio ¿Hay una disposición de parte de los especialistas para una comunicación en el trabajo en sexualidad o en realidad se trabaja sólo desde la disciplina propia?”.

Consigna V: TRATAMIENTO

“Este enunciado busca que usted pueda referirse al trabajo clínico en términos amplios que se realiza en cuanto a sexualidad desde su disciplina específica. Si es que se puede hablar de un tratamiento propiamente tal. Refiriéndose por ejemplo a la forma particular en las que usted aborda la sexualidad y en especial, las problemáticas que puedan surgir en torno a ella; o cómo y cuándo toma decisiones respecto al camino que debe seguir el proceso psicoterapéutico cuando emerge esta temática....”.

Consigna/Pregunta de Cierre VI: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

“¿Cuáles son los elementos con los que usted dispone para llevar a cabo un acercamiento más comprensivo, reflexivo, complejo o global sobre la sexualidad?”.

10.4. ANEXO 4: “Pauta de entrevista (Adaptación para profesionales de la salud física)”

Consigna I: COSMOVISIÓN/ DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA SEXUALIDAD

“Para comenzar, este enunciado pretende lograr que usted se posicione respecto a la temática de la sexualidad, compartiendo una descripción general personal de lo que se enmarcaría dentro de ella. Algunas preguntas orientadoras de este punto podrían ser: ¿Cuánto espacio ocupa la sexualidad en la vida de los sujetos? ¿Usted comprende la sexualidad como una composición de diversos ámbitos dentro (de los cuales habría algunos más estudiados o menos estudiados que otros) o en realidad la comprende como una visión global diferenciada?”.

Consigna II: VIDA COTIDIANA Y SEXUALIDAD

“El propósito de este enunciado es que usted se pueda referir a la vida cotidiana y cómo la sexualidad se relaciona con ella. Se entiende en este caso a la vida cotidiana como acciones, situaciones y actividades que las personas realizan a diario, así como también a aquello más doméstico. Preguntas que engloban este punto entonces son ¿Qué tan frecuente es que una dificultad de salud sexual se asocie a problemas en la vida cotidiana? ¿En su experiencia cómo afecta esto directamente? ¿Cuánto se habla esto (de la afección en la vida cotidiana) en un tratamiento de salud?”.

Consigna III: PROBLEMÁTICAS GENERALES ASOCIADAS A LA SEXUALIDAD/ DIFICULTADES Y DISFUNCIONES

“El siguiente enunciado tiene por objetivo que usted pueda referirse a los aspectos que pudieran dificultar la sexualidad. De acuerdo a esto, primero sería importante conocer cuándo para usted una situación se transforma en un problema y cuáles serían los principales problemas asociados a la sexualidad: ¿Cuáles son las problemáticas que más cree usted que se presentan? ¿Hay algunas más complejas que otras? Desde su experiencia ¿Cuándo cree usted que es oportuno el trabajo que usted hace con una terapia?”.

Consigna IV: INTERDISCIPLINARIEDAD

“La sexualidad es algo que se ha estudiado desde diversos ámbitos a lo largo de la historia. Diversos especialistas pueden abordar la sexualidad desde sus conocimientos; por ejemplo, Médicos (Psiquiatras, Ginecólogos, Urólogos), Psicólogos, Kinesiólogos, Filósofos, Educadores, etc.Cuál podría ser su conocimiento, planteamiento, posicionamiento respecto del trabajo interdisciplinario en sexualidad, y, desde, la relación que ofrece su propia especialidad. Preguntas que incluyen este punto pueden ser: ¿Con qué otros especialistas le toca trabajar frecuentemente en las temáticas de sexualidad?; A su criterio ¿Hay una disposición de parte de los especialistas para una comunicación en el trabajo en sexualidad o en realidad se trabaja sólo desde la disciplina propia?”.

Consigna V: TRATAMIENTO

“Este enunciado busca que usted pueda referirse al trabajo clínico en términos amplios que se realiza en cuanto a sexualidad desde su disciplina específica. Si es que se puede hablar de un tratamiento propiamente tal. Refiriéndose por ejemplo a la forma particular en las que usted aborda la sexualidad y en especial, las problemáticas que puedan surgir en torno a ella; o cómo y cuándo toma decisiones respecto al camino que debe seguir el tratamiento cuando emerge esta temática....”.

Consigna/Pregunta de Cierre VI: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

“¿Cuáles son los elementos con los que usted dispone para llevar a cabo un acercamiento más comprensivo, reflexivo, complejo o global sobre la sexualidad?”.

10.5. ANEXO 5: Transcripción de las entrevistas

- **Entrevistado 1 (E1)**

Entrevistadora (A): Entonces, la primera pregunta tiene que ver con cuál sería el dominio de la sexualidad para un sujeto, en realidad, como todo lo que pudiera entrar en el ámbito de la sexualidad para ti.

Entrevistado (E1): Chuta, ¿Cuál es el dominio de la sexualidad?

A: Claro.

E1: Yo diría que todos los comportamientos, cuando digo comportamientos no estoy hablando del funcionamiento, por así decirlo, corporal, sino que todo lo que implica lenguaje; me refiero a explicaciones, emociones y acciones. En ese sentido, todo lo referido a lo conductual, a los pensamientos, a las distinciones lingüísticas, a las emociones que están en el ámbito que tiene que ver con el... con el ámbito del erotismo, de la sensualidad, de la sensorialidad asociado al disfrute, al goce, y también al encuentro con un otro, pero también al placer consigo mismo. Es bien amplio porque uno podría pensar que también podría ser sexualidad, en ese sentido, comer una rica comida, pero si se come una rica comida y eso provoca cierto nivel de satisfacción en el ámbito, redundantemente, sexual, es decir, erotiza, seduce, excita, podría ser también considerado sexualidad.

A: Perfecto. Y si tuvieras que dividir el ámbito de la sexualidad como para su mejor comprensión ¿Qué clasificación propondrías?

E1: ¿Si tuviera que dividir la sexualidad?

A: Claro, como en componentes.

E1: Chuta, me es súper difícil dividirla, porque, porque en estricto rigor no pienso mucho en la sexualidad, sino que pienso más bien en ciertos espacios de encuentro consigo mismo o con un otro que yo puedo definir como sexuales, pero que otro puede no definir como sexuales. Entonces clasificar eso me es complejo, pero quizás si tuviera que esforzarme algo, diría algo así como ciertos aspectos que tienen que ver con, con la relación en ese ámbito con uno mismo y con otros. Dentro de esas clasificaciones, hay algunas que pudieran tener que ver con el encuentro corporal con uno mismo o con otro siempre, con todo el ámbito de los comportamientos, rituales, que pueden tener que ver un poco con la construcción social que hay al respecto, es decir, seducirse, mirarse a la cara, coquetear, etcétera, etcétera. Sería como entre esas dos grandes ideas y todo lo referido a todos los, por así decirlo, los comportamientos, rituales sociales que hablan de ese espacio, como insisto, mirarse a la cara, seducir, coquetear, tomarse la mano, etcétera, el vestirse de una manera para un otro, para uno mismo y todo lo que tiene que

ver con el ámbito de la corporalidad, en términos de la excitación propiamente tal, la piel, las zonas erógenas, el excitarse, más o menos, etcétera.

A: Perfecto. Y en ese sentido, pensando en que la sexualidad tiene como distintos, como distintas dimensiones, ¿Tú, con que dimensiones de la sexualidad trabajas tú, tu trabajo como psicoterapéutico?

E1: Lo que pasa es que sexualidad, de hecho, podría plantearlo así, no creo que exista la sexualidad ni que exista la sexología. Existimos psicólogos, que es una profesión que trabajamos con problemas humanos y dentro de los problemas humanos hay problemas individuales de parejas y de familia, por lo menos los que trabajamos en psicoterapia, y dentro de los problemas de pareja la sintomatología o cosas que les ocurren tiene que ver con esos espacios de encuentro. Entonces no existe... Para mí que exista la sexualidad es como decir existe la *fiebrología*, un médico no te diría yo soy *fiebrólogo*, “yo soy *oncólogo*” y dentro de las cosas que le ocurre a una persona algunas veces le da fiebre, pero no existe eso, entonces, entonces cuando tú me haces esta última pregunta ¿Me la repites?

A: Es como ¿Con qué dimensiones de la sexualidad trabajas tú?

E1: Con ninguna, en estricto rigor porque no trabajo con una dimensión de la sexualidad, trabajo con la dimensión pareja. Y en la dimensión pareja ocurren problemáticas y dentro de esas problemáticas que les ocurren, muchas veces, si pongo problemáticas en el sentido de problemas que la gente tiene, les hace problema, cosas que les ocurren, ahí tienen que ver con, “*están saliendo poco*”, “*no se están tocando mucho*”, “*están alejados*”, visualmente, físicamente, sensorialmente, conversacionalmente”, “*tienen poca actividad*”, “*poco encuentro*”, aquí en el entendido sexual como actividad sexual erótica tipo coito, en ese sentido instalo la sexualidad.

A: Ya. Sí, como a eso me refería con...

E1: [*Interrumpe*] Dentro del ámbito pareja, entonces no trabajo como parte de estas. Yo te dije recién, si me fuerzas a hacer una clasificación tendría que hablar de algo así, pero no, pero me cuesta mucho tratar un problema sexual. Lo que no significa que no escuche personas que dentro de los problemas o situaciones que les ocurren, les ocurre que el tipo no tiene erecciones o ella no tiene orgasmos. Pero eso está instalado dentro de una problemática mayor.

A: Perfecto, perfecto. Bueno esta pregunta igual tiene que ver un poco con eso porque dice como que ¿A tú juicio, que dimensiones de la sexualidad tienden a ser menos consideradas o menos estudiadas? Si hay algo que se deje más de lado...

E1: Lo que pasa, yo creo que, si uno revisa la literatura y la forma de abordaje tradicional, ha sido precisamente como hemos estado conversando, abordar la sexualidad como si fuera una cuestión o un comportamiento que es separable de la totalidad del sujeto, y

para que decir de la totalidad de la relación. Por eso se relaciona un poco con las perspectivas monádicas del abordaje de los problemas humanos, es decir, psicólogos que atienden personas que consultan por *“Hola, a mi me pasa que tengo dificultades erectivas”, “perfecto, trabajemos eso”*... como si fuera un problema del sujeto, de la mónada, y entonces tienen técnicas específicas para aumentar, para controlar, que es muy a lo cognitivo conductual, muy a lo tradicional ¿Me repites la pregunta?

A: Si hay algunas que, algunas dimensiones de la sexualidad que tienden a ser menos consideradas, menos estudiadas.

E1: Entonces yo diría que, en ese sentido, dado esas premisas teóricas psicológicas la dimensión menos considerada es la dimensión relacional precisamente. Es entender que los sujetos no son de una manera fija, sino que acontecen en las relaciones, es decir un sujeto que eyacula, se, una mujer que se excita o no en una relación, puede hacerlo diametralmente distinto en otra relación, en otro contexto, en otro momento, en otra historia, en otro lugar, con otra persona. Entonces, por así decirlo, esa dimensión relación de entender que el sujeto emerge en relaciones, emerge en contextos, es la que no esta considerada; entonces se trata al sujeto como si tuviera un problema, una enfermedad fija. Una pareja que tiene problemas y que tiene dificultades sexuales, y me tocó que llevaban seis meses atendiéndose en terapia y les habían hecho todas las técnicas posibles, y cuando empiezas a preguntar, *“¿Y dónde viven?”*, no les habían preguntado eso, *“en una casita atrás de mis suegros”, “¿y cuantas piezas tiene?” “dos piezas” “¿y quienes duermen al lado?” “mis hijos” “y mi suegra entra a cada rato... y era donde murió mi suegro...”* [Se ríe]. Entonces resulta que empiezas a entender el contexto, ¡Cómo iban a poder tener una relación sexual agradable bajo un contexto relacional simbólico, signifiante, que les era imposible! Entonces... *“¡¿Ah por eso cuando hemos viajado y hemos estado fuera podemos relacionarnos de otra manera y quizás ahí es más rico?!”*. Sin duda que hay un entrenamiento y una práctica cotidiana de cada uno, no es lo mismo yo a los quince que yo a los cuarenta, una persona que ha tenido una sola relación u otra que ha tenido cinco, una persona que ha tenido dificultades que no... en fin, ahí la historia, la construcción personal también, pero es contextualizado, y esa dimensión no se aborda habitualmente.

A: Claro, entonces en ese sentido la siguiente pregunta habla de si tú crees que sería importante ahondar en esas dimensiones en el fondo.

E1: Pero es fundamental, porque insisto, lo que la gente distingue como un problema sexual, y quisiera, voy a usar la metáfora de la fiebre, que le quitáramos solo la fiebre, sería irresponsable desde esta mirada. Entonces lo que necesito entender primero, como funcionan, quienes son, donde viven, contextualizar que está pasando que ocurre eso que ellos distinguen, y habitualmente cuando entras a conversar de esa manera, resulta que no pasa solo eso. Ellos te dicen *“mire nosotros venimos porque estamos teniendo problemas y no tenemos relaciones”*, ellos te dicen eso, como cuando uno va al médico y dice, *“mire tengo fiebre”*, es el médico que explorando te dice *“sí, pero usted tiene cáncer”*

“¡Chuta! Es mas complejo de lo que yo pensaba”. La fiebre es una consecuencia del cáncer. Si uno hace buenas preguntas, si uno entiende relacionalmente, se da cuenta que sí, el no tener relaciones es una consecuencia, es parte de una dinámica mayor; no solo no tienen relaciones, no solo no salen, no tiene amigos, están ensimismados, se han distanciado, están dedicados a la paternidad, han dejado practicas relacionales de goce, etcétera, etcétera, etcétera, o se les mete familia de origen y se están peleando por otras cosas... En ese contexto, entonces no sexo, no coitos, baja frecuencia sexual, comillas.

A: Perfecto, súper ¿Cómo se relacionan según tú, sexualidad y vida cotidiana?

E1: Absolutamente, porque eso es la vida cotidiana y la vida cotidiana es la sexualidad también. Eh... no sé si entiendo bien la pregunta, pero... porque ya ponerlo como dos cosas, como se relacionan, es como si fueran dos cuestiones aparte, me es difícil decir si se relacionan: la sexualidad es vida cotidiana y la vida cotidiana tiene mucho de ese ámbito. Cuando digo sexualidad me refiero de seducción, de erotismo, de encuentro con uno mismo y de encuentro con otro que esta en el espacio del goce y de la satisfacción sensorial, que puede tener que ver con la mirada, con el beso, con el tacto, con el gusto, en fin. Entonces, son parte de una misma cuestión.

A: Perfecto. Acá, esta pregunta tiene que ver con cuál otro tema puede estar más directamente relacionado con el ámbito de la sexualidad y con esto me refiero, por ejemplo, a la seguridad de una persona, al desarrollo de una pareja o de una persona, autoestima, la posición social, etcétera.

E1: Yo creo que un poco lo que te decía hace un rato, el cómo emerge el comportamiento de uno en el ámbito llamado sexualidad sin duda que hay componentes o aspectos que tiene que ver con el devenir de la experiencia que, de los fenómenos que a mí me ha tocado vivir; como yo he fluido en el vivir, por decirlo así, yo en el mundo. Por otro lado, también está la dimensión de como me cuento que he vivido ese vivir, porque en estricto rigor yo no puedo separar lo que he vivido de cómo me cuento que he vivido ¿Me explico?

A: Sí.

E1: En estricto rigor yo diría lo que puedo contar... decirte lo que yo cuento que he vivido, no tengo acceso a saber si es verdad que lo viví así, pero las dos cosas son relevantes. Entonces cuantos partidos de futbol he jugado, y como me cuento que he juego, ganado o perdido esos partidos, ¿Sí? Entonces ambas cosas son importantes, súper importantes. Una tercera dimensión tiene que ver con los espacios de encuentro conmigo mismo y con un otro ahora, entonces esas cosas que he vivido y cómo me cuento que he vivido y que estoy viviendo, aconteciendo, experimentando ahora, no es lo mismo estar contigo que estar con mi otra pareja, con otra pareja, que estar hoy a mis cincuenta años, que a mis cuarenta, que estar en una relación de compromiso, o de no compromiso, dependiendo del estado existencial en el que estoy en este minuto de mi existencia, si quiero emparejarme y de qué manera quiero emparejarme ¿Me explico? Todas esas cuestiones

están aconteciendo y es como una triada que opera, ah y todos los significantes contextuales, no es lo mismo yo hoy con dos hijos que antes sin hijos ¿No sé si me explico?

A: Sí, si entiendo.

E1: Incluso como cuarto elemento, o quinto ya a estas alturas como elementos de contexto concreto no se po'... tengo mi casa con cinco piezas o con una pieza ¿Tengo la posibilidad económica de ir a un motel, o no? ¿Podemos salir a disfrutar con mi pareja, o no? Todo eso te va armando un contexto que te permite... ¿Repíteme la pregunta para saber si estoy respondiéndola?

A: Es si es que... O sea, qué temas podrían estar más directamente relacionados con el ámbito de la sexualidad, con eso me refiero a la seguridad, al desarrollo, la autoestima...

E1: Claro, yo todos los temas que tu pusiste, si te fijas, si tú te fijas como pregunta están puestos al interior del sujeto.

A: Sí, claro.

E1: Como a la estructura de personalidad, por decir. Tú me estay preguntando si el cómo yo me mueva en la cama, por decirlo así, cómo yo tenga actividad sexual, si puedo tener eyaculación precoz o no, va a tener que ver con autoestima, con capacidades personales. Yo te estoy diciendo que eso es una parte que la puse en el sentido de la construcción narrativa de mí mismo. Pero están todos los otros elementos que son contextuales relacionales.

A: Sí, súper. Sí, de hecho, esos eran ejemplos, por eso era interesante que...

E1: [*Interrumpe*] Pero son ejemplos monádicos.

A: Sí es cierto, toda la razón. Eh... y bueno ¿Cómo se traducen, en el fondo, todo este tipo de relaciones de las que tú me estás hablando con los vínculos que entablamos en la cotidianeidad?

E1: ¿De nuevo?

A: Cómo se relacionan, esto de la sexualidad con estos tres ejemplos que tú me diste con los vínculos que entablamos en la cotidianeidad. O sea ¿Cómo esto se traduce en lo cotidiano?

E1: Ayúdame más, no entiendo la pregunta.

A: La pregunta... Bueno es que en realidad quizás ya la contestaste un poco cómo estos ejemplos que tú me das, de como se relaciona la sexualidad con estos otros temas, aparecen en la cotidianeidad, en la vida cotidiana.

E1: Es que no se si te respondo, pero chuta una pareja que viene desarrollando un encuentro sexual, llamémoslo así, que para ellos sexual tiene que ver con el tocarse, el entrar en una coordinación mutua del goce sensorial, corporal, que implica genitalidad, que implica erotismo, sensualidad, y vienen desarrollando una práctica que tiene que ver con no solo eso, sino que salir regularmente, divertirse, tener espacios de intimidad, de poder mirarse a la cara, de besarse, etcétera, etcétera, de salir a bailar [*golpe en la mesa*] ¡Guagua! Les cambio esa dinámica [*ríe*] y no lo escogen, escogieron guagua, y se les introdujo un tercer elemento que tú lo ves en la práctica cotidiana “¿*Salgamos hoy día?*” “*pero es que esta tan rico con el aquí durmiendo*”, prefieren sentir el olor a ese bebe seis meses en el cuello que cambiar la prioridad ¿Y dejaron de tener una vida sexual sana? ¡No! A menos que para ellos sea un problema.

A: Perfecto.

E1: Entonces, se relaciona en términos de que es parte de esa vida, pero no es problema en tanto para ellos es problema, o no.

A: Perfecto. Eso tiene que ver como con las narrativas, como me contabas...

E1: Si.

A: Perfecto. Em... ya, entendiendo que el espacio terapéutico remite siempre a cierta manera a la vida cotidiana ¿Cuáles son las temáticas más comunes referentes a la sexualidad, que aparecen en el contexto terapéutico? ¿En general se relacionan con algo más psicológico o con un ámbito más físico?

E1: Es que habría que discutir qué es lo psicológico. La psicología tradicional puso lo psicológico, como diría Varela, clausurado dentro de la mente, que como mito, como drama diría yo, lo recluyeron a dentro de la cabeza. Entonces lo psicológico quedó recluido como a esa cuestión de los procesos mentales, y lo mental estaba instalado en la cabeza. Para los que trabajamos desde otras perspectivas, lo psicológico está en las relaciones y en las relaciones está implicado todo ese acontecer que llamamos lenguaje, y en ese lenguaje a la Maturana es coordinación de coordinaciones conductuales consensuales; está la corporalidad, está el emocionar, están las distinciones significantes que yo hago, por lo tanto, eh... en lo llamado lo psicológico, está todo el ser implicado, pero cuando digo el ser, no es una cosa clausurada dentro de sí misma, sino que el ser que acontece relacionamente. Ahora repítame la pregunta a ver si te puedo contestar.

A: ¿Cuáles son las temáticas más comunes referentes a la sexualidad que aparecen en el contexto terapéutico?

E1: Ya. En ese contexto, temáticas... tampoco me atrevería a llamarlas así, pero, cuestiones por las que la gente se llega quejando... [*Se ríe*]. Pongámoslo de esa manera... en ese ámbito tiene que ver con como con la disminución de la frecuencia y la calidad de las relaciones y por calidad de las relaciones me refiero al distanciamiento, a la

disminución del goce, a la sensación de no existir para el otro, o de amenaza de compromiso, sensación de que yo soy deseable para ti.

A: Ya.

E1: También está este otro ámbito que tiene que ver, que yo creo que está implicado en este ámbito, que tiene que ver con eh, eh... entonces ese ámbito escogiste desarrollarlo con otra persona, llamada infidelidad. Que también tiene que ver con el ámbito, comillas, sexualidad. Porque no digo, no dicen las personas, *“le confesaste, le contaste un secreto íntimo a tu mejor amiga”*, ahí no llegan a consultar porque fuiste infiel. No, *“¡Te acostaste con esa mujer!”*, cuando la tocaste sensorialmente ¿Se entiende?

A: Sí, muy bien. Ya, ahora ¿Cuál podría ser para usted la diferencia entre una problemática sexual y un trastorno de la sexualidad?

E1: Chuta, primero no creo en los trastornos, no ocupo esa distinción. No creo, no creo en lo normal y lo anormal. Y de verdad no lo creo [*muy enfático*], no existen, son consensos sociales no más.

A: En ese sentido entonces para ti ¿Qué podría entenderse como una problemática sexual?

E1: Uno, una problemática sexual es cuando para quienes consultan, refieren o sienten que hay un ámbito, que tiene que ver con esto que hemos conversado que se llama sexualidad, que está aproblemado. Eso es una problemática sexual. Por lo tanto, estoy diciéndote que es problema solo cuando para los otros es problema. Segundo, un problema se caracteriza por tres elementos, que aparece una cuestión o un suceso inesperado que las personas no, no es parte de su dinámica regular de funcionamiento; segundo, cuando esa cuestión que aparece les trae un nivel de malestar o sufrimiento; y tercero, cuando no saben qué hacer al respecto y no tiene solución al respecto de ello. Si hay estos tres elementos, y a ellos les parece que esto que ocurre es digno de solucionar entonces podríamos decir que estamos frente o instalados en algo que llamo problema y que tiene el apellido del ámbito de la sexualidad porque de acuerdo a esos observadores y a uno también cae en ese dominio de relación.

A: Perfecto.

E1: ¿Me expliqué?

A: Sí, súper, perfecto. Y desde tu experiencia ¿Cuáles serían entonces las problemáticas asociadas a la sexualidad más comunes, las que más aparecen? Quizás esa es parecida a la otra pregunta.

E1: Sí, sí.

A: Si, en realidad es muy parecida. Y... ¡Ah, esta es buena! ¿Cuál es la forma más común en la que aparece una problemática sexual en el contexto psicoterapéutico? Con esto me refiero a si aparece voluntariamente, como parte del motivo de consulta, por efecto del terapeuta, o como fruto de una co-construcción.

E1: Yo te diría que todas las anteriores.

A: Todas las anteriores.

E1: Sí. Por qué, fíjate que yo te diría que, esto es puro así... una especie de conclusión que estoy haciendo producto de la experiencia clínica y de... no te voy a decir que es mucha ni que es poca, pero sí que en veinticinco años he visto como ha ido variando, fíjate que más que nada en función del contexto político social cultural en el que esas cuestiones se van instalando. Veinticinco años atrás era menos recurrente que las personas explicaran, contaran y narraran dificultades en ese ámbito. Si me *preguntas* hoy día en la consulta yo no necesito preguntar mucho para que las persona *“Hola, buenas tardes, que tal”* hago mi genograma, *“quienes son, cómo viven, dónde viven, quiénes son y blablablá...”* y segundo *“¿Bueno, que los trae por acá?”*. O sea, ahora ¿Tiene que ver con que estamos en el 2017 y hay una cosmovisión, un cambio cultural, ciertas narrativas que son más dominantes, y que son más permisivas hoy en día? Seguramente. ¿Tiene que ver con que yo tengo cincuenta y no veinticinco? Seguramente. ¿Tiene que ver con que incluso el otro día pensaba, con que salgo en la tele y la gente me conoce porque hablo de pareja y sexualidad y la gente viene directo a buscarme porque quiere hablar de eso, que ya a priori definieron que me va a ayudar ese porque ese es el que yo vi en la tele que habló no sé qué, que dice que habla...? Entonces, van y me hablan de eso. Entonces es un sesgo personal, pero político, social, cultural que está ocurriendo en estos tiempos. Entonces, creo que hay todas las anteriores.

A: Claro, perfecto.

E1: Y también está el elemento, yo creo, de que, hoy, que esto es un elemento potente yo creo, a las personas les importa en sobremanera ese ámbito, porque lo vinculan con el amor y el proyecto de pareja. Pero a mi mamá, que tiene setenta y cinco años no está junta con mi padrastro por sexualidad, no por amor, ella es de la generación que está junta con alguien porque así es la vida y porque Dios manda. Entonces, como hoy el eje central del proyecto de vida de las personas, creo yo, está siendo encontrar el amor de la vida, y amar a alguien; la sexualidad, el goce, el placer y el amor y el compromiso se han constituido como un eje central en el proyecto de las personas ¿Me cachai'?

A: Sí, si entiendo.

E1: Entonces hay un componente como de sentido del proyecto de pareja. Dicho de otra manera, en sencillo, en los años ochenta el proyecto de pareja probablemente se constituía por un mandato social, cultural, incluso religioso, entonces la señora no cuestionaba la viabilidad del proyecto por si tenía goce o no goce con su marido en la

cama, no era tema. Hoy, sí. Y tiene que ver con los cambios feministas, culturales, que se yo...

A: O sea, quizás en la actualidad, por lo que estoy entendiendo, como que aparece casi que voluntariamente esta temática y antes no era tan así en realidad.

E1: Aparece mucho más fácilmente porque estamos en una sociedad, probablemente, más sexualizada en ese sentido.

A: Perfecto, sí. La otra pregunta tiene que ver con si tú tienes comunicación con otros especialistas en el tema cuando existe un trabajo terapéutico que tiene que ver con alguno de los focos de la sexualidad. Y si es así ¿Cuándo decides entablar diálogo con alguno de esos especialistas? Y con esto me refiero, así como otros especialistas en general, no sé, médicos...

E1: ¿Pero tú me estás diciendo como que converse en la vida, en un simposio, en un seminario, o que converse a propósito de un caso?

A: A propósito de un caso más que nada.

E1: Básicamente con colegas no más, con colegas psicólogos, con quienes trabajo en el programa de magister, en ese contexto.

A: ¿Pero en general es con psicólogos, no con otros especialistas?

E1: Con psicólogos, soy anti psiquiatra.

A: Anti psiquiatra... ¿Y con médicos?

E1: Igual derivo a uno o dos psiquiatras, pero son poquitos, son aquellos que yo confié que no van a sobre diagnosticar y que no tienen lazos importantes financieros con ninguna empresa farmacológica... para andar medicando más en exceso a la gente.

A: Sí, es que yo creo que con esa pregunta me refiero a qué pasa cuando hay problemas que quizás efectivamente tienen un componente más físico. Como que obviamente lo físico está relacionado con lo psicológico, pero hay problemas que efectivamente se pueden controlar con un remedio, con ir al kinesiólogo...

E1: No, por supuesto... si yo estoy preguntando si soy psicólogo, pero no soy terrorista. O sea, si estoy entrevistando a una mujer, y me encuentro con que dentro de la problemática están ocurriendo, hay situaciones que son problemáticas, pero junto con ello veo que tiene cincuenta y dos, que es pre menopáusica o que está iniciando la menopausia, o que tiene, o veo algunas inflamaciones en el cuello, algunos cambios emocionales repentinos que yo veo que son complejos [*Interrumpe una persona*] Eh... ¿Qué te estaba diciendo?

A: No, si es que tu vez algún indicio de que podría tener algo más físico que puede tratarse con un médico que tu igual lo...

E1: ¡Ah! Entonces si estoy viendo a una mujer con cierta sintomatología y sospecho de hipotiroidismo obviamente que vaya al endocrinólogo, pero eso es un problema endocrinológico, no un problema psicológico.

A: Ya, perfecto.

E1: Y si una persona esta con un tumor, por supuesto. Y si a la persona le acaban de amputar una pierna por un sarcoma en la pierna y que me diga el médico que me lo manda porque está teniendo dificultad erectiva [ríe]... Se relaciona con lo que hablábamos de qué es un problema y cuando es un problema psicológico y cuando es un problema médico.

A: Perfecto. Y por ejemplo como estas enfermedades, estas disfunciones sexuales como el vaginismo, problemas eréctiles...

E1: No creo en las disfunciones sexuales. Creo que todo comportamiento, todo hacer... Permíteme decirlo de esta manera, en el lenguaje, que implica emociones, explicaciones y acciones, es decir, el acontecer del sujeto, creo que es relacional, contextual y funcional. Es decir, si no está ocurriendo algo, o está ocurriendo de tal manera, tiene un sentido. Lo que no sabemos siempre es cuál es el sentido de eso que funciona. Y quiero decirte más, por eso te dije que no creo en lo normal y anormal, porque para pensar en que existen esas cuestiones hay que tener clasificaciones de lo normal y anormal. Entonces ¿Cuánto es normal tener una erección? ¿Un minuto? ¿Diez? ¿Cuánto es el tiempo adecuado y normal para eyacular? ¿Cuántos son los orgasmos que debe tener una mujer? ¿Uno o diez? ¿Cuánto se debe excitar? ¿Cómo medimos eso? No tengo manera de acceder a eso. Lo que sí se, es que hay personas, relaciones, sistemas que se organizan en un modo de vivir y ese modo de vivir les funciona, les es consistente, coherente y así existen hasta que de pronto ese sistema, esa misma forma organizante entra en un entrampamiento, entra en una forma de atrape y entran en sufrimiento. Y a veces consultan, otras veces se estabilizan en ese sufrimiento y tampoco piden ayuda.

A: Perfecto ¿Tú consideras importante un trabajo interdisciplinario con consultantes que presentan problemas relacionados a la sexualidad?

E1: Sí es abordado desde la perspectiva de la multidimensionalidad, es decir que solo permite entender... ver el bosque más, y más bosque y más bosque, instalar el árbol en el bosque, pero sin perder el árbol, pero sin perder el bosque, sí. Pero te insisto, no es tan fácil porque lo que para un médico es un problema, para uno no es un problema, lo que para un asistente social es un problema, para uno no es un problema. Entonces, es interesante conocer esa mirada, pero yo me dedico a problemas psicológicos. El asistente se dedica a problemas sociales, el médico se dedica a problemas médicos. Entonces no sé si tenemos tanta consonancia, encuentro en cuál es el problema. Los síntomas, son

tremendamente sociales, culturales, la homosexualidad hasta el DSM III era un trastorno de personalidad. Hoy es casi *in*, incluso para muchos cabros jóvenes ser *homo*. En otras épocas victorianas, o que se yo, el sexo oral quizás sería una aberración, hoy día cada uno ve, que importa como lo hace, como disfruta ¿Cierto? Que una mujer fumara en la calle, o fuera sensual, era “*mijita usted se va a quedar sola para siempre*”, iban a encontrar que era una tal por cual. Hoy día no, tu misma si mañana tienes una hija yo creo que no le dirías “*hija por favor llega virgen al matrimonio*”, pero eso mi madre si se lo dijo a mi hermana y es unos treinta años atrás no más, que, veinte, veinticinco.

A: Claro hay un salto grande entre...

E1: [*Interrumpe*] Entonces, si mi hermana, si tu tuvieras una hija hoy día que tuviera quince, veinte años y te dijera que no quiere tener relaciones, que le carga la sexualidad, que no le gusta y que no siente orgasmos y que no siente, tú te preocuparías, quizás la llevarías a consultar. Pero antiguamente dirían “*¡Que bien mijita!*” [*Se ríe*], “*Usted es una buena niña, usted se está reservando para el príncipe azul*”. Cuando... qué es lo que es un síntoma, de lo que es un problema, son instalados culturalmente. Yo soy de la generación donde nos pegábamos todos a combos, no existía el bullying, no existía la palabra bullying, no era un problema, por lo tanto, a nadie lo llevaban a consultar. Hoy día sí.

A: Bueno, independientemente de lo que me dijiste sobre el trabajo interdisciplinario ¿Tú crees igual que existe una disposición en general, de parte de los especialistas, por entablar un dialogo en el trabajo de la sexualidad?

E1: Si, puede ser, pero yo creo que lo importante es que estén, quizás, ahora que me lo *preguntái*, parece que estoy pensando que lo importante para que exista ese trabajo, tiene que haber una cierta coherencia ontoepistemológica y que esos profesionales estén, comillas, parados en un mismo marco referencial, político, cultural, social, ontológico, epistemológico, teórico, para poder abordar un problema, comillas, o lo que esté ocurriendo, desde una perspectiva más o menos coherente. Y eso no es fácil. Voy a decirlo de esta manera, quizás yo tendría que encontrar un médico, un psiquiatra, un asistente social... constructivistas, para poder, más o menos, mirar lo mismo, aunque él esté mirando la biología y yo este mirando el ámbito relacional.

A: Claro, entiendo. Súper. Ya, ahora me voy al fondo ya como de la investigación.

E1: A chuta, y todo... ¿Entonces queda mucho?

A: No, esto es súper importante también. No, pero ahora es ya como, estas son las últimas preguntas ¿Tú realizas algún tipo de diagnóstico cuando trabajas en temas de sexualidad?

E1: No, no creo en el diagnóstico. Si por diagnosticar estamos hablando de poner una categoría observacional que pueda encasillar a las personas en ese sentido, no. Ahora

pienso que también es difícil no pensar con categorías, me explico, bueno, malo, chico. No, en ese sentido no. Más bien, me interesa el proceso descriptivo de cómo se construye el problema y cómo llegamos juntos a conversar y construir aquello que les es problemático. Pero no tengo categorías a priori para clasificar a las personas o lo que les ocurre en una categoría A o B, si es bueno o malo, sano o insano. No.

A: Y en ese sentido, ¿Cuánta participación tienen los sujetos con lo que tú entablas en esa conversación en el contexto de psicoterapia?

E1: O sea, yo espero que cincuenta y cincuenta [*Se ríe*], yo espero, supongo. Eh... yo me siento bastante sensible a eso, creo fuertemente en la, en el neologismo co-construcción. No acepto que los consultantes me digan lo que les ocurre o cuál es el problema, no acepto eso. Tampoco acepto yo decir cuál es el problema, me importa mucho que sea una construcción conjunta ¿Sí? Es decir, *“usted viene acá porque usted está muy complicada, y le duele y sufre porque está asustada de perder a su pareja porque han peleado mucho y uno de los puntos más graves que sienten ustedes es que están teniendo distancia sexual y ya no se tocan y no están teniendo goce en ese espacio de encuentro”*. Eso lo entiendo y lo acepto, pero no me quiera convencer a mí ni me obligue a pensar que solo ese es el problema. Yo también existo aquí y voy a construir algo que va más allá de lo que ustedes están diciendo, porque sino no los puedo ayudar en nada, si ustedes ya saben cuál es el problema y cuál es la solución, háganlo. Entonces de verdad es una construcción conjunta. Por lo tanto, no hago diagnóstico, hago procesos descriptivos, y que construyamos juntos lo que está pasando y explicaciones alternativas de eso que está pasando. Para eso, yo apporto lo que sé de psicología.

A: ¿Y qué implicancia tiene esta descripción, de la que tú me hablas, en la vida de los sujetos?

E1: No, no entiendo.

A: Como... esta construcción que ustedes hacen en conjunto, en el espacio psicoterapéutico, como, qué implica en la vida externa del paciente, cuando sale del contexto psicoterapéutico. Cómo le impacta.

E1: Chuta me *estai'* preguntando por la efectividad de la psicoterapia y si una conversación de una hora puede tener impacto en el resto de la vida, en el resto de los días del sujeto. Yo espero que sí, yo espero que sí. Espero que impacte en el ámbito de la reflexividad, de tener explicaciones alternativas, espero que impacte en el ámbito de que esas explicaciones traen consigo emocionalidades distintas, novedosas. Me explico, una emoción no es solo una reacción fisiopsicológica es una disposición relacional, por lo tanto, entendiendo, mirando las cuestiones de una manera distinta a las que yo las venía mirando, probablemente entonces también me emociono distinto. Y si eso acontece, yo espero que probablemente mañana tome decisiones sutilmente distintas a las que estaba tomando antes de ayer, antes de tener esta conversación. Porque si yo creía que tú no

me tocabas porque ya no te gusto, entonces mi disposición es al rechazo, y a querer irme de aquí, porque yo no tengo porque no ser gustado. Pero si de esta conversación entendí que no es que no te gusto, sino que estas asustada, y que ahora en que hemos pensando en tener guagua estas asustada de comprometerte definitivamente y te asusta no solo conmigo, sino que te asusta en la vida hacerte cargo de un otro, entonces entendí que no es que yo no te guste es que estamos los dos asustados. Entonces, probablemente mañana siento distinto, me entenece nuestro susto, y probablemente podamos seguir encontrándonos sexualmente y yo me disponga ya no desde la rabia, sino que desde el entendimiento. Yo esperarí que pase eso. Ahora, eso se vincula con otras cuestiones, no necesariamente con estos procesos conversacionales, con cuánto sufrimiento hay, con la disposición de las personas a cambiar, con la disposición a ser paciente, es decir a querer escuchar las conversaciones, etcétera, etcétera.

A: Perfecto, y bueno yo no sé si tú sigues algún tipo de tratamiento a la hora de hacer psicoterapia. Pero la pregunta es ¿Cómo se vincularía este diagnóstico, que en tu caso lo llamas como más... o sea tu lo ves de otra manera, sino como una descripción? Eh... ¿Cómo se relaciona eso con algún tipo de tratamiento?

E1: Es que yo no hago un tratamiento para la sexualidad.

A: Ya.

E1: Yo hago psicoterapia. Y la psicoterapia para mí es un espacio, un encuentro único que desarrollan los participantes llamados terapeuta, o psicoterapeuta, y consultante, para construir un problema y construir explicaciones alternativas, o hipotetizaciones que permitan desentramar a ese, a esos consultantes y aquello que les venía ocurriendo, y el problema nunca es lo que ellos dicen por la boca cuando llegan, es una co-construcción conjunta.

A: Perfecto. Bueno acá hay una pregunta ¿Si es que no sigues un diagnóstico como tal, entonces que camino sigues en la construcción de un tratamiento?... pero, es lo mismo.

E1: Construcción de un problema, que es mas allá que... Es lo mismo que en todo ámbito, “¿Usted atiende niños con déficit atencional?”, “no, atiendo problemas familiares”, “¿Usted atiende fobias?”, “no, yo atiendo personas”. Yo atiendo individuos, parejas y familias y por sobre ello atiendo problemas en distintas unidades consultantes. Yo no tengo predefinido el problema a priori, yo no soy especialista en orgasmos, en hiperactividad, en fobias, ni en peleas, yo soy psicoterapeuta, es decir, desarrollo un procedimiento llamado psicoterapia que está amparado en ciertos anclajes, en ciertas propuestas ontológicas, epistemológicas, teóricas, paradigmáticas, que tiene que ver, en mi caso, con lo sistémico, con el constructivismo, con el construccionismo social, con el lenguaje, con las narrativas, con la física cuántica si tu querí incluso, con una manera de comprender los problemas humanos. Y junto con ello distingo, o co-construyo problemas dependiendo de las unidades consultantes, construyo problemas con distintas unidades

consultantes. Entonces yo no tengo a priori como saber si va a ser individual, de pareja o de familia, voy a construir la unidad dependiendo de la problemática que está ocurriendo. Y no la distingo yo, la construimos en conjunto.

A: Perfecto.

E1: ¿Me cachai'?

A: Sí.

E1: Porque si tú vienes a mi consulta, y te quejas conmigo, de no... me cuesta erotizarme, no me excito, no me masturbo, no siento nada. Escucho eso, pero además yo empiezo a preguntarte y me encuentro con que tienes pocos amigos, sales poco, te cuesta gozar la vida, no te importa la comida, no te importa bailar, no te importa disfrutar, estas centrada en el estudio, en el estudio, en el estudio, y te va muy bien en eso, pero no tienes pareja, pero por sobre todo ello me enteré de que vives sola, que tienes tu departamento sola, que tu último cumpleaños lo celebraste sola... Tú crees que tu problema es la sexualidad, yo estoy mostrándote de alguna manera, preguntándote que tu problema probablemente tiene que ver con un estado existencial y cómo estás desarrollando tu perspectiva de vida, donde estás posicionado el sentido de tu existencia. Si me dijeras esto mismo, pero vives con Juan, probablemente, y es posible que quizás se construyera un problema de pareja con Juan ¿Cachai'? Pero vives sola, no hay Juan, entonces es probable que cite individual. Pero si hubiera Juan, y a propósito de esto que estoy diciendo, las peleas son con Juan, las crisis son con Juan, las dificultades son con Juan, es probable que tenga que invitar a Juan y tengamos que construir un problema de pareja, donde ya no es tuyo ni de Juan, es de la relación.

A: Perfecto.

E1: Eso yo... es un método, es un proceso, tiene... yo tengo una ficha, una estructura de conversación, que me ordena el modo de construir un problema para llegar a una hipótesis. Eso sí lo tengo...

A: Claro, yo creo que como a eso me refiero...

E1: Es un método, es un método, y yo no parto si no hago mi genograma, una estructura relacional, y saber quiénes son, y los sigo si no entiendo cómo surgió la idea de consultar y si es una persona que está motivada a consultar y para eso tengo elementos técnicos que me hacen distinguir si vienes por un certificado, vienes para decirle al otro que viniste y no quieres hacer nada al respecto, o vienes porque estas aporreado sufriendo y quieres cambiar. Luego de eso me instalo a construir un problema, y el problema para mí tiene ciertas características que son estructurales, que yo, no... todo lo que te estoy diciendo no es de guata, no es cuestiones que se me ocurrieron a mí, son distinciones técnicas que hago para construir un problema... Y luego de construir un problema necesitamos armar una hipotetización, y una hipótesis para mí tiene elementos técnicos,

en mi caso una hipótesis se constituye de una organización de significados y un sistema relacional estructurado, luego tiene una amenaza que se llama ¿Por qué ahora? Y luego tiene síntomas que ocurren dentro de esa hipotetización. Entonces una vez construida la hipótesis, nos lanzamos a trabajar, porque igual que el médico, *“mi hipótesis es que usted tiene un tumor, entonces hay que operar el tumor”, “no sabe que, mejor quimioterapia”, “veamos...”*.

A: Claro, ya.

E1: O sea, tengo un método si tú lo quieres.

A: Claro, quizás esa mi pregunta va más orientada a eso...

E1: Pero no está centrado en el método, no es para la anorgasmia, o la dificultad erectiva, es para problemas construidos ¿Cachai’?

A: Si, súper. Me queda súper claro. Bueno, ese era el final de la entrevista en realidad.

E1: Espero que te sirva.

- **Entrevistado 2 (E2)**

Entrevistadora (A): Bueno, como te decía, las preguntas en realidad son muy en base a tu experiencia como terapeuta.

Entrevistada (E2): Dale.

A: Ya la primera pregunta es como ¿Cuál sería el dominio de la sexualidad para un sujeto desde tu experiencia?

E2: Pucha, me vas a perdonar, pero no entiendo bien, eh... a que te refieres con dominio.

A: Como qué es lo que... Todo lo que pueda considerarse dentro del ámbito de la sexualidad.

E2: Todo lo que pueda, eh... A ver, si lo pongo en relación, relación con uno mismo, relación con los otros, relación con el entorno. Si lo pongo en una relación de pareja, me parece que va desde aspectos de sensibilidad, sensualidad, sexualidad. Me parece que me cuesta mucho separar sexualidad, en una relación de pareja, me cuesta mucho separar sexualidad de otros dominios, en términos de que está en todos los dominios está metido el cuerpo, la sensualidad, el disfrute, etcétera.

A: Perfecto. Si como tuvieras que dividir el ámbito de la sexualidad como para una mejor comprensión ¿Qué clasificación propondrías?

E2: Perdona, vuelvo a no entenderla.

A: Como, si tuvieras como que tomar este dominio de la sexualidad del que estábamos hablando y lo tuvieras que dividir en alguna clasificación que se te pudiera ocurrir como lo dividirías.

E2: No, no. Ni siquiera me imagino una clasificación, fíjate. Si quieres retomemos esta pregunta cuando esté más puesta en la entrevista. Te parece ¿o no?

A: Si perfecto, me parece.

E2: Si, porque ni siquiera se me ocurre que contestarte.

A: Ya, si, tranquila ¿Cuáles son las dimensiones de la sexualidad con las que tú trabajas en el ámbito clínico? ¿Qué consideras al hablar de sexualidad en terapia?

E2: Volví' como a las clasificaciones, *ah*. Me es súper difícil clasificar [*Silencio*] ¿Cuándo considero que estoy hablando de sexualidad en terapia, esa es tú pregunta?

A: No, mi pregunta es: Cuando aparece el tema de la sexualidad en el ámbito terapéutico, qué es lo que consideras para trabajar en el fondo, no sé... Me imagino que hay una parte física, una parte que es más emocional, en ese sentido me refiero.

E2: Ah... a eso te referí'.

A: O una clasificación que tú propongás, quizás tú no las divides, no sé.

E2: Me pasa ene que parece que no, no clasifico... O sea, me quedo como corta cuando me preguntas así. Tengo la sensación de que no tengo, o sea cuándo estoy, cuándo siento que estoy hablando de sexualidad, cuando el otro me dice que estamos hablando de sexualidad. Pero cuando estamos hablando de pareja, me parece que no tengo una clasificación, o una dimensión porque me parece que va desde compartir una copa de vino ¿Me sigues? O una tarea doméstica, ¿me cachai'? Hasta, por supuesto, el acto físico de la sexualidad, pero involucra una amplia gama de conductas.

A: ¿Y cuál es esa amplia gama de conductas?

E2: Por eso te decía, desde... La sexualidad la pongo en el goce, en el disfrute mutuo y personal, la pongo desde, te insisto, desde el disfrute en tareas domésticas cotidianas, compartir una comida, estar haciendo el jardín, estar arreglando algo, tener un momento de intimidad corporal, pero que no estoy hablando de sexo precisamente, amoroso, no sexual, eh... Contención... ¡Uy! Hasta, te insisto, un acto sexual en sí mismo. Me parece una amplia gama de conductas.

A: Claro, algo que traspasa varios niveles. Perfecto. Desde tu juicio y tu experiencia, ¿Tú crees que hay algunas dimensiones de la sexualidad que tienden a ser menos consideradas o menos estudiadas?

E2: O sea, me parece que cuando se habla de sexo, se está hablando solo de un encuentro físico o con uno mismo, que está de hecho sobre valorado.

A: Te preguntaba que si a tu juicio existen dimensiones de la sexualidad que tienden a ser menos consideradas...

E2: Claro, o sea, me parece que más que consideradas... de estudio, como que ni sé eso, pero, pero en términos, o sea me parece que hay un reduccionismo respecto de a la sexualidad que está solo puesta en lo corporal, sin considerar el aspecto afectivo, como si la sexualidad fuera realmente una dimensión aparte de uno, es tan extraño como la división cuerpo mente. Sexo en el cuerpo, como si no tuviera emoción o explicación, entonces en general creo que hay un reduccionismo con respecto al sexo. Y entonces la gente considera que tiene mal sexo [*silencio*] por estrechez de mente, o estrechez de corazón como dirían Los Prisioneros, respecto a la amplitud de lo que es la sexualidad.

A: Perfecto, súper. Bueno, esta pregunta va como más o menos a lo mismo ¿Tú crees que sería importante ahondar más en ellas, y cómo crees que podrían ser más abordadas?

E2: O sea, porque en el fondo sería volver a dividir la concepción.

A: Sí, sí, pero a eso voy.

E2: ¿Cachai'? [Entrevistadora asiente]. Ya, sería volver a dividir la concepción unitaria. Porque si estoy pensando, porque estamos hablando en sexualidad en pareja ¿Cierto? no estamos hablando de sexualidad...

A: En pareja o individualmente. Si, es que parece que mi profesor en el email con copia te puso como terapia de pareja, pero se equivocó un poco ahí, porque en realidad es como mucho más general; como a nivel individual, social...

E2: Entonces a mí me parece... De nuevo la pregunta porfa, disculpa mí distracción.

A: Si, la pregunta es si tú crees que sería importante ahondar en estas dimensiones que están menos consideradas.

E2: Yo creo que más bien va con la reconstrucción o deconstrucción... Uno, la deconstrucción del concepto que prima de sexualidad, que me parece que es reduccionista, a una construcción de un concepto de sexualidad más amplio, donde incluya la totalidad de lo que somos, de los seres humanos, o del ser humano que está consultando.

A: Perfecto. Ya ¿Cómo crees tú que se relaciona sexualidad y vida cotidiana?

E2: [Silencio] Mira, hay varias maneras que puedo abordar esa, esa [silencio]. Te insisto me parece que no es que haya una relación, disculpa que insista en la misma respuesta.

A: Si, no, está bien. Eso es lo que busco un poco, saber que es lo que opinan ustedes [Risas de entrevistada].

E2: Me parece que no se relaciona, me es como ¿Cómo se relaciona vida cotidiana con amor? o ¿Cómo se relaciona vida cotidiana con amistad? Me parece que eso no se relaciona, es un estar, que emerge, que en la medida que uno está presente hay unas variables que por supuesto, estoy en una reunión, no estoy en la sexualidad si estoy en una reunión de trabajo. Pero es una parte, o sea, chiquilla uno es desde género o sexo, sexo en términos de mujer u hombre, uno está puesto desde quién es y eso implica ¿Me sigues o no? Que uno es una mujer, aunque este en una reunión de trabajo.

A: Es como que algo más que una relación, lo que estoy entendiendo, es algo que es, como que está.

E2: Sí, me parece que la locura es tratar de negarlo, cambiarlo, disfrazarlo. Si yo entiendo que hay énfasis relacionales o por contextos que uno está más puesto en una cosa, que está puesto entonces en una reunión de trabajo, que estás puesto comillas más supuestamente en lo intelectual ¿Me vas, siguiendo? Sin embargo, no estás puro puesto en lo intelectual, estás parada desde sexo mujer, género femenino, estás puesta de una determinada manera, en un lugar, en un contexto.

A: Perfecto...

E2: Ahora perdona, pero también puedo decirte de otras maneras, si estás puesta en una, estás en la vida cotidiana, entera puesta, entonces la sexualidad comillas puede tomar formas de sensualidad, porque en el fondo es cómo uso, o no cómo uno, cómo se expresa el cuerpo femenino, ya que estamos en estas, o el cuerpo de mujer en una relación específica. El cuerpo va a estar en cualquier contexto apretado, suelto, relajado, bien, mal y eso tiene que ver ¿Me sigues o no?

A: Sí, eso tiene que ver con el dominio de la sexualidad.

E2: Eso. Con determinados afectos. O si soy más específica, si estás en una guerra, en pareja, estás en una guerra, por supuesto en esa guerra emerge una sexualidad combativa, o una no sexualidad, pero como no existe la no sexualidad, entonces es una sexualidad rechazante de sí misma o del otro... ¿Me sigues?

A: Sí, te estoy siguiendo.

E2: Ya.

A: Súper. Esta pregunta quizás se parece un poco a la anterior ¿Con cuáles otros temas podría estar relacionado el tema de la sexualidad? Y con esto me refiero a como sería la relación entre autoestima y sexualidad, por ejemplo, seguridad personal hacia afuera y sexualidad, posición social, desarrollo, esos se me ocurren ahora.

E2: Muéstrame de nuevo, muéstrame donde querí' llegar. Me parece que me gusta esa, pero no sé cómo agarrártela.

A: Te voy a poner un ejemplo, si una persona está teniendo una sexualidad que no es satisfactoria, como eso podría estar relacionado con su autoestima, con su seguridad, con su posición social. O al revés, si consideras a una persona que tiene una sexualidad plena, como esto se expresa en estas otras cosas que tiene que ver más con el sujeto, con sus relaciones. No sé si me entiendes.

E2: Sí, parece que sí. Intentémosla, voy a intentar una respuesta. [*Silencio*] Porque es supuesto de tu pregunta ¿Muéstrame el supuesto de tu pregunta?

A: El supuesto de mi pregunta es que, de alguna manera si están relacionados.

E2: Obvio ¿Que están relacionados qué? ¿Autoestima?

A: Que la autoestima quizás podría verse afectada, o la seguridad de una persona no solamente en el ámbito sexual.

E2: Es que eso es lo que me pasa, lo que me pasa es que no se si son... ¿Qué es primero? ¿El huevo o la gallina? Eso me enreda ¿Cachai? Porque en el fondo me estás diciendo, que si tengo buen sexo me siento mejor.

A: No necesariamente, mi pregunta es si se relaciona, o no, si tú crees que existe esa relación o en realidad quizás no tienen nada que ver.

E2: No, no, no, no, no, si no es que no tengan nada que ver, sino que me parece que es más simultáneo, me parece que es muy difícil. Primero ¿Qué es buena sexualidad? Me acuerdo de una pareja, no, de un libro... La aventura de esa pareja, de F, que lo leí hace hartos años atrás, que contaban dos casos. Uno era una pareja que tiraba, así pero ya que te morí, prácticamente desde las lámparas, estoy exagerando, no me acuerdo del cuento, pero ya así... Muy flexibles. Versus, la otra historia que cuenta de una pareja que tenían un disfrute muy piola, de compartir una copa de vino, comer algo rico, que tiene mucho más que ver con la sensualidad que la sexualidad, estar abierto en los sentidos, al encuentro con el otro. Entonces ¿Cuál sexo está mejor? ¿Me estoy explicando cierto? ¿Cuál sexo está mejor? Uno, me parece que eso es una decisión, es una valoración que solo la pareja puede hacer. Si me preguntai' a mí, no encuentro que haya uno mejor que el otro, sin embargo, me parece más completo el que incluye la sensualidad. Entonces, me parece que tiene que ver la sexualidad con un otro, o con uno mismo, es una expresión de quién uno es, de la misma manera que lo es la forma en que trabajo, la forman en que cocino. Entonces no separaría, me parece que la expresión sexual es una expresión de cómo uno está vivenciando, experienciando el mundo, cómo uno siente, de quién uno está siendo en ese minuto. ¿Contesto o no contesto? Disculpa.

A: Sí, sí, lo estás contestando ¿Crees que alguno de estos temas, quizás, no sé, la seguridad, seguridad no solamente digo en la sexualidad misma, sino que, hacia fuera en el mundo o desarrollo de autoestima, o posición social? ¿Cómo se relacionarían esas cosas?

E2: [*Silencio*] Me parece que todas estas cosas que tú pones como variables separadas, que poniéndolas como variables separadas no me hablan de la unidad de quién uno es. Porque puedo tener una posición fantástica socialmente hablando, y autoestima que ni siquiera comparto el concepto de autoestima.

A: No, si estos son en realidad ejemplos que se me ocurrieron, pero puedes expresarlo como tú lo veas en realidad.

E2: Son expresiones de quién uno está siendo en un momento en un contexto determinando, o cómo me estoy vivenciando si me preguntai' directamente "*entonces si yo tuviera una mejor*"... No sé, depende, pero prefiero verlo...

A: Como algo más unitario.

E2: Sí... Me cuesta mucho separarlo, me cuesta mucho separarlo. *“Esto es porque entonces así, entonces así tengo mejor autoestima y voy a tener mejor sexo...”*. Te insisto...

A: Como lo que estoy entendiendo, quizás va a depender mucho de la narrativa del sujeto...

E2: Pero de sí mismo, el relato completo ¿Dónde pongo el éxito, la felicidad? ¿Qué es felicidad? ¿Qué es amor? ¿Qué es pareja? Y en eso si que hay una diversidad importante.

A: Ya, entiendo, sí, súper. Ya, entiendo que en el espacio terapéutico remites siempre de cierta manera a la vida cotidiana ¿Cuáles son las temáticas más comunes referentes a sexualidad que aparecen en el contexto terapéutico?

E2: Mira, hoy en día lo que más veo es... ¿En términos de consulta, cierto? Falta de sexo, fíjate. Pero falta de sexo, clásicamente hablando de sexo. Clásicamente hablando de sexo, te estoy hablando de relación sexual. Claro, eso es lo que más...

A: Lo que más aparece.

E2: Sí.

A: Perfecto. Lo que te quería preguntar respecto a esa pregunta... Ya, acá de nuevo estoy haciendo una clasificación, perdón ¿En general esta temática que es más recurrente hoy en día se relaciona más como con algo, o sea, aparece o emerge, en el momento, de parte de la pareja o de la persona, como algo más psicológico, más físico, dónde lo posicionan ellos?

E2: No te veo la clasificación en esta pregunta, era un comentario no más. Eh... Fíjate que la veo de las dos maneras. Veo... ¡No! Psicológico afectivo, porque en general las explicaciones que traen es *“ya no me quiere, ya no le importo”*. Eso es lo que veo ¿La ves o no? Me parece que la explicación está puesta en el otro, como responsable, responsabilizando al otro. O sea, no tenemos encuentros sexuales, hablando clásicamente de lo que es un encuentro sexual, *“porque ya no me quiere”* o *“porque puede tener otra”* o *“porque ya no soy atractiva”*, entonces esta puesto aquí, *“porque yo no soy atractiva para él”*, por lo tanto también está puesto afuera. Eso.

A: Perfecto.

E2: Es lo que más veo.

A: Ya, ahora, acá sí que voy a poner clasificaciones.

E2: Ahora sí que sí [*Risas de ambas*].

A: Pero si tú no lo consideras...

E2: Veamos, veamos, veamos, veamos...

A: Mi pregunta es ¿Para ti podría existir una diferencia entre una problemática sexual y un trastorno de la sexualidad?

E2: ¿Muéstreme trastorno de la sexualidad?

A: Con trastorno de la sexualidad me estoy refiriendo a cosas más clásicas. Con mi profesor guía lo pensamos así como las disfunciones sexuales o trastorno del deseo, como esas típicas clasificaciones que hacen. Si es que existe una diferencia para ti, si no, no.

E2: Ah... Déjame pensar, porque te diría a primeras, de primera respuesta te diría no, no hago la distinción. Sin embargo, no es tan verdad [*silencio*] sobre todo, ponte tú, si lo puedo ver secundario a otras cosas, secundario a medicamentación, más que el trastorno... He visto personas que están con algunos tratamientos farmacológicos por otras cosas, depre, no sé, otras cosas que hay una evidente disminución del deseo ¿Estamos? Eso me parece que es comillas químico... También es discutible, pero... Ya, otras situaciones de, ponte tú, a veces hasta ocupo o he ocupado hace poco en un caso específico donde estaban súper peleados la pareja por falta de sexo. Una pareja muy activa sexualmente y con hartos años, muy jóvenes ellos pero hartos años de convivencia, en donde él había tenido un accidente muy duro, de mucho tiempo de hospitalización, que se yo, fractura etcétera, y decido utilizar el diagnóstico de estrés post traumático en términos de relato explicativo de la baja de deseo, que es una decisión, no sé si lo creo o no lo creo, pero opto por poner el problema en un estrés post traumático, que en el fondo era para aliviar un poco la ansiedad.

A: Eso es lo que tú estarías, porque yo acá estoy haciendo la distinción entre problemática sexual y trastorno ¿Esto que tú me estas contando lo ligarías más con la parte de trastorno o a la parte más de problema? ¿O en realidad no las estás separando?

E2: No, yo creo que sí las estoy separando, estoy tratando de separarlas. Me parece que si hay condiciones físicas, biológicas o químicas que pueden cambiar la sexualidad de la misma forma que cambian a la totalidad del ser humano ¿Estamos? ¿Sí? Ya te digo, químicamente, o, por experiencias y todo el resto para mi gusto es problemática. O en el fondo se convierte en problemática en la medida que no puedo distinguir un episodio, que sea un trastorno ¿Me sigues, o no? está influyendo en el sexo ¿Me expliqué, o no?

A: Si, pero te quería pedir un ejemplo de lo que tu entenderías como problemática sexual.

E2: En el fondo estoy hablando de la descoordinación con uno mismo o con el otro respecto a la manifestación del sexo. ¿Sí? eso es una problemática. Me descoordino, no acontece la coordinación para llegar, en una pareja o con uno mismo, para llegar al sexo.

A: ¿Y al sexo entendido como el concepto clásico?

E2: Clásico, clásico. Que ahora, lo que veo es, que en general esta descoordinado todo lo otro también, *por siaca*'. O sea, el sexo es la última de las manifestaciones, pero la descoordinación es bastante anterior. O no sé si anterior, pero también involucra a las otras

A: ¿Las otras conductas?

E2: La sexualidad, compartir, conversar, estar en el goce, estar en la sensualidad. Claro, eso ya está separado, solo que menos, provoca menos problemas que la no manifestación del despliegue sexual.

A: Desde tu experiencia ¿Cuáles serían los principales trastornos asociados a la sexualidad?

E2: Trastornos, los otros. Si lo veo en trastornos yo diría... [*Silencio*] Es que no, no porque no te voy a contestar porque casi no uso diagnósticos, diagnósticos sexuales ¿Me sigues? Casi no los uso, sin embargo, le llamo trastornos a aquellas situaciones o contextos extras como ya te había explicado, químicos.

A: ¿Y las principales problemáticas asociadas a la sexualidad que aparecen en el contexto terapéutico? ¿Lo mismo de adelante, la falta de sexo? ¿O agregarías otras cosas?

E2: [*Silencio*] Es que estoy hablando de la diferencia clínica, porque sabí' que, si me pongo a pensar en otras cuestiones, a mi no me llega, ponte tú, algunos diagnósticos que hacen algunos ginecólogos que los mandan directamente a sexólogos para entrenamiento de dilatación vaginal ponte tú, eso casi no lo veo. Lo que yo veo, lo que a mi me llega es esto otro, esto es lo que me llega, si, si... Falta de sexo, que he leído como rechazo, como un relato de rechazo, no estoy diciendo que sea necesariamente rechazo por siaca'.

A: Ya, pero así es como se presenta.

E2: Sí

A: De acuerdo a tu experiencia ¿Cuál es la forma más común en la que aparece una problemática o un trastorno sexual en el contexto psicoterapéutico? Y con esto me refiero, ¿Aparece voluntariamente, o como parte del motivo de consulta, o por efecto del terapeuta o como fruto de una co-construcción?

E2: ¡No! "*Oye no tiramo*", van directamente al grano. Me es con mayor frecuencia como parte entonces de la queja, por decirlo, es con mayor frecuencia parece. Otras veces, [*silencio*] y otras veces llegan con otra queja, de discusiones, o de falta de coordinación, que se sienten mal, que han peleado mucho, y en el conversar aparece que además no tiran hace no sé cuánto.

A: ¿Y eso sería fruto de una co-construcción o como efecto casi del terapeuta?

E2: No, yo no diría que del terapeuta, aparece como, no es lo que más les preocupa pero también les preocupa, no es la queja principal pero también lo plantean como también se está manifestando de esta manera.

A: Ya, perfecto. Ya, ahora te pregunta si tienes comunicación con otros especialistas en el tema cuando existe un trabajo terapéutico que tiene como alguno de sus focos la sexualidad, bueno entiendo que tú no lo separas como otro foco, pero y con esto me refiero si es que lo haces, con que especialista, si te comunicas con un médico, con un ginecólogo...

E2: [Interrumpe] Más que yo comunicarme en general derivó si me parece que, me ha pasado pocas veces por síaca', pero cuando ponen la problemática como relato los que me consultan, como una problemática, o trastorno, como quieras, biológico y no tengo ninguna otra puerta de entrada que es esta, en general lo que hago es ginecólogo, o en caso de hombres...

A: ¿Urólogo?

E2: ¿Cuánto?

A: ¿Urólogo?

E2: ¡Urólogo! Gracias. Y si vienen en pareja y la explicación está ligada a eso, sexólogo y derivó al sexólogo, tengo una chica con la que trabajo, no trabajo, sino que nos derivamos. Y lo otro es a sus urólogos o a sus ginecólogos que en general uno no...

A: Ya pero ¿No existe una comunicación entre tú y la sexóloga, sino que simplemente es una derivación?

E2: Sí, sí. O sea, me comunico, pero no para yo quedármelo ¿Me cachai', o no? Me comunico "oye te estoy mandando una persona, mira ta ta ta" o ella me manda a mi "oye te estoy mandando tal persona". Y a veces ella se queda trabajando comillas en sexo supuestamente trastorno y yo me quedo trabajando en psicoterapia.

A: Perfecto ¿Consideras importante un trabajo interdisciplinario con consultantes que presentan problemáticas o trastornos relacionados a la sexualidad?

E2: [Silencio] Yo encuentro que depende del relato que traigan ellos, porque a veces es más *indexante* fíjate ponerlo como biológico, a veces *desindexa*, me es súper raro, porque a veces *desindexa* muchísimo la problemática...

A: [Interrumpe] ¿A qué te refieres con *desindexa*?

E2: Ver que “*Ay esto es un problema de ejercitación de tal cosa*”, sexólogo estoy pensando, saca el foco del problema en nosotros no nos amamos, nosotros tenemos problemas, nosotros debemos separarnos y lo pone, pone el problema en... o la dificultad, la pone al algo “*Ay que esto...*” ¿Me entiendes, o no? La pone en algo trabajable, ejercitable, con pasos en sexología y listo. Sin embargo, hay veces que lo *indexa*, “*no, es que este es un problema biológico*” por decirte algo, y convierte el relato para los personajes en mucho más doloroso, en una problemática extra de... Entonces en el fondo, depende de los que consultan de como son las explicaciones y los relatos que tienen al respecto.

A: Perfecto. Eh... ¿Tú crees que en general hay una disposición de parte de los especialistas por entablar un dialogo entre ellos en el trabajo con trastornos o problemas de sexualidad?

E2: No, no. No en mi experiencia, pero con la chica que conversábamos, conversamos porque nos conocemos, bueno en general todo lo que derivo, conozco, pero claro, no.

A: ¿Y porque crees que pasa eso?

E2: Yo creo que es igual a todas las derivaciones que uno hace, si tú no trabajas con un equipo bien puesto ¿Me sigues, o no? No hay un intercambio de... más que intercambio una coordinación profesional, no es intercambio me retracto de eso, no existe una coordinación profesional si no estás en equipo de trabajo, montándote en un equipo de trabajo. Me parece que así funciona no más.

A: O sea ¿No crees que sería mejor, o positivo hacerlo?

E2: [*Interrumpe*] ¿La coordinación entre profesionales? Me parece obvia, si claro, si claro. Me parece que sería mucho mejor hacerla y no estoy hablando solo en sexualidad, estoy hablando de la coordinación que tengo con el psiquiatra... pero es que el psiquiatra en mi caso es parte de mi equipo, no de mi equipo, yo soy parte del suyo, ni se eso. Eh... sip, mejor con coordinación que no coordinación.

A: Súper, ya ahora ya estamos como el parte final ¿Tú realizas algún tipo de diagnóstico cuando trabajas en el tema de sexualidad?

E2: No.

A: No. Entonces, como no haces un diagnóstico como tal ¿Qué camino sigues en la construcción de un tratamiento, de una lógica de terapia?

E2: ¿Muéstrame camino? ¿A qué te refieres?

A: Lo que pasa es que acá me di cuenta que mis preguntas estaban un poco orientadas a algo que yo quería escuchar, pero...

E2: ¿Qué quería escuchar?

A: Lo que pasa es que me pasó con “X”, que él me dice “yo *no creo en los tratamientos*”, entonces por eso te digo, o la pregunta es, entonces si no haces un diagnóstico como tal, que camino sigues en la construcción de un proceso en psicoterapia que abarque lo sexual.

E2: Claro, es que me es difícil contestar eso porque depende de qué co-construyamos, qué es el problema, que co-construyamos, pa’ donde vamos. Si el trabajo terapéutico no tiene una pura, no tiene como fase uno, fase dos, fase tres... O no para mí al menos, o capaz que lo tenga, pero no lo tengo sistematizado, para no arruinarte la pregunta [Silencio]. Pero en estricto es que quieren ellos o jugársela por lo que ellos quieren o dicen que quieren, entonces eso va variando...

A: De proceso a proceso.

E2: Claro, de consulta en consulta, si...

A: Perfecto. Pero tú antes me dijiste que a veces en algunos casos haces como un diagnóstico, no en sexualidad, sino que general del proceso ¿O eso no es así?

E2: ¿A qué te refieres con diagnóstico del proceso?

A: ¿Haces diagnósticos?

E2: No, no hago. O sea, diagnósticos clásicos no hago ni uno.

A: ¿O no clásicos? Un diagnóstico que quizás...

E2: Lo que pasa es que diagnóstico, me queda incómoda la palabra.

A: ¿Qué palabra usarías tú?

E2: Prefiero, prefiero, decir que hago algunas apreciaciones de [Silencio]... Porque en el fondo yo supongo que te estás refiriendo cuando digo que en la *indexación* o *desindexación*... que ponerlo como diagnóstico *indexa* o *desindexa*, que a veces *indexa* y a veces *desindexa* ¿A eso te estas refiriendo?

A: Creo que sí.

E2: En el fondo, es que no es un diagnóstico, en el fondo lo que hago es como me manejo en el relato de tal manera de que sea un relato que pueda ser mas amoroso con lo que están consultando y eso a veces, poner un nombre a algo, *desindexa* y a veces poner un nombre a algo no *desindexa*. Entonces no estoy centrada en el diagnóstico, sino más bien a la contribución del relato que la pareja trae.

A: Perfecto. Me cuesta entender todavía eso de *desindexa*.

E2: ¿Entiendes la palabra *indexar*?

A: Creo que no...

E2: Listo, mira, si la buscas, si la *googleas*, en el fondo no va a ser lo que yo quiero decir, entonces debo estar usando yo mal la palabra. Pero en el fondo es *iatrogenizar* ¿Tampoco?

A: La he escuchado, pero no...

E2: En el fondo, *indexar* es poner un problema desde afuera, entonces, [*Imita voz de mujeres conversando*] “oye tu” estás en una reunión de chiquillas, estoy inventando, [*Imita a las chiquillas*] “¡Ay!” y empiezan a hablar de cuántas veces tiran con el marido, con las parejas, con los pololos...

A: ¿Se parece un poco a la externalización? ¿O algo así?

E2: No, mira [*Exhala e imita a las chiquillas*] “¿Cuántas veces tirai’ tú?”, “*todos los días*”, “*tres veces*”, “*una vez a la semana ¿Y tú?*” “*cada dos semanas...*” “¿*Cada dos semanas?*, *esa cuestión está mala...*” y tú estabas feliz con tus dos semanas y de repente un juicio externo, ya sea por un experto, por un grupo de amigas, por lo que sea, te hace sentir que tu manera de vivir algo es incorrecta o enferma, problemática o dolorosa. [*Imita a las mujeres*] “*Ay pa’ mí que tiene otro...*”. Qué se yo, u otra... ¿Estamos? Eso es *indexar*.

A: Ya entonces lo que tú me estas tratando de decir es que si uno pusiera un diagnóstico más clásico, o si le pusieras un nombre a lo que le está pasando en términos sexuales podría genera esa inquietud en el otro.

E2: Claro, o sea, porque a veces... déjame mostrártelo de esta manera, a veces llegas “*Ay es que no me ama*” hay un montón de... el del estrés post traumático, *indexo*, pongo un... “*Ah no esto, esto es un estrés post traumático*” ¡*Indexo!* ¿Entiendes, o no? Pongo el... Pongo un diagnóstico, “oye, *estrés post traumático, en el estrés post traumático hay dificultades en la erección, dificultades en... miedo, esto...*”, “*y un estrés post traumático se pasa en año y medio con tal tratamiento*”. Te estoy inventando... “¡*Ah!! ¡Es estrés post traumático! No es que perdí la virilidad*”. Ese, la distinción de ese diagnóstico alivia.

A: Claro, depende del caso.

E2: A eso voy, hay *desindexa*. “*Ay soy poco viril, ya perdí mi capacidad sexual para siempre...*” Y la mujer presionándolo, que se yo... da lo mismo. Eso baja la ansiedad de “*nunca más vamos a tener el sexo como antes*” y lo pones de esa manera y das un espacio en la disminución de la exigencia de que deberían funcionar como siempre que permite, o facilita que haya encuentros sexuales con mayor frecuencia. Ahí estoy ocupando el diagnóstico ¿Me sigues, o no? para *desindexar*. Pero hay otros diagnósticos que *indexan*. Entonces ahí yo juego un poco ¿Cómo lo hago? No es el diagnóstico en sí

mismo lo que hago, juego con el diagnóstico, como jugamos con el diagnóstico. Y digo jugamos porque con ellos también como parte de un relato ¿Me, me?

A: Sí. Veo que lo usas más quizás como una herramienta dependiendo del caso.

E2: Pero, pero, pero incorpóralo a un relato determinado, o para sacarlo de un relato determinado

A: Esa sería como la implicancia que tiene esto en la vida de los sujetos.

E2: Ponte tú, yo veo hartos que las personas que van solo a sexólogos, o las derivaciones que he hecho solo a sexólogos, siento que veo que no funcionan. Porque yo creo, pero esto es solo fantasía mía, no tengo de donde apoyarme para esto...

A: No, pero me interesa la experiencia suya.

E2: Pero no tengo ninguna idea, no, pero es que esto no es una experiencia, esto es una explicación respecto a algo que veo.

A: ¿Como una hipótesis?

E2: Sí. Yo tengo la sensación, de que cuando el relato está puesto en lo biológico, el relato del consultante ¿Sí? Está puesto en lo biológico, se invisibiliza el contexto global de la persona que está inmerso en esa persona y me parece que eso no te permite, te deja puesto en el diagnóstico, por así decirlo, no te permite tener una mirada de águila, una mirada sobre lo que esta sucediendo. Te metes en el diagnóstico, te metes en la dificultad *“esto es lo único que importa, esto es lo único que importa...”* y se pierde incluso la gran gama de posibilidades de la sexualidad, se deshace, se desaparece, se pierde. Quedas así enchufado en una pura cuestión. Entonces he visto terapias eternas.

A: ¿De sexólogos?

E2: ¡Sí!

A: ¿Eso tiene que ver un poco con lo que hablábamos al comienzo sobre el reduccionismo de lo que se entiende por sexualidad?

E2: Sí.

A: Perfecto. Ya, creo que esas son las preguntas en realidad. Sí, porque las otras son si tú crees que hay un diagnóstico. Sobre cómo se vincula con diagnóstico o con algún tipo de tratamiento o como no están relacionados, si el tratamiento que le das a tus pacientes se relaciona con el diagnóstico que realizas, pero ya explicaste como lo haces tú... Creo que estamos bien entonces, esas son las preguntas ¡Muchas gracias!

E2: Que bueno, que bueno. De nada.

- **Entrevistado 3 (E3)**

Entrevistadora (A): La primera consigna tiene que ver con una cosmovisión y una descripción general de la sexualidad, entonces dice: *“Para comenzar, este enunciado pretende lograr que usted se posicione respecto a la temática de la sexualidad, compartiendo una descripción general personal de lo que se enmarcaría dentro de ella. Algunas preguntas orientadoras de este punto podrían ser: ¿Cuánto espacio ocupa la sexualidad en la vida de los sujetos? ¿Usted comprende la sexualidad como una composición de diversos ámbitos dentro (de los cuales habría algunos más estudiados o menos estudiados que otros) o en realidad la comprende como una visión global diferenciada?” [Consigna I].*

Entrevistada (E3): Mira, como que, me cuesta dar una definición de cómo entiendo yo la sexualidad. Como que siento que hoy por hoy precisamente es un tema que está como muy en la conversación, están apareciendo como hartas versiones de la sexualidad entonces como que ahí como que uno se encuentra con estas subdivisiones que son súper complejas como género, identidad de género, sexualidad, sexo, no sé qué y como la sub sub sub división de la subdivisión. Y a ratos siento que mientras más información hay sobre el tema como que más enredo y no sé qué definición darle. Desde mi punto de vista claro, como que la sexualidad tiene que ver con la concepción más amplia que incluye distintos aspectos. Yo creo que es como una sumatoria de cosas; como la dimensión más biológica, la dimensión más cultural, y la dimensión como más individual tal vez más psicológica. Esto de cómo cada cual vive su propia sexualidad. Como que inevitablemente igual pienso en el tema sexo, como en relaciones sexuales, como cuando uno piensa en sexualidad. Pero también tiene que ver con cómo uno asume su propia identidad de género, o cómo uno se relaciona con otras personas también. Pero me cuesta fijate, cómo que si me preguntas concretamente de verdad se me hace engorroso poder definirla, siento que tengo como una ensalada de ideas dispersas de qué pudiera ser, de qué pudiera no ser. Como englobar todo eso en una definición, no me resulta tan sencillo.

A: ¿Y cómo qué cosas podrían caber dentro de esa ensalada de la que hablas? ¿Qué cosas se te vienen a la mente con eso?

E3: Pucha, varias cosas como...Pienso en la idea de dicotomías, cómo en qué tan tabú podría ser para algunas personas, qué tan tabú puede ser hablar de sexualidad o cómo qué tan incorporado pudiera estar ese tema en el día a día, como en estos espacios más del discurso, qué tanto espacio le da uno al tema para hablarlo, o como qué tanto uno se hace el tonto y como que no viviera en un mundo donde la sexualidad estuviera incorporada. Siento también la sexualidad en el dominio de la pareja, lo pienso harto ahí. Como este espacio de intimidad que existe en las relaciones, que no solo tiene que ver con la vida sexual de una pareja, sino con cómo ellos interaccionan, o cómo están presentes estas manifestaciones de cariño, de afecto, de piel, etc. También pienso la sexualidad como etapas del desarrollo, o distintos ciclos del desarrollo, cómo se va

manifestando de distintas maneras. Donde está este concepto o idea de educación sexual, como algo que también se puede ir enseñando, encuadrando o dejando fluir. Y eso también ya como desde la perspectiva más clínica, también cómo hay funciones sexuales, o relaciones, vivencias traumáticas de la sexualidad. Como que es una esfera bien primitiva lo sexual, y como que uno ve que cuando esto se afecta, sobre todo desde lo traumático en edades tempranas, como que de ahí para arriba, se afectara tanto. Distinto es si te hubieran afectado en otra área de tu desarrollo, como que el desarrollo sexual de verdad implica mucho en la vida de los sujetos. Como que esas serían las ideas dispersas que se me vienen cuando pienso en el tema.

A: Perfecto. La segunda consigna tiene justamente que ver con la vida cotidiana y la sexualidad y dice: *“El propósito de este enunciado es que usted se pueda referir a la vida cotidiana y cómo la sexualidad se relaciona con ella. Se entiende en este caso a la vida cotidiana como acciones, situaciones y actividades que las personas realizan a diario, así como también a aquello más doméstico. Preguntas que engloban este punto entonces son ¿Cómo las personas viven su sexualidad cotidiana y si esta pudiera estar asociada a otros aspectos de la vida? (Por ejemplo: seguridad, autoestima, desarrollo biopsicosocial e incluso con la posición social) ¿Cómo emergería la temática de la sexualidad y su relación con la vida cotidiana en la conversación terapéutica?” [Consigna II].*

E3: Yo veo que tienen relación, pero que finalmente depende de quién hable. De qué tanto se hable de eso depende de la persona. Pienso por ejemplo en las generaciones más antiguas, como en los papás o en los abuelos... como que no se habla mucho. Como que se procura generar esta sensación de que la sexualidad no fuera parte del cotidiano. Como que en realidad son temas que no se conversan en la mesa, sino que en realidad son privados y que si se hablan es entre dos, y ¡sí es que se hablan! A veces ni si quiera está tan prescrito cuál es el rol que ni si quiera hay que conversarlo mucho. Versus, siento que hoy por hoy, en estos tiempos se habla mucho más de sexualidad. Incluso si uno se mete a Facebook hay hartos movimientos sociales que intentan reivindicar ciertas posturas de por ejemplo el derecho a la diversidad sexual, entonces se está como incluyendo la posibilidad de que se hable con igualdad con parejas, homosexuales, heterosexuales, transgénero. Hoy por hoy, uno ve que es una conversación necesaria hablar de sexualidad. Como que antes uno podía mantenerse más neutro, y hoy por hoy costará más porque está ahí, es un tema que sale en el debate... Que sale cuando uno piensa en la vida escolar de los chiquillos, es un tema que sale a flote. Y se habla, se habla de aborto.

A: ¿Tú crees que es algo que ha ido cambiando con las generaciones?

E3: Sí, si... como incluso también pienso por ejemplo que antes con los cabros chicos no se hablaba de sexo en la mesa, y después de eso se habla, se habla de relaciones sexuales, como que los chicos entienden mucho más, manejan más información. Se está sacando este velo de que el tema era como algo de lo que no se debía hablar, de algo de

lo que no se podía tener curiosidad. Hoy por hoy se invita a la conversación y se incorpora con más naturalidad al día a día.

A: E independientemente de que se hable o no de sexualidad ¿Tú crees que la sexualidad influye en temas como la autoestima, la seguridad, el desarrollo biopsicosocial, la posición social en la que uno esté, etc.?

E3: Yo creo que en el bienestar general sí, y en cuanto a seguridad no se me ocurre cómo enlazarlo. En cuanto a la posición social, tampoco sabría cómo enlazarlo. Insisto como que en la medida que tenga dudas conceptuales respecto de qué entiendo por sexualidad como que me cuesta responder algunas preguntas. Por ejemplo pienso que el tema del rol de género es algo que se ha incluido dentro del concepto de sexualidad. Igual pasa que en este momento igual tiene que ver con muchas cosas. Como si los roles de género, por ejemplo de lo que significa ser mujer, se ajustará más al rol tradicional, como que la mujer es frágil, que depende, de que tiene que cumplir ciertos roles...si lo pienso desde esa lógica digo, claro efectivamente esto afecta el día a día. En cómo sales a la calle, en qué tan segura te sientes, en qué tanto derecho crees que tienes a exigir algunas cosas o no. Si es así, digo, sí, efectivamente, tiene que ver en realidad con todo.

A: Y pensando en eso ¿Tú crees que hay algunos ámbitos de la sexualidad o dimensiones que están más o menos estudiadas que otras?

E3: Yo creo que sí, me imagino por ejemplo la noción clásica de que la sexualidad pudiera estar más estudiada desde la dimensión más biológica, la dimensión típica como de la educación sexual del colegio, o la dimensión de la sexualidad en la pareja. Pero pienso en otras áreas de la sexualidad que tal vez tiene que ver con estas nuevas tendencias en materias de opinión como transgénero, travesti, todavía sigue habiendo mucho duda de qué es...Como que la gente todavía confunde mucho y a mi aún me pasa como de confundir identidad, diferenciado de rol, diferenciado de sexo biológico, o estas diferencias entre ser un transgénero, o un travesti, o ser homosexual, como que siento que todavía hay investigaciones al respecto pero pareciera que todavía no se ha dado la bajada de que sean temas que uno maneje y que pueda diferenciar bien. Siento que todavía sigue siendo un área que se presta para mucho error. Como que uno no sabe todavía bien qué está dentro del saco y qué queda afuera.

A: La tercera consigna tiene que ver con las problemáticas generales asociadas a la sexualidad y con dificultades y disfunciones: *“El siguiente enunciado tiene por objetivo que usted pueda referirse a los aspectos que pudieran dificultar la sexualidad. De acuerdo a esto, primero sería importante conocer cuándo para usted una situación se transforma en un problema y cuáles serían los principales problemas asociados a la sexualidad: ¿Cuáles son las problemáticas vinculadas a la sexualidad que usted conoce? ¿Hay algunas problemáticas con más prevalencia que otras? ¿Hay algunas más complejas que otras? Desde su experiencia ¿Cómo se presenta y se considera (o no) este tipo de problemáticas en el escenario de una terapia?” [Consigna III].*

E3: Como de las problemáticas que me ha tocado ver más tienen que ver con... yo creo que lejos la más problemática de todas tiene que ver con la presencia de abusos sexuales. Como de esta idea de la sexualidad traumática. Y lo que decía hace un rato; como que de ahí en adelante, las manifestaciones clínicas de eso pueden ser múltiples. En caso de anorexia y bulimia casi siempre, yo creo que en el 90% de los casos hay antecedentes de sexualidad traumática en la infancia, trastornos de personalidad y psicosis. Como que todo lo que uno ve de verdad la población clínica, casi todos tienen un vivencia muy distorsionada de la sexualidad, ya sea porque vivieron experiencias de abuso durante su infancia o porque en sus propias relaciones de pareja les cuesta mucho incorporar el tema de la sexualidad fluida, y pienso en la población clínica como principalmente femenina, uno tiende a ver más mujeres. Como que les cuesta mucho vivir una sexualidad plena con sus parejas... les cuesta hablar del tema, les cuesta hablar de lo que sienten, les cuesta sentirse más seguras, más bonitas.

A: ¿Qué sería sexualidad plena?

E3: Como que pudieran ellas sentir que hablan del tema y que lo pasan bien. Que lo pasan bien siendo mujeres, que lo pasan bien por ejemplo hablando de su deseo, hablando de sus fantasías, como que se reprimen harto. Como que esta cosa de ser la "mina caliente" les incomoda, no pueden sentir que son mujeres, mamás, dueñas de casa y además tienen deseos sexuales y andan con ganas. Como que no puede quedar todo eso junto sino como que queda ahí...entonces mejor lo reprimimos. Como que yo siento que por ahí tal vez se interfiere más esta idea de una sexualidad plena, como que no incorporan esta idea de mujer con fantasías y con deseos a su experiencia del vivir cotidiano. Como que quedan un poco virginizadas a esta imagen de la madre...la esposa.

A: Y en ese sentido, tú también me contaste que trabajaste en el área de parejas ¿Hay algunas problemáticas asociadas a la sexualidad más prevalentes que otras? ¿Cuáles son las que tú conoces?

E3: Siempre ocurre cuando hay problemas de pareja como que el síntoma es la falta de deseo sexual de uno de los dos. Casi siempre viene acompañado por la queja de uno de los miembros que está buscando más sexualmente al otro y el otro no está disponible. Como que eso siempre está, sea por el motivo que sea. Llegan por infidelidad sale ese tema; o llegan porque están discutiendo mucho y sale ese tema; o hablan poco y tienen mala comunicación y sale el tema; o tuvieron hijos y luego la vida sexual de la pareja murió, sale el tema. Como que siempre es un tema que aparece.

A: Y en ese sentido para ti entonces ¿Cuándo un problema se transforma en un problema en el ámbito de la sexualidad?

E3: Yo creo que cuando las mismas personas lo refieren, como que ahí uno también trata de no meterse a transformar en problema algo que para la persona individual o que para algún miembro de la pareja no es problema. Como que uno pregunta qué siente, si les

complica esto o si les gustaría que esto cambiara...A veces dicen sí me molesta, esto me gusta o no me gusta...Cuando alguno siente que hay un problema.

A: La siguiente consigna es sobre la interdisciplinariedad y dice: *“La sexualidad es algo que se ha estudiado desde diversos ámbitos a lo largo de la historia. Diversos especialistas pueden abordar la sexualidad desde sus conocimientos; por ejemplo, Médicos (Psiquiatras, Ginecólogos, Urólogos), Psicólogos, Kinesiólogos, Filósofos, Educadores, etc.Cuál podría ser su conocimiento, planteamiento, posicionamiento respecto del trabajo interdisciplinario en sexualidad, y, desde, la relación que ofrece su propia especialidad. Preguntas que incluyen este punto pueden ser ¿Qué tan importante para usted es trabajar interdisciplinariamente cuando se trata de problemáticas en sexualidad? ¿Con qué especialistas? ¿Considera usted que en la actualidad existe una comunicación fluida entre estos especialistas en cuanto al trabajo en la temática de sexualidad? A su criterio ¿Hay una disposición de parte de los especialistas para una comunicación en el trabajo en sexualidad o en realidad se trabaja sólo desde la disciplina propia?” [Consigna IV].*

E3: Yo creo que el común acuerdo es que todos en general en conversaciones con otros colegas o con personas de otras disciplinas, sí...sería súper bueno trabajar esto interdisciplinariamente pero en la práctica lo que va ocurriendo es que cuesta mucho que eso suceda. Al final uno siempre termina trabajando desde su propia disciplina y yo igual pienso como en terapias de pareja sobretodo en estas terapias en las que llegan con un motivo de consulta que es una disfunción sexual, como que a veces uno se apresura y como que no entra mucho en esta dinámica de decir *“ya bueno ya, si todo tiene que ver con los significados, entonces vamos viendo qué pasa con esta pareja”*, como que uno tiende a psicologizar muy rápidamente todo y yo creo que igual a veces hemos pecado como del no haber partido por la puerta de entrada que es descartar alguna causa biológica, como que vaya a saber uno cuántas veces había una causa biológica que se pudiese haber investigado. A ratos siento que también cuando uno recibe el caso, un caso de disfunción sexual y uno empieza como a súper psicologizar y a sobre analizar, sucede mucho que las parejas desertan. Yo creo que también los mismos consultantes necesitan que haya cierto pragmatismo en la manera de abordar el caso, como que a ratos ellos igual se quedan más tranquilos si ven que uno les sugiere ir a un urólogo, o a un ginecólogo como a descartar algunas cosas. A la gente igual le calma que uno tenga un lenguaje un poquito más biomédico, como que uno también hable como de algunos datos asociados a estas disciplinas más médicas porque también sienten que hay un lenguaje común. Cuando uno se empieza a poner como muy psicólogo para sus cuestiones como que la gente empieza como *“ya y, pero dígame algo, deme alguna tarea o ¿Usted cree que tal vez tengo algo yo en el cuerpo? Como que no estamos avanzando”*. Como que se empiezan a desesperar. Yo creo que eso tal vez es un buen indicador de que abordar un tema de este tipo sólo desde la psicología es una manera que queda coja, y sí creo que sería importante realizar un trabajo interdisciplinario pero en la práctica no ocurre... Tal vez solo se me ocurre un centro especializado hecho para tratar disfunciones sexuales y

que tienes como el paquete completo pero en la práctica misma no porque las pegadas están muy diseñadas como para que uno haga y cumpla su cuota y coordinarte con otro a veces requiere tiempo que a veces no está. Con suerte lo tienes de pasillo pero no, como que tal vez ahí hay un mal diseño de cómo se abordan los trabajos. Ocurre poco, súper poco que uno trabaje en conjunto con otros profesionales.

A: Encontré muy interesante esto de que me dices que los pacientes a veces necesitan un lenguaje más biomédico como para sentirse más tranquilos ¿Me podrías hablar un poquito más de eso? Como de por qué crees que pasa eso con los pacientes.

E3: Yo creo que en general, en general cuando alguien va al psicólogo busca soluciones... Pero cuando vienen a consultar por problemas individuales como que la gente viene con la disposición de emprender un proceso, de conocerse y de entenderse; cuando vienen por temas de pareja como que buscan soluciones como que de verdad pareciera que el espíritu es mucho menos en la mira de *“entendamos nuestra relación y cómo nos relacionamos, y qué nos pasa y qué sentimos, y los significados”*. Entonces como que de verdad la paciencia de las parejas que consultan, a someterse a estos procesos mucho más reflexivos y más comprensivos pareciera que fuera más limitada, pensando como en el promedio, por supuesto que hay parejas que son un lujo y que son súper buenas para pensar y como que les encanta y son súper comprometidos. Pero en general no, en general te piden una cosa un poquito más dirigida, que les des tareas para a casa, que les des indicaciones, que les digas qué es lo que tienen que hacer, lo que está mal. Y cuando hay algo que se manifiesta en el cuerpo como una disfunción sexual, no sé, problemas en la erección o dificultad como dolor al momento de la penetración, cuando el cuerpo es el que manifiesta el síntoma, como que lo concreto que te pide más el paciente tiene que ver entonces con una expertise más biológica y más médica y ahí viene como esta cosa más concreta que te piden ellos en la terapia. Yo creo que ahí uno tiene como que flexibilizar a veces uno se queda en el *“es que yo no soy médico, yo soy psicóloga”* pero como que ahí uno se acomoda al paciente y los pacientes se van acercando a la terapia, yo creo que uno igual tiene que flexibilizar y tratar tal vez de involucrarse un poquito más estas otras áreas.

A: ¿Con qué especialistas tú crees que sería importante trabajar esas cosas?

E3: A mí se me ocurre básicamente como urólogos y ginecólogos, como que tu nombrabas kinesiólogos y yo decía *“¡Mira! Kinesiólogos, filósofos”* y era como *“¡Wow! Nunca lo había pensado”*. Evidentemente pudieran tener algún aporte pero no se me ocurre.

A: Y por ejemplo en el área que tu trabajas que es principalmente con estas chicas con problemas de desorden alimenticio y todo eso ¿Cómo que se te ocurren trabajos más interdisciplinarios en el ámbito de la sexualidad con ellas por ejemplo? ¿Con algún especialista en particular o en realidad no lo has pensado tampoco?

E3: Mira, este programa de personas con desorden en conducta alimentaria, así como el programa funciona interdisciplinariamente de verdad como que no ha logrado ser un buen equipo, hay especialistas, psiquiatras, psicólogas para terapia individual y para terapia familiar. Y el tema de la sexualidad siempre sale ahí como en algún momento y no sé si tenga que ver como con el hecho de que el nutricionista y la psiquiatra no están especialmente capacitados para trabajar el tema de la sexualidad así como los psicólogos tampoco, o sea, uno puede hacer algo pero no es como que uno esté muy preparado para esto. Pero yo creo que la ventaja que tiene que alguien sea atendido por distintos profesionales es que si te están atendiendo cuatro personas distintas en algún momento con una de esas cuatro vas a hacer un mejor vínculo que te permita como hablar del tema. Es súper loco porque por ejemplo, con el nutricionista, pacientes que han estado no sé, dos años en terapia individual, con una psicóloga con la que jamás ha hablado el tema de la sexualidad y como que lo tienen ahí muy cerradito, de repente van y al nutricionista le cuentan y uno dice ¿Por qué? Tal vez tiene que ver con que es hombre y que sea hombre como que les genera una cosa más del papá, y como que le cuentan a él entonces o porque le trabajo del nutricionista va súper dedicado como al tema del cuerpo entonces como que a veces le dicen *“ya llévate esta camiseta y pésate”* y eso les moviliza tanta angustia, tanta angustia, que eso les recuerde la escena del abuso por ejemplo. Como que uno igual siente que el dispositivo de la terapia no tiene como esos otros recursos que puede tener el nutricionista, por eso son favorecedores o a veces son tan movilizados de angustia y tan horribles para las pacientes que igual sale el tema.

A: Y si aparece el tema ¿Se conversa en equipo?

E3: Sí, se conversa en equipo, sí. Igual a veces se hace más *feeling* con la psiquiatra y le cuentan a la psiquiatra y el acuerdo que hay con el paciente es que la información que salga con un profesional es información del equipo, el paciente es del equipo, entonces como que el paciente sabe igual, que se va a conversar en equipo. Igual si llegase a salir un tema muy delicado uno le dice *“Sabes, te acuerdas que esto es trabajable en equipo ¿Tienes algún inconveniente de que lo compartas con el resto?”* y casi nunca tienen inconveniente, de hecho nunca, nunca un paciente me ha puesto atado hasta ahora.

A: O sea ¿Es como que el trabajo interdisciplinario fuera un facilitador para hablar de esos temas?

E3: Sí, es que son como otros encuadres, el encuadre es súper distinto. Son encuadres súper distintos al encuadre del psicólogo; de repente es solo como el asunto del encuadre y el setting moviliza algo en el paciente que tal vez la terapia no va a movilizar nunca. Y es interesante como eso también se va apareciendo como información o cómo se pone al servicio de la terapia, se va trabajando, se va conversando.

A: La siguiente consigna tiene que ver con el tratamiento y dice así: *“Este enunciado busca que usted pueda referirse al trabajo clínico en términos amplios que se realiza en cuanto a sexualidad desde su disciplina específica. Si es que se puede hablar de un*

tratamiento propiamente tal. Refiriéndose por ejemplo a la forma particular en las que usted aborda la sexualidad y en especial, las problemáticas que puedan surgir en torno a ella; o cómo y cuándo toma decisiones respecto al camino que debe seguir el proceso psicoterapéutico cuando emerge esta temática....” [Consigna V].

E3: Pensando en la disciplina así como en la psicología, si creo que como que uno puede hacer algo. Encuentro que en general la gente se mueve en espacios cotidianos donde tienen pocas posibilidades de hablar estos temas. Como que todavía pienso en las generaciones más como de las dueñas de casa, son personas que no tienen con quién hablar temas de su propia sexualidad, no la hablaron con sus padres, tienen pocas amigas, como que no tienen mucho con quién hablar estos temas, no los pueden hablar con los hijos, algunas lo hacen pero como que uno igual siente como que eso no correspondiera. Entonces sí creo que la terapia como que entrega un contexto bueno de confianza y de aceptación, y de no crítica, de no enjuiciamiento que favorece un montón que emerjan estos temas y se puedan conversar. Pero si pienso como desde la posición desde un psicólogo sistémico versus lo que pueda saber y manejar un psicólogo psicoanalista en el tema de sexualidad, yo creo que de verdad que hay una diferencia que trabajar y que nos juega en contra. Aquí tenemos la instancia de que todos los lunes por turno vamos todos supervisando un caso y generalmente los casos que yo llevo a supervisión tienen que ver precisamente como con estos casos en que aparecen como temas de sexualidad como importantes, pacientes que no sé, como que de repente cuentan que son capaces recién de recordar un abuso que vivieron en la infancia y como que les viene el recuerdo y me llegan así y yo digo “*Pero ¡Por dios! ¿¡Qué hago con esto!?*” y como que todavía me viene la angustia de “*¡Oh!*”, y como que lo llevo a supervisión y de verdad que los psicólogos psicoanalistas tienen como... porque claro, el psicoanálisis se articula poniendo el tema de la sexualidad como base y de ahí viene todo el desarrollo teórico; en cambio como que desde el modelo de uno como un modelo más sistémico así como un tema más entre otros tantos que se hablan y los significados y no sé qué...entonces claro como que yo no lo siento así, no siento que sea un tema más como otros tantos, no me siento igual cuando alguien me habla de sus problemas en el trabajo que de cuando alguien me habla de sus abuso sexual, como que la potencia es otra ahí. Y ahí siento a veces como que no contar con un marco teórico más consistente en temas de sexualidad me juega súper en contra, como que me siento coja, bien coja en esos aspectos y ahí pucha, aprovechar la buena onda de que aquí puedo ir y golpear la puerta al compañero psicoanalista y como que te supervisan en el pasillo, en el casino o si no en esta instancia más formal de la supervisión. Creo sí, que la psicoterapia es un espacio súper bueno, súper necesario, fuera de que tenga un tema de sexualidad o si en algún momento tiene que aparecer el tema, pero sí creo que no todos los terapeutas están igual de preparados para trabajar bien esos temas.

A: Bueno, y esta es la última consigna que en realidad es más una pregunta de cierre y que tiene que ver derechamente con mi pregunta de investigación: “*¿Cuáles son los*

elementos con los que usted dispone para llevar a cabo un acercamiento más comprensivo, reflexivo, complejo o global sobre la sexualidad?”

E3: Como en términos de la actitud terapéutica, como de la posición, sobre todo respetar los tiempos que en que van apareciendo estos temas, yo creo que el tema del tiempo es vital en sexualidad. Nunca apurar, cuando que viene el tema como que a veces uno se asusta ... tratar de no hacer eso, de verdad quedarte en el tiempo que te está ofreciendo el paciente, si te decide contar ese tema ahí es un tema que hay que saber hablar. Porque claro, como aquí uno trabaja con fichas clínicas como que uno ya les conoce toda la historia al paciente y como uno tal vez podría ir y preguntar “¿Y qué me cuenta de ese episodio?”, eso sería lo peor que uno podría hacer. Tratar de no apretar. No enjuiciar, tratar siempre de hacerle ver al paciente de que él es el que va significando su realidad y de verdad yo creo que el terapeuta tiene que hacer un esfuerzo particular en mostrarse intencionalmente muy empático, genuinamente pero también como haciendo este esfuerzo de que quede súper claro que de verdad yo no lo estoy juzgando, que de verdad yo no voy a creer que eres mejor ni peor persona, igual de repente se aparecen casos así como con pedofilia y esas cosas pero eso no... Como que ahí uno encuentra sus propios límites y es como no... Sí me he permitido mostrar también cómo es mi propia posición como un ejercicio más empático, cuando hay pacientes que te cuentan su escena de abuso y lo que sufrieron, yo igual me permito decirles más lo que estoy sintiendo así como “Sabe qué... Escuché esto y me da tanta pena” o “Que rabia más grande con ese desgraciado”, como que de repente se permite decir más también para demostrarle al otro que estoy sintiendo con él lo que te está contando, como que no lo estoy escuchando desde una silla súper profesional, súper neutra sino que estás sintiendo con él y acompañando en ese sentido. Yo creo que no sé si existan tantas fórmulas, puede ser porque tal vez no las haya o porque tienes una concepción teórica que aún sigue siendo con pocas herramientas, pero sí creo que la manera en que uno está posicionado delante del otro en estos temas es fundamental. Lo digo incluso en terapia de pareja porque en terapia de pareja tendríamos dos personas en una sala espejo, y uno igual se ponía en el lugar de los pacientes que hablaban como de su vida sexual y ni si quiera sabían cuántos habían detrás del espejo. Entonces uno pensaba, qué difícil hablar de estos temas, pero de verdad que la actitud de los terapeutas yo siento que era la llave que podía abrir o cerrar esas confianzas y permitir y favorecer que emergieran estas conversaciones o generar cierto nerviosismo que finalmente como que bloqueara las posibilidades. Y uno ve igual el alivio que van sintiendo los pacientes cuando por fin desembuchan y hablan del problema que los tenían a ratos atorados, como la sensación de alivio que les da haber podido hablarlo, de ver que al hacerles las preguntas no se espantan ni se les cae el pelo, o se matan de la risa, se habla tranquilamente. Y sí como que en casos de abuso como que uno igual debiera manejar algunas nociones de trauma, de cómo trabajar en casos de trauma o como hacer un poquito más esos acercamientos teóricos y de cómo manejarlos, yo creo que debiera ser un complemento importante.

A: Como dentro de los elementos que debería tener el terapeuta para poder acercarse a estos temas de sexualidad...

E3: Sí.

A: Hay algo más que se te ocurra que podrías no tener necesariamente tú como terapeuta o sí, respecto a un acercamiento más reflexivo sobre la sexualidad.

E3: Yo creo que ojala fuera un terapeuta que no fuera muy moralmente parado, no sé, pienso en estos casos más extremos donde yo creo que de verdad se nota cuando uno de verdad está posicionado y que puede entorpecer montones. Estoy hablando de alguien que aunque no quiera igual te va a poner una cara. Ojalá también manejar teoría, yo de verdad creo que darse una vueltecilla por el psicoanálisis no es malo, como entender algunas cosas, para ir complementando elementos teóricos, así como los sistémicos tenemos hartas cosas que benefician a los colegas psicoanalistas y también me preguntan cosas. Como que cada cual tiene sus áreas más de expertise. Creo que la sexualidad no es de las nuestras. Hay otros temas en los que nos movemos súper bien pero aquí no, así que ojalá revisar un marco teórico más psicoanalista y eso en realidad es lo que se me ocurre.

A: Bueno esa era la última pregunta, y justamente esto quería lograr con esta entrevista, lograr conocer tu opinión y visión respecto del tema, muchas gracias.

- **Entrevistado 4 (E4)**

Entrevistadora (A): *“Para comenzar, este enunciado pretende lograr que usted se posicione respecto a la temática de la sexualidad, compartiendo una descripción general personal de lo que se enmarcaría dentro de ella. Algunas preguntas orientadoras de este punto podrían ser: ¿Cuánto espacio ocupa la sexualidad en la vida de los sujetos? ¿Usted comprende la sexualidad como una composición de diversos ámbitos dentro (de los cuales habría algunos más estudiados o menos estudiados que otros) o en realidad la comprende como una visión global diferenciada?” [Consigna I].*

Entrevistado (E4): Me parece que la aproximación hacia la sexualidad tiene que ver con todo un ámbito sexual, no solamente con sexo así como vulgarmente el acto sexual o el sexo determinado desde mis impulsos sexuales o de deseo que ahí es otra temática o una esfera muy amplia. Sexualidad la comprendemos o la comprendo desde un aspecto más global, como una parte fundamental e integrativa del ser humano la cual así como otras partes de nuestro ser tiene directa relación con los otros y con mi sexualidad que tiene que ver con cómo yo me veo, cómo yo me siento, con el acto sexual también, y con una serie de etapas y de ocasiones y situaciones donde el hombre va conformándose y confirmándose con su propia sexualidad a lo largo del desarrollo vital y ya establecido una vez en el adulto ¿Tu pregunta va dirigida a este concepto en la pareja o en el desarrollo humano?

A: En general más bien.

E4: La respuesta sería un aspecto mucho más global, mucho más determinante en algunos casos en cuanto a algunas conductas, algunas posturas, algunas tendencias a comportarse y a relacionarse con el medio, pero tiene que ver con todo. Tiene que ver con el género, cómo yo me veo, cómo yo me relaciono, qué es lo que yo comprendo por el rol género mujer, por cómo yo me relaciono sexualmente con mis parejas, como te digo, más global.

A: Hay una parte que me llamó la atención y es donde hablas respecto al “cómo yo me veo” y al “cómo yo me siento”. Tú te refieres en relación a cualquier aspecto de la vida o en relación al acto sexual mismo.

E4: No, no me refiero ni si quiera a ninguna de las dos, o las dos pueden ser. Yo me refería a cómo yo me veo, yo me veo al espejo, yo me siento...A ver, a medida que va pasando el tiempo mi cuerpo va cambiando, va adoptando distintas formas, no es que varíe demasiado pero yo me siento y me veo de una forma distinta. El sentirme la piel, el reconocermé, con mis órganos genitales, todo eso, cómo yo me siento acorde o no con respecto a mi cuerpo. Y el concepto de género, de todo lo que tenga así como yo más a la base como metateoría propia, a eso me refiero con el cómo me siento. Porque lo otro es como hilar más fino, en realidad yo creo que lo otro puede tener que ver con algo más específico, el acto sexual, cómo me siento teniendo sexo... Sí, pudiera caber dentro de la

sexualidad pero es como una habitación dentro de un edificio que es la sexualidad, no es solamente eso. Y que en pareja tiene que ver mucho esa parte, es decir, te estoy hablando en general pero en pareja ahí toma como la suite presidencial de este edificio, en cuanto a la forma de relacional me al comienzo de esta relación, de mantener una relación y al fin de cuentas de cómo va decantando esto a lo largo de la vida. Una pareja de 60 años tiene una actividad sexual o tiene una sexualidad distinta, más elaborada posiblemente, no digo ni mejor ni peor para nada. Puede ser con menos frecuencia o puede, no sé...Yo he tenido varias parejas de abuelitos con alta actividad sexual con reclamos con respecto a una parte de ellos, del hombre y la mujer, de que no son satisfechos sexualmente. Pero igual la frecuencia es menor, la forma de aproximarse es distinta y tiene que ver con órganos sensoriales, con cómo va variando, con cómo va nuestro cuerpo envejeciendo y relacionándonos con esas partes y capaz que al tocar tiene que ser más fuerte. Pero es como cuando dicen *"la comida ya no es la misma como antes"* porque las papilas gustativas de la lengua ya están medias muertas, es como algo parecido de que la comida no es que esté más mala sino que yo la dejé de sentir. La sexualidad se vive pero yo creo que tiene que ver con ese adelanto sexual. La sexualidad en general es cómo yo me puedo acomodar en mi vida como para disfrutar de esa parte, o como para sentir esa parte que no es igual a los 18 años, la primera vez que estuve con una mujer, no, para nada (18 lo digo como una edad estándar), o mis primeras aproximaciones a la sexualidad, a mis pares, qué es lo que me excita, que es lo que no va variando o variando a lo largo de la vida. Yo voy construyendo significado, voy relacionándome, el mundo toma distintas dimensiones dentro de mi vida en cuanto a cómo lo voy simbolizando y voy representando y construyendo mi realidad a partir de eso, eso es bien como lo hace el constructivismo.

A: ¿Y tú crees que algunas de esas habitaciones que tú me mencionas de este edificio de la sexualidad esté más estudiada que otras?

E4: Dentro de los estudios que conozco en la academia me parece que faltan temas más específicos. Yo decía el edificio en torno a una persona, tú me lo planteas como desde la sexualidad como una entidad aparte y donde puede tener muchas formas donde ahí pueden haber personas. Me parece que hay aspecto de la sexualidad en general, específicos, pero generales que no son muy estudiados o que son levemente estudiados, por ejemplo algunas: La sexualidad en el adulto mayor. Hay estudios de esos pero me parece que no están tan acabados como la sexualidad en general en el ciclo de la vida humana como con la teorías a la base que dicen no se po'... psicoanalistas ni hablar, no me voy a referir a eso porque me imagino que debes tener mucho material de eso; pero las otras líneas hablan de la sexualidad en cuanto a un desarrollo general como tú decías como más a lo largo de la vida, como ciclo vital, ese sería como el edificio grande de la vida de las personas. Faltan episodios específicos en cuanto por ejemplo a qué pasa con la sexualidad y la cultura, para venderte un pancito chiquitito te ponen una mina en pelotas y con un forro espectacular, lo cual va creando una relación de los jóvenes, adolescentes con todos esos programas juveniles que hay como Mekano, pero crean un

concepto de lo que es para el hombre y la mujer es deseable sexualmente y eso casi irrealmente te pone en un modelo estándar que después lo que viene para alcanzar eso... Ese tipo de secuencias, ese tipo de saltos me parece que están poco estudiados. Sí está estudiado el trastorno alimentario, si está estudiada la sexualidad. Yo no he visto mucho esto, en cuanto a cuál es el salto que se da, explicativo para determinados grupos específicos y me parece que son bien de cultura, estudiar a nivel latinoamericano, no digo ni si quiera a nivel de Chile, un grupo acotado como para poder describir ciertas características de cómo funcionan sexualmente o con respecto a la sexualidad en el desarrollo sexual de los jóvenes hoy en día que es distinto. No sé si el desarrollo sexual de los hombres que están en un colegio de hombres es al de mujeres distinto. Hoy en día también ha variado mucho, también se han abierto muchas posibilidades donde el probar o el buscar la sexualidad como parte de la identidad me parece que tiene que ver con la conformación de algo más grande, estoy así como en el periodo de grupo etario de los adolescentes, no cuando ya está constituido, sino que en la formación que tiene que ver con la formación de identidad, cómo yo me voy formando en relación al resto que es una parte de la sexualidad: las relaciones interpersonales, auto concepto, hay miles de formas que van adoptando. Eso yo creo que no sé si está tan estudiado.

A: *“El propósito de este enunciado es que usted se pueda referir a la vida cotidiana y cómo la sexualidad se relaciona con ella. Se entiende en este caso a la vida cotidiana como acciones, situaciones y actividades que las personas realizan a diario, así como también a aquello más doméstico. Preguntas que engloban este punto entonces son ¿Cómo las personas viven su sexualidad cotidiana y si esta pudiera estar asociada a otros aspectos de la vida? (Por ejemplo: seguridad, autoestima, desarrollo biopsicosocial e incluso con la posición social) ¿Cómo emergería la temática de la sexualidad y su relación con la vida cotidiana en la conversación terapéutica?” [Consigna II].*

E4: Yo creo que hay que hacer una diferencia entre cómo se vive la sexualidad con la cotidianidad entre género. No es que haya uno mejor u otro peor o uno más y otro menos pero me refiero a que me parece que hay marcadas diferencias en cuanto a cómo me relaciono con la sexualidad y finalmente cómo lo pongo en terapia, cuando vienen a terapia de pareja. Muchos de los reclamos entre las parejas es a partir del término sexual, o sea, a partir del punto de la sexualidad. La mayoría reclamos de los hombres, y de las mujeres pero por el otro lado así como de “yo no quiero tanto” y el otro “sí, yo quiero, pero no pasa nada”, eso es referido al acto sexual pero lo que pasa es que claro, es distinto. Aquí no me estoy casando con ninguna teoría, te estoy hablando desde la experiencia en tanto de vida como de terapia de pareja; la sexualidad en mujeres es mucho más compleja que la sexualidad en los hombres, lo que pasa es que nosotros somos mucho más básicos. No sé si preámbulos, flores, todo eso. Muchas veces lo hacemos para conquistar a otra chica o a agradar a nuestra pareja o a nuestra esposa y que la cotidianidad viene a acelerar un poco eso y como que pierde un poco el romanticismo, que es parte de la sexualidad, es un ápice en cómo yo me relaciono o en

como yo entrego una flor o te abro la silla del restaurant, te abro la puerta, cosas que tienen que ver con actos como de conducta, como manual de carreño de caballero que también tienen una connotación sexual en cuanto a que yo me estoy relacionando con mi pareja, mi pareja sexual. Y ahí es donde las mujeres presentan problemas. Yo siempre he pensado que entre las parejas, o no siempre he pensado pero últimamente me he dado cuenta que las parejas, los problemas que tienen, están totalmente referidos a las expectativas que tienen. Expectativas en cuanto a qué es lo que yo espero de ti, y qué es lo que tú esperas de mí y si no cumples me enoja. Para mí las expectativas son las que deterioran las relaciones, y son proporcionales, mientras más expectativas tengas más fuerte el porrazo que me pegó cuando las expectativas no son acordes a lo que tengo al lado. Y no es que no haya que dar una expectativa, hay que tener expectativas realistas pero en muchos casos nuestro deseo sexual, no se cumplen esas expectativas y aparecen los reclamos y el otro nunca le prometió nada. Y eso pasa no solo en la sexualidad sino que en una serie de órdenes: cómo te comportaste con mi hijo, cómo estacionaste el auto o hiciste el giro demás en el banco, no sé, mil cosas así que tienen que ver con lo que yo espero que tú me entregues. La sexualidad también, hay marcadas diferencias entre hombres y mujeres, por eso te digo que en la relación con la cotidianidad de repente entre nosotros...es un mundo sexualizado, igual hay que partir por eso, y también tiene que ver con el grupo etario de la pareja con la que esté hablando, una pareja adolescente, o de no sé, no adolescente, de 28 años que son jóvenes y que tienen una aproximación sexual conceptual y física, una respuesta emocional también en la sexualidad muy distinta a una pareja mayor que está desde otro lugar, tal vez más sabio, más calmado, o sea deben hacerlo mucho mejor incluso el acto sexual lo pueden disfrutar más que unos cabros acelerado y que están todos desesperados. Pero inclusive así, aunque sean grupos etarios distintos, las relaciones entre hombre y mujer, el cómo se aproximan es distinto. Me parece que los grandes problemas de la cotidianidad y relacionados con la sexualidad, parten por falta y por carencia, por deseo en realidad, como dice *“los hombre no sufren de males sino de necesidades”* de la necesidad no satisfecha de uno de los dos casi siempre. Y es un tema que se aborda desde la primera sesión, que se explicita, lo que pasa es que muchas veces dentro de la cotidianidad está acostumbrado al acto sexual tanto como a todo lo que involucra pero no hay una conversación en la base de las parejas. No se habla mucho el tema de *“oye no me gusta esto, espero esto”*, entonces crea esa, ese concepto medio individual aunque están en pareja con respecto a lo que espera el otro en la parte sexual y muchas veces en sesión lo que se hace es explicitarlo, mostrarlo y a partir de eso el otro escucha y muchas veces le cambia el concepto porque *“nunca habías dicho esto”*.

A: Tú también hablaste de la relación con el género. Me llama la atención que lo menciones porque me ha pasado que en otras entrevistas no aparece eso. Por ejemplo cómo tú relacionas esto del género y la identidad de género todo eso con la vida cotidiana.

E4: El género yo creo que determina un poco mi estar en el mundo, cómo yo me relaciono con el mundo y conmigo mismo. Hoy en día igual hay como cierta identidad de género sobre todo en los adolescentes donde hay una búsqueda, y que me parece muy válida ojo, no creo que sea malo, me parece que una parte es cómo yo me relaciono con mi género, cómo me voy definiendo y cómo me voy estructurando. Cuando yo era chico por ejemplo, era impensado ver dos hombres de la mano en la calle o a dos mujeres dándose un beso. Y yo no soy tan viejo, tengo 40 años, salí del 92' del colegio, hace 25 años y no pasaba eso y no es tanto tiempo lo que pasó desde ese entonces. Y en ese tiempo no pasaba nada. Yo iba en el Lastarria por ejemplo, mi hermana iba en el Carmela Carvajal y ahora pasó por ahí y he tenido pacientes en otros lugares que trabajo y me dicen que es un lugar que está lleno de lesbianas, y esas son cosas que no cuando estábamos nosotros no pasaba. En ese entonces el hombre juega con los autos, a la pelota, agárrate a combos y chao. Y ahí las personas que estaban confundidas o que tenían algún otro tipo de aproximación a su propio cuerpo y a su sensación lo pasaban horrible. Hoy en día es todo lo contrario, hay una apertura donde ni si quiera... Por ejemplo cuando viene un adolescente a consulta le tengo que preguntar independiente de cómo se ve, independiente de lo que me diga, independiente del relato que traiga a sesión le tengo que preguntar “¿Te gustan los hombres o las mujeres? ¿Pololo o polola?” Porque es una pregunta de rigor, me he encontrado con cuestiones siempre. Entonces claro, ahí cómo se relaciona, cuál es el rol del hombre y la mujer yo creo que se ha ido modificando. Yo creo que está hoy en día en un proceso de evolución social en cuanto a cómo los hombres se sitúan y las mujeres. A ver cómo decirlo sin caer en un concepto que yo mismo odio que tiene que ver con esto de la mujer como menos, el hombre más. Hay hechos sociales, hay hitos históricos de la votación de cómo pasa a formar más parte de la sociedad como ser humano protagonista la mujer, como empezar a trabajar, donde el mundo dice “*está bien trabaja*” pero a fin de cuentas igual es una cuestión de género porque le pagan menos, hay como toda una explotación pero siempre está como en pugna. Me parece que eso e va a resolver en algún momento, me parece que eso va vías a, tal vez no esté vivo cuando pase o tal vez sí, como ha evolucionado esto capaz que en 10 años ya esté bien. Yo no tengo hijos, pero de tener hijos no sé en qué va a crecer cuando tenga 15 años. El desarrollo y la identificación de género hoy en día hay mucha cosa de ambigüedad sexual, y no lo digo como viejo así como “¡*Estos cabros de hoy en día!*” no, no, no es como crítica. Te lo digo como una realidad. Antes de repente cuando iba en las micros amarillas yo miraba a alguien y decía “¿*Es hombre o mujer?*” como que pasaba de repente, pero no era por cómo se vistiera sino por sus rasgos, por su fisionomía. Hoy en día esto me pasa caleta, de no saber qué son. Pero esas personas tienen una relación con el mundo, donde el mundo se relaciona con ellos de una forma distinta y esos en algún minuto tendrán pareja. Muchas veces a mí me ha pasado que estas mismas personas adultas a partir de estar viviendo en esta sociedad se ponen más extremistas y más fundamentalistas con respecto a algunos conceptos de género. Solo, no sé, se me ocurre una teoría, quizás podría ser porque se sienten amenazados por su sexualidad y qué es lo que les gusta y tienen que salir del closet, no sé puede ser el por

qué alguien se conflictúa. A mí me pasa personalmente que he tenido amigos gay y amigas lesbianas y como que en realidad no es un tema. Pero yo me he dado cuenta en sesiones de pareja cómo se ponen distantes y como se ponen así con respecto a la sexualidad porque no sé si tendrá lugar acá pero me parece que también la sexualidad es una forma en cómo educo a mi hijo a partir de la diferenciación de género. Cómo tú te pones como papá o cómo tú te pones como mamá en cómo estamos educando a nuestro hijo y a eso me refiero con estas transmisiones y cómo se ponen rígidos por este temor o media incertidumbre que existe generalizada en cuanto a qué es lo que me gusta y por donde me gusta y eso también se trabaja harto en sesión. Una vez llegó una pareja de hecho que no tenían conflictos entre ellos, solamente su conflicto era que su hijo era gay y era un tema de terapia. Vinieron a sesión a lidiar con eso pero finalmente dejaron de venir. Nosotros usamos diferentes técnicas de aproximación a la realidad de las personas, tanto como relación experiencial, tanto como las técnicas que ocupaba Guidano. O como algunas cosas que nos llevan al foco de un tema en cuanto a una temática específica o un problema específico y dentro de eso hacemos intervenciones que pueden ser aclaratorias, exploratorias o directamente confrontacionales y ya ahí en lo confrontacional esta pareja no permitió sentirse cuestionados por “Oye, y ¿qué tiene si es gay?”, algo así, dicho de otro contexto y desde unas palabras más clínicas acorde a la situación pero en el fondo claro, se ponen ahí como con respecto a esto del género y sexualidad entonces es como lo viven ellos. Yo no sé cómo les iba en la sexualidad porque a ellos no les interesaba hablar de eso, sino que de la sexualidad del hijo como algo transmisible, como que eso fuera a representarlos a ellos, muchas veces los padres tienen ese temor de que se sientan identificados socialmente porque su hijo es gay. Y que venga a hablar de ellos como su sexualidad esa condición o esa elección del hijo de que le gusten los hombres. Me parece que todas estas situaciones, todo el tema cultural de la sexualidad puede fragilizar la cotidianeidad de la sexualidad en la pareja en cuanto a estos temores que aparecen, no sé, ahora yo estoy pololeando hace un rato, pero siempre antes con las parejas que he tenido me han preguntado si he estado con un hombre, es como algo que ya está. Y esa es como una aproximación de que no tiene que ver el acto sexual con el género posiblemente sino que el acto sexual viene a manifestarse como un descubrimiento a, una apertura a, una probadita. Es como decir que no me gustan los mariscos si ya los probé, no quiero más. Eso.

A: Ahora viene una consigna que tiene que ver con problemáticas generales asociadas a la sexualidad, dificultades y disfunciones y dice así: *“El siguiente enunciado tiene por objetivo que usted pueda referirse a los aspectos que pudieran dificultar la sexualidad. De acuerdo a esto, primero sería importante conocer cuándo para usted una situación se transforma en un problema y cuáles serían los principales problemas asociados a la sexualidad: ¿Cuáles son las problemáticas vinculadas a la sexualidad que usted conoce? ¿Hay algunas problemáticas con más prevalencia que otras? ¿Hay algunas más complejas que otras? Desde su experiencia ¿Cómo se presenta y se considera (o no) este tipo de problemáticas en el escenario de una terapia?” [Consigna III].*

E4: Es todo un tema, es bien variada la respuesta a eso. Hay muchos elementos que pueden dificultar el desarrollo sexual de una pareja, tanto biológicos, como fisiológicos, como ambientales. A mí me ha tocado ver parejas pero no tanto por ejemplo en pacientes con disfunción sexual que altera más a los hombres que a las mujeres, desde cierto punto sí pero el hecho de tener una disfunción sexual, por ejemplo un problema de erección viene a mermar una identidad, un posicionamiento, un cuestionamiento de mi rol como hombre, de género en la sociedad, que en la familia se sienten disminuidos. Yo he visto hombres hechos bolsa, que andan como un estropajo porque no se les para lo cual es válido, es comprensible y explicable, no sé si lo comparto en realidad, me parece que es más, tampoco me ha pasado, tendría que estar en la situación como para darme cuenta. En cuanto a la pareja ese mismo tema, pasando ahí a lo fisiológico, no te toca tanto ese tema en pareja no porque nosotros no lo queramos tocar sino porque no emerge tanto en las sesiones. Ha aparecido algunas veces pero la problemática que siempre vienen a trabajar es individual los hombres. Es más escaso ese tipo de problemas fisiológicos en la mujer. Hay varios nombres de enfermedades o de condiciones que afectan a una mujer que le impiden tener sexo y ahí yo me he podido dar cuenta de la diferencia en cuanto a la comprensión y la aceptación del problema, la mujer son mucho más dadas a aceptar que a un hombre no se le pare, los hombres no están dados a aceptar algún problema en la mujer. Como que pueden surgir problemas desde esa condición y tratamiento y puede que los dos puedan llegar a acuerdos pero se crean más problemáticas. Eso es por el lado fisiológico, como lo que he visto más en terapia, lo que he visto más individual, de todas formas, ese tipo de temática me parece en mi experiencia que lo he visto más individual, no toca tanto. Lo que sí se toca como problema sexual son los otros aspectos, los aspectos ambientales en cuanto a la intimidad, en cuanto a la oportunidad de, en cuanto a en qué etapa de nuestra vida estamos, en qué estamos full produciendo, “¿Tenemos tiempo? ¿Nos damos el espacio?”, no solo para la sexualidad porque el acto sexual es una cosa pero está todo involucrado en una relación amorosa en donde muchas veces y ahí vuelvo a la cuestión de género; el hombre quiere dos cucharadas y la papa y la mujer necesita todo un preámbulo. Es por la oportunidad “Es que amor tenemos una hora”. Muchas veces en donde hay como no total acuerdo de las dos partes en un acto sexual, muchas violaciones entre parejas también me ha tocado ver pero no en este contexto de terapia de pareja sino que en otro trabajo donde es un poco más vulnerable las condiciones psicosociales y sí, full, denuncias de parejas que duermen juntos, pero ahí estamos hablando de una cosa más patológica y ahí estamos hablando de condicionantes como alcohol, drogas y cuestiones que están ahí. Pero si la intimidad, la cotidianidad en cuanto a cómo comparto contigo, “te invito a salir, vamos, después nos vamos a cenar”, es como darse el tiempo para, ahí hay una gran dificultad, entonces se producen problemas en cuanto a que no existe acto sexual y cada uno por su lado y alguien siempre queda en falta, no desde el placer físico que se puede lograr o puede que no pero desde lo que envuelve el acto sexual que tiene que ver con un, y que a fin de cuentas yo no lo defino ojo, no es como que yo crea que tenga que ser sí sino que es lo que una parte de la pareja siempre trae, viene a envolver una cosa más de

compañerismo, de estar juntos, de amor, de demostración, de no solamente llegar a hacerlo y punto. Entonces ahí siempre hay alguien como medio carente en ese sentido, uno u otro, casi siempre las mujeres pero también ha tocado que pasa con los hombres. Claro, por ejemplo una vez teníamos una pareja que ella era una fiera y lo mordía y le pegaba y le escupía y toda la cuestión pero el otro era un tipo sumiso que estaba así [*Se abraza a sí mismo*]; Era una mujer grande y todo, entonces salió en sesión que él no quería, no le gustaba que le pegaran y nos contaban también cosas como un poco más íntimas que no vienen al caso contar, y era como “*¡Señora, por favor! ¿Qué es lo que pretende con eso?*”. Pero el otro lo vivía de forma más pasiva; como te decía es como variado, casi siempre el hombre más en ese sentido. Como te digo, esta parte fisiológica que tiene que ver con el no funcionamiento orgánico de alguno de los dos y que tiene otro tipo de tratamiento y que se puede discutir en pareja pero si no tiene una base psicológica a fin de cuentas tienen que ir a otro especialista y acá podemos conversar cómo cada uno lo toma, qué es lo que representa para uno y para el otro y tratar de aportar de esa forma. Hay otras que tienen que ver algunas acciones que ellos tienen que realizar como para potenciar un poco más la sexualidad y que está referido totalmente a la búsqueda de espacios. A ver, después de unos años de casado muchas parejas pierden la noción de pareja en cuanto a que se meten en la rutina de producir padres, los hombres de la plata, la mujer criando, también trabajando, el hombre trabajando, como sea. Pero entre ellos dos como pareja, Juan y María, ya no se juntaron más, entonces ahí no hay oportunidad de, incluso puede decaer el deseo, bajar el deseo, entonces yo creo que sí, el espacio, el tiempo y la oportunidad de son uno de los grandes factores que en mal. Y esto puede sonar como simple, darse un espacio, pero esto cuando lleva años y años se solidifica y se empieza a transformar como en una rutina donde la sexualidad ya no tiene cabida. Y ves a parejas de 60 años que hace 10 años están durmiendo en piezas separadas porque ya no si quiera quiero dormir con el otro al lado. Ahí uno podría decir que esa persona ya no tiene sexualidad, sipo. Yo estoy haciendo un taller los viernes en otro lado de adultos mayores, soy yo como con 10 abuelitas. Y uno de los temas es la sexualidad, y hablar con respecto a ellas de la sexualidad ha abierto una cantidad, no hay parejas ahí, la mayoría son abuelitas y hablan de la sexualidad abiertamente, hablan desde su posición cómo ven el sexo hoy día, a una le tocó tener una hija lesbiana y una dice “*Ay yo no soporto a las lesbianas*” y otra dice “*No pero si yo tengo una hija lesbiana*” y “*Ah pucha disculpa no sé qué...*” y empiezan a conversar y a compartir experiencias pero su aproximación a la sexualidad. Y las abuelitas se calientan también po’, en algún momento porque que yo les pregunté así como con respecto a esa parte de la excitación y hay muchas que se excitan todavía lo que pasa es que los hombres con los que les ha tocado estar son todos unos mañosos, en palabras de ellas, en donde como que es algo parecido, dos cucharadas y a la papa y no necesitan eso, quieren más, tienen que ocupar lubricante porque muchas veces hay sequedad, tienen que recurrir a otro tipo de cosas los cuales ya desde una escala valórica me pueden decir “*no, no quiero eso ¿Ir a la farmacia a comprar un lubricante? No, no...*”. Una abuelita se muere, se persigna. Pero igual está, más allá de lo que hacen, es cómo lo resuelven y yo me quedo con que está la necesidad, como que

todavía hay sexualidad a esa edad entonces claro con sus parejas usualmente no se conversa de esto, entonces también sería dentro de la falta de oportunidad y no darse espacios para fomentar la sexualidad... La sexualidad es una flor que hay que regar, desde todo ámbito, desde el llamar por teléfono y decir “¿Cómo estás cosita rica? ¿Qué llevas puesto?”, hasta el acto sexual que tiene que involucrar muchas cosas, involucran muchas cosas pero está en espacios reducidos y en la adultez mayor ya no existe casi y eso hace que se alejen pero no significa que no se exciten con cosas y que necesiten.

¿Sabes la que he visto más prevalente? Que se traduce en una disfunción sexual, por ejemplo disfunción eréctil... Lo que pasa es que lo relaciono un poco con esto que te contaba con cómo se muestra la sexualidad al mundo, con cómo te venden el sexo todo el rato. Entonces la sexualidad tiene que ver con tocarse, con poder sentirse, con poder estar con otro, sentir su respiración, poder tocarse finalmente y sentir la piel y el calor de otro ser humano lo cual puede provocar cierta excitación. Pero hay muchas veces en que el concepto de un ideal físico por ejemplo merma los deseos hacia el que tengo al frente. Han llegado hombres con las mujer diciendo “Sabes que tengo disfunción eréctil” y yo me quedo solo con él y lo invito a ver una porno, no conmigo, vaya a verse una porno y se excita, no tienen disfunción eréctil. Van por la calle y se acuerdan de algo y no tienen disfunción eréctil pero en la cama con la señora que tiene tal vez un par de kilitos de más, tal vez ya no se está arreglando como antes, no pasa nada. Eso es lo más común que he visto. La pérdida del deseo. A partir de este concepto que ya tengo idealizado de alguien estéticamente de una forma específica, lo cual andan como la calle desesperados mirando minas pero la esposa que tienen al lado no los calienta. Disfunción eréctil es como lo que más he visto pero las casusas no siempre son fisiológicas. A diferencia de otros cabros que he tenido, adolescentes que tienen disfunción eréctil por una ansiedad de rendimiento porque no tiene mucha experiencia sexual, porque la mina con la que están es media avasalladora y como bien puesta y la cuestión y como que los puede intimidar un poco y él está como urgido y quiere responder. Esto tiene que ver con, “¿seré lo suficientemente bueno?; ¿Si no lo hago o lo hago mal dejará de estar conmigo?” Que eso tiene que ver con la constitución de identidad.

A: ¿Y eso emerge en terapia con adolescentes?

E4: Sipo, o sea, es que claro, yo tal vez le digo adolescentes a más grandes que no están dentro de los 18, me refiero a parejas más grandes. Para especificarte esto; hay muchas personas de 20 hoy en día y que tiene que ver con que se ha corrido un poco, que tiene funcionamiento adolescente. Hay parejas que están casadas y tienen funcionamiento adolescente todavía. A eso me refiero más que a una edad en específica. Como la aproximación a... a la realidad, a mi vida y a la sexualidad.

A: ¿Y tú crees que dentro de esas problemáticas hay algunas más complejas que otras?

E4: Mira, siempre todo se complejiza cuando hay más factores interviniendo: cuando hay consumo de algo, cuando hay violencia intrafamiliar, cuando hay algún tipo de condición

que pudo alterar el normal desarrollo de una pareja. No sé si hay temas complejos en cuanto a que la pareja los pueda poner, y los podamos trabajar en terapia. Me parece que hay algunos temas que no podemos tratar en terapia, o sea, podemos conversarlos pero intervenir directamente, posiblemente ni ellos tienen el ideal. Posiblemente la intimidad de una pareja que tiene un chico suicida, que tiene un hijo que se está cortando las venas todo el rato es distinta. Y si el papá consume cocaína, el hijo se está suicidando y la mamá está depresiva, la sexualidad sería una de las últimas cosas que trataría o tal vez tendría una visión general como para comprender qué es lo que está pasando. Pero muchas veces es *“no, nada”* y punto, y avanzamos a otro tema. Se puede utilizar como factor para mejorar algunas cosas la sexualidad, una aproximación a esta intimidad más que a la sexualidad misma sino que tengan espacios ustedes como pareja como resultado va a tener el acto sexual, pero más bien potenciar la pareja, la relación humana que se transforma en un trabajo donde voy a marcar todos los días y tengo que hacer ciertas funciones y después me voy a dormir lo antes posible *“¡Por favor!”* sino que es cómo yo me pongo como pareja y ahí vamos hartos a recordar el motivo de por qué estoy con esta persona. Que vienen los hijos, que vienen una serie de responsabilidades y condiciones que de repente ponen muchas barreras en recordar por qué estoy con esta persona.

A: O sea que la complejidad por lo que te entiendo ¿Depende de cómo se relaciona con otros aspectos de la vida o con la complejidad de otros aspectos de la vida?

E4: De otros aspectos de la vida sí, ambiental con respecto a lo que pueda estar sucediendo en el momento y también, y más fuertemente, y aquí es donde encontramos más dificultades en la relación: Cuando uno de los dos viene con algún tipo de trauma sexual en la infancia o en la adolescencia o algo que haya pasado o que haya determinado sexualmente algún tipo de alejamiento de...

A: Y la última pregunta respecto a esta misma consigna... Para ti ¿Cuándo un problema se transforma en un problema?

E4: Cuando el paciente lo refiere porque hay personas que pueden no tener sexualidad y vienen por otro problema y yo no les voy a decir que es un problema de sexualidad porque si ellos dicen *“no, no estamos ni ahí”* como que en ese sentido nosotros estamos disponibles a lo que venga. Nosotros somos expertos en psicología, pero los pacientes son expertos en su vida, ellos determinan. Siempre les digo a los que superviso, he tenido pacientes que han llegado y me dicen *“¿Sabe qué? Mi esposo es drogadicto, mi hijo está preso por narcotráfico, mi nieto parece que se lo van a entregar al Sename y me agarré con una vecina y yo quiero hablar del problema de que me agarré con mi vecina”* Y es como, *“tení más problemas, pero bueno, dale, si ese es el problema”*. Tal vez yo llego a través de los otros, tal vez... Pero es el paciente el que determina qué es lo que se va a hablar porque si fuera por mi vamos a hablar de su esposo drogadicto y qué podemos hacer con eso. Es lo mismo con la pareja, podemos ver varias temáticas pero hay parejas donde no existe sexualidad y para ellos no es un problema. Entonces, viene a presentarse

un problema cuando las personas que vienen a consultar, a pedir algún tipo de asistencia manifiestan una problemática, ese es el único parámetro.

A: La siguiente consigna tiene que ver con la interdisciplinariedad y dice: *“La sexualidad es algo que se ha estudiado desde diversos ámbitos a lo largo de la historia. Diversos especialistas pueden abordar la sexualidad desde sus conocimientos; por ejemplo, Médicos (Psiquiatras, Ginecólogos, Urólogos), Psicólogos, Kinesiólogos, Filósofos, Educadores, etc.Cuál podría ser su conocimiento, planteamiento, posicionamiento respecto del trabajo interdisciplinario en sexualidad, y, desde, la relación que ofrece su propia especialidad. Preguntas que incluyen este punto pueden ser ¿Qué tan importante para usted es trabajar interdisciplinariamente cuando se trata de problemáticas en sexualidad? ¿Con qué especialistas? ¿Considera usted que en la actualidad existe una comunicación fluida entre estos especialistas en cuanto al trabajo en la temática de sexualidad? A su criterio ¿Hay una disposición de parte de los especialistas para una comunicación en el trabajo en sexualidad o en realidad se trabaja sólo desde la disciplina propia?” [Consigna IV].*

E4: No, se trabaja de muchas más disciplinas, es interdisciplinario. Lo que pasa es que claro, si vas a una clínica de atención psicológica como el Caps (Clínica de Atención Psicológica Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Chile) no po' ¿Con quién más vas a hablar? Somos puros psicólogos y un par de psiquiatras que vienen pocas horas. No es como que tengamos reuniones clínicas. Hay otros dispositivos de salud mental que son multidisciplinarios full y ahí si po', se trabaja el tema sexualidad con matronas, con nutricionistas incluso, con enfermeras, médicos y de requerir mayor especialidad un urólogo o un ginecólogo, ese tipo de profesionales con los cuales, si po', yo trabajo con ellos. Lo que pasa es que depende mucho de la oportunidad que tengas de eso, de dónde estés trabajando. Es más difícil el contacto entre centros que intra centro. Yo trabajo en un Cefam (Centro de Salud Familiar) que está acá al lado, y ahí hay muchos profesionales entonces yo tengo una problemática, lo pongo en una reunión de sector, me reúno con algunos significativos y conversamos del caso y el aporte es muy bueno. No sé po', si viene una persona que tiene cualquier tipo de problemática y el nutricionista me dice que *“este es diabético y está tomando coca cola todos los días”*, lo cual altera su vida entera incluyendo la sexualidad es un dato importantísimo para mí. Si viene alguno que tiene problema sexual pero no hay por dónde agarrarlo si está todo bien, el aporte de otro profesional me puede servir. Eso es como para evaluación, para comprensión del caso, que otra parte es la intervención, de cómo yo voy a trabajar ese caso que claro, lamentablemente es solamente de psicología. Pero a ver, ese es como doble respuesta porque sí, es solamente psicología pero a fin de cuentas es de todos ¿A qué me refiero? Que tal vez las temáticas sexuales vamos a trabajarlas en sesión pero si tenemos todo un discurso unificado con respecto a ciertas conductas del paciente y cuáles son las directrices que nosotros consideramos que para este caso requiere, sea un discurso unido, estamos todos hablando lo mismo y le va a quedar mucho más si solamente viene a terapia conmigo y escucha eso. Si va donde la nutricionista y le dice *“recuerde no tomar*

coca cola” y va donde el médico y le dice “*recuerde no tomar coca cola*” o le dice “¿Y cómo ha estado?”. Es distinto, es como si yo le pregunto cómo está en su relación de pareja, cómo le ha ido y la nutricionista le dice “*recuerde que tiene que sacarlo a pasear*”, es como más allá de la profesión, es más profesionales que hay validados por los pacientes, que tengan este discurso es mucho más fácil abordarlo, de todas formas. Ahora, con requerimientos específicos, urólogos y ginecólogos yo derivó pero externo, no tengo contacto con ellos. No tengo mucho contacto como para ver. Igual yo conozco y he derivado por conocidos, no sé si hablamos del tema de salud pública que es medio complicado la derivación en atención secundaria, se pierde contacto con secundaria, no existe mucho a menos que sea Cosam (Centro de Salud Mental) de psiquiatría y esas cosas. Las otras especialidades los médicos de repente saben algo pero tampoco se mueven a preguntar “oye ¿cómo le fue al del hospital que te mandé un paciente hace un mes?” No se van a acordar para nada.

A: Claro, pero por lo que entiendo es algo que a ti te gustaría hacer más, o sea, tener una comunicación más fluida con otros profesionales, pero como que no se logra tanto en la práctica.

E4: ¡Si po! Se logra pero, si se logra. Es que depende de donde estés. Yo trabajando allá, yo tengo reunión donde conversamos los casos y tenemos una aproximación mucho más rica a partir de lo mismo. No sé si todos los dispositivos de salud mental están instalados de esa forma, me parece que no. Mientras que acá podemos verlo desde la psicología, por ejemplo si llega algún paciente con alguna cuestión acá tenemos dentro del equipo un urólogo que tenemos la oportunidad de derivarlo a él, a su consulta privada y toda la cuestión pero si no lo tuviéramos estaríamos como medios aislados en ese tema, no sería tan fácil la derivación a esa especialidad. Pero se puede igual, no es tan común. Pero yo lo he utilizado, hartó. Y me parece que de las distintas disciplinas se puede aportar mucho, desde la comprensión hasta el tratamiento. Me parece que el trabajo grueso donde hay temas psicológicos es inevitablemente el psicólogo pero ahí el psicólogo funciona como articulador o como un recolector, un consolidador de toda la información que puedas tener como para utilizarla en terapia con el paciente. Usualmente el paciente donde más cuenta las cosas más íntimas es con el psicólogo, no con otro. Las otras son atenciones más rápidas. Donde se abre, se pone él ahí mismo es con el psicólogo. Ahora si no lo hace, estamos hablando de otra cosa y no tenemos idea.

A: ¿Y con qué especialistas más específicos son los que tu más has trabajado?

E4: En cuanto al tema de dificultades sexuales, médicos. Son con los que más he hablado el tema. Asistente social no tanto, son como para otros problemas. Pero para el tema de sexualidad, médico principalmente.

A: La siguiente consigna tiene que ver con el tratamiento y dice: “*Este enunciado busca que usted pueda referirse al trabajo clínico en términos amplios que se realiza en cuanto a sexualidad desde su disciplina específica. Si es que se puede hablar de un tratamiento*”

propriadamente tal. Refiriéndose por ejemplo a la forma particular en las que usted aborda la sexualidad y en especial, las problemáticas que puedan surgir en torno a ella; o cómo y cuándo toma decisiones respecto al camino que debe seguir el proceso psicoterapéutico cuando emerge esta temática” [Consigna V].

E4: En pareja cuando hay un tema sexual, lo que pasa es que claro, hay varias instancias. Cuando hay un problema sexual entre la pareja se identifica casi siempre en las primeras sesiones en donde se hace un paneo general de todas las condiciones, circunstancias y ambiente donde se mueve la pareja donde vemos la familia, los hijos, la sexualidad, bla bla bla. Si encontramos alguna cosa ahí lo consignamos dentro de las otras cosas que hay conflicto. Al momento de evaluar el caso nosotros damos una devolución en la tercera sesión donde sintetizamos nuestra percepción como profesionales en cuanto a cuáles son las áreas a trabajar, cuál es el problema y que está directamente relacionado con el motivo de consulta. Si el motivo de consulta tiene mucha relación con lo sexual, le damos a lo sexual. Si nosotros encontramos que hay algo ahí dentro de la sexualidad tal vez lo dejamos como un punto aparte. Primero siempre es el motivo de consulta el que rige lo que se va a hablar, muchas veces se incluye sexualidad como ápice para uno, para el otro de repente es menos importante. Tratamos de ver un poco en este paneo general qué es lo que simboliza la sexualidad para cada uno, cómo han vivido la sexualidad, cómo ha sido el desarrollo sexual de ellos, cómo ha sido como pareja, cómo se han desarrollado sexualmente, antes cuántas veces lo hacían, hoy en día cuántas veces lo hacen. Todos esos son elementos que uno pone dando alguna información que pueda ser útil como para comprender la situación actual pero eso es desde una comprensión. Para intervención muchas veces las problemáticas no son abiertas ahí en sesión por lo que nosotros tenemos la modalidad de realizar sesiones individuales pero en formato pareja ¿A qué me refiero? A que llegan como pareja, se van los dos a distintos box, estamos en terapia de pareja pero estamos nosotros dos acá y los otros allá. El hombre con la mujer o el hombre con el hombre, hacemos esto de trabajar en dupla con coterapeuta. No es solamente un terapeuta, son dos terapeutas, hombre y mujer con la pareja lo cual tiene varias aproximaciones positivas o varias cosas que favorecen mucho la terapia en cuanto a la observación, en cuanto a *“oye tú estay hablando y yo estoy hablando con él con una cara que no alcanzo a ver pero el otro terapeuta la ve y dice ¿oye por qué estás haciendo eso cuando habló de sexualidad?”*. Entonces nos separamos muchas veces cuando tenemos que hablar temáticas específicas y han aparecido hartas cosas. En paralelo, pero después los volvemos a juntar, es decir, partimos la sesión juntos, los separamos durante el transcurso de la sesión y después hacemos el cierre juntos de nuevo. Y que pueden ser una, dos o tres dependiendo de la problemática. Por ejemplo eso ha servido cuando estamos cachando que no están ni ahí con estar juntos, entonces no está explícito en la sesión, no lo van a decir, entonces los llevamos a cada uno a un box y les decimos y eso de repente aparece *“oye yo me quiero separar”* pero no lo van a decir en sesión. Lo mismo pasa con la sexualidad tanto como de antecedentes sexuales de abuso o cosas así que pueden predisponer el no tener sexo hasta *“Oye sabes que tengo un*

amante entonces como que no pasa nada con la señora, como que me calienta otra persona". Esas cosas pasan en sesiones individuales, entonces cuando hay algo oculto, cuando hay algo que se está notando, que se está evidenciando y que no se está diciendo en sesión pero que al mismo tiempo tiene mucha incidencia en la problemática que están manifestando ellos hacemos esta división. Cómo es el trabajo posterior a eso de cómo intervenimos, es todo un tema porque tenemos que ver un poco las condiciones, cuál sería la temática de hablar. Ha pasado que la temática sexual, con el conocimiento entonces de estas separaciones alguien empieza a preguntar a alguien teledirigidamente con respecto al ámbito sexual y ahí se empieza a abrir, depende mucho de las habilidades del terapeuta como para exponer el problema que puede ser de cualquier índole dentro de los sexual. Y las intervenciones son bastante parecidas al resto de las intervenciones, en cuanto a la comprensión, en cuanto a que se puedan escuchar, a que se puedan decir las cosas ya es una enormidad. La sexualidad es algo de lo que no se conversa lamentablemente, nos hemos dado cuenta con las parejas que no se habla tan fluidamente sino que todavía puede ser un tema tabú. Entonces explicitarlo ya es una intervención muy valiosa ¿Qué hacer con eso? Ya va depender un poco del caso y de la consideración de los terapeutas y de los pacientes, de repente hablan una vez del tema y nunca más vuelven o de repente si *"Ahora si se engancharon en sesión porque están hablando de lo que les interesa que es la sexualidad"*. Darle un poco la respuesta e ellos, nuestra labor es un poco evidenciar, que emerja este tema dentro del espacio terapéutico. El ver cómo se resuelve va a tener que ver con ellos, con nosotros no, con ellos. Con cómo ellos lo vayan a tomar, con cómo ellos le vayan a dar esa aproximación. De repente hay señoras que dicen que no van a hablar de lo sexual y ahí no puedes hacer nada aunque el tema sea ese. Uno lo puede decir, *"Sabe que a nosotros, de acuerdo a nuestra consideración, hay un tema sexual que es importante hablar, si usted no quiere hablar me parece perfecto, pero nosotros como profesionales de la salud mental tenemos la obligación de decirle, ojo, ahí puede haber algo que está gatillando algo"* si es que no lo quiere hablar. Si lo quiere hablar perfecto, ya hablando muchas veces ya hay una reparación, el resto es ver cómo sigue, ir chequeándose en unas semanas.

A: Y muy desde la curiosidad, esto no está en la pregunta, pero yo he leído un poco que desde si línea tienen intervenciones súper específicas por ejemplo para disfunciones sexuales así como tareas para la casa y todo eso ¿Tú ocupas algo de eso?

E4: No, no soy dado a las tareas, no soy dado a lo cognitivo conductual. Me parece que el constructivismo nos da una comprensión más hermenéutica del ser humano en donde trabajar con técnicas....Me parece que las técnicas son buenas, pueden ser útiles en algunos casos, yo cada vez ocupo menos técnica, me parece que son caballitos de batalla para los terapeutas para enfrentarse a cosas que no pueden comprender. No sé, mandar tareas para hacer algo para mi es mucho más valioso la comprensión. Más a la base de lo que está ocurriendo con este fenómeno. Pero sí, hay otros cognitivos que ocupan más tareas, desde la academia van a indicar tareas pero lo que pasa es que es una cosa lo que se puede decir o qué es lo que está en los libros y otra es la clínica, me

parece que nosotros los psicólogos tenemos un armario de muchas herramientas en donde está la meta teoría, donde están algunas técnicas pero también donde está mi vida, donde están los libros que he leído que no tienen que ver con psicología, donde están las películas que he visto, la relación de pareja, los amigos, son elementos que nosotros, el profesionalismo, vienen como a utilizar estas cosas, no somos técnicos en psicología, como para aplicar puras técnicas. Me parece que es súper válido que algunos las ocupen, por ejemplo, para trastornos de pánico o para crisis de pánico mejor dicho yo ahí ocupo algunas cosas pero muy camufladas, sin que ni si quiera el paciente se dé cuenta como de sensibilización sistemática sea una persona que le tiene terror a la ducha y no se quiere duchar y no se ducha hace dos meses porque con el agua le vienen crisis lo hago que se siente mirando una ducha una tarde. De repente, una paciente que tiene terror a andar en metro, me subo al metro y voy con ella en el metro dos estaciones y volvemos a la sesión... El enunciado va más desde una comprensión de este ser humano específico más que una técnica que puedo ocupar con cualquiera.

A: Te lo preguntaba porque yo en alguna oportunidad tuve un ramo con una profesora de tu línea y me da la impresión de que en algunas clases nos pasaban esas técnicas.

E4: Sí, si hay técnicas pero yo la verdad no me he interiorizado porque no me gustan mucho. Soy más de la comprensión hermenéutica del ser humano.

A: Sí, si en realidad era más curiosidad mía. Siguiendo con la entrevista esta es la última consigna que más bien se plantea como una pregunta y dice: *“¿Cuáles son los elementos con los que usted dispone para llevar a cabo un acercamiento más comprensivo, reflexivo, complejo o global sobre la sexualidad?” [Consigna VI].*

E4: Los elementos que dispongo para trabajar la sexualidad... No sé, mi ser, mi experiencia, mi conocimiento, mi aproximación hacia la sexualidad... Elementos conceptuales o teóricos me parece que es lo mismo que la base del constructivismo. Cómo puedo ver a este sujeto que se va configurando a partir de las relaciones objetales que establece con el mundo y cómo los alter y las otras personas van significando... Esa mirada me favorece mucho como para comprender la sexualidad porque ahí estoy viendo al ser humano en sí, cómo se relaciona, cómo él se relaciona con la sexualidad, él, único y exclusivo como nadie más. La comprensión y no sé, ahí puede haber como una empatía terapéutica o como la apertura. No soy una persona con muchos tapujos como de estructura así como *“hombre con hombre, mujer con mujer [Sorprendido y alarmado]”* no, esa flexibilidad que es una de las características yo creo que más deseables dentro de los psicólogos pero que no todos la tienen, me parece que es una buena forma de aproximarse a la sexualidad. Nada de lo que he escuchado me ha impresionado y si me impresiona trato de que no se note, pongo un poco cara de póker. Aunque uno de repente escucha cada cosa pero el acoger al paciente, el poder hacer que se sienta... A partir de esto mismo que te digo de la comprensión constructivista del ser humano y del sujeto en cuanto a cómo se van estableciendo las relaciones a lo largo de su vida, a partir del

conocimiento. Yo conozco al mundo a partir de lo que veo, de cómo me relaciono, yo construyo la realidad a partir del conocimiento y de las emociones, podemos irnos por todo un lado de Maturana que también es muy valioso, por eso se aleja tanto de lo cognitivo conductual, de las cosas como más cuadradas y tareas y cosas más obsesivas [Se ríe]. ¿Qué otro elemento dispongo? [Preguntándose a sí mismo] No sé... como... ¿Técnicas específicas o como lo que te he dicho hasta ahora?

A: Con esa pregunta yo creo que me refiero a como ¿Qué cosas tomarías en cuenta a la hora de evaluar la sexualidad?

E4: Ah... perfecto.

A: O sea, si te llega un paciente y tienes que diagnosticar o evaluar la sexualidad en qué piensas. Qué elementos se te vienen a la mente en ese momento.

E4: Como te digo primero hago un paneo de veo cómo los dos ven la sexualidad y qué es lo que significa, les pregunto por el ámbito sexual directamente en realidad y con una pequeña pregunta puedes hacer que se abran mucho y es como “¿Y cómo están en el área sexual? Vamos a hablar de distintas en esta sesión ¿cómo está la familia? - Sí, bien... - ¿Cómo está la familia de ella y la familia de él?” siempre es como cruzada la pregunta, se les pregunta sobre los hijos y todo eso. Voy acercándome tal vez de la cotidianidad a la intimidad y deviene en esa pregunta “¿Y cómo está el área sexual entre ustedes?”. Y ahí aparecen muchas cosas: “¡Uy no sabe nada! ¡Terrible Mijito!” o no sé, cualquier cosa que puedan decir [Se ríe]. Y ahí es escuchar muy atentamente y empáticamente lo que dicen como para poder hincar el diente que ahí es como no sé, en realidad yo creo que ahí la expertise y la habilidad se da en la cancha es como un futbolista, te voy a pasar la pelota, no te voy a decir que lo voy a hacer ahora, tengo que estar conjugando como para salir jugando. Me ha dado buenos resultados, creo que tengo buena aproximación clínica en cuanto a poder estar en sesión, siempre estoy muy en sesión, o sea, lo que me están diciendo lo estoy procesando al tiro y puedo hacer buenas intervenciones... No siempre pero bueno, hay días en que estoy un poco más apagado obviamente pero puedo hacer algunas intervenciones con respecto a eso, lo puedo relacionar, como puedo ver cómo la sexualidad no sea un tema tan tan tan amenazante para ellos lo puedo relacionar con otros aspectos de su vida así como “parece que se relacionan igual como cuando fueron donde su prima y no se pescaron mucho” no sé, cualquier cosa así. Puedo hacer estas analogías en cuanto a si es que siento que la sexualidad es un tema como medio complicado para ellos. La mayoría de las veces nunca ha sido un tema complicado.

A: Por lo que entiendo, como que los elementos de los que te agarras son los que van emergiendo dentro de las parejas...

E4: Dentro de los elementos, primero es estar en sesión, es decir, yo totalmente abierto y escuchando y tratando de individualizar cada uno de los dos y esa es una de las grandes

cosas que nos diferencia de la sistémica, que lo hablábamos... Nosotros vemos a dos personas individuales que están formando una pareja, no a la pareja. Para nosotros no existe una pareja, existen dos personas en pareja. Entonces ahí vemos dos individualidades, no vemos como el sistema pareja y cómo se relaciona. Es que...igualmente lo vemos pero lo vemos desde los componentes entonces ahí vamos a la historia de cada uno porque si uno tiene dificultades en lo sexual y el otro no es necesario trabajar con el uno y con el otro de formas distintas, ¿cachai'? A uno qué le produce no tener problemas y la frustración que pueda significar el hecho de que el otro no le esté dando lo que necesita y para el otro el hecho que significa de no poder entregarlo más allá de verlo como un sistema con una falla acá, perfecto, veamos alguna cosa específica. Es una forma muy respetuosa de pensar, alguien se puede sentir ofendido, alguien se puede sentir como excluido porque no me están viendo *"me ven como una extensión de ella"* o cosas así. Entonces, la comprensión de algunas preguntas específicas, estos elementos de cómo, de cómo ha sido la vida sexual, en realidad yo creo que la normalidad o la anormalidad en cualquier ámbito la determina el paciente, normal o anormal depende de quién lo diga. Para un psicópata lo normal es andar psicopateando, para un narciso lo normal es tirarse flores, para una pareja lo normal puede ser no tener sexo. El elemento que dispongo primero es el relato del paciente, qué es lo que ellos dicen que es problema. Si tienen sexo siete veces al día no les voy a decir que es un problema si ellos lo viven felices y contentos así. Igual si tienen una vez al año, depende un poco de ellos entonces me parece que ellos determinan qué trabajar, dicen *"Oye sabí' que queremos venir porque queremos tener sexo más veces"*. Perfecto, entonces ahí yo agarro los elementos de la cotidianeidad, la intimidad, la oportunidad de poder estar juntos y los aplico como para que ellos puedan desarrollar esa parte que ellos están viendo como carente en su vida.

A: ¿Te puedo hacer una pregunta que me quedó dando vueltas que creo que estaba en otra consigna pero me acordé ahora? Que es como ¿Tú crees que el cómo se vive la sexualidad se relaciona por ejemplo con tu seguridad frente al mundo, tu autoestima, tu autoimagen? Pero no solamente en la pareja sino que más allá de eso, como tus relaciones sociales allá fuera de la pareja.

E4: Sí como te digo, son varios elementos.... Yo creo que la constitución de la identidad, del sí mismo son factores fundamentales... A ver, yo siempre he mantenido esta visión del ser humano en cuanto a cómo se va, en una época adolescente, conformando una identidad la cual tiene que ver con algo de lo que me dice el resto, de lo que yo mismo me digo, algo muy narrativo de cómo yo me sitúo en el mundo, de cómo son los elementos que yo considero que pueden ser que me gustan más de mi estructura de personalidad y ahí me voy conformando una identidad. Pero hay otros elementos que son más importantes, u otra etapa, otro estadio, que es la confirmación. Yo me puedo conformar con ciertas características que yo encuentro válidas, pero la confirmación viene con una aprobación social o una aprobación de otro válido por lo menos. Si yo me creo bueno para la pelota, no me voy a confirmar si es que juego bien a la pelota y no me dicen *"Oye que*

erí bueno". Si yo me creo buen amante no voy a confirmarme como buen amante hasta que alguna me diga "*Oye que erí bueno*" ¿Cachay? Entonces tiene que ver con este aspecto como de conformación y confirmación de la identidad y cómo se va situando... Una persona con esto más establecido se nota más tranquila en su sexualidad, la puede vivir más plenamente sin tantos temores así como también las carencias afectivas ¡Uff! Yo he conocido chicas que tienen 17 años y tienen 4 hijos de 4 tipos y que todo viene a partir de trauma infantil y de abandono, de buscar afecto y casi siempre van a buscar parejas a la pastelería entonces se encuentran con puros pasteles y por eso sale así y eso tiene que ver también con la conformación, con como yo me sitúo en el mundo. Hay más elementos que tienen que ver con eso de cómo yo me veo, qué es lo que yo espero, qué es lo que me excita realmente pero sí po'... Yo creo que la identidad y la conformación y de identidad son factores fundamentales. También con respecto a los hombres me he dado cuenta mucho de los deseos del hombre, de las fantasías sexuales, a medida que puedan ir cumpliendo sus fantasías sexuales van a estar más tranquilos, no sé po', un tipo que ha estado siempre con la misma pareja por 14 años y me ha pasado con amigos incluso que andan siendo infieles, andan buscando sexualidad en otros lados porque están con la misma pareja desde hace mucho tiempo...Que eso no lo pongo como cosa yo sino que lo ponen ellos, me parece que hay una poca apertura hacia la experiencia, mientras más llega una persona resuelta sexualmente, habiendo cumplido sus fantasías y sus deseos una relación de pareja es mucho más estable. Por ejemplo si un tipo fantasía con que quiere estar con dos minas, nunca ha estado con dos minas, tal vez si tiene metido en la cabeza eso y de repente ante cualquier dificultad sexual que tenga con la pareja va a hacer cualquier cosa. Las mujeres también pero me parece que es más frecuente en los hombres esa cosa como de cómo me completo desde mi deseo sexual que es distinto a la sexualidad cotidiana que puedo llevar con mi pareja, desde que es lo que me imagino, cuando veo gente en la calle y me excito todo eso tiene que ver mucho con la pareja que tengo al frente y cómo estoy llevando yo la relación y cómo es mi propia relación con mi sexualidad. Ahí hay muchos inseguros que andan siendo infieles en búsqueda de algo que finalmente lo pueden tener al lado pero necesitan más aprobación externa y ahí hay estructuras de personalidades, formas de estar en el mundo que pudieran agravar o aliviar todas estas condiciones.

A: Bueno, esa era la entrevista, perdón si se alargó un poco pero me sirve mucho, muchas
Gracias.

Entrevistado 5 (E5)

Entrevistadora (A): ¡Ya, vamos a comenzar! Esta es una entrevista media extraña porque no son preguntas como tal, no es como una pregunta, sino que son consignas grandes que tienen como varias preguntas orientadoras y son seis consignas. Entonces la primera tiene que ver con la cosmovisión o una descripción general de la sexualidad.

Entrevistada (E5): Mhm...

A: Y dice así: *“Para comenzar, este enunciado pretende lograr que usted se posicione respecto a la temática de la sexualidad, compartiendo una descripción general personal de lo que se enmarcaría dentro de ella. Algunas preguntas orientadoras de este punto podrían ser: ¿Cuánto espacio ocupa la sexualidad en la vida de los sujetos? ¿Usted comprende la sexualidad como una composición de diversos ámbitos dentro (de los cuales habría algunos más estudiados o menos estudiados que otros) o en realidad la comprende como una visión global diferenciada?” [Consigna I].*

E5: [Silencio] Em... Es interesante pensar como las personas pensamos la sexualidad. Estos días había estado revisando un libro, no había tenido la oportunidad de leer, así como más en profundidad, y lo estaba ojeando po' y salían, salen, así como todas las sexualidades diversas y salen los asexuales ¿Cachai'? Y algo súper interesante, pa' mí, que decía ahí, era como hoy en día esta como, eh... la visión general de que tener una vida sexual activa es súper sano, súper saludable ¿Cachai'? y esas son cosas que a veces, una que es más sexual ¿Cachai'? no considera cuando las personas le dicen... y están estas típicas diferencias entre, no se po', la diferencia entre que en los hombres y en las mujeres consideran una cantidad saludable de sexo a tener y los mitos de que los hombres quieren y pueden todos los días y las mujeres menos... Entonces cuando uno se enfrenta a la idea de que hay personas que dicen *“sí a mí no me interesa el sexo”* y no al tiro patologizarlo ¿Cachai'? Que es lo que pasa ponte tú con las personas que no somos heterosexuales, que es así como *“ah ya, pero...”* hay, hay hartos matices interesantes en el mundo de la normalidad y la mayoría. Pa' mí, yo creo que, así como que ámbito, no recuerdo bien tu pregunta, después te voy a preguntar de nuevo así como la última parte, pero en general veo la sexualidad asociada a la vida en pareja ¿Cachai'? A la expresión sexual de sentimientos que van más allá del afecto que uno tiene con sus amigos, con su familia, como que entra en otro, en otro grado, pero tampoco está tan distante de eso. No soy de las personas que consideran que, conozco harta gente que puede hacer la separación, así como entre los sentimientos amorosos y los sentimientos sexuales y las conductas sexuales. Entonces en relación a lo estudiado y lo no estudiado yo creo que está más estudiado como esto, esto más común, esto más normal bajo el modelo de lo heterosexual en general.

A: Con lo común y más normal... no sé a lo que te refieres.

E5: Al sexo que tiene la mayoría ¿Cachai'? Eh... entonces, cuando en la práctica te enfrentai', yo no soy heterosexual, pero... en general si, de las terapias que uno ve, que he tenido oportunidad de ver, con terapeutas heterosexuales enfrentados a... como que se nota altiro en el lenguaje cuando conocí' y cuando no conocí', y cuando existen, ¿Cómo decirlo? Más prejuicios que conocimiento, vaya a ser conocimientos, así como de que tení' un amigo gay que te habla de su vida sexual, hasta si leí o vi películas. Y entonces en ese sentido, para mí, lo asexual, es una cuestión rara porque es muy nueva, como, como, como personas que se identifiquen así, pero también porque no conozco a nadie así. Mi personalmente, mi clínicamente no me ha tocado todavía, ahora probablemente quiero empezar a ver más parejas, me va, puede que, así como asociar eso a eso también ¿Cachai'? Alguien que te llega con problemas por falta de deseo, o por disfunción eréctil, cómo se conjuga eso con cuan sexualizada crees que debería estar, cuánto está bien...

A: Y en ese sentido ¿Tú crees que, la sexualidad la ves como algo más general, como una cosa más global, o tú ves como distintos ámbitos dentro de la sexualidad? Mira esta pregunta va orientada a... me ha pasado con algunos entrevistados que dice que, no sé, dicen que la sexualidad tiene como una parte que es más biológica, una parte más física, otras más psicológicas, más social, cultural, como que la ven a partir de esos diferentes ámbitos. Y hay otros que la ven como algo mucho más global...

E5: Ah... Yo ahí, yo ahí creo, no creo en la separación mente cuerpo, es un artificio para estudiar, y claro sirve ¿Cachai'? así como los aspectos culturales de... y que tienen que ver con los contextos y la época en la que estay viviendo y tu historia familiar y tu cuerpo también, tu biología. Pero, no po', yo creo que ese, ese es un artificio que se hace para facilitar las descripciones, el estudio, las categorías, pero en la experiencia y en la clínica, te sirven como herramientas, pero no creo que sea eso lo que... O sea, si estay trabajando, si erí' un médico y estay trabajando con disfunciones eréctil demás po', pero si erí' psicoterapeuta y estay viendo una pareja que está preocupada porque no tiene sexo hace un año, claro po'... ¿Cachai'? No vai' a empezar... claro, tení que considerar los aspectos culturales, biológicos, pero si te quedai' en uno solo...

A: La segunda consigna tiene que ver con la vida cotidiana y la sexualidad y dice así: *“El propósito de este enunciado es que usted se pueda referir a la vida cotidiana y cómo la sexualidad se relaciona con ella. Se entiende en este caso a la vida cotidiana como acciones, situaciones y actividades que las personas realizan a diario, así como también a aquello más doméstico. Preguntas que engloban este punto entonces son ¿Cómo las personas viven su sexualidad cotidiana y si esta pudiera estar asociada a otros aspectos de la vida? (Por ejemplo: seguridad, autoestima, desarrollo biopsicosocial e incluso con la posición social) ¿Cómo emergería la temática de la sexualidad y su relación con la vida cotidiana en la conversación terapéutica?” [Consigna II].*

E5: Me acordé cuando estábamos viendo con el D esta pareja que ella tenía diagnóstico de bipolaridad y no sé si era como la tercera sesión y les dijo “Y eso nos lleva a la

pregunta...” no sé cómo lo fraseo, pero para mí igual se sintió un poco forzado ¿Cachai?, ya estamos viendo a un hombre y a una mujer, son pareja, están casados, no vienen por esto, pero esto es algo que hay que preguntar [Se ríe].

A: Sí me acuerdo [Ríe también].

E5: ¿Te acordai? Eh... yo creo que ahí depende. Si estay viendo a una pareja hay que indagar al respecto ¿Cómo? Yo creo que lo más natural y *matter of fact* como dicen los gringos, así como con los hechos, es una parte de la vida, es una parte para algunas parejas mas importante, para otras no menos, pero es una parte de la vida en pareja, entonces, ¿Cómo a que apunta la pregunta? ¿A cómo debería darse la conversación...?

A: Es que tiene como dos partes esta consigna, una, es como, como se relaciona la vida cotidiana con la sexualidad y la otra es como emerge esta cotidianeidad de la sexualidad en la terapia. Son como dos partes.

E5: [Silencio] Depende po' [ríe], es distinto si tení veinte años y estás soltera, es distinto si estás casado y acabas de tener hijos... yo creo que ahí hay como un... acomodo a cuan ¿Cómo decirlo de una manera que no sea tan...? Terapia de familia, por ejemplo, terapia de familia, x motivo de consulta, en algún momento este hija/hijo adolescente y el papá, y no le voy a preguntar por la sexualidad a la hija/hijo delante del papá, o si lo hací tení que hacerlo de manera tan sutil que puedan ambos hablar de lo que están cómodos hablando. Pero tampoco, no creo... si no lo preguntai' y lo dejai' solo para el espacio de convocatoria individual del adolescente joven, también estás diciendo, “¡ah! pero está mal hablar de la sexualidad entre padre e hijo” ¿Cachai? Es como, es como ese juego entre lo que uno cree y los propios valores, y como ser respetuoso de los tiempos de las personas con las que estás trabajando. Em... no sé, no sé cómo más te podría plantear.

A: Hay una pregunta en la que me parecen súper interesante las respuestas que dice ¿Cómo las personas viven su sexualidad en la vida cotidiana, y si esta vida sexual en la cotidianeidad pudiera estar asociada a otros aspectos de la vida? Por ejemplo, no sé, la seguridad, la autoestima, la posición social, etc.

E5: Yo creo que sí, así como si pensamos en que nuestra sociedad todavía, o no todavía, que está en tránsito entre estas morales más conservadoras, tradicionales, el quiebre ahí es como la rebelión contra “no, yo no, no, no me agarro de esto preceptos y soy liberal, desatada...” ¿Cachai? Y para muchas mujeres especialmente, yo creo que el vivir su sexualidad de manera más libre, más pública, menos tradicionalmente, les da un poder que tal vez sus mamás no tenían ¿Cachai? Porque Chile todavía es como del siglo diecinueve [ríe], como en muchas cosas te encontraí con... y que no es una cosa porque sea Chile, países del primer mundo también está así como la mirada conservadora tradicional, versus la gente más progre. Pero en esa, en esa tensión, así como en los constructos típicos individualistas, y lo digo así con desprecio, porque me parece, me parece que la autoestima es un constructo de mierda [ríe] ¿Qué es eso de la...? Como

que la autoestima la lleváramos las personas solas por dentro, en base a lo que pensamos de nosotros mismos sin ningún contexto. Entonces claro, ¿Influye? Si po', porque independiente de como vivamos nuestra sexualidad yo creo que es una parte súper importante porque justamente te conecta con la parte más corporal ¿Cachai'? Y tiene también estos lazos con lo moral, con lo que debería hacer, con lo que quiero hacer, con lo que puedo hacer.

A: Entonces eso. Ya, súper. La tercera consigna tiene que ver como con las problemáticas generales asociadas a la sexualidad o dificultades y disfunciones. Dice: *“El siguiente enunciado tiene por objetivo que usted pueda referirse a los aspectos que pudieran dificultar la sexualidad. De acuerdo a esto, primero sería importante conocer cuándo para usted una situación se transforma en un problema y cuáles serían los principales problemas asociados a la sexualidad: ¿Cuáles son las problemáticas vinculadas a la sexualidad que usted conoce? ¿Hay algunas problemáticas con más prevalencia que otras? ¿Hay algunas más complejas que otras? Desde su experiencia ¿Cómo se presenta y se considera (o no) este tipo de problemáticas en el escenario de una terapia?”* [Consigna III].

E5: Ahí en verdad no se mucho [ríe].

A: No, pero lo que sepas...

E5: Eh... no se mucho porque no he trabajado mucho en terapia de parejas.

A: Pero igual me sirve si es que te ha aparecido en terapia individual

E5: Parece que no... parece que no. El año el año pasado, el año pasado y el año ante pasado cuando estaba en Puerto Montt atendía a una señora, 65 años habrá tenido, 61...y su motivo de consulta, porque yo supervisaba practicantes, su motivo de consulta era depresión y había intentado suicidarse. Tenía dos hijos que se habían muerto, años, años antes, entonces era una depresión bien prolongada y como el riesgo era grande la entreviste yo con la practicante que estaba en su momento, porque eran prácticas de un semestre entonces primero la vio ella, después yo. Tenía terapia individual con la practicante y yo la veía con el marido, como una vez al mes, por el riesgo ¿Cachai'? Y ahí empezaron a aparecer, o sea, desde siempre en el relato de la señora estaba el tema de que ella no disfrutaba, nunca había disfrutado del sexo porque a ella la había abusado cuando era chica. Y que ella sentía que no le servía su marido, por eso, porque él tenía ganas de tener sexo y ella lo pasaba mal. Entonces cuando accedía a tener sexo era como un sacrificio. Y, eh... como, ya no me acuerdo cuantas veces los vi, porque los veía como una vez al mes o algo así, pero claro, entre la vacaciones, y de repente tenían cosas que hacer, que se yo...pero pongamos en una etapa ya más, como que ya había pasado el, la crisis de la depresión de la señora, y apareció con ellos dos juntos el tema de la, de cómo él quería tener sexo porque era una manera de acercarse, de sentirse querido y para ella era, así como me *“me están forzando a hacer algo que no quiero”*. Y

debe haber sido la sesión después de esa, que lo que trate de hacer fue la entrevista del otro internalizado, entonces entrevistarlo a él como si fuera ella y a ella como si fuera él, y él enganchó súper bien con eso, porque él, con sus problemas y todo no estaba tan carcomido así como, era capaz de ponerse en el lugar de ella, y a ella le costaba mucho, hablaba todo el rato desde lo que ella, ella pensaba, hablando como en, entonces tenía así como, como que desafiarla un poquito, así como “*ya, pero está hablando... me está hablando usted no me está hablando su... su marido*” y era como “*ah ya, sí*”. Y... o sea, no te estoy diciendo que ese ejercicio, esa sesión haya cambiado la manera en la que ellos vivían su, su sexualidad en la pareja, pero si algo, había algo distinto después en como ella se refería a... seguía pensando en que ella no le servía, pero había algo distinto a como se refería al sexo como esto malo, terrible que era para ella ¿Cachai? Versus a como era en pareja, no solo dentro de sus traumas, de sus problemáticas solas. Porque aparte a los sesenta años era una pareja que lleva más de cuarenta años juntos...

A: ¿Quizás ya era como muy tarde para hablar de eso?

E5: Sabí que no, no porque era, por eso te digo que todo el contexto de donde estábamos de porque llegaron... Porque claro po, pasado la urgencia, y conectado con lo que de antes de la cotidianidad, la muerte de los hijos era algo que había pasado uno hace veinte años y el otro quince, una cuestión así y claro la urgencia ahí era que esta señora no se matara, pero después de solucionada esa crisis lo que aparecía era la vida en pareja, y dentro de la vida en pareja la vida sexual era algo preponderante, era algo que los ponía, los ponía en conflicto. Y que también, estaba relacionado con cuanto ayuda esta señora podía pedirle a su marido sin sentir ¿Cachai? así como, como en la cotidianidad de su vida estaban todas las otras cosas que hacían, que no se po' ella decía que él le compraba paltas porque le gustaban y le llevaba paltas... tensionadas por, cuando llegaba la noche se acostaban juntos y ella trataba de hacer el menor gesto posible de “*quiero tocarte, quiero hacerte algún cariño*” porque él va a querer tener sexo y a ella le dolía. Entonces, era un problema que estaba ahí independiente de todos los otros. Y si no los veía en pareja es súper difícil salirte del relato “*ah es que este hombre me está obligando a tener sexo cuando yo no puedo, no quiero, estoy traumatado con eso*”. Viéndolos juntos era posible conversar al respecto de lo que significaba para cada uno y avanzar en alguna dirección. Claro después la señora iba con la doctora que lo veía en rehabilitación por la fibromialgia y era así como “*este hombre es un monstruo*”, pero eso tenía más que ver con la doctora que con la vida de ellos dos. No sé si contesto...

A: Sí, sí... hay una que me queda dando vuelta y es que ¿Cuándo para ti un problema se transforma en un problema?

E5: Ah... pero yo ahí soy súper Anderson y Goolishian para mis cosas. Yo creo que los problemas existen en el lenguaje, cuando uno les da la categoría de problema. Y así como más prácticamente, cuando te afecta, cuando hace que hagai' ciertas cosas o *dejes* de hacer otras, como que te coarte en algún sentido, pero principalmente cuando alguien dice que es un problema. Me acuerdo una vez en terapia individual, hace mucho, mucho

tiempo, un cabro que lo veía, lo veía medio gratis, lo vi como un año y medio, y él tenía, él tenía, no sé dieciocho años, cuestiones de su familia de origen, que su papá biológico no era el papá que lo había criado y de su orientación sexual, era gay pero no quería ser gay. Y muy al principio de la terapia me dice, así como que tiene unos recuerdos, que no sabe si era un amigo de no sé quién, como que lo había abusado. Y yo le dije “¿Pero tú te sientes como una persona abusada?” y me dijo no, y ahí quedó. Como, a ese, a ese nivel de los problemas existen en el lenguaje. Otra persona “eso es anti ético, hay que averiguar...” no po’, es una cuestión que paso hace muchos años, que no tení’ como indagar nada, todo lo que tení’ es una sensación, que vaya a saber uno de donde viene. Claro, lo importante para mí ahí es como la sensación en el presente, qué efectos tiene eso. Y creo, porque lo seguí viendo más tiempo, creo que para él eso, fue así como, dejar de pensar, porque esa es la hipótesis que tengo de porque el traía eso al principio de la terapia, para él, dejar de pensar que le gustaran los hombres tenía que ver con que lo habían abusado, fue súper liberador.

A: Yo sé que me dijiste que no sabías tanto de esto, pero ¿Conoces algunas otras problemáticas de la sexualidad que hayas escuchado, que otros compañeros te hayan comentado?

E5: Bueno en el centro, trabajaban hartito con falta de deseo en los hombres, que ellos asociaban, con ellos me refiero a como con las presiones de vida. Pero no, así como saber más del tema no... y bueno la infidelidad es un clásico, y en las parejas en general como el sexo también refleja otros aspectos de la relación. Así como, no se po’, parejas que se arreglan teniendo sexo, o porque una de las personas no se siente tan segura dejan de tener sexo, y se ve como para uno es más importante, no se po’, la confianza y cuan contenida me siento en esta relación y para la otra es “pero por lo menos tiremos un par de veces a la semana, tres veces a la semana porque si no esta relación a mí no me sirve”, y ahí, como eso abre paso a la infidelidad... y cuando buscai’, si tení’ un compromiso, porque también podí’ no tener un compromiso de fidelidad, si tení’ un compromiso de fidelidad, el buscar sexualidad, ya sea sexo propiamente tal, o intimidad emocional en otra parte está ahí po’. Bueno, lo que yo busco en mi relación de pareja no está, entonces aparecen los amores del colegio y Facebook, todas estas cosas virtuales.

A: Claro, ya, súper. La siguiente consigna tiene que ver con la interdisciplinariedad, esto yo creo que de paso puede ser más como una opinión, más que como desde la experiencia. “La sexualidad es algo que se ha estudiado desde diversos ámbitos a lo largo de la historia. Diversos especialistas pueden abordar la sexualidad desde sus conocimientos; por ejemplo, Médicos (Psiquiatras, Ginecólogos, Urólogos), Psicólogos, Kinesiólogos, Filósofos, Educadores, etc. Cuál podría ser su conocimiento, planteamiento, posicionamiento respecto del trabajo interdisciplinario en sexualidad, y, desde, la relación que ofrece su propia especialidad. Preguntas que incluyen este punto pueden ser ¿Qué tan importante para usted es trabajar interdisciplinariamente cuando se trata de problemáticas en sexualidad? ¿Con qué especialistas? ¿Considera usted que en la

actualidad existe una comunicación fluida entre estos especialistas en cuanto al trabajo en la temática de sexualidad? A su criterio ¿Hay una disposición de parte de los especialistas para una comunicación en el trabajo en sexualidad o en realidad se trabaja sólo desde la disciplina propia?” [Consigna IV].

E5: Ya, esa última pregunta no tengo idea... pero ponte tú, cuando a mi como psicoterapeuta, pensando en un escenario ideal, si la queja principal tiene mucho de, de biología o mucho de problemas en cómo abordar el acto sexual mismo, me encantaría trabajar con un sexólogo, por ejemplo, con un sexólogo. Porque creo que mi especialidad tiene más que ver con cómo el sexo se relaciona con los otros ámbitos, con los otros aspectos de la relación de pareja; con las relaciones de familia, con las relaciones mismas con respecto a estos estándares morales que te decía. Que con “*ya, vaya a ser este ejercicio que...*” que va a ser interesante porque probablemente es algo que voy a tener que hacer ahora; como dar tareas... aunque no se tanto, porque tienen un modelo medio de terapia individual para la terapia de pareja. Y... y claro po’, obviamente que, con los médicos, porque ahí hay toda una parte, que yo sé de mi cuerpo, pero no tengo idea del cuerpo de los otros. Y no se po’ hombres mayores ¡No tengo idea! Así como que sé que los hombres con los años empiezan a perder su capacidad de tener erecciones, pero... mi abuelo se murió hace mucho tiempo, mi papá nunca va a hablar de esas cosas, entonces eso para mi es un tema, un territorio totalmente desconocido. Y que lata tener que hablar con el viejito, lo que me pasaba con esta pareja que te decía, así como “*que lata, que lata tener estas imágenes en mi cabeza, no quiero, no me interesa... hablemos de otras cosas*”. Em... y ahí, respecto a la interdisciplinariedad, yo creo que es súper difícil llegar como a ese contacto con los otros profesionales si no estás trabajando, si no teni’ como tu red de derivaciones, o no estás trabajando en un mismo centro, así como que te veai’, o haya un canal más fluido ¡Porque todo el mundo tiene mil cosas que hacer! Entonces, así como, “*le voy a escribir al médico por...*” ¡Chao! ¡Menos a un médico! Si, le escribí un mail probablemente no te lo conteste, si lo llamai’, lo teni’ que esperar como diez horas, llamar y llamar. Entonces, yo creo que, si es necesario, pero claro, a menos que sucedan estas cosas, que trabaje en un mismo lugar o *tengai’* tu red de derivaciones, se hace súper difícil. Hay una cuestión que los británicos tenían súper, así como establecido, como por su... por como hacían las derivaciones también, que los enviante siempre te mandaban cartas... Entonces si alguien te derivaba a alguien, ponte tu del colegio, un cabro chico, tu después mandabai’ una carta, que era tipo, para avisar que ya había ingresado, pero después cuando los dabas de alta decías “*estos fueron...*”, así una carta, una cuestión muy corta, que la persona estaba de acuerdo... y entonces quedaba un registro tanto de la derivación, como del progreso y si queriai’ te contactabas... también por carta, o por mail. Entonces era una cuestión, era parte del trabajo y estaba como institucionalizado. Acá si tu le escribí un mail a alguien, preguntando por algo, a menos que sea en instituciones como que no se pesca el recurso, el mail del derivante.

A: ¿Y tú crees que eso era positivo? ¿Se daban mejor los procesos por tener ese modelo?

E5: Yo creo que era más ordenado, pero también es otro sistema, en el que todo el mundo va al sistema de salud pública entonces, no existe esa diferencia acá entre cuando pagai' con...

A: Ya, súper. La siguiente pregunta tiene que ver con el tratamiento, dice: *“Este enunciado busca que usted pueda referirse al trabajo clínico en términos amplios que se realiza en cuanto a sexualidad desde su disciplina específica. Si es que se puede hablar de un tratamiento propiamente tal. Refiriéndose por ejemplo a la forma particular en las que usted aborda la sexualidad y en especial, las problemáticas que puedan surgir en torno a ella; o cómo y cuándo toma decisiones respecto al camino que debe seguir el proceso psicoterapéutico cuando emerge esta temática...”* [Consigna V].

E5: ¿Cómo empezaba la pregunta?

A: Empieza, eh... que usted pueda referirse al trabajo clínico en términos amplios que se realiza en cuanto a sexualidad, si se puede hablar de un tratamiento propiamente tal, o no, de que forma se aborda la sexualidad, o las problemáticas que puedan surgir, o cómo y cuándo se toman decisiones respecto del camino que sigue el proceso.

E5: Entonces, estás pensando como en cuando el motivo de consulta es referente a la sexualidad.

A: Claro.

E5: O si en el desarrollo de la terapia aparece motivo de consulta.

A: Exacto.

E5: Yo creo que depende de lo que yo sienta que puedo trabajar con esa pareja, estoy pensando en parejas, o personas si pensamos en terapia individual, que sea abordable en el trabajo. Por ejemplo, estoy pensando, porque a mí como no me gusta tanto la terapia individual, aprendí a dejar desde el principio claro la posibilidad de que la otra persona venga, o alguien más, alguien significativo. Entonces si fuera, ponte tú, una terapia individual, y aparece como una problemática, no desde el principio, sino que al medio, trataría de incluir a la pareja si es que eso no tuviera, así como, como que no mermara el proceso individual, sino derivaría. Pero en terapia de pareja, yo creo que siempre la sexualidad es un tema, entonces ahí como que tendría como con él, con mi sensación de si puedo hacer algo con esto, o no. O necesitan un especialista, como un sexólogo... Pero, así como el abordaje mismo, como no he visto tantas parejas, depende, pero no tengo, así como ideas a las que echar mano, así como *“ya en estos casos haría esto, en estos otros haría esto otros...”* Como, como lo único que se me ocurre es que trataría siempre de ver a las personas juntas y derivarlos cuando siento que lo que ellos necesitan esta fuera de mi capacidad de lo que se hacer.

A: Hay una pregunta que no está acá, pero como que me nace preguntarte por la forma en la que se ha dado esta entrevista, y es que tú me hablas de que siempre tratarías de trabajar más como con la pareja de esa personas, pero que pasaría si una persona llega con una problemática sexual, no sé, te voy a inventar, dolor en las relaciones, falta de deseo por causa de ese dolor, y llega esta persona y te dice que quiere trabajar ese tema, pero no está en pareja, sino que tiene como parejas esporádicas, por ejemplo.

E5: Ah no po', si no está en pareja intervengo individual, si po'... pero ahí también yo creo que me quedaría corta, porque no tengo... hay toda una parte que podría hacer, pero hay otra que la derivaría a alguien que sea sexólogo.

A: Claro, ya... Bueno y la última pregunta es solo una pregunta, no es un enunciado y dice: *“¿Cuáles son los elementos con los que usted dispone para llevar a cabo un acercamiento más comprensivo, reflexivo, complejo o global sobre la sexualidad?”* [Consigna VI].

E5: ¿Elementos?

A: Sí, como con que... cuáles son las características que tú llevas dentro, o que tú tienes como terapeuta para llevar a cabo un acercamiento más comprensivo, global, sobre la sexualidad. [Silencio] Elementos pueden ser herramientas, pongo elementos como algo bien general, pero pueden ser...

E5: Sí... pero es difícil porque eso es como ponerte en el lugar de los pacientes... cómo le sirvo yo a mis pacientes en ese sentido. Eh... yo creo que el hablar las cosas así como te decía antes, así como son, sin mucha carga, y te digo sin mucha porque obviamente uno tiene sus propias creencias y sus propios límites, y esos se traspasan en terapia salvo cuando es posible poner cara de *“esto no me escandaliza”*, pero por alguna parte se te sale cuando algo te escandaliza, y ahí también uno tiene que saber con quienes no puede trabajar, porque es una cuestión muy distinta y no puedes ayudar porque están muy lejanas las visiones de mundo ¿Cachai? Yo creo que soy una persona súper curiosa, y eso hace que por el lado negativo me disperse mucho, pero por el lado positivo como que siempre traro de entender cosas que a mi me son muy lejanas, aunque me choquen a veces. Ponte tu el incesto me choca, y que no trataría en terapia pero que trato, no sé, o la pedofilia, así como que le dan una vuelta a eso, porque creo que nuestro trabajo como psicoterapeutas también es ese, entender la mayor cantidad, y por lo que estudio psicología también, entender la mayor cantidad de experiencias y expresiones humanas sin por eso justificarlas, o sostener que la gente no es responsable de ciertas cosas porque esta loco o está enfermo. Entonces yo creo que esa como apertura a lo que me es extraño la gente lo siente, y también soy súper honesta, entonces por lo general puedo decir en terapia cosas en las que no creo, nunca voy a decir algo en que en verdad, en verdad no creo... así como que puedo decir lugares comunes, o hacer preguntas suponiendo cosas en las que no creo porque es útil para la terapia, pero nunca le voy a decir a alguien, no sé, imaginando que no es una situación a la que me he enfrentado y ni

quisiera enfrentarme, pero suponiendo que tengo una persona que me dice *“tengo fantasías con los niños..”* ni cagando le voy a decir *“Mh.. ah...”* le voy a decir *“esa wea está mal”*, no le voy a decir con garabatos, pero lo voy a decir. Y haciendo todo lo que se tenga que hacer para que el busque ayuda y para que no haya personas en riesgos. Pero, em... tampoco me gusta, ponte tú, y por eso te decía el tema de derivar a sexólogos, cuando la gente es muy gráfica con las descripciones de su vida sexual. No me interesa la película pornográfica que están haciendo, me interesan otras cosas, y claro uno con los años agarra un manejo para que no te digan cosas, para preguntar las cosas con las que uno puede trabajar, y que le interesan, y que no te digan... no se po' como el estereotipo de mujer histriónica, con un trastorno de la personalidad, que te dice como fue abusada muy gráficamente y esas cosas te dejan muy cargadas. Porque estás viendo una película horrorosa, pero con la persona ahí contándotela... y también con un afecto medio disociado. Entonces, yo creo que, claro, por una parte, la honestidad, la apertura de mente son cosas que sirven y también que no soy una persona muy cartucha y eso se nota, por eso los pacientes buscan en general terapeutas que sean un poco parecidos a ellos [*Se ríe*].

A: Claro. Y por ejemplo, cuando te llega un caso de sexualidad, como estos viejitos que me contaste, para hacer un acercamiento más comprensivo acerca de este como fenómeno que les ocurre en la sexualidad, en torno a su sexualidad ¿Qué elementos tomas en cuenta?

E5: Es que ahí igual no era una terapia de pareja, era una convocatoria de pareja para un problema individual, que esta señora se quería morir. Eh... entonces el tema de su vida sexual se trataba en la medida que fuera posible para el tiempo que teníamos, que era poquito, y para la frecuencia que teníamos...

A: Pero incluso si fuera un caso hipotético, así como que cosas tomarías en cuenta si te llega, así como la sexualidad, como parte del proceso.

E5: ¿Me explicas mejor?

A: No sé, lo pregunto, así como... *“partiría explorando sobre esta parte, después esto...”*

E5: Ah... no, no tengo idea. Es que yo, yo hace un rato aprendí que las anamnesis no sirven mucho, entonces claro, probablemente tengo algún mono en la cabeza, pero no un mono, así como... es lo que me va apareciendo que es atingente a lo que les está pasando a las personas en ese momento... y como no he atendido a tantas parejas, no, no se... Así como imaginándome, yo creo que las actividades son súper importantes, así como lo que te decía antes de si es una pareja que está recién empezando y todavía no viven juntos, o si viven juntos y todavía no tienen hijos y son una pareja heterosexual, o si no son una pareja heterosexual... la cotidianidad de la relación yo creo que es súper importante. No sé, como relaciones con las familias de origen, cómo se llevan, qué cosas hacen en su tiempo libre, cuáles son los momentos que pasan junto, cuándo a cada uno

es más probable que a cada uno le den ganas de tener sexo, o no, “*alguna vez han sido...*”, así como pensando en el poder indagar en la sexualidad propiamente tal, sea o no el foco de la consulta... si, así como explorar, lo mismo que exploraría en otras áreas también, cuales son las propias creencias respecto a eso.

A: ¡Eso es, esa es la entrevista! Muchas gracias.

- **Entrevistado 6 (E6)**

Entrevistadora (A): *“Para comenzar, este enunciado pretende lograr que usted se posicione respecto a la temática de la sexualidad, compartiendo una descripción general personal de lo que se enmarcaría dentro de ella. Algunas preguntas orientadoras de este punto podrían ser: ¿Cuánto espacio ocupa la sexualidad en la vida de los sujetos? ¿Usted comprende la sexualidad como una composición de diversos ámbitos dentro (de los cuales habría algunos más estudiados o menos estudiados que otros) o en realidad la comprende como una visión global diferenciada?” [Consigna I].*

Entrevistada (E6): Yo creo que la sexualidad es un tema complejo y la comprensión no tiene que ver con una pura dimensión. La sexualidad por lo menos desde donde yo la he estudiado que es desde el constructivismo cognitivo yo tengo una aproximación meta teórica y una teoría clínica bien específica respecto a la situación de pareja en donde la sexualidad forma parte de uno de los cuatro pilares de una relación de pareja. O sea, de los ámbitos en el fondo, de la dimensión pareja que es la cotidianeidad, una, el erotismo, dos, la sexualidad, tres, y la intimidad, cuatro. Esos son los pilares que conforman, te estoy hablando desde la teoría de pareja constructivista cognitiva, que es la que yo desempeño y en donde yo he participado. He estado un poco ausente este año de participar en el grupo, pero hice mi tesis de posgrado en un mecanismo en la construcción intersubjetiva de los pacientes en terapia de pareja atendidos en coterapia, entonces eran cambios de configuración; qué pasaba en el fondo, o cómo se mantenía la intersubjetividad, o qué pasaba desde la dimensión intersubjetiva con los sujetos si los cambiábamos de posición por ejemplo, cuántos movimientos habían. Entonces dentro de eso, ese movimiento, es una estrategia, es una técnica... no es una técnica en realidad, es una estrategia para el cambio. Pero dentro de eso, dentro de la teoría constructivista cognitiva y de la teoría clínica de parejas constructivista cognitiva se extienden estos cuatro pilares que te mencioné. La sexualidad es uno de ellos, uno de ellos que fíjate que es distinto al erotismo, y es distinto también a la intimidad.

A: Me interesa mucho que me cuentes más de eso.

E6: Por qué te hablo de estas dimensiones, porque entonces la sexualidad sería una dimensión de estas cuatro dimensiones, de estos cuatro pilares pero la sexualidad implica entonces el contacto físico, el sexo, no solamente lo erótico.

A: ¿El sexo como coito?

E6: El sexo como coito, en tanto coito y en tanto cualquier contacto que tenga que ver con el tema mucho más corporal en el fondo. No siendo lo único pero si teniendo lo corporal como muy incorporado. Entonces si tú me preguntas, desde ahí me muevo para que quede súper claro. Entonces el erotismo es esta dimensión donde está todo lo sensual, las aproximaciones propioceptivas, enteroceptivas que tienen que ver con el individuo hacia el contexto sexual pero que no son la sexualidad misma. Y está la intimidad donde

la pareja funciona no necesariamente desde el erotismo, no necesariamente desde la sexualidad pero tiene que ver, es como la puerta de entrada incluso para esto, podría no estarlo...

A: ¿Y la intimidad como espacio donde ellos están en contacto no necesariamente sexualmente pero...?

E6: Exacto, donde están solo ellos. Por ejemplo una intimidad podría ser lo que pasa cuando los niños se van a acostar o cuando no hay nadie y yo estoy tomada de la mano de mi pareja y me recuesto en su hombro a mirar las noticias, que se yo, te estoy inventando una situación.

A: Igual son cosas que están interrelacionadas por lo que entiendo con las otras dimensiones.

E6: Claro, lo cotidiano tiene que ver con qué hago yo cuando llego a mi casa por ejemplo, me saca las pantuflas, boto la basura... Lo sensual, lo erótico, tiene que ver con lo sensual, con el otro, con el alter puesto ahí para el goce también. La sexualidad tiene que ver mucho más con el tema cuerpo, o sea también afectos, también está el alter ahí al lado pero podría no estarlo incluso.

A: Y tu entiendes la sexualidad como una composición de diversos aspectos, con eso me imagino por ejemplo la sexualidad podría tener un aspecto más físico, más fisiológico, psicológico o en realidad tú lo ves como algo más general...

E6: No, no... Tiene todos esos aspectos. Tiene aspectos físicos... Es que desde la clasificación que yo te mencioné recién me muevo desde ahí... entonces claro que habrían algunos aspectos más físicos, claro que habrían aspectos emocionales, habrían aspectos psicosociales incluso. Existirían diversos ámbitos donde se podrían desarrollar estas prácticas en el fondo. Está el tema incluso de la diversidad, entonces...Mira, aquí te lo voy a mencionar. Nos ponemos desde la teoría sexual cognitiva en el fondo, que tiene que ver con un proceso de construcción de pareja y proyección y progresión en el tiempo e la pareja. Uno de los factores más importantes para nosotros es la interacción en el área de la sexualidad o el deseo expresado como intención erótica. Hay un tema de deseo ahí y probablemente en la intención erótica está el deseo puesto en este pilar de la sexualidad. Entonces es donde se expresa esta intención erótica ¿Te lo dejo más claro ahí?

A: Sí, la intención erótica está en el pilar de lo erótico pero emerge también en el pilar de lo sexual.

E6: Exacto, la intención erótica está desde ahí y se hace realidad en el fondo en el plano de lo sexual. Pero está la intención erótica, o sea uno podría llegar y tener un juego de erotismo, del deseo con mi pareja y no necesariamente llegar a lo sexual propiamente dicho. Podría quedar en el plano de lo erótico porque está en el plano de lo sensual, de lo

sentido, donde se expresa el deseo a través de eso. Hay todas unas estructuras del sujeto puestas ahí en la interacción con el otro. En el fondo, lo que te estoy hablando, son estados interpersonales, entonces la sexualidad formaría parte de estos estados interpersonales donde la pareja se junta, o donde uno se junta con uno mismo también.

A: ¿Ahí tú te refieres como a la masturbación?

E6: Sí, también, al autoerotismo, sí, podría ser. Si me estás hablando de pareja nos ponemos en un alter pero podría ser también fuera de la pareja. O sea, está puesto en el individuo pero si estamos hablando de pareja lo hago respecto de alter, aunque no siempre es respecto de un alter también al respecto de mí mismo como sujeto, el sujeto es el sintiente.

A: Pasando al otro enunciado justamente tiene que ver con la vida cotidiana y la sexualidad y dice así: *“El propósito de este enunciado es que usted se pueda referir a la vida cotidiana y cómo la sexualidad se relaciona con ella. Se entiende en este caso a la vida cotidiana como acciones, situaciones y actividades que las personas realizan a diario, así como también a aquello más doméstico. Preguntas que engloban este punto entonces son ¿Cómo las personas viven su sexualidad cotidiana y si esta pudiera estar asociada a otros aspectos de la vida? (Por ejemplo: seguridad, autoestima, desarrollo biopsicosocial e incluso con la posición social) ¿Cómo emergería la temática de la sexualidad y su relación con la vida cotidiana en la conversación terapéutica?” [Consigna II].*

E6: Es que yo creo que aquí hay dos puntos específicos, desde la teoría que yo trabajo y como son estados interpersonales, el sujeto o el estado del sujeto es primordial por lo tanto como se forme ese sujeto, en qué momento se encuentre en la vida o como interactúe con el medio es fundamental. Porque si yo en el fondo, yo tengo un montón de pacientes que en el fondo tienen dificultades en el área sexual o que se yo, tienen parafilias incluso que están sometidas a un estrés brutal y eso apaga el deseo. Así como he tenido otros pacientes que respecto del deseo sexual o de la intención erótica en estado de ruptura por ejemplo aumenta el deseo y aumenta el deseo no con un otro, por ejemplo, que se yo, mirar películas pornográficas y es pura frustración. Entonces sí po, la sexualidad tiene que ver con el sujeto en el momento en que está y los factores que lo rodean, en el fondo el contexto, el contexto de salud, de salud mental. El control de impulsos por ejemplo podría aumentar o podría disminuir e incluso podrían existir dificultades en el funcionamiento de las etapas más conocidas como del coito incluso. O mi comprensión por lo menos de la sexualidad tiene que ver además con cómo me planteo yo respecto de los demás desde mí identidad incluso sexual, o sea va desde mi ser yo hasta el contexto en que me muevo, hasta mi relación interpersonal con el otro. Somos seres completos, interactuantes, no somos aislados en el mundo y todo lo que nos llega son estímulos con respuestas. Y formamos parte de sistemas también.

A: Y en la vida cotidiana misma, me refiero a una persona en la casa con su pareja, o alguien que vive solo, o alguien que tiene pareja y no vive con ella ¿Cómo se expresa la sexualidad? ¿Cómo se relaciona con todo esto?

E6: Lo que pasa es que si seguimos con la postura que te dije al principio o la pregunta anterior en el fondo, la sexualidad está absolutamente ligada a mi estado interpersonal de pareja. O sea, en estos cuatro pilares que yo te dije si este no funciona es porque alguno de los otros también no está funcionando. Habría que ver qué pasa desde lo cotidiano. A lo mejor pucha, yo estoy endeudado y de verdad que mi sexualidad no se va a expresar adecuadamente o va a haber alguna disfunción. O mi ser individual, o mi ser yo en el fondo, podría tener alguna dificultad importante en cualquiera de las etapas del acto sexual o en cómo yo me planteo. Imagínate, hay muchas personas que incluso en el tema de la identidad sexual. He tenido personas acá que desde lo cotidiano tenían que ser, como un mandato familiar, ser súper heterosexuales pero en el fondo no eran heterosexuales. Y después de 20 años de relación específica se dieron cuenta que en realidad eran bisexuales por ejemplo. Entonces está desde la identidad puesta, desde las creencias puestas, y desde ahí entonces imagínate desde lo cotidiano, desde el día a día, cómo no va a estar influenciado.

A: Y la temática de la sexualidad y esta relación que tu mencionas con la vida cotidiana ¿Cómo emerge en general en la conversación terapéutica?

E6: Puede ser, es bien curioso esto, porque puede ser... A mí me ha pasado de las dos formas. Podría ser el motivo de consulta directo y en ese sentido me llegan un montón de personas con disfunción sexual, para las mujeres tengo un caso bien interesante de vaginismo pero sobretodo está puesta en el deseo sexual, a lo más más cariñoso, en las dificultades del deseo sexual. La mayoría de las personas que tienen por ejemplo relaciones largas o que están tomando antidepresivos o que tienen dificultades en la ansiedad se les presentan dificultades en la esfera sexual desde el deseo sexual como desgano en el fondo, en la expresión del desgano. Para los varones he notado que existe mucho más, en la gente más joven, existe dificultad en el tema de la eyaculación precoz por lo tanto en la fase orgásmica y de resolución. Podría emerger así, como disfunción, como motivo de consulta explícito y podría emerger, que es muy chistoso esto porque uno lo huele desde el principio, desde cuando estás haciendo alianza tu hueles si va para allá el motivo de consulta pero no te lo sueltan la primera sesión porque *“yo tengo dificultad con mi pareja”* o porque en terapia de pareja por ejemplo *“estamos súper desganados, a veces no nos encontramos, hay un desacople, ta, ta, ta”* pero va a salir sí o sí en la segunda o tercera sesión. Incluso, tengo pacientes que en la mitad de la resolución del primer motivo de consulta o pseudo motivo aparece *“sabes que en realidad lo que pasa es que además tengo una dificultad conmigo mismo porque la pareja me reclama de que soy un eyaculador precoz”*.

A: Y ¿Qué es lo más común?

E6: Lo segundo, que pase más piola, que sea un aspecto a investigar. Las parejas no se atreven a planteártelo como motivo de consulta salvo que sea tan preponderante, tan relevante que ellos digan *“Oye en verdad no nos llevamos bien en este aspecto y está pésimo”*. Y en la terapia individual en las mujeres el tema del deseo sexual ¡Ah! Anorgasmia también. Sabes a qué estado yo he visto súper vinculada la anorgasmia, con el tema de los abusos sexuales, sí. Incluso la poca precaución de los jóvenes de utilizar preservativos por ejemplo, en chicas que han tenido o tienen algún episodio porque dentro del proceso han mencionado algún episodio, les cuesta por ejemplo decir... No hay una relación directa y causal, pero sí me he dado cuenta por ejemplo, pedir con parejas que usen preservativo, les cuesta un montón. Y ahí también he visto anorgasmia y lo segundo es más fácil que aparezca, no como motivo de consulta sino como un antecedente relevante de la pareja. En algunos casos, pueden haber pacientes que no lo manifiesten, o que manifiesten desacople en un montón de otras áreas salvo el área sexual. Es súper curioso entonces es como *“No si nos llevamos como el forro, peleamos ene, que los cabros chicos, que nunca nos encontramos”* pero si el área sexual funciona, si la sexualidad, si el erotismo todavía funciona es como ¡Vamos! ¡Sí funciona!

A: Esto no está en la consigna pero es por curiosidad mía ¿Por qué crees que a las personas les pasa esto de que no llegan con estos problemas de sexualidad como un motivo de consulta directo sino como que lo tiran por debajo hasta que de repente aparece o quizás ni aparece?

E6: Hay un tema de rendimiento sexual. Yo creo que está asociado al rendimiento en general de esta sociedad estresada en donde tienen que producir, tienen que súper producir, está como la creencia o el mandato de que tienen que producir y no fallar en nada. Por lo tanto en la sexualidad tampoco se falla, en nada se falla y si yo produzco y soy súper tirador, no puedo decir, o no podría decir que soy eyaculador precoz. Entonces yo no sé, me las arreglo de alguna manera *“Es culpa de la mina”*, no sé, por lo menos en la gente más joven.

A: ¿Es como un miedo a no rendir?

E6: Al rendimiento, sí, hay un tema de rendimiento. Lo otro es ver la sexualidad o la intimidad, a ver ya, uno, es saltarse la intimidad, saltarse los procesos de intimidad porque eso conlleva a una buena vida sexual, los procesos de intimidad de pareja. Y la verdad es que están tan demandados las personas actualmente están tremendamente demandadas de tiempo, las parejas están complicadas que lo encuentros son esporádicos, una vez a la semana, encuentro sexual propiamente dicho, intimidad para qué te digo, podría no ser nunca. Y que el coito parezca ser, o la relación sexual misma, parezca ser una tarea más como el planchado. Que podría ser pero para eso no hay un interruptor, y por otra parte yo creo que está la creencia en los hombres sobre todo de que tienen que cumplir. O sea, a los hombres les cuesta ene hasta donde yo sé y hasta donde yo he visto en la consulta, les cuesta mucho sobre todo a los hombres jóvenes les cuesta mucho admitir que tienen una dificultad, por ejemplo las mismas disfunciones eréctiles.

A: O sea que al parecer la mujer tiende a hablar con más facilidad estos temas en terapia que los hombres...

E6: Yo creo que sí, sí. Es mi percepción, yo creo que lo tiran como tema pero lo tiran como tema así como *“que lata que me está pasando esto, un problema más”*. Y los hombres cuando le logran tomar el peso es porque ya están chatos porque no dan más y no saben qué hacer. Y no se atreven a preguntarlo entre ellos por esta cuestión de imagen de rendimiento *“Tengo que rendir entonces siempre tengo que estar erecto, siempre tengo que estar dispuesto, siempre tengo que estar produciendo estados de deseo, tengo que ser como un interruptor”* y yo no creo que sea tan así. Creo que los estereotipos están bien tirados de las mechas sobre todo en este tiempo, los hombres están súper cargados con que tienen que producir entre ellas, las erecciones. Y yo no creo que sea tan así fíjate.

A: Ya, pasando a la tercera consigna, tú igual ya me hablaste un poco de eso pero mejor si lo podemos especificar más y dice: *“El siguiente enunciado tiene por objetivo que usted pueda referirse a los aspectos que pudieran dificultar la sexualidad. De acuerdo a esto, primero sería importante conocer cuándo para usted una situación se transforma en un problema y cuáles serían los principales problemas asociados a la sexualidad: ¿Cuáles son las problemáticas vinculadas a la sexualidad que usted conoce? ¿Hay algunas problemáticas con más prevalencia que otras? ¿Hay algunas más complejas que otras? Desde su experiencia ¿Cómo se presenta y se considera (o no) este tipo de problemáticas en el escenario de una terapia?” [Consigna III].*

E6: Parece que ya te dije algo respecto de lo que pasa. Yo no concibo al ser humano en un solo ámbito, es un ser que siente y piensa, y que está en un contexto determinado, y en un tiempo determinado, en una sociedad determinada, y las prácticas sexuales son resultado finalmente... o lo tabú por ejemplo o lo permitido, son productos de su tiempo y la sociedad en que vive. Por eso odiamos a los pedófilos en todas las culturas que es como transversal. Parafilias yo no he visto nunca por ejemplo, parafilias claro. Sí, en la universidad justamente me tocó ver a un tipo con pedofilia. Fue imposible, desde lo más perverso en el fondo. Creo que por ahí va la respuesta, tiene que estar ligado a su ambiente, al otro, a sí mismo, a su manera de vincularse con los demás en el fondo. Y la sexualidad forma parte del sí mismo y de los demás también. Por otra parte, otra de las preguntas decía algo como...Cómo aparece en la terapia o cómo se aborda.

A: No, más que cómo emergen las problemáticas sexuales en terapia es cuándo un problema se transforma en un problema en sexualidad.

E6: En la medida en que es problematizado por el sujeto, sí. Supongamos que lo que está viviendo el sujeto es una anorgasmia y he tenido pacientes que jamás han conocido un orgasmo. Pero pareciera no formar parte de la dificultad y tienes otras dificultades que resolver primero, por ejemplo, pagar la casa, por ejemplo, trabajo. Pareciera ser que para nosotros sería como una necesidad desde debajo de la pirámide. Como mirando a

Maslow, la parte de debajo de la pirámide estuviera el orgasmo. Pero ¿Si no lo problematiza? Si para ella es necesario tener trabajo si está cesante. Si ella me problematiza eso y me dice “Sabes que estoy súper complicada porque me pasa esto con mi pareja y eso me hace estresarme y yo tengo que fingir los orgasmos” por ejemplo, ahí está problematizado, pero no lo puedo problematizar yo a no ser que sea una parafilia, ahí cabe el caso. Incluso en este caso de pedofilia que yo tuve, que está grabado y que está en espejo, en este caso el paciente nunca lo problematizó, no lo vio como una dificultad, no. Era súper egodistónico. Para mí era una complicación.

A: Y ahí tú lo problematizas, las parafilias y todo esto ¿Por un tema legal o por un tema de convicción?

E6: De todo, yo no me puedo restar de eso. Ahí entra lo ético, y bueno por un tema de convicciones a mí en general yo no atiendo a abusadores, no atiendo a personas que han abusado de niños por ejemplo. Nunca me ha llegado, una vez intentó llegarme uno que estaba con temas judiciales, pero siempre en el fondo yo hago más terapias reparatorias desde ese punto de vista entonces me costaría estar desde la otra parte, no puedo tener ahí una cosa... soy parcial. Yo creo que lo derivaría por ejemplo si me llegara alguien con un historial de abuso porque hay personas más habilitadas que yo para hacerlo.

A: Y ¿Cuáles son las problemáticas asociadas a la sexualidad que tu consideras más prevalentes? ¿O cuales consideras más complejas que otras o si no lo consideras?

E6: A mí se me ocurre, yo no he investigado acerca de esto, no sé mucho.

A: Pero me refiero desde tu experiencia.

E6: Desde mi experiencia clínica la falta de deseo sexual, las anorgasmias que fueron las que te mencioné. Las que aparecen más recurrentemente.

A: ¿En hombre y mujeres?

E6: No, en hombres es más bien todo lo ligado a la eyaculación precoz y a las disfunciones eréctiles. Las disfunciones o la disfunción eréctil, me estoy tratando de acordar del concepto, que es cuando no mantienen la erección lo suficiente y hay una pérdida de la erección en medio de...sin necesariamente haber orgasmo, eso podría ser un motivo de consulta en primera sesión.

A: Y eso aparece hartito en los hombres entonces.

E6: A mí me ha aparecido más, yo tengo la sensación de que se van al médico. Tengo la sensación que parte primero al médico y en verdad yo lo primero que hago es derivarlo a un médico para saber si existe algún elemento fisiológico, si hay alguna cuestión importante a nivel del sistema nervioso autónomo por ejemplo, la erección forma parte del sistema nervioso autónomo o sea está regulado por, entonces no hay voluntariedad para eso.

A: En hombres entonces sería la eyaculación precoz y las disfunciones eréctiles y en las mujeres la falta de deseo y la anorgasmia. ¿Verdad?

E6: Sí, eso es lo que yo he visto más recurrentemente porque dispareunia o vaginismo he visto poco, dispareunia como dolor en la penetración y vaginismo como la imposibilidad de penetración.

A: Claro, las conoces pero no han aparecido tanto.

E6: Claro, he tenido pacientes con, me han mandado pacientes con. Entonces yo por ejemplo los he mandado a ginecóloga o a kinesióloga para hacer ejercicios de piso pélvico por ejemplo. Incluso sabía que para el tema del vaginismo, un compañero urólogo de la unidad me contó que se aplicaba botox en la zona perineal para relajar el músculo en el fondo. Yo encuentro que es maravilloso, si se puede optar por eso bien. También los mando a terapia kinésica.

A: Bueno, justamente te iba a hablar de eso porque la siguiente consigna tiene que ver con la interdisciplinariedad y dice: *“La sexualidad es algo que se ha estudiado desde diversos ámbitos a lo largo de la historia. Diversos especialistas pueden abordar la sexualidad desde sus conocimientos; por ejemplo, Médicos (Psiquiatras, Ginecólogos, Urólogos), Psicólogos, Kinesiólogos, Filósofos, Educadores, etc. Cuál podría ser su conocimiento, planteamiento, posicionamiento respecto del trabajo interdisciplinario en sexualidad, y, desde, la relación que ofrece su propia especialidad. Preguntas que incluyen este punto pueden ser ¿Qué tan importante para usted es trabajar interdisciplinariamente cuando se trata de problemáticas en sexualidad? ¿Con qué especialistas? ¿Considera usted que en la actualidad existe una comunicación fluida entre estos especialistas en cuanto al trabajo en la temática de sexualidad? A su criterio ¿Hay una disposición de parte de los especialistas para una comunicación en el trabajo en sexualidad o en realidad se trabaja sólo desde la disciplina propia?” [Consigna IV].*

E6: No, jamás se trabaja solo desde la propia disciplina. Menos en sexualidad porque el paciente se beneficia de la multidisciplinariedad y no solamente se beneficia sino que puede hacerlo más efectivo. La gente como que necesita esperanzarse, tener sensación de cambio aunque sea chiquitita, una sensación de cambio mínima pero sensación de cambio, de que algo va avanzando del proceso. Por eso son importantes los diagnósticos ginecológicos, urológicos, psiquiátricos incluso o con kinesiólogo. Yo diría que esos son los cuatro especialistas a los que yo he derivado. A los hombres por ejemplo urólogo inmediatamente. Mujeres especialistas trabajo con psiquiatra, kinesiólogo como te dije especialistas en piso pélvico y la ginecóloga que en general es quien me las deriva. De repente como que nos mencionan, les dicen los médicos *“tienes que ir a terapia, tu calidad de vida, mereces una vida sexual mejor”* etc., etc. Ahora, yo creo que hay una cuestión básica aquí que tiene que ver con los educadores; con las políticas de educación sexual actuales, con los conocimientos en la educación sexual, especialmente en el tema de prevención y promoción en salud pública por ejemplo ¡Ya hablamos de salud pública!

¿Por qué?, porque yo trabajo en la posta central y ahí emitimos un boletín que se llama “*El Sanito*” y hace poco emitimos uno en Septiembre, Octubre dada la noticia del incremento del VIH. En jóvenes especialmente. Y me tocó hablar con un epidemiólogo importante que está haciendo investigaciones en VIH en la USACH, y él me contaba que en el fondo el VIH no había aumentado ni por los inmigrantes como se pensaba, ni por qué se yo, era única y exclusivamente por las dificultades en la profilaxis porque no se estaba usando condón. Tiene que ver con políticas de educación, tiene que ver con que la gente no estaba hablando acerca de su sexualidad por lo tanto no estaba previniendo, ya no era tema el uso correcto del preservativo entonces de repente o es tema y no se exige, o las parejas ocasionales en relación a la promiscuidad por ejemplo, podría ser hasta decir basta pero usas preservativo y chao. Pero, no lo hacen. Podría no ocurrirte nada, disminuir el riesgo a 0,5% o nada si es un método de barrera, entonces la explicación tenía que ver básicamente con la dificultad en el uso correcto del preservativo.

A: Es increíble porque uno piensa que estamos en el siglo XXI y que hemos avanzado en esa materia pero...

E6: No, no. A un aumento del erotismo quizás, de las conductas sexuales más explícitas, mucho más explícitas. De los estereotipos, pero él me hablaba de esto porque yo lo entrevisté para ese boletín, me tocó entrevistarlo y le preguntaba qué le parecía el aumento del VIH en jóvenes. La investigación en VIH decía que tenía muchísimo que ver con el uso incorrecto del preservativo y la promiscuidad o tener más de una pareja, o sea es una cadena de personas que están involucradas.

A: Y eso por ejemplo, el tema de los educadores que es súper interesante. Te quería preguntar qué pasa con el tema de las disfunciones o las problemáticas asociadas a la sexualidad.

E6: Es que tiene que ver porque es todo, porque en el fondo el cuerpo debiera ser tema de conocimiento, de autoconocimiento. Sí, estamos en una sociedad pacata donde todavía estamos discutiendo las causales de aborto po, o sea las mujeres aún no decidimos sobre nuestro propio cuerpo, o sea que tengo que andar pidiendo permiso para abortar si somos violadas... Entonces de ahí ¿Qué se espera para la educación sexual, corporal? Salió un libro para niños de la municipalidad de Santiago, puedo haber estado súper mal hecho, súper mal planteado, todos los errores pero es algo po ¿Te acuerdas? Estaban las Jocas, Jornadas de Educación Sexual hace un tiempo atrás, oye fue una polémica...Pero el sector conservador de este país no permitió, tuvo un montón de críticas ¿¡Cuál es la edad del inicio sexual!? Está en los 13 años creo... Es muy chico, son muy chicos y tienen sexo, y con mucha gente. Muy chicos, con mucha gente.

A: Y sin educarse como dices...

E6: Exacto, y sin educarse y sin saber ¿Tú sabes lo que es eso? Es un peligro público.

A: Y tú me dices por ejemplo que trabajas con otros especialistas, derivas o te derivan ¿Existe una comunicación entre ustedes para el tratamiento?

E6: Sí, claro. O sea no siempre por una cuestión de tiempo quizás. Pero lo óptimo, óptimo [Se ríe] es que el tratamiento tenga que ver con pastelero a tus pasteles y dejar que los objetivos sean más o menos comunes dentro de los mismos. Insisto por ejemplo en que trabajo con kinesiólogos el tema del piso pélvico en mujeres con disfunción anorgásmica. Son súper buenos los ejercicios que hacen de Kegel y todo eso y ahí tienen una súper buena inspección corporal de lo que les pasa. En tanto aquí se trabaja desde lo que les pasa, son mujeres que jamás se han auto explorado, que jamás han tenido masturbación, o que no la dicen, o que es tabú. Si hay un tema ahí con el cuerpo que no se está hablando, que no se está diciendo, que está calladito.

A: Claro, pero la disposición de parte de los especialistas con los que has trabajado en general está.

E6: Sí po.

A: Como para trabajar en conjunto...

E6: Sí, sí. Yo creo que en la medida en que uno va avanzando en esta pega y en esta carrera uno va sabiendo más cómo manejarse en equipo sino no se puede hacer mucho.

A: La siguiente consigna tiene que ver con el tratamiento: *“Este enunciado busca que usted pueda referirse al trabajo clínico en términos amplios que se realiza en cuanto a sexualidad desde su disciplina específica. Si es que se puede hablar de un tratamiento propiamente tal. Refiriéndose por ejemplo a la forma particular en las que usted aborda la sexualidad y en especial, las problemáticas que puedan surgir en torno a ella; o cómo y cuándo toma decisiones respecto al camino que debe seguir el proceso psicoterapéutico cuando emerge esta temática....”* [Consigna V].

E6: Yo lo primero que hago es ver a dónde tengo que derivar, eso es lo primero. Hasta dónde puedo llegar yo sola y cuándo tengo que pedir ayuda o tengo que hacerlo en conjunto porque hay casos en donde no he podido darle explicación a una anorgasmia solo por el tema de episodios de episodios de abuso, solamente. Hay veces que está súper ligado a estados ansiosos, estados depresivos y medicamentos. Y esos mismos medicamentos también podrían producirlos, el tema de la Fluoxetina producía así una baja del deseo sexual ¡Pum! ¡Se iba al suelo! Entonces ahí había que estar conteniendo y mirando y ta, ta, ta. Y muchas mujeres reclamaban que no pasaba nada de nada ya ahí hay que mirar qué está pasando. En términos de la terapia a mí me importa que el paciente empiece a ver cambios para su propio bienestar ya, como rápido, y no tiene que ver con furor curandis, tiene que ver con que la gente lo está pasando pésimo y desde ahí si tú te ensimismas con un paciente y no sabes derivar a tiempo, no sabes que hay otros trabajando en equipo, podrías aliviar un montón. O sea por ejemplo si yo no supiera lo de las inyecciones de Botox quizás cuánto tiempo tendría a la mujer con vaginismo po, yo

creo que es obligación de uno saber qué es lo que existe en el mercado, qué es lo que está siento efectivo también. Entonces tienes que educarte, leer, investigar, no sé, forma parte de cómo uno hace la pega.

A: Y el tratamiento propio con los pacientes ¿Tú de que te preocupas? ¿La sexualidad la trabajas a nivel de pareja? ¿Les das tareas? O...

E6: Yo trabajo constructivista cognitivamente, de repente me pongo más cognitiva conductual, vengo desde la corriente cognitiva entonces me pongo a veces más cognitiva conductual desde ahí y también incluyo a la pareja. Entonces no es raro que si me llega alguien con una disfunción sexual, yo lo derive y en algún minuto mande a buscar a la pareja. O si la pareja viene directamente un buen indicador es la renovación de la sexualidad si no había antes. Es como si el tema sexual tuviera un barómetro de cómo está, un medidor de la tensión de pareja, de la tensión erótica de la pareja. Entonces trabajo práctico, trabajo técnicas cognitivo conductuales, técnicas en pareja, más de alguna vez le he dicho a una pareja que tenga acercamientos corporales sin necesariamente penetración.

A: ¿Cómo las de Master y Johnson? ¿Ese tipo de técnicas?

E6: No necesariamente, pero a veces sí. A veces es así de dirigido, a veces tiene que ser así. Otras veces como en los casos por ejemplo donde hay episodios traumáticos no, mejor no. Lo que hay que trabajar es el episodio traumático y muchas veces no solo me los explico desde ahí y la persona necesita un alivio, entonces necesitan dos cosas al mismo tiempo. Para mí el medidor del paciente, lo que me va pidiendo, la satisfacción del paciente es lo que yo voy buscando. Sí po, si la gente viene a uno porque está preocupada de un problema.

A: ¿Y la sexualidad tú la trabajas por ejemplo desde la historia del paciente, o en lo actual?

E6: Es que desde mi teoría clínica no puedo partir si no es con una línea de vida y lo que ha pasado en el pasado más inmediato y lo que él me quiera referir respecto de su desarrollo vital, que problematice respecto de su desarrollo vital. Por ejemplo, una vez vi a una persona de unos cuarenta y seis años y que si tú la veías era una mujer que no se pintaba, que tenía el pelo corto como de hombre, muy maciza, bastante gordita la verdad, que se sentó al lado mío diciéndome que tenía una pena espantosa y que se quería morir y que había pensado en matarse. Llegó con ideación suicida. Ella había sufrido una violación a los cuarenta años y era virgen. Y venía de otra terapeuta que le había dicho que...Yo no me metí, esto era primera sesión, no me metí en el elemento traumático, solo lo fiché no más porque si no es re traumatizarla. Que le había dicho después de un rato que era culpa de ella y ella se sentía sucia, cochina, asquerosa.

A: ¿La terapeuta le dijo eso?

E6: Ella entendió eso. Capaz que no le dijo eso pero ella sintió que le había dicho que ella había provocado el incidente. Una barbaridad desde lo técnico y desde lo ético pero ella lo sintió así. Entonces esta mujer no solamente tenía terror de tener otras relaciones de pareja, de tener alguna relación de pareja sino que simplemente no había ni deseo ni nada, se quería morir. No había deseo ni de vivir. Entonces tú ves un trauma en el área de la sexualidad pero también tiene que ver con el área de las creencias, no hallaba cómo decirle a su mamá porque la mamá valoraba muchísimo el tema de la virginidad, entonces estaba puesta muy desde ahí entonces ¿Qué necesitaba ella?

A: Reparar.

E6: Sí ¿Está puesto desde la sexualidad? Sí, súper puesto y es urgente. Entonces por supuesto yo la derivé al psiquiatra, la re derivé porque había abandonado el tratamiento, la cité más veces conmigo. Hice toda una serie de movimientos y la contuve y le hice un par de intervenciones que para mí, me aseguraran que no se iba a morir. O sea imagínate, esta paciente podría haber tenido todas las disfunciones habidas y por haber ¡Cualquiera! Porque es tan tremendo lo que ella tiene para decirme que no había deseo sexual, no había deseo de vida de pareja ni mucho menos orgasmo. O sea, nada. Ahí hay dolor, hay trauma, hay una herida.

A: Bueno y la última pregunta que ya no es consigna sino pregunta dice: *“¿Cuáles son los elementos con los que usted dispone para llevar a cabo un acercamiento más comprensivo, reflexivo, complejo o global sobre la sexualidad?” [Consigna VI].*

E6: Mi teoría clínica y toda la tradición cognitiva, y toda la teoría sexual cognitiva en el fondo que es desde la que yo funciono. También desde la formación estratégica sistémica que es otra formación que tuve. Los conocimientos de teoría de pareja. Y conversaciones de sexualidad, de pareja en el fondo con otros especialistas sobretodo. Un intercambio de posturas, un intercambio de conocimientos de otras áreas y en la visión de un ser humano más bien enterito no parcializado. Entonces uno está ahí y la sexualidad está acá y es todo mi cuerpo, es la interacción mente cuerpo, Es como yo vivo eso, es como yo me paro. Está nutrida por todo eso.

A: ¿Y tú como terapeuta? Pensando quizás más desde la persona del terapeuta.

E6: Lo fundamental de siempre, la alianza terapéutica. La alianza terapéutica es fundamental. Si no hay alianza, probablemente si hay un tema escabroso o es un tema complejo para un paciente no va a pasar nada. Siempre en terapia lo primero que hago es establecer alianza. Lo primero, el vínculo terapéutico y de ahí me empiezo a mover a todas las áreas que me plantea el paciente, no sé si te respondo la pregunta.

A: Sí, totalmente.

E6: El vínculo po, los elementos intersubjetivos. Sino no hay mucho más, si finalmente son dos personas en una situación terapéutica en dónde yo no soy más especial que tú,

tú sabes de tu vida más que yo y me lo vas a tratar de explicar a mí que tengo un conocimiento técnico. Y lo tengo que depositar en ti como, lo tengo que devolver a ti como expertise técnica.

A: Claro, y eso es lo que tu mencionas como de la teoría clínica...

E6: Sí, todo eso yo lo tengo que saber y eso es lo que me hace diferente. El resto somos dos personas aporreadas como cualquier otra. Pero estoy técnicamente orientada entonces, me estás poniendo un problema, yo tengo que aliarme contigo y con tu problema, con lo que tú me planteas como problema. Si tú tienes anorgasmia pero tu problema es que violaron probablemente no voy a sacar nada mirando solo la anorgasmia. Si no miro acá, si no te derivó a un psiquiatra para que te baje la ansiedad a lo mejor, eso. Así me imagino la psicoterapia, no se me imagina de otra manera. Por lo menos así lo planteo yo con los pacientes. Y en cualquier ámbito y con cualquier paciente. O sea aquí en Vitacura, en la posta central, en la China. Con todos los pacientes.

A: Y una pregunta que me queda dando vueltas que es sobre otra de las consignas. Porque tú dijiste que un problema se transforma en un problema en el fondo cuando el paciente lo consigna como tal o el paciente lo problematiza pero qué pasa con una pareja que llega y que no sé, no está teniendo relaciones sexuales pero es algo que no es tema pero tú pesquias que quizás de alguna manera influye...

E6: Sí, entiendo. Yo podría de alguna manera proponérselo e indagarlo. Hay que hacerle indagación clínica. Nosotros tenemos una, te hablo de los constructivistas en el fondo, la teoría de pareja constructivista cognitiva, hacemos tres sesiones iniciales entonces en la tercera o cuarta máximo ocurre la devolución. Entonces tú le cuentas al paciente qué tipo de pareja son y qué problemáticas viste. Entonces tú le puedes decir entonces *“mira, ustedes vienen con un desacople en lo económico, en no sé qué cosa, ta, ta, ta. Pero hay un aspecto primordial que me parece que no están viendo o que podrían no estar viendo y que a lo mejor es un problema también o que a lo mejor representa una dificultad y no me queda claro cuánta dificultad representa para ustedes y me estoy refiriendo al plano sexual. Que no mantengan relaciones sexuales o que sean muy alejadas ¿Cuánto problema es para ustedes? ¿Qué representa? ¿Qué significa?”* Y ahí tienes un universo. Ellos pueden decir *“No, mira es que para nosotros no es tema porque tenemos otras cosas”* y chao; a lo mejor en algún minuto del proceso les caerá la teja de que igual es raro ¿Pero si esa pareja se plantea así? Y puede ocurrir. Si yo se lo puedo anunciar, lo puedo como decir *“Oye ustedes son una pareja que no tiene relaciones sexuales y eso es extraño porque no todas las parejas cuentan esto ¿Qué les parece a ustedes?”, “Sí en realidad es extraño”,* por ejemplo, *“sí en realidad es raro”, “Sí en realidad tratamos pero tenemos un problema, no hay erección, yo me muero de ganas pero ocurre esto”,* podría ser.

A: Es que hay tantas cosas que pueden ocurrir en el ámbito de la pareja que por eso te lo pregunto.

E6: Tiene que ver con la indagación clínica y con cuánto esperas que hay algo ahí que no te están diciendo, con lo dicho y lo no dicho.

A: Igual por ejemplo, a veces me pregunto ¿Qué pasa es una pareja en que uno problematiza algo en el plano de lo sexual y lo otro no lo ve como un problema? Como que hay tantas posibilidades.

E6: Uno le puede decir, por eso son los cambios de movimiento interesantes en coterapia, por ejemplo uno le puede decir *“te fijaste que Juanito no problematiza, para él no es problema que ella no tenga orgasmos y para ella sí es un problema”, “Juanito ¿Qué piensas tú de que para ella es un problema y para ti no?”, “No es que para mí no es problema, no me interesa”, “Bueno entonces ahí está el problema”*. No le interesa, no es empático, está muerto de susto, se está protegiendo, dimos directo a su rendimiento sexual, se está defendiendo, sus características neuróticas específicas.

A: ¿En general atienes en coterapia cuando es pareja?

E6: A mí me encanta atender en coterapia, soy una fan de la coterapia y sé que es cara y poco usual. Todo lo que quieras pero me gusta.

A: O sea lo tratas de hacer cuando se trabaja en pareja.

E6: Ojalá que sí, pero tengo parejas que no, por ejemplo tengo dos parejas que las atiende sola. Pero en la U en general se atiende en coterapia.

A: Súper, muchas gracias por esta entrevista.

E6: Muchas gracias a ti.

- **Entrevistado 7 (E7)**

Entrevistadora (A): Bueno como te comentaba yo estoy haciendo mi tesis en torno al tema de sexualidad, especialmente en el tema de un diagnóstico o de un acercamiento comprensivo de la sexualidad en psicoterapia. Por esto mismo estoy entrevistando a distintos expertos psicólogos, algunos médicos, kinesiólogos. Entonces esta entrevista tiene un formato distinto, se trata de consignas que yo te leo para que luego tú puedas expresarte respecto a ellas. La primera consigna es sobre una cosmovisión o descripción general de la sexualidad y dice así: *“Para comenzar, este enunciado pretende lograr que usted se posicione respecto a la temática de la sexualidad, compartiendo una descripción general personal de lo que se enmarcaría dentro de ella. Algunas preguntas orientadoras de este punto podrían ser: ¿Cuánto espacio ocupa la sexualidad en la vida de los sujetos? ¿Usted comprende la sexualidad como una composición de diversos ámbitos dentro (de los cuales habría algunos más estudiados o menos estudiados que otros) o en realidad la comprende como una visión global diferenciada?” [Consigna I].*

Entrevistado (E7): A ver, mira, la sexualidad como experiencia humana. Voy a distinguirlo, sexo como distinto a la sexualidad. Sexualidad incluye erotismo, encuentro afectivo es para mí un cúmulo de varias experiencias que pueden o no ser sexuales. Sexualidad en sí misma para mí es mucho más difuso que el coito, digamos, es más completo que eso. Ahora me puede decir una de las preguntas que me pareció muy interesante.

A: Dice *¿Cuánto espacio ocupa la sexualidad en la vida de los sujetos? ¿La comprendes desde diversos ámbitos dentro de los cuales quizás algunos son más estudiados que otros o desde una visión global diferenciada?*

E7: A ver, yo veo la sexualidad como parte de una cultura, veo la sexualidad como parte de un área de la vida, bueno pensemos en Freud ¿No? De cómo desde su teoría acerca de la sexualidad logró articular un sinnúmero de explicaciones acerca de lo humano. O sea, yo creo que abarca una porción importante en nuestra existencia. Ahora, yo creo también que en la vida de pareja, a pesar de que podríamos decir que es esencial, es sumamente relativo cuánto espacio ocupa dependiendo de la pareja. Sin embargo, si lo pensamos en términos de sexualidad, no de sexo, la sexualidad se puede expresar en una pareja desde un sin número de actos. Sexualidad incluso yo hoy día también podría decirte que es también como ternura, también puede aparecer en la vida de una pareja. Como contacto, no necesariamente erótico, no necesariamente directamente sexual. Yo trato de verlo de la manera más amplia posible la sexualidad. La sexualidad como un mensaje, la sexualidad como un síntoma, la sexualidad como una forma de comunicarse, la sexualidad como un encuentro, etc. Así, lo veo yo.

A: Y la sexualidad como síntoma ¿Me podrías explicar un poco mejor eso?

E7: A ver, qué es primero ¿Huevo o la gallina? Nosotros siempre lo pensamos así ¿Qué pasa si aparece un síntoma en la sexualidad? ¿Si aparece una disfunción en particular?

¿Vemos la disfunción en el individuo? ¿Vemos la disfunción en la pareja? ¿Vemos la disfunción como pareja y sociedad? Para mí por ejemplo los problemas de deseo también denuncian una suerte de cambio en la cultura importante. Especialmente en los hombres jóvenes, ha sido notable en los últimos 20 años, es un síntoma que tiene que ver por lo menos para nosotros acá. Tiene que ver con cómo se están relacionando en la pareja. Donde se articula algo más bien individual inconsciente donde también pensamos sistémicamente en el sentido de que quién tiene la banderita del síntoma también, el chivo expiatorio como le ponían hace siglos atrás en la sistémica. Oye yo contengo el síntoma que tiene que ver con nuestras relaciones y es notable cuando uno trabaja desde esa mirada, cambian los dos, la interacción, desaparece así, pium. Por eso te digo, la sexualidad también es un espacio donde se afecta toda la relación y viceversa, si estamos viendo la sexualidad podemos ver también la relación, si está mal la relación puede que nuestra sexualidad de eche a perder. Entonces hay una interinfluencia inevitable si podemos decirlo así...

A: Y cuando tú diferencias sexualidad de sexo y lo sexual ¿Te estás refiriendo al sexo como el coito?

E7: Sexo es coito, claro. O la práctica concreta. Hoy día está como tan exacerbado esta suerte como de hipersexualidad cultural, donde todo está sobre dimensionado. El sexo como un tamaño, el sexo como una cantidad de tiempo de ejecución, como rendimiento, como cantidad de orgasmos, eso es sexo. Sexualidad es también afecto, sexualidad es también relación, por eso te digo que hay una distinción ahí.

A: Pasando a la segunda consigna esta tiene que ver con la vida cotidiana y la sexualidad y dice: *“El propósito de este enunciado es que usted se pueda referir a la vida cotidiana y cómo la sexualidad se relaciona con ella. Se entiende en este caso a la vida cotidiana como acciones, situaciones y actividades que las personas realizan a diario, así como también a aquello más doméstico. Preguntas que engloban este punto entonces son ¿Cómo las personas viven su sexualidad cotidiana y si esta pudiera estar asociada a otros aspectos de la vida? (Por ejemplo: seguridad, autoestima, desarrollo biopsicosocial e incluso con la posición social) ¿Cómo emergería la temática de la sexualidad y su relación con la vida cotidiana en la conversación terapéutica?” [Consigna II].*

E7: A ver, como te dije antes la sexualidad está incrustada en la cultura indefectiblemente. Está. Para mí uno de los ejemplos más notables, notable, es que internet, el 70% de internet es porno, más aún, dicen que en el Deep web, es decir, está internet que es más bien encriptada, que es más profunda ¡También! Se ocupa de la sexualidad. La sexualidad como fenómeno, como experiencia humana ocupa mucho espacio ¡Mucho espacio! Ahora, es indudable que en la cotidianeidad está todo sexualizado, es decir, Freud tenía toda la razón, que quieres que te diga. Todo está sexualizado, todo tiene que ver con aquello. Con el impulso, con el instinto, con el buscar experiencia, saciar la necesidad. En algún lado está inscrito en nuestro ser social, individual, intrapsíquico. La sexualidad como una suerte de norte, de ir a conseguir algo. Que me parece maravilloso

por un lado, pero por otro lado también quedamos presos de aquello. Había una pregunta que me dijiste al final que era a propósito de la terapia.

A: Sí, que es como ¿Cómo emergería la temática de la sexualidad y su relación con la vida cotidiana en la conversación terapéutica?

E7: Yo necesariamente como sexólogo tengo que abrir el tema de la sexualidad como algo cotidiano. A mí me da lo mismo que te incomode [Se ríe]. Ok, les digo yo “¿Cómo estamos en lo íntimo?”. En primera sesión y es muy debelador. Una de las cosas que me enseñó mi hermana [Quien es terapeuta también] muy temprano en esto de ser terapeuta. Me dijo “mira, averigua bien cómo viven la sexualidad y con eso vas a tener información de cómo es la relación” ¡Es impresionante! “Dime y averigua cómo se las arreglan con las lucas y con eso vas a saber cómo es la relación” ¡Y es impresionante! Son de las transacciones humanas en pareja, más decidoras de una meta visión de las relaciones. Yo trato la sexualidad como cotidiano. Hay algunos que les cuesta partir o que nunca lo abordan, nunca abordan la sexualidad como parte de lo cotidiano, yo lo hago como si fuera obvio. Que no siempre fue así, yo también fui de los que les costaba y era como “Pucha, que incómodo para ellos” y a ver ¡Maní! Da lo mismo. Mis amigos me decían “Pero weon’ ¡Voh’ hablai’ de sexo todo el día!” y yo les decía “Sí ¡Muy rico!” Les decía yo [Se ríe]. Que pene, que masturbación ¡Imagínate! Que el poto que no sé qué. Y claro para mí es cotidiano, y al entrenar terapéuticamente mi posición de lo cotidiano, fíjate que se rompen muchas barreras. Yo lo pensaba al revés antes, mi maestro los Coddou decían “Nunca jamás hablar de sexualidad en la primera sesión” ¡Salta para el lado! Dije en un momento y ya chao, nunca más tema.

A: Y para los pacientes ¿Es tema de repente?

E7: Llegan súper nerviosos a veces. Que les preguntas y se dan vuelta. Y uno le dice “¡Tómate el tiempo que quieras!” Y dicen “No, sabes que a veces no se me para”, “Ya ¿Y cuántas veces?” Como si fuera algo absolutamente normal, necesito saber. Pero hace esto, haces lo otro. Yo me pongo un poco más allá. Yo suelo como parte de mi manera de hacer joining, de juntarme con el otro terapéuticamente, si de repente escucho que al otro se le salió un garabato “Y cómo es la wea” le digo yo. Me junto con él. Una cosa de mutualidad, eso los alivia. Yo puedo hablar de sexualidad como si estuviera hablando con el amigo “¡¿Y te agarraste qué weon?!”. Entonces me pueden contar y pueden estar toda la sesión hablando de sexo, de algo que no han podido hablar ni con la pareja. Cuando tú lo colocas como algo que es un proceso absolutamente normal, no es como el objeto de estudio “yo soy el experto en sexualidad”, yo puedo hablar así con el [Hace un gesto con la mano de él hacia la entrevistadora] aparece, aparece la sexualidad, aparece el otro que está más tranquilo, que se siente escuchado. Es como tú lo colocas en la conversación. Cuando el urólogo experto te dice [Con voz profunda] “¿Hace cuánto usted tiene este problema?”. Y yo soy como “Y perdiste la noción y no cachaste ninguna cuestión y te fuiste ¿No?” El lenguaje, y el otro te dice “Sí weon, me fui”. Te hablan como si estuvieran

hablándole a un amigo, porque la sexualidad es parte de lo cotidiano, ahí lo puedes hablar con otra gente.

A: ¿Y tú crees por ejemplo que la sexualidad con lo cotidiano se puede relacionar con otros aspectos de la vida como la seguridad, la posición social, el autoestima por ejemplo?

E7: ¡Uf! ¡Todo! ¡Todo! ¡Todo! Hay una cantidad de significados asociados a la sexualidad que es demasiado grande. Pero la autoestima centrada en la sexualidad, el valor de sí mismo, la imagen corporal a través de la sexualidad. La transacción, el usar la sexualidad para lograr alguna cosa, no necesariamente prostitución, yo te estoy hablando desde el poder, sexualidad ¡Uf! Sexualidad como comunicación, es un sinfín de cosas las que están asociadas a la sexualidad. Como seres sexuales los seres humanos estamos metidos aunque no queramos, hasta los asexuales tienen que definirse en torno al sexo, no sé si me entiendes. Es muy loco, lo leí en algún libro que estudiamos nosotros. Hay que ser sexual en algún momento de la vida para no ser sexual. Pero como te digo la sexualidad abarca tanto que incluso los asexuales son más bien anti coito y la sexualidad está ahí, el erotismo está ahí de alguna manera. Incluso si una mujer no te pesca, es un objeto de deseo igual. O sea no puedes evitar eso.

A: ¿Y tú que entiendes por erotismo?

E7: Ah bueno. El erotismo es una forma de relacionarnos de manera de insinuación. No es el sexo directo. Es todo aquello que ocurre previo como parte de la seducción, como parte de cómo tú te comunicas con el otro, el erotismo es ese agarrón que tú le das a tu mujer cuando estás jugando y le dices “*¡Que estás rica!*”. Eso no es sexo. “*A mí me encantas, me provocas cosas*” qué sé yo. Es esa caricia maliciosa. Erotismo es una cosa más relacional que directamente un desempeño, como una danza, me gusta a mí definirlo como una danza.

A: De acuerdo. Pasando a la siguiente consigna, esta tiene que ver con problemas generales asociados a la sexualidad y con dificultades y disfunciones y dice: “*El siguiente enunciado tiene por objetivo que usted pueda referirse a los aspectos que pudieran dificultar la sexualidad. De acuerdo a esto, primero sería importante conocer cuándo para usted una situación se transforma en un problema y cuáles serían los principales problemas asociados a la sexualidad: ¿Cuáles son las problemáticas vinculadas a la sexualidad que usted conoce? ¿Hay algunas problemáticas con más prevalencia que otras? ¿Hay algunas más complejas que otras? Desde su experiencia ¿Cómo se presenta y se considera (o no) este tipo de problemáticas en el escenario de una terapia?*” [Consigna III].

E7: Convergamos una cosa, no se puede hablar de normalidad en sexualidad. En nuestro libro, dedicamos un capítulo entero a ¿Qué es normal? ¿Tener más o menos deseo? ¿Durar entre un minuto y veinte minutos será normal? ¿Mantener una erección

absolutamente firme y si tengo una erección a la mitad está mal? En sexualidad no podemos hablar de normalidad. Trastorno para mí, un trastorno sexual tiene que ver más bien con la vivencia de sufrimiento y de malestar de uno en particular o ambos. Si una pareja X tiene una forma de hacer el amor que es absolutamente atípica yo no me meto en lo más absoluto de las cuestiones, yo no veo como que hay una sexualidad correcta. Veo si para ellos les viene bien, en eso discrepo efectivamente mucho de la miradas psicoanalíticas más clásicas porque qué se yo, si una pareja alterna entre una masturbación conjunta donde les gusta mirarse, les erotiza y también tienen coito y todo lo demás y si las mezclan maravilloso ¿Quién soy yo para decirles? Ahora, cuándo es dificultad, cuándo es problema, cuándo es trastorno.

A: ¿Hacen una diferenciación?

E7: Sí, hacemos una diferenciación muy clara. No me acuerdo precisamente cómo fue la distinción que hicimos en el libro porque lo hicimos hace cinco años atrás pero dificultad es cuando tú te encuentras con un fenómeno que no necesariamente se repite. Yo les hablo a mis pacientes por ejemplo de una dificultad eréctil, ni problemática ni trastorno *“ah tuviste una dificultad eréctil”*. Sí claro, a todos nosotros, a todos los hombres nos pasa en un 20% de las veces. Dificultad. El problema aparece cuando eso causa sufrimiento, ahí tenemos un problema sexual, hay una repercusión emocional en aquello que yo veo y que creo que es anormal. Y que me pasa mucho con los hombres jóvenes que de repente llegan acá con una adicción al Viagra ¡Horrenda! *“Una vez estaba borracho y no se me paró entonces me tomé un Viagra”* Inseguro, transpirando. Ahí es un problema sexual, no es un trastorno. Trastorno como una convención social, como una definición que aparece en el DSM, en el CIE-10, trastorno es lo que nosotros hacemos como acto en el lenguaje. Ahora, a mí me es muy útil que convenga con los pacientes cuando es trastorno y cuándo no. Digamos porque un problema solamente existe cuando uno busca una solución. Si llega un paciente, yo me apego con él, no lo niego, pero la idea es disolver ese sufrimiento asociado. La gente cree que debe funcionar de una cierta manera y yo les digo no, acostúmbrate a funcionar como tú funcionas. Lo sexual no es resolver el funcionamiento como tal sino como a cambio de la conducta, de la mirada y eso diluye el problema. La siguiente pregunta era...

A: La siguiente es *¿Cuáles son las problemáticas vinculadas a la sexualidad que usted conoce? Y si hay algunas que tienen más prevalencia que otras.*

E7: Bueno las que más prevalencia he visto yo hoy son las problemáticas del deseo y después las orgásmicas en mujeres especialmente. A ver, en el deseo yo creo que hay una problemática cultural como te he ido diciendo, en las mujeres históricamente demostraban menor deseo subjetivo como vivencia, como motivación, como emoción y los sexólogos empezaron a trabajar y mirarlo también como una forma de las mujeres de poder revelarse a algo en las relaciones, no como una falla. Y es impresionante ver como en los últimos veinte años se dio vuelta la tortilla y los hombres ahora tienen falta de deseo. Es también el cambio cultural, las mujeres hoy día se muestran mucho más

deseosas, tienen menos prejuicios con su propia sexualidad, buscan más y mejor, eligen a los amantes que quieren tener, son muy dueñas de sí mismas en cuanto a sexualidad porque ha habido un cambio cultural importante. Y es impresionante cómo ellas se empoderan de su sexualidad y los hombres pierden el deseo [*Se ríe*]. Pero es signo de estos tiempos. Hay muchos libros que hablan de la muerte del Eros en ese sentido, hoy día hay una sociedad muy falta de pasión, hay más bien una cosa mecanicista en la sexualidad, muy racional, es de rendimiento, tecno amante y eso está repercutiendo en las parejas de una manera enorme. Y en cuanto a lo orgásmico que es como lo clásico, la angustia, la ansiedad, el rendimiento, hacerlo bien, veo hombres con eyaculación precoz pero no tanto como hace unos años atrás. La disfunción eréctil casi no llega porque está el Viagra que tapa, algunos se atreven a mirar la disfunción eréctil como un problema psicológico porque *“Está la pastillita que me ayuda a estar mejor”*. Pero claro, son hombres que están muy preocupados, son hombres muy coito céntricos como dice un colega, muy falo céntricos, muy en el coito *“el coito es lo más importante”*. Yo les digo *“pero gallo, tú tienes tres órganos sexuales. Aquí tienes uno, aquí tienes otro y aquí otro, vamos a entrenarlo”*. Y claro yo trabajo con la pareja, no trabajo con el hombre solo, trabajo con la pareja. Los hago compañeros, cómplices y claro a los dos o tres meses están haciendo el amor sin coito y lo pasan la raja. Y a veces me dicen *“¡Oye me encantó! ¿Podemos seguir un poco más con esto?”* porque la sexualidad no es el coito es muchas cosas. Eso.

A: ¿Tú crees que dentro de esas problemáticas que me mencionas hay algunas más complejas que otras?

E7: La del deseo es muy compleja, sí, la del deseo. Porque es un motor, hay algo instintivo por un lado, motivacional por el otro, emocional, una suerte de disposición a. Y la vida de las parejas es sumamente fluctuante y también es muy común que tengan distintos niveles de deseo y hay mucha desinformación, se cree que el único deseo es el deseo espontáneo, es decir, yo voy a buscar al otro sexualmente. No, está el deseo receptivo también, que si me estimulan bien, yo funciono. Entonces yo lo encuentro complejo, re complejo, imagínate, estuvimos investigando cuatro años para hacer el libro sobre deseo masculino. Es mucha la información, es mucho lo que estudia por lo menos desde el lado terapéutico.

A: ¿Tú trabajas más con hombres que con mujeres?

E7: No, por igual.

A: ¿Y qué otros problemas aparecen aparte de estos problemas que me mencionas que son los más prevalentes?

E7: A ver, está empezando a aparecer una disfunción orgásmica masculina que le pusimos nosotros la anorgasmia coital masculina que va más allá de la eyaculación retardada que sencillamente in vagina no pueden. Y es un fenómeno llamativo hoy en día

porque otro fenómeno era la eyaculación retardada que viene del árbol genealógico, pero esta es más emocional. No me ha tocado tanto porque creo que las mujeres en ese sentido buscan terapeutas mujeres, pero también las mujeres están mostrando dificultad en lo que es excitación, es decir, el símil de la erección, a ellas les cuesta lubricarse, agarrar onda.

A: ¿Y trastornos del dolor por ejemplo?

E7: También, sí. Ahora, trastorno del dolor a mí me llega por rebote. Me llega porque un urólogo mandó, porque una kinesióloga me mandó. Pero sí, por lo menos en mí clínica no es para nada prevalente.

A: Y bueno, acá la gente llega a tu terapia con el motivo de consulta respecto de la sexualidad directamente o ¿Cómo emerge acá?

E7: Emerge directamente, directamente. Es como lo difundimos también.

A: Perfecto. La siguiente consigna es sobre la interdisciplinariedad y dice: *“La sexualidad es algo que se ha estudiado desde diversos ámbitos a lo largo de la historia. Diversos especialistas pueden abordar la sexualidad desde sus conocimientos; por ejemplo, Médicos (Psiquiatras, Ginecólogos, Urólogos), Psicólogos, Kinesiólogos, Filósofos, Educadores, etc. Cuál podría ser su conocimiento, planteamiento, posicionamiento respecto del trabajo interdisciplinario en sexualidad, y, desde, la relación que ofrece su propia especialidad. Preguntas que incluyen este punto pueden ser ¿Qué tan importante para usted es trabajar interdisciplinariamente cuando se trata de problemáticas en sexualidad? ¿Con qué especialistas? ¿Considera usted que en la actualidad existe una comunicación fluida entre estos especialistas en cuanto al trabajo en la temática de sexualidad? A su criterio ¿Hay una disposición de parte de los especialistas para una comunicación en el trabajo en sexualidad o en realidad se trabaja sólo desde la disciplina propia?” [Consigna IV].*

E7: A ver, yo creo que lo multidisciplinario es esencial pero no necesariamente en todos los casos. Por ejemplo, hay una gran cantidad de sexólogos urólogos, yo tengo una discrepancia enorme en el *approach* de la disfunción eréctil porque he escuchado muchas veces de diversos urólogos que llegan, lo miran, lo revisan y todo lo demás y recetan. Y claro, cuando incluso utilizando Viagra ni si quiera así logran la erección ahí recién van al psicólogo sexólogo, al terapeuta más bien que trabaja desde una mirada más psicológica. Yo creo que es nuestra responsabilidad por lo menos desde mí mirada como psicólogo que trabaja en el área de la sexualidad, primero hacer un descarte de lo biológico y ahí está el urólogo. Hay ciertas intervenciones complementarias que pueden requerir psiquiatra porque por ejemplo que se yo, se usa mucho la Sertralina como un medicamento que ayuda también a poder retardar la eyaculación y el orgasmo masculino. Y yo siempre lo tengo a la mano. Si yo veo que tengo pacientes que están muy ansiosos, muy ansiosos les digo *“Viejito vamos a tranquilizarnos sino no vamos a poder trabajar”* ahí

psiquiatra. Ahora yo creo que sería muy bueno en la cultura nuestra como terapeutas sexuales o dentro del área de la sexualidad trazar más caminos de conexión porque en realidad como que cada uno está en tu propio terreno, cada uno está en su feudo y me incluyo, nosotros somos más psicologicistas que cualquier cosa. Pero sí responsables en ese sentido que si vemos que hay ciertas disfunciones que nosotros efectivamente no andamos para allá, especialmente del deseo por ejemplo, o una disfunción eréctil, primero pedimos que se descarte cualquier cosa biológica, hay que hacer un descarte biológico. Un hombre con un nivel de testosterona baja, obviamente estamos pensando que no solamente tiene que ver una cosa psicológica. Aunque los problemas sexuales tampoco se resuelven inyectándose testosterona eso ya está archi probado. Pero claro, está como en esta comunicación entre nuestras áreas, mucho lo vemos de manera demasiado modular.

A: Por lo que entiendo ¿Es como que en general no hay una comunicación fluida entre los distintos especialistas?

E7: Es que yo creo que más que comunicación, yo creo que eso uno lo construye. Nosotros tenemos psiquiatras, tenemos urólogos con los cuales nosotros tenemos alianza y siempre están recibiendo a nuestros pacientes. Yo creo que el discurso del conocimiento, el discurso de la intervención no está esto. Como que es muy común que no, o hay un experto que tiene varias digamos conocimientos, distintas habilidades, o son tan específicos que solamente ven esto y no ven la globalidad del ser humano pero tiene la mala costumbre de creer que con su intervención van a resolver un problema. Yo creo que no hay cultura en que hagamos redes, urólogos, ginecólogos, sexólogos, no existe, es un diálogo muy pobre por lo menos en Chile.

A: Pero la disposición a pesar de que es un diálogo pobre ¿La disposición está?

E7: Sí, yo tengo muy buena relación con varios urólogos, ginecólogos, médicos generales, psiquiatras, médicos generales que digamos que se han interesado en el psicoanálisis también o en la sexualidad pero ¿Una red que sea visible? No, no está.

A: Pasando a la siguiente consigna, esta tiene que ver con el tratamiento y dice: *“Este enunciado busca que usted pueda referirse al trabajo clínico en términos amplios que se realiza en cuanto a sexualidad desde su disciplina específica. Si es que se puede hablar de un tratamiento propiamente tal. Refiriéndose por ejemplo a la forma particular en las que usted aborda la sexualidad y en especial, las problemáticas que puedan surgir en torno a ella; o cómo y cuándo toma decisiones respecto al camino que debe seguir el proceso psicoterapéutico cuando emerge esta temática” [Consigna V].*

E7: A ver, en términos bien sencillo nosotros tenemos una suerte de modelo y digo suerte de modelo porque no está escrito aún pero está muy pensado y tratamos de transmitirlo también a la gente que trabaja con nosotros. El *approach* es multifactorial, es decir, no solamente nos hacemos cargo de lo biológico digamos haciendo interconsulta al menos

de la manera en que se puede, lo vemos individual, relacional, cultural y generalmente partimos con varias intervenciones en distintos momentos. No solamente en lo concretamente sexual, utilizamos herramientas cognitivas conductuales, utilizamos herramientas de los clásicos ejercicios en sexología que vienen desde Master y Johnson pero nunca descuidamos la relación de pareja. Siempre pensamos la sexualidad no solamente como un fenómeno circunscrito sino como relación. Siempre lo hemos hecho así y es impresionante como la pareja empieza a estar mejor en la sexualidad. Ahora más allá de teorías clínicas, más allá desde dónde nosotros operamos, está esto de pensar al ser humano como varias cosas, no quedarnos con un aspecto, tratar de abarcar lo más posible en vez de una manera más general.

A: ¿Y con eso te refieres por ejemplo a no centrarse por ejemplo en lo sexual sino como irse a otras áreas de la vida?

E7: Sí claro, yo indago las historias vitales, indago los estilos de apego, indago la personalidad, no solamente la relación de pareja, los conozco profundamente. Trato de entender qué parte de la personalidad está haciendo ruido en la sexualidad. Yo tengo una suerte de formación, muy al principio de mi formación, psicoanalítica entonces también me pregunto acerca de lo intrapsíquico o qué hay ahí detrás, qué mensaje inconsciente o qué está expresando toda esta disfunción si es que hay una disfunción.

A: En un momento tú me mencionaste que en general trabajas con parejas pero me pregunto por ejemplo ¿Qué pasa si te llega un paciente que tiene alguna disfunción pero no está en pareja sino que se expresa no sé porque tiene parejas esporádicas o algo así?

E7: Bueno sí, me llega. Ahora, el trabajo por lo menos desde donde yo lo veo es un poco más complejo, más lento pero hay cosas que se pueden hacer. Pero lo más importante es cambiar la mirada del otro respecto de su propia sexualidad. Cuando es sexualidad más esporádica o casual o situacional digamos que las disfunciones son menos frecuentes, excepto la eyaculación precoz que como es primaria, es de toda la vida, puede aparecer siempre en todos los encuentros sexuales, si la más compleja es la sexualidad de las parejas estables de larga data. Esas son las problemáticas más complejas las otras son poco frecuentes.

A: Pero se pueden trabajar igual por lo que te entiendo.

E7: Sí, por supuesto.

A: Bueno, la última consigna es: *“¿Cuáles son los elementos con los que usted dispone para llevar a cabo un acercamiento más comprensivo, reflexivo, complejo o global sobre la sexualidad?” [Consigna VI].*

E7: A ver, mira, yo creo que todo terapeuta sexual tiene que tener nociones de la cultura, todo terapeuta sexual tiene que estar al tanto del estado de la situación de lo que es roles de género, en el sentido de la posmodernidad, de cómo la posmodernidad afecta a los

sujetos porque eso articula creencias, articula formas de vivir. Segundo, yo creo que todo terapeuta sexual tiene que tener conocimiento de funcionamiento interno, sea narrativo, intrapsíquico, lo que sea, de su paciente. Yo creo que todo terapeuta sexual debe tener también una mirada sistémica. Yo no partí siendo sistémico, lo fui incorporando de otras cosas en mi vida digamos gracias a Dios que son miradas teóricas complementarias que no entran, a ver, esto de que entran en contradicción como digo yo es una excusa para ser purista. Yo creo que no entran en contradicción en la medida en que tú te haces cargo de que puede ser contradictorio pero no importa porque te sirven, yo creo en la epistemología del terapeuta por supuesto. Yo creo también hay que mirar la sexualidad no como un diálogo lateral sino directamente, la sexualidad mirarla como compleja, como un acto humano por eso el ejercicio o estar observando cómo es la sexualidad del otro es esencial. Porque si se la cree no más teóricamente como ¡Ah, eso es parte de la relación! No, eso es parte de la relación ok. Pero si tienen estas citas pasionales como les decimos nosotros es “¿Cómo les fue? ¿Tú lo masturbaste? ¿Cómo te sentiste tú cuando lo masturbaste?” ¿Entiendes? Entonces es mirarla así. Y también como algo afectivo. Se nos va mucho de nuestro afecto, de nuestro apego con el otro en esto ¿Te das cuenta? Es cognitivo, es conductual, es afectivo, cultural, intrapsíquico, narrativo, etcétera ¡Es todo eso! Yo creo en la mirada compleja del ser humano. Una teoría nunca es suficiente para explicar el fenómeno y a partir de un conocimiento más cabal sobre una y complementando con la teoría desde otro sitio, estoy hablando de integración, de poblar la mirada, yo creo que eso es lo esencial en todos lados.

A: Tú en algún momento también mencionaste durante la entrevista que igual había que tener conocimiento sobre el aspecto biológico independientemente de que lo derives a otra especialidad ¿Podría ser también un elemento o no?

E7: Sí, es un elemento a considerar. Ahora, yo no me siento experto en el tema, algo de conocimiento tengo, sí, que no lo abordo porque no es mi área de expertise.

A: ¿Pero de alguna manera te puede servir para orientar al paciente?

E7: Sí, sí.

A: ¿Y qué elementos dispones tú en términos de tu persona del terapeuta?

E7: Bueno yo creo en esto que se está hablando del estilo terapéutico personal. Yo me río mucho en terapia, nos reímos mucho con mis pacientes, nos echamos talla, garabateamos. Hay una suerte de búsqueda de lo más genuino, yo trato de ser muy coherente conmigo como quiero estar. Develo, auto develo muchas cosas, me hago cargo del *enactment*, es decir que yo aunque actúe o no actúe estoy develando, mostrándole algo mío entonces prefiero colocarlo arriba de la mesa de una. Yo le cuento historias de mi familia o de mis amigos como parte de mí. No soy para nada un terapeuta distante, sabiendo, a mí me gusta estar entre una simetría porque claro utilizo el poder que me dan a favor de mi paciente pero también desde la mutualidad “Oye a mí con mi señora

también me pasan estas mismas weas” [Se ríe] Yo no tengo nada de Gatica, yo predico y practico le digo yo “¡Y vieras tú la última pelea que tuve ayer!”. No les cuento con detalle, pero me es importante ser real.

A: ¿Y tú crees que eso aporta en una terapia donde la sexualidad es un tema?

E7: Sí, totalmente. No solamente aporta en el vínculo que tu empiezas a construir, el cálculo que hicimos, nosotros hicimos un cálculo de índice de adherencia, es decir, cuánto los pacientes en los primeros tres meses se quedan. Aprendí a soltarme, antes yo era muy cuadradito y claro el índice de adherencia que tenemos en esta clínica es de entre un 90% y un 95%. Se van muy pocos pacientes que vienen. Es mucho. Yo no tenía la menor idea, es la primera vez que nosotros lo utilizamos durante el año completo, yo no tenía noción, ni idea. Eso habla que mucho tiene que ver con el vínculo y hay muchos pacientes que se quedan años, parejas que se quedan años. Yo creo que eso es fundamental, no es que tengamos algo especial.

A: Perfecto, muchas gracias por la entrevista.

E7: De nada.

- **Entrevistado 8 (E8)**

Entrevistadora (A): Como le contaba esta entrevista tiene un formato bien especial, yo en el fondo no es que le lea preguntas, sino que le leo como consignas y la idea es que usted se expone con respecto a ese tema. Entonces la primera consigna trata sobre una cosmovisión o descripción general de la sexualidad y dice así: *“Para comenzar, este enunciado pretende lograr que usted se posicione respecto a la temática de la sexualidad, compartiendo una descripción general personal de lo que se enmarcaría dentro de ella. Algunas preguntas orientadoras de este punto podrían ser: ¿Cuánto espacio ocupa la sexualidad en la vida de los sujetos? ¿Usted comprende la sexualidad como una composición de diversos ámbitos dentro (de los cuales habría algunos más estudiados o menos estudiados que otros) o en realidad la comprende como una visión global diferenciada?” [Consigna I].*

Entrevistado (E8): Mhm...

A: No sé si le queda más o menos claro, igual le puedo repetir algunas cosas.

E8: Mhm... Ya, la sexualidad involucra muchos aspectos, es parte importante de la vida en casi todos los sujetos habitualmente. Hablo yo desde la experiencia de lo que la gente consulta. Si tú colocas sobre la mesa a alguien que no consulta por sexualidad, la palabra, siempre tiene algo que decir, y siempre la localiza en algún punto, ya sea menos o más importante, pero incluso al no tener importancia es por algo, por alguna razón, como mala experiencia... lo que tú quieras, dolor... ¿no cierto? etcétera; pero termina siendo importante entonces, por lo mismo, porque la tiene aplacado, la tiene en un lugar ya sea por un trauma, por lo que sea... es decir involucra algo. La sexualidad involucra muchas cosas, involucra muchos ámbitos distintos, incluso la sexualidad puede cambiar a lo largo de la vida, hay etapas distintas en la vida que involucra más o menos sexualidad también, y que también está en eso modulada de alguna manera por la experiencia de vida también. Por eso de alguna manera la sexualidad si es importante en los sujetos... Son temas de conversación, además, ¿no cierto? y yo te diría que involucra muchos ámbitos distintos ¿No sé si te respondo de alguna manera? Tú me vas guiando que quieres saber.

A: Sí, si... Cuando usted dice que involucra muchos ámbitos distintos ¿Cómo a qué ámbitos se refiere?

E8: Los ámbitos personales, por ejemplo, la experiencia de vida, por ejemplo, involucra si hay patologías o no hay patologías, involucra es parte del bienestar; una persona que tiene problemas psicológicos en otros ámbitos muchas veces involucra también secundariamente la sexualidad, la altera, involucra de la parte mía lo que las personas tienen patologías, porque hay patologías en sexualidad, entonces eso te va a diferenciar, digamos. Ahora, la gran mayoría cuando la ve alterada altera la vida completa, y altera otras cosas en la vida. Tú la ves que se coloca una mochila encima, y es algo más que le

molesta. Hoy día yo tuve algunas pacientes que te lo decían específicamente *“en realidad yo condicioné por mi sexualidad, por el hecho de tener problemas, etcétera, condicioné mi vida, mi vida de pareja etcétera, el tener o no tener más hijos, por ejemplo...”*. Qué cosa más grande, por ejemplo, ese tema, los hijos, ya que involucran sexualidad. Yo tengo pacientes que no tienen relaciones, pero han llegado a engañar a algunos médicos, nunca les han dicho que no tienen relaciones, porque no los entendieron, etcétera, y por vergüenza se ponen de acuerdo y siguen terapias de infertilidad, y terminan embarazándose con una terapia de infertilidad y no tienen relaciones sexuales. De hecho, eso yo lo tengo publicado, y no son pocos, no es solamente acá. Esos médicos nunca supieron que ellos no tenían relaciones. Te fijas, o sea, cómo condiciona eso una vida... Yo tengo pacientes que han consultado a los ochenta años por problemas de sexualidad. La persona de más edad es de ochenta y dos años, una vulvodinia, a los ochenta y dos años consultó. Yo le pregunté por qué consultas en este momento, *“se murió mi esposo, siempre tuve este problema, él me entendió, no teníamos relaciones, yo quiero intentar tener una pareja, por qué no”*.

A: ¡¿A los ochenta años?! ¡Wow que increíble! ¿Y esto usted cree que esto se debe al cambio cultural?

E8: Sí, indudablemente esto es más fácil conversarlo hoy día que antes. Ahora, en sexualidad la gente miente mucho. Los grupos no son a veces lo mejor para apoyar estas cosas, internet tampoco, porque habitualmente hay mala información, no hay buena información. La información de internet que hay más, no es filtrada, la escribe cualquiera, y al escribirla cualquiera la escribe desde su punto de vista muchas veces, de su experiencia; entonces en eso más que orientar desorienta muchas veces. Búscate en patologías de sexualidad información, lo que está abierto, la gran mayoría, o son anuncios pagados, lo cual está involucrando un negocio, por lo tanto, tiene otro interés, o son personas, los blogs, por ejemplo, es terrible. Y eso para todo, búscate un cáncer, etcétera, en otros ámbitos también. El internet en eso no ayuda mucho.

A: Perfecto. Y usted me habla como más o menos de cuánto abarca o cuánto espacio ocupa la sexualidad en la vida de los sujetos, pero a mí me gustaría saber también qué entiende usted por sexualidad.

E8: Claro, a ver, sexualidad es un tema súper amplio porque es un tema que involucra muchas cosas. Yo te hablé de sexualidad desde el punto de vista de relaciones sexuales, eso es lo que te estaba hablando, porque estoy hablando desde el punto de vista de lo que yo veo, como médico, porque sexualidad involucra muchas otras cosas. Si quieres hablar de sexualidad involucra también los ámbitos psicológicos de la sexualidad, que se considera esa mujer ¿Hombre o mujer? Involucra otras cosas más. Por eso, yo te estoy hablando desde ese punto de vista, que no sé si es ese al cual estás enfocándote.

A: Lo estoy enfocando a su experiencia.

E8: Correcto, porque si tu colocas sexualidad y a un paciente le dices “¿Y cómo estas con la sexualidad?” te va a entender diferentes cosas. Te va a entender de qué se considera, si hombre o mujer, como género, identidad de género también, y lo que es sexo lógicamente, relaciones sexuales. Por eso es que es un término que podría ser visto como súper amplio de alguna manera.

A: Claro, perfecto. Pasando a la segunda consigna, esta tiene que ver con la vida cotidiana y la sexualidad, y dice así: *“El propósito de este enunciado es que usted se pueda referir a la vida cotidiana y cómo la sexualidad se relaciona con ella. Se entiende en este caso a la vida cotidiana como acciones, situaciones y actividades que las personas realizan a diario, así como también a aquello más doméstico. Preguntas que engloban este punto entonces son ¿Qué tan frecuente es que una dificultad de salud sexual se asocie a problemas en la vida cotidiana? ¿En su experiencia cómo afecta esto directamente? ¿Cuánto se habla esto (de la afección en la vida cotidiana) en un tratamiento de salud? [Consigna II].*

E8: Eso es súper interesante, porque al final toda la vida podría repercutir en una persona que tiene patologías en la sexualidad, todo. Personas que no logran tener relaciones sexuales, por ejemplo, a veces lo que hacen es que se cierran y no buscan tener pareja porque van a tener que dar explicaciones. Yo tengo pacientes que no tienen relaciones por dolor, por ejemplo, o por diferentes alteraciones, y resulta que tú las ves como se van quedando solas, o como ellas mismas finalmente cuando logran tener una pareja deciden no seguir adelante porque saben que no van a poder pasar a otro, ellos le dicen “nivel” o etcétera, de relación. O no pocas, las que ya asumen esto y cuando logran ver que van a empezar a tener relaciones traen a la pareja para acá y le explican que tienen algo y que prefieren que yo converse con ellos para explicarles y ver de qué se trata para poder incorporarlos en esto. Tengo pacientes que se mantienen solteras por lo mismo, o por ahí tengo un par que intentaron lesbianismo porque se dieron cuenta que una penetración iban a tener dolor, o sea inclusive. La sexualidad involucra mucho y en la vida diaria, en los quehaceres, en las actividades, en todo; y es distinto tal vez entre hombres y mujeres, punto uno, y entre mujeres y hombres también es distinto de acuerdo a las personas. Las mujeres en general pero también en lo particular, no puedo encasillar, pero la sexualidad la ve más bien, sigue viéndola para lo que uno ve involucrado mucho con el tener hijos. En la gente más joven puede no ser así y la ven más bien con pasarla bien, que tienen derecho, y de ahí viene toda la parte de anticoncepción, etcétera. Pero sigue habiendo muchos sentimientos de culpa en la mujer, porque la que se embaraza es la mujer, no el hombre, y el hombre habitualmente tú lo que ves es que, o toma una cosa irresponsable y le da lo mismo, total la mujer es la que se tiene que cuidar, entonces sus acciones son distintas en el cotidiano y qué están tratando de buscar. El hombre más joven lo que trata de su vida es tener conquista, pasarla bien, etcétera, y si puede tener relaciones mejor todavía. Tú te fijas que en el fondo muchas veces mueven su día en cuanto a la sexualidad, no es todo el mundo, pero uno lo ve, lo conversa con los pacientes. La mujer tiene patologías distintas, porque ella ya no ve que aquí hay una cosa de pasarla bien y

se auto culpa muchas veces por eso también, “¿Qué hago yo?”, “¿Qué hice para tener esto?”, “¿Hice algo mal, tal vez?”, “Tal vez no voy a poder tener hijos, incluso... por lo tanto no estoy completa como mujer”. Muchas veces te dicen, entonces condiciona. Tú ves, por ejemplo, en patologías sexuales, por ejemplo, el dolor, las mujeres que suelo ver son personas que son súper inteligentes, personas que habitualmente tienen profesiones y se dedican mucho a sus trabajos, su punto de escape, ya condiciona su vida. Y ellos te dicen algunas veces “es que yo soy buena para trabajar y no, tal vez, para una relación de pareja” etcétera, etcétera. Ves como condiciona, aquí te estoy hablando del ámbito patológico...

A: Claro ¿Y de lo no patológico, por ejemplo?

E8: Es probable que sí, lo que uno ve en la gente que no tiene, por ejemplo, patologías, que consulta de forma normal, lo estoy viendo desde ese punto de vista. A ver, la consulta al ginecólogo anual ¿Tiene que ver con sexualidad? Sí. Viene y pregunta “¿Doctor no tengo ninguna enfermedad de transmisión sexual?” ¿Tiene que ver con sexualidad? Tiene que ver con transmisión, tiene que ver con relaciones, etcétera... tiene que ver con el hecho de ser mujer que es diferente a ser hombre “me cuido para no tener embarazos”, tiene que ver con lo mismo nuevamente, por lo tanto ¿Juega un papel, un rol importante? Sí. Si hablamos de anticonceptivos ¿Tiene que ver con sexualidad? Sí ¿Cuántas mujeres toman anticonceptivos? Casi todas.

A: Claro, y eso es cotidiano.

E8: Claro. Ahora si tú me vas a hablar de genitalidad, y de ir más allá, que tiene que ver con lo mismo, pero ya estoy yendo a algo más... yo lo estoy viendo desde la parte, el sistema de hombre y mujer, porque tiene que ver con lo mismo, hay una separación ¿No cierto? Entonces, ¿Involucra la sexualidad la vida cotidiana? Totalmente. Pero como te digo, yo te lo puedo dar desde ese punto de vista lógicamente.

A: Si... Me parece perfecto.

E8: Lo otro ya es lo que pueda pensar como persona, que eso es distinto. O sea, yo lo estoy diciendo desde la parte médica.

A: Y por ejemplo, esta pregunta que a mí me parece interesante, que es como ¿Cuánto se habla de estas afecciones en la vida cotidiana, en el fondo, en el tratamiento de salud?

E8: Poco, ¿Por qué motivo? Porque hoy en día, como en todo, los médicos no tienen tiempo para ver pacientes. Si tú abres puertas, yo siempre ocupo este término, que no puedo cerrar, no le hago un favor a una paciente. Por lo tanto, si tú consultas por dolor de cabeza, el médico la va a ver por dolor de cabeza, porque si me pongo a buscar, voy a encontrar y no voy a tener tiempo para cerrar eso. Entonces que significa, que si tú consultas a un médico por un Papanicolaou, control anual, ya te llevaste, a veces, dos tercios de la consulta en lo que hay que ver, la anticoncepción. Entonces un médico no te

va a preguntar y segundo pocos van a tener información también en esto. Entonces, si no tengo las herramientas, mejor no sigo adelante en eso, no me voy a meter. Porque si yo quiero hacer un examen completo, y revisar todo, la parte psicológica que yo pueda detectar para mandarla al psicólogo o etcétera, etcétera... necesito mucho tiempo. Las consultas, por ejemplo, que tienen que ver con sexualidad duran 45 minutos, una hora. Y siendo súper esquematizado, y tienes que dejar tiempo para hablar, y si la persona tiene problemas, tú sabes lo que significa, significa que se va a quedar pegada mucho rato en esto, entonces cuánto tiempo se le da a la sexualidad en las consultas médicas, casi nada y todos lo sabemos. Es distinto cuando alguien consulta específicamente por un problema sexual porque estoy obligado a tener que verlo.

A: Ahí ocupa un poco más de espacio entonces...

E8: Claro, exacto.

A: Perfecto, súper. Pasando a la tercera consigna, esta trata sobre problemáticas generales asociadas a la sexualidad y dificultades y disfunciones. Ya lo hemos hablado un poco, pero es para especificar más. Dice: *“El siguiente enunciado tiene por objetivo que usted pueda referirse a los aspectos que pudieran dificultar la sexualidad. De acuerdo a esto, primero sería importante conocer cuándo para usted una situación se transforma en un problema y cuáles serían los principales problemas asociados a la sexualidad: ¿Cuáles son las problemáticas que más cree usted que se presentan? ¿Hay algunas más complejas que otras? Desde su experiencia ¿Cuándo cree usted que es oportuno el trabajo que usted hace con una terapia? [Consigna III].*

E8: Em... A ver, te involucra un montón de cosas esa pregunta.

A: *[Interrumpe]* Si, básicamente es como prevalencias, de cuáles son las más comunes, las más complejas...

E8: *[Interrumpe]* Em... Claro, si porque mira, es súper relativo y difícil de contestar porque no hay cuentas que te digan habitualmente, generales aquí en Chile, por ejemplo, de ver problemas de sexualidad a las pacientes. Entonces mi experiencia va a ser distinta a la que te diga otra persona, porque yo veo cosas más específicas, o sea, yo veo mucho dolor en sexualidad. Entonces, que significa eso, que me las mandan específicamente, entonces estoy lleno de eso, entonces mi problemática va a ser esa, pero son gente que viene dirigida a eso. Entonces, ¿Cuándo se transforma en un problema? Cuando les está afectando la vida diaria y eso se engloba con la otra pregunta ¿Te fijas? Porque hay gente que tolera algunas cosas... a ver ¿Cuánta gente tú le dices, tener relaciones no es normal que duela? *“Ah yo no sabía, pero no me molesta”*.

A: O sea, para usted esa persona no tendría un problema.

E8: Probablemente no tiene un problema grande, y tú le dices *“mira te voy a revisar... mira si tienes un problema, es menor”* lógicamente, no le voy a encontrar algo mayor si no

le está molestando, pero tiene un problema, pero uno le advierte y le dice *“mira, tienes una patología, si en algún momento te empieza a molestar o esto aumenta... para ver qué sucede”*. Si yo me voy a otro tipo de problemas en la sexualidad, por ejemplo, problemas psicológicos, esos los vamos a encontrar aquí, gente que tú la detectas cuando les vas a hacer el Papanicolaou y no se dejan hacerlo, y no pueden controlarlo. Ahí hay un problema con su genitalidad, por ejemplo, y no hay caso que tú te acerques a hacer un Papanicolaou, eso no es normal ¿Te fijas? Ahí yo las mando al psicólogo, y trato de buscar otras patologías, y me doy cuenta que ahí hay problemas psicológicos, o hay a veces aversión a todo lo que tenga que ver con sexualidad, etcétera. A veces las personas han tenido malas experiencias sexuales, por ejemplo, han tenido algún problema en la vida, de ahí a veces la psicóloga detecta que son gente que son el extremo de educaciones rígidas, y a veces abriéndoles un poco el mundo y dándose cuenta que esto no es la realidad se les acaba el problema. Por decirte, te estoy hablando de algo simple, estoy banalizando lo clásico, en el fondo, esto es más complejo, pero esos son problemas que no saco nada con ver yo, porque yo no encontré nada en el examen físico. No hay un vaginismo, no hay nada, pero tú si ves que hay una aversión, de alguna manera una fobia a lo que tiene que ver con genitalidad.

A: Y eso ¿Qué tan común es?

E8: [*Silencio*] Es bastante frecuente, yo te diría, yo te diría, a ver... te repito, mi consulta es el 80% por problemas sexuales, y específicamente son por dolor. Me las mandan acá a mí, pero si tú ves en el global, gente que consulte de forma común por algunas cosas y uno le detecta problemas, siempre tiene algún problema menor, lo que pasa es que habitualmente tienen menor porque si no consultan directamente por eso. Por eso, que tengan problema, yo te diría, por lo menos, algún grado de problema en cualquier nivel, deben ser entre los dos tercios de las personas en la consulta. Y que les moleste y provoque problemas que hay que tratar, deben ser un tercio. Solo por ponerte un ejemplo, el caso de vestibulitis Vulbar o vulvodinia, 16% de la población en el mundo supuestamente la tiene, según las estadísticas de los Países Bajos y de Estados Unidos, que ahí hay encuestas telefónicas, de hecho, 16% hasta 18%, es harto, y solo te estoy hablando de una patología. Ahora, hay fenómenos que son transitorios y otros que son no transitorios, en general, de lo fisiológico a lo psicológico. Una persona que tiene un problema transitorio por una mala experiencia, no se po', por un pololo que se trató de sobrepasar, le puede dejar el problema para toda la vida, o puede ser que no, hay gente que tiene mecanismos de defensas súper buenos. Entonces llegan acá y te dicen, *“me cuesta que me examinen porque tuve un problema con un pololo, trato de tener relaciones a la fuerza y esto me tiene mal, termine con la persona”* y tú la mandas al psicólogo, es una patología de otro tipo. Si tiene buenos mecanismos de defensas a veces ni siquiera van a psicólogo y tú la ve' tiempo después y le dices *“bueno, no me llamaste ¿Fuiste al psicólogo?”*, *“No, lo superé, este era un tal por cual, lo mande a la punta del cerro y se acabó incluso tengo otra relación de pareja y no tengo ningún problema”*. Eso es transitorio, y eso va en los mecanismos de defensa de cada persona, y que es en todo en

la vida, la sexualidad para mí como es algo más dentro de la vida que involucra importancia, también te puede dejar problemas como puede no dejar problemas. Hay cosas que son patológicas, otras que no son tanto, hay cosas que requieren ayuda psicológica, hay cosas que requieren ayuda kinesiológica, hay cosas que requieren ayuda médica. Lo que es médico, orgánico, es distinto, eso lo trato y lo veo. Lo que es psicológico, y por otro lado, lo mismo hay cosas que requieren los tres y hay cosas de los dos u otros mezclas distintas.

A: Perfecto, y yo sé que usted es ginecólogo y trabaja especialmente con mujeres, pero yo sé que hay otras problemáticas de disfunciones sexuales que usted conoce, si me pudiera decir cuáles son, tanto en hombres como en mujeres o lo que se conversa quizás de pasillo con los colegas

E8: Claro, nosotros detectamos muchas patologías en hombres secundarias, eyaculaciones precoces, por ejemplo, por montones. No pocas veces, como es bastante prevalente la eyaculación precoz, esos hombres no lo conversan en sus grupos y ninguno de los amigos saben que tiene eyaculación precoz, entonces uno, por ejemplo, al mandar al psicólogo a la pareja, son ellos los que terminan dándose cuenta que eran eyaculadores precoz y ahí los derivo al urólogo, que tampoco puede ser cualquier urólogo, tiene que ser un urólogo que se dedique a eso. Y a veces, nosotros hacemos una terapia que es con kinesioterapia para esos eyaculadores precoz, más la psicoterapia, y la solucionamos. Ahí tienes algo, que en hombres es bastantes prevalente, tiene una frecuencia alta. Los vaginismos, existen diferentes tipos de vaginismos, nosotros los clasificamos en los vaginismos que nosotros decimos reactivos, es decir que son secundarios a algo, por ejemplo, al dolor, esos tienen respuesta inmediata, súper fácil con kinesioterapia. Pero hay vaginismos puros, que pueden ser por una mala experiencia sexual, una violación etcétera, y si no solucionas la parte psicológica, y la kinesioterapia es secundaria en esos casos, no lo vas a solucionar. Si tú las mandas al kinesiólogo solamente por el vaginismo no se te va a solucionar probablemente, porque el problema sigue, están ahí, para eso la tiene que ver el psicólogo. Entonces ¿Hay otras patologías? si, ahí te coloco dos ejemplos. Del resto, están todos los que tienen que ver con los afectos etcétera, también, y que también involucran sexualidad y cada vez son problemas menores que van por otro lado y eso el psicólogo ve generalmente, yo no me meto mayormente en eso, o sea, yo por eso es que la gran mayoría de los casos los mando al psicólogo, para mí es re importante, y me los manda de vuelta si no les encuentra nada y el me termina viendo si encuentra algo más.

A: Y a nivel, por ejemplo, yo sé que usted dijo que no hay estudios que hablan de estadísticas en Chile, pero en general, mujeres y hombres, mujeres, porque ya me dijo la prevalencia de los eyaculadores precoces, en mujeres ¿Cuáles son mundialmente las estadísticas respecto de los problemas sexuales más comunes?

E8: Visto desde mi punto de vista, el problema más grande en sexualidad como parte médica es dolor. Y para eso tienes, básicamente la que tiene más prevalencia es la vulvodinia.

A: Y dentro del dolor ¿Qué patologías están? Está la vulvodinia...

E8: [Interrumpe] Lo que pasa es que al fin y al cabo son las mismas, pero tienen diferentes clasificaciones, porque hay vulvodinias que son generalizadas, que son horribles, hay espontáneas, y tienen tratamientos distintos muchas veces. Hay asociadas con y sin vaginismos, que son tratamientos distintos.

A: ¿Esos vaginismos, están dentro de las patologías de dolor?

E8: No y sí, porque el vaginismo no tiene por qué doler, el vaginismo es una contractura muscular secundaria como respuesta, puede estar asociada o no asociada, por lo que el enfoque será distinto. Porque el grado de vaginismo que tenga una persona es la importancia mayor o menor de la kinesioterapia que tenga. Pero, a ver, hay personas que tienen aversiones contra la genitalidad y eso también involucra la sexualidad, por una educación restrictiva, por ejemplo, *“siempre se le dijo de chica que el sexo era malo”*, eso era antes más que nada, eso ahora no se da tanto, tú lo veí en gente... a veces puede estar asociado a cosas más religiosas, por ejemplo, eso sí lo vemos, lo tenemos estudiado. Nosotros entrevistamos a las personas, entonces vemos en esas personas cuánto tiene que ver la educación, la religión cada día menos, importancia la religión hoy en día para nuestro país, pero hay países que no es así, entonces cuando tu lees un revista de problemas sexuales, es distinto leerla para un judío que para un musulmán, o para un caribeño, probablemente, e incluso depende del lugar, es distinto leerlo aquí en Chile, es distinta una estadística hecha para nuestra población que para otra. Mira, cosa extraña, fíjate, la vulvodinia no se da en gente de bajos recursos generalmente para nosotros, son pocos. Pareciera que tal vez, incluso, el problema es que no consultan, no tiene tiempo, esa mujer no se preocuparse de consultar, tal vez, no se da el tiempo para ella, probablemente. Tú la veí, gente que termina llegando acá, llena de hijos, con dolor y te dicen, *“si no trabajo, no como... no le doy de comer a mi hijo”* por lo tanto esto es un problema secundario, *“cierro los ojos y tengo relaciones no más con él”* y el esposo tampoco es tan capaz de entender mucho, poca educación, etcétera. El concepto del machismo también juega un rol importante en nuestro país, sea como sea, en la consulta nuestra no vemos tanto machismo, pero probablemente en otros ambientes sí, por eso son micro, mico realidades. Eso funciona distinto, por eso es difícil poder decirte que con lo que yo te estoy contando se pueda armar una realidad completa para el país, probablemente es distinto en Chiloé, en distinto en Santiago, es distinto en el norte, y es distinto dentro de Santiago. Por eso, mi población, que veo, ojo, es una realidad de acá, yo no lo extrapolaría a ninguna cosa. Y cuando yo leo *papers*, leo de dónde viene para tener una idea, no porque estoy vetando, para tener una idea de dónde viene y qué es lo que involucra y qué es lo que hay. Las personas que vienen aquí en general no involucran mucho la religión en lo que están conversando.

A: ¿De verdad? Yo hubiera pensado lo contrario por el sector [Refiriéndose al sector oriente de Santiago].

E8: No, fíjate que no es así. Yo tengo acá un montón de judíos, y tengo judíos ortodoxos, los cuales algunos de ellos, son ortodoxos o sea te estoy hablando, imagínate, que tiene que pedirle permiso al rabino para que yo los examine, me di cuenta que algunos de ellos, te estoy haciendo un ejemplo solamente, tengo algunos de ellos que de alguna manera los problemas de sexualidad que tiene si involucran la religión y si es un poco revelarse de algunas cosas. Entonces es muy probable que en la parte católica extrema también lo exista. Entonces, por eso te digo que cada persona es un mundo y hay que verlo con cada persona, eso es distinto.

A: Para ir cerrando esta consigna, una pregunta que me gustaría hacerle es si ¿Hay alguna patología o problemática sexual más compleja que otra desde su experiencia?

E8: Si, claro y para más remate, dentro de cada patología también hay matices. Hay vaginismos que llegan severos, severos, severos, severos, pero tú les puedes decir que en el 100% los vas a solucionar y uno en medicina suele no hacer eso porque tú no sabes cuánto vas a llegar. Un vaginismo puro te dice *“no puedo evitar la contracción, no puedo, no puedo, no puedo”* y tú ves que tiene un componente fóbico, okey, solucionas el problema, ves por qué, y se les solucionó el problema, no tienen dolor, no tienen nada. Súper sencillo. Los vaginismos son 100% solucionables hay que verlos con la psicóloga para que detecte otros problemas, los solucionas y se acabó el problema. Llegan al próximo control y es como si no hubiese pasado nada, se aprenden a disociar un poco cuando piensan, no cierto, tú ves que cuando se colocan ahí, ellas mismas se evaden de la parte de genitalidad, y logas tener una relación y le haces el Papanicolaou impecable y todo el examen completo y antes no se podía. Pero ahora, un vaginismo por una violación, siendo la misma patología, el enfoque es distinto y esos tienes que sacarlos con psicólogas si o si y pueden tener experiencias difíciles como puede que otras no. Una vulvodinia, hay vulvodinias que son súper pequeñas y puntuales, vulvodinias específicas en un punto, esas salen casi todas pero una vulvodinia generalizada, una Clitoridinia, que es un tipo de vulvodinia, esa probablemente va a ser más compleja y vamos a sacar la parte psicológica y vamos a involucrar a la pareja, y vamos a sacarle el vaginismo secundario que seguramente tenía, pero va a seguir teniendo dolor. Por lo tanto, le va a seguir condicionando su sexualidad y todo en la vida. Entonces nosotros seguimos ayudándolas ¿En qué? En más adelante, las acompañamos en todo, se logran embarazar, y al tener parto vaginal, les preguntamos si se puede, sino nosotros lo decidimos, sigue involucrando y tiene que ver con la sexualidad en la vida. Tengo pacientes que han logrado tener tres hijos y antes tenían cero posibilidades de tener relaciones. Tengo muchas, que como no quieren tener hijos y están con premura por la edad, les advertimos y empezamos con los ejercicios, con los acercamientos y cuando hay cosas más psicológicas, y les damos anticonceptivos para que no se embaracen en ese intertanto porque si no involucra dejar el tratamiento, y no están sanas

completamente y de adrede no se toman los anticonceptivos y de repente logran tener relaciones y se escapan ellos mismos, en los ejercicios se entusiasman por decirlo así, logran tener relaciones y algunas han quedado embarazadas inmediatamente; le han achuntado al día justo y no seguimos con el tratamiento, se acabó. Y están felices y contentos porque han logrado lo que querían en el fondo, pero saben que el problema lo siguen teniendo.

A: Claro, y resumidamente porque yo ya lo sé pero es para que se explicita en mi tesis ¿Usted me podría explicar qué es la vulvodinia?

E8: La vulvodinia es un trastorno que es poco conocido a nivel médico, que es muy prevalente, en el cual se han cambiado incluso los nombres en los últimos años, para tratar de entenderlo, porque como patología esencial idiopática en realidad más que ser desconocida en sus orígenes, se sabe que es multifactorial entonces, probablemente a medida que avancen los tiempos se va a poder clasificar en distintos tipos de patologías y no ser una sola, como la pretendemos hoy en día, porque es un trastorno del dolor en la vulva, que lógicamente, la vulva es el sector donde se tiene sexo ¿No cierto? Por lo tanto, aumenta o no, o la provoca, un gatillante, es el tener relaciones sexuales. Pero ojo, las hay espontáneas ¿Qué significa? Que gente con solo sentarse mantiene el dolor todo el día, entonces la sexualidad se condiciona por esto, pero no es el punto de partida y hay otras personas que descubren el dolor, en algunos tipos de vulvodinia, por ejemplo, una vestibulodinia que es solamente al estímulo, por las relaciones, porque el dolor solamente se da al estímulo, entonces al estímulo frente a las relaciones sexuales. Entonces por eso es una tremenda patología, súper prevalente que básicamente es dolor vulvar, ya sea con o sin relaciones sexuales, todas las que tienen dolor van a tenerlas con las relaciones sexuales, pero hay otras que son espontáneas y no espontáneas también, y en distintos lugares, hay gente que tiene en lugares específicos, tan específicos como el clítoris, es una Clitoridinia, lo que significa que va a tener dolor en el orgasmo y más encima el hecho de tener dolor a veces espontáneos significa que tiene orgasmos. Yo tengo pacientes que, de hecho recuerdo un par de psicólogas que se retiraron de la carrera porque el dolor les involucraba orgasmos, entonces no hallaban que hacer, podían estar en clases y a veces tener orgasmos, lo cual me decían que eran sensaciones horribles porque esto es dolor, pero me está provocando un orgasmo.

A: Eso nunca lo había escuchado.

E8: Claro, en las Clitoridinas para eso y que vamos a hacer ¿Amputar el clítoris? Te apuesto que no, por lo tanto, es súper difícil tratarlo, se trata con una serie de cosas, pero es difícil. Ellas incluso te dicen, *“yo quisiera nunca más tener relaciones sexuales”*, esto les provoca dolor y es atroz. Entonces condiciona un monto de cosas, condiciona la vida. A esas personas yo siempre les digo *“no coloquen su problema delante de ustedes, sino que a un lado”*, es como tener diabetes, lo van a tener probablemente el resto de la vida, pero hay que saberla llevar y tú estás bien por la diabetes porque tomas medicamentos o puede que necesites cuidarte con la dieta, aquí también, vas a tener que cuidarte de esto,

pero a veces no necesariamente significa... si lo antepones en tu vida, cambia toda la vida.

A: Claro, perfecto. Pasando a la cuarta consigna, esta es entretenida, me gusta mucho y tiene que ver con la interdisciplinariedad y dice: *“La sexualidad es algo que se ha estudiado desde diversos ámbitos a lo largo de la historia. Diversos especialistas pueden abordar la sexualidad desde sus conocimientos; por ejemplo, Médicos (Psiquiatras, Ginecólogos, Urólogos), Psicólogos, Kinesiólogos, Filósofos, Educadores, etc.Cuál podría ser su conocimiento, planteamiento, posicionamiento respecto del trabajo interdisciplinario en sexualidad, y, desde, la relación que ofrece su propia especialidad. Preguntas que incluyen este punto pueden ser: ¿Con qué otros especialistas le toca trabajar frecuentemente en las temáticas de sexualidad?; A su criterio ¿Hay una disposición de parte de los especialistas para una comunicación en el trabajo en sexualidad o en realidad se trabaja sólo desde la disciplina propia?” [Consigna IV].*

E8: Hay dos puntos ahí. En los últimos años como modelo de negocio se ha intentado hacer multidisciplinario todo, pero son modelos de negocio ¿Ya? Punto uno. Visto así es nefasto ¿Qué significa eso? Yo tengo la experiencia de un centro pélvico que necesariamente involucra problemas de sexualidad donde hay kinesiólogos, falta que haya un oftalmólogo metido ahí, porque si tú quieres verlo del punto de vista de agregar cosas, le puedes agregar por todos lados. Esto significa que persona que transita por ese lugar, transita por veinte especialistas, con los pagos y gastos que eso significa, y cada uno va dando su opinión al respecto y su punto, *“no tiene esto, no tiene esto otro, no tiene esto otro...”* para llegar al mismo punto de partida. Entonces visto desde ese punto de vista, no sirve de nada. Por lo tanto ¿Qué hay que hacer? Los grupos multidisciplinarios para esto si funcionan, pero el grupo multidisciplinario no significa que interactúen todos, sino que solo los que son necesarios de acuerdo al problema. Lo que a mí me toca, lo más habitual, casi en el... por lo menos dos tercios de los pacientes, interactuar con kinesiólogas y con psicólogas; y psicólogas generalmente sexólogas.

A: ¿En general son mujeres?

E8: En general son mujeres, por eso digo sexólogas y kinesiólogas. Porque es difícil en este caso de sexualidad, que les hagan ejercicios un hombre y en psicología hay más mujeres que hombres, y en sexualidad son mujeres básicamente, hay hombres también, pero me tonca menos, pero hay hombres. Y yo no trabajo con mucha cantidad de gente, trabajo con dos o tres de cada uno. Entonces por qué, porque con ellos, de hecho, tenemos costumbre de reunirnos ya sea los tres o yo directamente con una o con la otra cada cierto tiempo, incluso en algún momento estuvimos viéndonos una vez a la semana, para ver los casos más difíciles y ver qué hacíamos. Entonces cada uno llevaba su minuta, presentábamos el caso entre los tres, para acordarnos de que se trataba y veíamos los grados de avance de cada uno, y colocábamos cada uno su apreciación, su visión al respecto, para poder avanzar, o para poder ver, al contrario, cuando no podíamos avanzar. Hoy en día nos ayuda mucho el teléfono, porque, qué significa eso,

que por la premura a veces no nos reunimos con tanta frecuencia pero si conversamos por teléfono, *“encontré tal cosa en la paciente”, “me vino a ver tal persona”*. La kinesióloga no es poco frecuente que en ese intertanto que ella está viendo a la paciente, haciéndole los ejercicios, encuentra un trastorno de flujo que no se da cuenta ni la paciente, y me la manda de vuelta, yo la veo y efectivamente es un trastorno de flujo que no les va a permitir avanzar en lo que estaban haciendo, Entonces lo veo, y las mando de vuelta. De repente consultan de otra manera y van directo a la kinesióloga, por qué, porque no logran la penetración y leyeron que el vaginismo se trata con Kinesioterapia, pero resulta que tenía un tremendo problema psicológico detrás y un tremendo problema orgánico que era un síndrome, algún trastorno específico... lo detecta la kinesióloga, lo que ella hace es rápidamente mandarla para acá y al psicólogo. De hecho, hay que acordarse de que además incluso para la Isapre, psicología, estoy hablando en este punto de vista, la kinesiología son aspectos dentro, entonces la derivación se requiere por el médico y no de forma directa, sino no te lo va a bonificar la Isapre. Entonces deberían pasar por un filtro previo para detectar lo que es orgánico, porque no pocas veces he visto gente, mira solo el vulvodinia, promedio para Estados Unidos, esta tabulado eso, de consultas previas, antes de llegar a un diagnóstico médico, nueve personas la han visto antes, involucrando médicos, kinesiólogos, involucrando psicólogos, psiquiatras... ese es el promedio. En Chile nosotros sacamos el promedio y tenemos siete, de lo que tengo yo, siete personas vistas en promedio previas y son promedios, vistas previas, te digo que he visto catorce especialistas antes, incluyendo a más de un ginecólogo. Porque además que pasa, van por un trastorno, *“no... Tú tienes dolor porque debe ser un hongo porque no encuentro nada”* para muchas de estas cosas hay que ser proactivos y buscarlas, el problema psicológico hay que ir a buscarlo, el problema del músculo hay que ir a buscarlo, el problema de la agudez hay que ir a buscarlo, hay que buscarlos de frente, hay que buscar criterios para provocarlo, hacer test... no es solo mirar, entonces que significa, si no lo detecta, *“te doy un antimicótico para probar”, “te doy un corticoide para probar”*, esa persona lo vuelve a encubrir, se va, dice *“no, otra vez más de lo mismo”* o alguno les dijo, *“yo creo que esto es un problema psicológico”, “es que ya fui al psicólogo”*, listo me cambio. Entonces hay una cosa que es dual, desde la paciente, que es multi-consultante, cuando no encuentra solución, porque por último si consultara cuatro veces al médico es más probable que ese médico empiece a ver de qué se trata. Yo tengo algunos que se quedan con un puro médico y el médico finalmente da con uno y llaman y dice *“sabes que, podrías revisarla porque yo no sé lo que tiene”* yo no tengo porque saber de infertilidad y me llegan pacientes por infertilidad, la mando al médico que corresponda para que me dé una opinión, si es algo de él que se la deje él y la vea él, pero no es mi expertise, no es lo que yo veo. Entonces pasa esto también acá en esto.

A: ¿Y en general está la disposición de parte de otros especialistas?

E8: [Interrumpe] De los que trabajan en esto. Porque si tú los mandas a un psicólogo que, te repito, ve otras cosas y no tiene experiencia en sexualidad, va a ver cualquier cosa menos lo que tiene que ver. Antes de ti, entro una señora que tiene vulvodinia severa,

tiene problemas con la pareja, lógicamente, secundarias, porque no tienen relaciones, él no quiere involucrarse en el tratamiento, eso es un problema, y tiene que involucrarse, tiene que involucrarse para entender, etcétera, etcétera. Entonces esto también refuerza el problema con ella, porque también tiene un problema que no está resuelto, entonces sigue con más problemas y tiene más aversiones a lo que es la sexualidad. Entonces estamos tratando una parte, pero no estamos tratando el completo. Ella está yendo al psicólogo, pero la psicóloga no es sexóloga, por lo tanto, ella me decía, *“se ha enfocado en los problemas que tengo con los hijos, todos, y me los tiene solucionados, pero todavía no le hinca el diente al problema que tengo, mi pareja, sexual... Entonces estamos súper bien en todo el resto de las cosas, vimos un trauma que tenía infantil con mi abuela, todo tratado, pero y el problema específico”* me decía, *“¿Qué es lo que hago?”* Entonces yo le he dicho un montón de veces, que tiene que ir a una sexóloga y no pocas se mantienen con su psicóloga y con la sexóloga aparte. De hecho, la sexóloga que ve pacientes conmigo, cuando detecta otros problemas, trastornos de ansiedad y la parte sexual no tienen ningún problema psicológico, que es reactivo a un dolor no más, no les sigue el juego, les da las directrices de que hacer pero no las sigue viendo y las manda a quien corresponde.

A: Claro, pero la disposición de los que trabajan en sexualidad, están para comunicarse.

E8: Claro, los que trabajan, porque el resto, si no ven esto, o los toman y dan vuelta, dan vuelta, dan vuelta, que es lo peor y lo que más se ve. U otros que son súper sinceros y dicen *“No, esto no lo veo, no lo veo”*.

A: Y usted cree que la realidad... porque usted tiene un equipo con el que trabaja, está el kinesiólogo, el psicólogo... es una realidad particular o usted cree que hay otros ginecólogos expertos en sexualidad que también tiene comunicación con otros...

E8: *[Interrumpe]* No, no, no tienen comunicación en general. Y yo no soy experto en sexualidad, porque sexualidad involucra mucho. O sea, lo que yo veo son patologías específicas en sexualidad, si involucro, o encuentro algo que no es lo que yo veo los mando a donde corresponde. Por eso yo te hable de la sexualidad, porque es un tema terriblemente grande, desde el punto de vista que yo veo, patológico y específicamente más de dolor, porque sexualidad es un tema súper amplio, como te decía involucra un montón de cosas. Si lo vas a ver desde el punto de vista filosófico, etcétera... sexualidad es un tema súper grande, tremendamente grande, involucra la vida, involucra mucho, involucra patologías, no patologías, involucra organicidad, genitalidad, involucra lo que piensa la persona, experiencias de vida ¡Uf!

A: O sea, por lo que yo entiendo, en su realidad particular, esta como este trabajo interdisciplinario con las personas con las que usted trabaja, pero en general se trabaja desde la disciplina propia.

E8: Sí, eso es lo que veo. Es lo que te digo, nueve consultas previas yo las tengo tabuladas, publicadas y presentadas en un congreso, siete a nueve en el mundo, es efectivamente lo que hay, y nosotros tenemos exactamente lo mismo, siete personas previas vistas y vistas por psicólogos, y ¿Cuánto tiempo? Tengo incluida la cantidad de años, son años, y más encima se demoran en consultar, no consultan antes de cuatro años, lo patean para adelante, es más cómodo.

A: Es súper interesante lo que usted dice, porque claro, pasan por estas siete personas antes, y esas personas que los atendieron, sean quien sea, podrían quizás haberse extendido y haber ido a preguntarle a un colega o a otro, *“oye tengo esta paciente que le pasa esto”* pero parece que se quedan ahí no más.

E8: Si, pero lo que te digo, hoy en día lamentablemente la medicina está, y todo está... y más lugares más específicos como estos, más problemas, porque está súper, súper, especializado, entonces ya existe el súper especialista en el dedo gordo, entonces él no va a ver el resto de las cosas y no tiene tiempo, pero si quiere hacer una buena medicina... A ver, hay centros que te atienden en quince minutos ¿Tú crees que en quince minutos pueden agregar un problema de sexualidad? Y dónde más consulta la gente, masivamente, porque es más barato. O sea, si tú compras un auto, comparas un auto más caro o menos caro, te trae más o menos cosas; aquí estas comprando tiempo muchas veces, entonces no da el tiempo, no hay una mala voluntad, no lo veo por una mala voluntad, pero también por desconocimiento. Yo tengo treinta minutos para ver pacientes, créeme que en sexualidad a veces me demoro una hora, y significa que tiene que esperarme el resto de la gente, y significa un estrés súper grande para el mí el resto del día muchas veces, porque significa que tengo que correr.

A Ya, quedan solamente dos preguntas, y son súper cortitas. La consigna cinco es sobre el tratamiento, y dice: *“Este enunciado busca que usted pueda referirse al trabajo clínico en términos amplios que se realiza en cuanto a sexualidad desde su disciplina específica. Si es que se puede hablar de un tratamiento propiamente tal. Refiriéndose por ejemplo a la forma particular en las que usted aborda la sexualidad y en especial, las problemáticas que puedan surgir en torno a ella; o cómo y cuándo toma decisiones respecto al camino que debe seguir el tratamiento cuando emerge esta temática...”* [Consigna V]. Yo sé que a lo largo de toda la entrevista hemos hablado de esto, pero...

E8: [Interrumpe] Si, lo mismo estaba pensando, primero que nada, para mí es importante el trabajo multidisciplinario, pero multidisciplinario entendido de esta manera que te explique, porque yo creo que se ha echado mano a esto y se han hecho modelos económicos que es otra cosa y eso me molesta mucho ¿Ya? Porque lo veo, porque los pacientes llegan con este problema y al final nadie les ha hecho un diagnóstico. Por lo tanto, yo trato de darles el máximo de tiempo y ver si es para que me quede yo con este tratamiento, trato de ver si es que hay un problema psicológico, lo que puedo ver, porque los test específicos no soy yo quien los va a aplicar, en el fondo, sino que la psicóloga que trabaja conmigo y ella va a ver si es que efectivamente... y me va a llamar y me va a decir

“sí” y es tan fluida la comunicación que a veces sale de la consulta y me llama, al momento y me dice *“Hay tal y tal cosa, aquí hay un problema... desde chiquita”* yo no lo detecté, *“hay incluso una violación aquí, y unos antecedentes que logramos sacar, etcétera”* yo no lo detecté, y eso que pregunte, me dice, *“lo tenía medio olvidado pero se logra acordar...”*, por ejemplo. La kinesióloga lo mismo sale de la consulta y me llama. Y yo a veces antes de la derivación le digo a la paciente, *“el día que vayas, me llamas ese mismo día para acordarme y yo llamo antes a la kinesióloga y le digo que va tal persona para allá, blablá, lo que encontré yo, blablá”* no para que se haga una idea de lo que se va a encontrar, sino que para que me complemente o me ayude en el diagnóstico, ojala me diga *“encontré tal cosa”* para saber si tiene más importancia o no, o *“sí, encontré exactamente lo mismo”*. Para yo poder seguir o no seguir el tratamiento, por eso que a veces el tratamiento para mí involucra etapas y yo siempre digo, esto es un *step by step [paso a paso]*, y es una escala, me subo en esta escala en la mitad, me subo en el primer peldaño, o me subo un poco más arriba, nunca al final. Aquí hay tratamiento en lo orgánico que involucra desde cirugía hasta infiltraciones con medicamentos locales, hasta solo psicología, hasta solo kinesioterapia, son los menos, o más kinesioterapia, una sesión semanal por diez semanas, o más psicoterapia y con la pareja incluida, sobre todo, eso es súper importante para nosotros, la pareja metida en esto, o es solo médico, que no son pocas las que también, de repente, hay un problema orgánico puntual.

A: ¿Se trata con medicamentos?

E8: Sí, involucra medicamentos, claro, y son distintos. Ahora, ¿cuándo cambio de terapia? Lo que pasa es que se usan directrices, una vez que lo hemos visto los tres puedo hacer un plan de trabajo, por eso estas reuniones, o nos juntamos, o nos vamos llamando por teléfono, como para poder hacer directrices para dónde vamos. Y somos súper abiertos a cambiar en el camino, y que más que cambiarlas, es agregar. Yo involucro mucho, por ejemplo, la llamada telefónica, porque no saco nada con venir para acá a adaptar medicamentos, la tolerancia a los medicamentos en este caso, que utilizo para dolor es mala, entonces esa es una de las grandes cosas, los médicos de repente que han visto que los tratamos con grandes cosas empiezan con los medicamentos directamente en dosis altas y los mandan al suelo a esas personas, no vuelven más. Tengo un caso por ahí de un accidente automovilístico secundario por un médico que se lo dio a su esposa, pensando que le iba a hacer bien porque, no tenía experiencia en esto, pero como vio que nosotros usábamos estos medicamentos... no es la dosis. Y en estas patologías específicas, las dosis son distintas. No es para lo que originalmente fueron hechas, muchas veces, acuérdate que los medicamentos tienen diez efectos para los cuales tú los podrías usar, entonces lo que yo hago a veces para algunas cosas es... hay medicamentos que tengo que mandar a hacer, que no existen. Entonces también en eso no lo hacen en cualquier lado, tuve que yo involucrarme y poder hablar con las farmacias hasta lograr llegar al medicamento, llamar a Estados Unidos, hasta llegar a las formulaciones, con cambios de PH, etcétera, etcétera. Es un trabajo que me llevó años, y hoy en día yo veo que de repente hay médicos que ven que le llega una paciente de las

nuestras y después copian las formulas sin saber lo que están haciendo. Entonces se lo dan a alguien creyendo que es lo mismo porque lo clasificaron en y no es la persona indicada; me llegan de vuelta muchas veces y yo les pregunto “¿Quién les dio estos medicamentos?” “*tal persona...*”, no le han visto la parte psicológica, no le han visto nada y lo único que hicieron fue copiar el medicamento para tratar de ayudarlo.

A: Perfecto. Y en este trabajo que usted hace con los otros especialistas, en el fondo si la psicóloga le dice “*no sabe que esta persona tiene una violación*”, como influye eso en como usted trabaja...

E8: [*Interrumpe*] Total...

A: ¿Les habla distinto? ¿Les habla sobre el tema?....

E8: [*Interrumpe*] No, no... en eso, yo no soy experto en eso, por lo tanto, no puedo, ahí comanda, en ese caso, la psicóloga y ella me va diciendo a mí que hacer.

A: Ah... ella como que le da indicaciones.

E8: Si, sí. Ella me da las indicaciones, y a veces incluso, no vuelven hasta que no se sensibilice eso.

A: ¿He indicaciones como que por ejemplo?

E8: ¿Qué me haya dado ella a mí? ¿Qué me hayan dado ellos a mí? ¿La psicóloga? ¿A eso te refieres?

A: Si.

E8: Desensibilizaciones sistemáticas, por ejemplo, por la genitalidad. Entonces voy viendo qué es lo que yo podría hacer. Entonces, no se po', cosas súper simples, vamos agregando de a poco el, el examen más completo, hasta que nos damos cuenta que logramos hacerlo completo y ellos van participando. Por ejemplo, estoy dando un ejemplo casi absurdo, es un ejemplo muy pequeño, porque la gran mayoría las ve ella primero y cuando ya tiene solucionado parte del problema siguen conmigo.

A: Perfecto.

E8: ¡Pero vamos de la mano! Por ejemplo, una violación. Tenemos poca gente con violación, nosotros, pero tenemos, el año pasado teníamos un caso bien especial, de una paciente que tenía una vestibulodinia, con una aversión, una fobia al sexo y un vaginismo, todo completo. Yo no me di cuenta, a pesar de que traté de ver más la experiencia sexual, que se yo, por uno mejor habla de cosas genéricas y si ellos lo tocan o si uno ve la corporalidad que ellos colocan en la respuesta uno se mete más allá, por qué, porque no me da miedo a no encontrar algo, porque en una segunda instancia la psicóloga me lo va a encontrar. Y la psicóloga logro encontrarlo, y cuando lo encontró la psicóloga si dio

cuenta que había una violación y había abusos de parte del padrastro, por mucho tiempo en la etapa infantil. Entonces, ¿Cuánto condiciono los problemas que tenía hoy en día? Probablemente si no el 100%, dos tercios. Entonces fíjate que pasó, yo te decía el año pasado porque el año pasado tuvo una resolución este caso. Esta niña tuvo un embarazo, después de no haber tenido nunca relaciones, y su guagüita nació y ningún problema, feliz con esta guagüita, pero tuvimos que llevarla a resacar este problema, solucionarlo, y finalmente el año pasado el padrastro murió en brazos de ella y ella lo perdonó y él también le pidió perdón.

A: Que fuerte.

E8: Fuerte. ¿Te fijas? Y ella lo perdonó. Y hablaron antes de morir, el murió en sus brazos, el padrastro no tenía ningún otro familiar. Y ella hoy en día se sienta con nosotros y es capaz de conversarlo abiertamente sin ningún problema. No se lo va a conversar a todo el mundo, pero con nosotros... ¿Te fijas? Te pongo un ejemplo específico. Por eso cada uno me puede ayudar en su especialidad a ir variando el tratamiento.

A: Perfecto. Y ahora pasando a la... ¡Ah, no! quería hacerle una pregunta sobre el tratamiento, ¿Cómo se toman los pacientes el hecho que ustedes trabajen interdisciplinariamente? Esa pregunta no está acá, pero se me ocurrió...

E8: Generalmente bien, les gusta. Y por eso también es que en esto se ha manoseado un poco el término interdisciplinario. Por eso si no es necesario yo no lo hago. De repente hay cosas que son súper específicas y lo solucionas y... pero ojo, sigo abierto a que en el camino aparezca algo, y me dé cuenta, y se van igual de vuelta pa, pa, pa... y se los digo, pasa que tengo que derivarlos después, cuando ya hemos avanzado a veces un año y hemos estado bastante bien, logramos esta relación, pero nos damos cuenta que hay un problema con la pareja. No lo puedo solucionar yo, la evalúa la psicóloga, y la psicóloga la sigue viendo y ella entiende perfectamente que esto no nos dimos cuenta antes y no hay ningún cuestionamiento, de ninguno de nosotros, al contrario, hay un problema y lo tenemos que solucionar. La gente lo toma bien, cuando tú le dices a una paciente que tomaste una determinación en una determinada cirugía, estoy hablando de medicina general, y que lo viste en conjunto con otros médicos lo toman súper bien, y eso es súper bueno y eso lo hacemos muy frecuentemente, sobre todo acá nosotros. No pocas veces tenemos una reunión, a veces con dos o tres médicos más *“mira tengo un problema, quiero que me den su opinión”* salgo de acá de la consulta y los voy a buscar, nos juntamos los tres y lo vemos; ellos también hacen igual, estamos acostumbrados nosotros acá, no te digo que sea la tónica del resto del lugar, no... nosotros. Pero, en ese sentido, lo ven bien cuando hay más gente involucrada. Y, además, a ver, se dan cuenta que está ahí la kinesióloga y se dan cuenta que cuentan con ella, de hecho, tienen los celulares, tanto de la kinesióloga, como el mío, como el de la psicóloga. Lo que, es más, la derivación, no pocas veces la psicóloga me llama estando ahí con la paciente y me llama inmediatamente con la paciente ahí, me pasa el teléfono a mí y yo voy inmediatamente adentro con mi teléfono para que le den la hora. O sea, para qué, para que... Hay un

trabajo conjunto y para que la paciente no pierda la oportunidad y la ayudemos en el procedimiento de las cosas; para que sea esto algo que funcione.

A: Perfecto. Pasando a la última pregunta, esta ya no es una consigna, es una pregunta de cierre y mi pregunta de investigación en verdad, pero es interesante como la responden las personas. Y dice: *“¿Cuáles son los elementos con los que usted dispone para llevar a cabo un acercamiento más comprensivo, reflexivo, complejo o global sobre la sexualidad?” [Consigna VI].* Con qué elementos dispone, en términos generales.

E8: Es complicada la pregunta por que involucra mucho. A ver, si me hablas de elementos que dispongo para poder acercarme... Para mí la entrevista y la anamnesis es lo más importante con las personas, y darles el tiempo a ellos para también en eso se expresen y puedan... para ver dónde está el problema. Y los otros elementos grandes para mi va tomado de la misma otra pregunta, el poder tener a la psicóloga-sexóloga, tener a la kinesióloga cerca, y poder completar mi estudio y mi examen con lo de ellos, en el fondo. Ahora, yo como elementos en el... importantes son el tratamiento, tengo los medicamentos a mi disposición, que los he podido ir construyendo, el aparataje de la farmacia, yo me comunico directamente a la central de una farmacia para que me hagan algunas cosas o para que me varíen o me arreglen, etcétera, etcétera. Pero han sido cosas de uno. Tengo la educación continua, que todos los años estoy tratando de buscar cosas nuevas. Tengo los elementos que me van ayudando que son de la investigación con la misma gente que tabulamos todos, entonces de esa manera puedo ver estadísticas para poder ver... nos hemos encontrado así con cosas nuevas, por ejemplo: cosas que tienen más o menos importancia para algunas personas. Entonces, a mucha gente yo le digo *“mira, esto lo vamos a tabular, tus datos...”*. Diría eso.

A: ¿Y elementos como más personales de usted cómo persona?

E8: Ah bueno, lo que pasa es que yo soy un poco más asequible y más abierto a las pacientes. O sea, trato, pero es una cosa de como soy yo, soy un poco más cercano. Mi teléfono está disponible. Entonces de repente hay problemas en el año y vamos viendo cómo lo vamos solucionando.

A: La cercanía entonces sería...

E8: Sí, sí, sí... soy más asequible en ese aspecto. Somos siempre igual, pero eso involucra un sacrificio súper grande personal, mi teléfono no deja de sonar todo el día, viernes sábado y domingo incluso, en la noche, entonces involucra que yo nunca me estoy despegando de quién trabajo y quién tiene un problema. Y por lo mismo, también termino involucrando a otra gente, o sea, a la psicóloga la voy a llamar, y la psicóloga también me va a llamar un sábado, *“oye, sabes que me acaba de llamar la tal persona, y fijate que tuvo problema, acaba de tener problemas con la pareja, blablablá...”*, *“creo que lo que me está hablando, está confundiendo algo orgánico, si tú la pudieras ver el lunes mejor, etcétera, etcétera, te va a llamar”*, y eso un sábado. Entonces *“ya el lunes a*

primera hora veo, o déjame ver ahora mismo sábado por la noche...” y estoy viendo la agenda, y viendo donde la meto y llamo para acá, llamo al call center y les digo le puedes dar una hora a tal persona a tal hora... que se yo. Entonces claro, la cercanía es un elemento que en estos casos nos ayuda bastante, el tomarme el tiempo para explicar, lo que yo puedo explicarlos y lo que puede explicar la psicóloga también, y lo que puede explicar la kinesióloga también. Porque ese momento, se dan cuenta que lo que tiene, muchas otras mujeres también lo tienen y que no son cosas raras.

A: Claro. Y obvio que eso también es un tremendo aporte.

E8: Sí, sí. Yo creo eso es súper importante. Yo, yo nunca... algo que me enseñó mira Fred Howard, que el muy amigo nuestro, a esta dos veces en esta oficina viendo pacientes conmigo.

A: ¿Cuál es el nombre de él?

E8: Fred Howard. Fred siempre me dijo algo, no prometas lo que no sabes si vas a lograr cumplir. Y siempre me quedo eso. Y no me lo dijo porque yo prometiera, sino que me lo dijo entre sus consejos. Justamente, yo no sé cuánto voy a lograr en este tratamiento, no lo sé... en algunas sí uno puede saber, que son súper fáciles de solucionar, como un vaginismo puro, común y corriente, esos los logramos solucionar, y si no tiene algún componente psicológico, excelente, se puede solucionar, pero ya el hecho de tener un diagnóstico para esos pacientes es importante. Eso como punto uno. Porque cuando tú sabes que hay algo que existe y es tangible, y tienes un problema, tú sabes que esto no es algo esotérico, no es algo que no se sepa, hay más gente con esto, no es algo extraño tampoco. Eso es lo primero. Entonces la explicación, yo me tomo todo el tiempo para explicarles lo que hay, decirles lo que hay, porque sabemos los que no sabemos. Incluso no pocas veces rayo una hoja y les muestro lo que existe, desde el punto de vista, desde el punto de vista orgánico, cuando es algo orgánico, y cuanto me involucra y cuanto no me involucra. A veces llegan y estamos solucionados con el problema, teniendo relaciones, que se yo, yo les digo *“lo que encontramos acá es una patología crónica”* lo que te ponía el ejemplo de la diabetes, por ejemplo, algo específico como una vulvodinia, *“en el tiempo, cuando tengas problemas, es probable que eso nuevamente aumente, si en el tiempo pasa aquí estoy yo, nosotros te vamos a ayudar, quédate tranquila y sigue tu vida normal”* y pasa eso, siguen su vida normal y de repente, vienen a sus controles anuales comunes y corrientes, si tenían un médico que las controlaban siguen sus controles anuales con ese médico... De hecho, no pocos médicos, que conocemos, nos mandan esas pacientes, nosotros solo vemos lo que nos corresponde y se las mandamos a ellos de vuelta, siguen incluso... tengo acá un médico que funciona dos consultas más allá, y que no es poco frecuente que llegan a un entendimiento tal del paciente, tan leales a eso que viene al control por una cosa y van a hacerse el Papanicolaou con él. Es re frecuente. O sea, lo encuentro, pero maravilloso, o sea, y le van contando a él cómo van, etcétera. Y es súper sincero, esto no es lo mío. Entonces que te vea el doctor lo que

corresponde. Entonces esa gente de repente, pasa el tiempo ve a su médico y de repente hacen un rebote en el problema...

A: Y vienen para acá de nuevo...

E8: ... O llaman por teléfono. Entonces a veces uno les dice, *“¡Ah ya! Yo me acuerdo”* y voy a mis tablas, *“esto era un problema de tal tipo, o en realidad no puedo hacer mucho yo... Ya, empieza con tales medicamentos mientras tanto, te acuerdas que te habíamos dicho, la crema para que bajen un poco las molestias, y anda al tiro donde la psicóloga, o anda al tiro a la kinesióloga para que refuerce ¿Estuviste haciendo ejercicios?”*, *“no, los dejé”*, *“ya listo...el vaginismo está empezando un poquito de nuevo, anda donde ella te va a mandar de vuelta si realmente los necesitas...entonces yo te dejo la orden de derivación, pasa a buscarla”* Por ejemplo. Y llamo a la psicóloga y le digo *“oye mira, paso tal cosa, a ver si encontrarai algo orgánico que necesite verme me la mandai”, sino... para que no gaste, no tiene ningún sentido”* y a veces llega de vuelta *“listo, solucionado”*. A los dos meses *“doctor, hice los ejercicios, tenía razón”* y listo se acabó. Pero si no se soluciona en el camino, vuelve para acá y seguimos nosotros *“aquí estamos para tratar de ayudarte en lo que podamos”* y si no, se va a ir donde se tenga que ir, y si detectamos problemas en la pareja, una eyaculación precoz, por ejemplo, un ejemplo, se va donde la psicóloga y se va donde el urólogo experto en eso, que ve eso y el se comunica con nosotros o no se comunica de acuerdo a la problemática.

A: Perfecto. Y la última pregunta chiquitita que me surge, estos elementos que usted me menciona han sido parte de lo que le entrego su formación como ginecólogo, o son cosas que con la experiencia ha ido...

E8: Las dos, las dos cosas. Las dos cosas y es un pensamiento de vida también creo, para mí, yo no veo una relación, a ver, buena o malamente... A ver, yo soy un poco más paternalista con la gente, pero en el buen sentido de la palabra, no de decirle... explicando y viendo juntos el por qué, para tratar de salir adelante. Por eso trato de explicar los medicamentos, que están haciendo y para qué los quieren, *“para que tú los tomes, para que tú me digas si vas mal, me digas si vas bien y si hay una reacción adversa me puedas llamar y no te vas a otro lado... o en el fondo, porque vas a seguir dando vueltas, sin que se logre un tratamiento”*. O sea, por eso explico las reacciones adversas, o lo que pueda haber, etcétera, etcétera, o lo que pueda aparecer.

A: Perfecto ¿Y las pacientes, de que edad son las que más llegan? ¿Cuál es el rango etario?

E8: Promedio... treinta y dos años, lo tengo sacado. Y las más chicas que me han llegado, dieciocho. Y la de más, ochenta y dos, que era la que te decía. Y esta señora de ochenta y dos, fue increíble, es un mundo, yo te podría contar muchas cosas así de cada una, porque no involucran algo general, lo que te decía, para mi casi no hay generalidades, esta cuestión de encasillar a la gente es para tratar de encasillar y que nos

facilite los tratamientos y todo eso, pero acá no, no... eso no funciona 100%. Por eso para mí, estas patologías, a la larga, vamos a lograr ver que son de alguna manera, mini patologías. Dos cosas, esta señora de ochenta y dos años, por primera vez dice *“doctor, le voy a confesar algo que nunca a nadie le he confesado, no uso calzones. Estoy aquí a poto pelao’, con las piernas abiertas para que me entre airecito y me quite el dolor”*. Y con falda *“y yo estoy en reunión y nadie se imagina que estoy a poto pelao’... todo el tiempo digo, algún día me voy a caer o va a ocurrir un accidente y se van a dar cuenta que no tengo calzón”*. Me decía, *“llevo así toda mi vida en lo mismo porque no puedo usar calzones, cada vez que uso calzones me duele”* me decía. Mira, aspectos genéticos, muchas de esas personas si tienen, gente... las gemelas, por ejemplo, que llegan, llega una, por problemas, por ejemplo, de vulvodinia y típicamente uno le advierte que le pregunte a la gemela, y llega la otra. Eso es bien frecuente para nosotros, tengo varias gemelas así, una trajo a la otra.

A: Perfecto, bueno, esa era la entrevista. Muchísimas gracias.

- **Entrevistado 9 (E9)**

Entrevistadora (A): Bueno, como te comentaba, el formato de esta entrevista es como medio extraño, porque no son preguntas en particular, son como consignas. Entonces yo te leo una consigna, y como que la idea es que te explayas respecto de ese tema, en el fondo. Y la primera consigna es la siguiente: *“Para comenzar, este enunciado pretende lograr que usted se posicione respecto a la temática de la sexualidad, compartiendo una descripción general personal de lo que se enmarcaría dentro de ella. Algunas preguntas orientadoras de este punto podrían ser: ¿Cuánto espacio ocupa la sexualidad en la vida de los sujetos? ¿Usted comprende la sexualidad como una composición de diversos ámbitos dentro (de los cuales habría algunos más estudiados o menos estudiados que otros) o en realidad la comprende como una visión global diferenciada?” [Consigna I].*

Básicamente es que me cuentes tu visión acerca de la sexualidad, como la entiendes tú...

Entrevistada (E9): O sea, desde el punto de vista que me toca trabajar a mí, en el fondo, yo creo que compromete un tema físico y emocional. En general yo creo que es un ámbito que marca como un porcentaje alto de la importancia que le da la persona al desarrollo de su sexualidad. Ahora yo las veo afectadas, en el fondo, de manera física y emocional, yo no trabajo específicamente con lo emocional que afecta a la mujer, en este caso yo veo solo el lado de la mujer, no me toca ver el lado del hombre, muy pocas veces el lado del hombre de esa misma mujer. En el fondo, yo creo que la sexualidad, en el fondo, este relacionarse con el otro de una manera como completa en el día a día, no solamente en el acto sexual, y yo creo que en algunos casos eso se puede ver como alterado, en el fondo, el relacionarse con el otro. En mi caso, me toca ver solo mujeres con relaciones heterosexuales, entonces yo tengo en ese caso solo esa experiencia. No sé si contesto muy a tú pregunta...

A: Si, si, si, súper bien...

E9: Em... Ahora en el fondo, yo creo que como es un tema emocional, relacionado a esto, es como que algo hubiera en muchos casos venir de una niñez, entonces no es una sexualidad como uno pensaría como una sexualidad como un acto sexual con penetración. Entonces, yo siento que a veces la sociedad, en el fondo, o la cultura, sobre todo más antigua, o como nos fuimos criados, en el fondo, no hoy en día sino que antes, no se hablaba al respecto, entonces era un tema muy desconocido y yo siento que partir con un tema que no se conversa, no se conversa ni de las partes del cuerpo, entonces estoy yendo como más desde la infancia, desde el acto que es solo de tocarse, más exploratorio físico, comienza con esa sexualidad el reconocer mi cuerpo. Como solo parte de eso ya comienza alterado. Esa es mi sensación, que yo veo, en el fondo, en Piso Pélvico desde la pediatría ¿Te fijas? Entonces, por ejemplo, me tocó ayer con una mamá que o sea, es algo muy reciente, era una abuelita en realidad, llego la mamá y la abuelita, y la abuelita dice *“no, es que yo quiero entrar”*, entonces me decía *“¿Le pasará algo al niño si conversamos del tema?”* ¿Qué le va a pasar a ese niño? *“¿Si tú le miras sus*

partes le va a pasar algo? ¿Con estos ejercicios le va a doler? ¿Va a quedar adolorido?” Entonces yo dije, chuta llevo diez años en esto y jamás me habían preguntado eso, ¿Te fijai? Cómo, por qué podría... o sea, en el fondo yo trataba de ponerme en el caso de ellos y decía... cómo yo... si yo pienso que algo le va a hacer daño, cómo lo estoy llevando a una terapia. O sea, yo digo, es como raro, no sé... En el fondo, cómo le puedo hacer daño a un niño al hablar de la zona genital, que, en el fondo en un contexto pediátrico, donde se habla... en el fondo de la uretra yo le hablo, yo le digo el nombre, pero además le digo la manguerita por donde sale el pipí, o sea, en el fondo, todo se contextualiza con un monito, se muestra la anatomía, soy súper lúdica. Entonces, cómo podría dañarse, o... ¿Te fijai? Es tan tabú que ella estaba hasta asustada que yo le hablara del tema ¿Cachai? Entonces cómo iniciar una sexualidad, o solo el reconocimiento del cuerpo, que es algo normal, si ni siquiera soy capaz de hablarlo si es una parte del cuerpo, como una mano, bueno esta es solo una parte genital ¿Te fijai? Entonces, ¿Por qué esconderlo tanto? Entonces yo siento que muchas cosas vienen porque... no, qué, cuándo, por ejemplo, lo que me pasa mucho decía... que en mujeres más adultas, en el fondo, que siempre de niñas les decían que no se tocaran porque eso era cochino, entonces al tiro se le daba una connotación, sabiendo que, en el fondo, que solo el tocarse en un niño es un tema que está reconociendo su cuerpo, solo eso. Entonces, si ya comienza reconociendo su cuerpo, sabiendo que es algo malo, imagínate como viene para el futuro ¿Te fijai? Entonces yo creo que primero la visión tiene que ser al inicio, primero la sexualidad en un niño que sea normal, si tú ves a un niño tocarse, ya por último le dices *“Okey, hazlo en privado, no se hace delante de las personas”* pero es un acto absolutamente normal, no darle una connotación mala, ni sucia, ni que te estás portando mal, en el fondo. Porque me ha tocado ver que es un arrastre, en el fondo, de alguien, que es un tema que absolutamente tiene que verlo un psicólogo, entonces por eso está la importancia de un tratamiento en conjunto, porque es algo que viene arraigado de mucho antes. Entonces, en el fondo, y esa sexualidad ya al llevarla a la pareja se va a ver alterado, porque en el fondo, yo creo, aquí no estoy tan segura, una psicóloga me podría ayudar más, en el fondo, es que, como podría quedar arraigado en esa mujer o en ese hombre, todo este contexto que vivió de este reconocimiento de manera alterada, y que no vengán estas imágenes digo yo, o esta sensaciones durante el acto sexual, de que yo estoy haciendo algo sucio, o algo que no corresponde, o que... ¿Te fijai? Entonces yo creo que desde ahí habría que como que iniciar ese cambio de visión hacia la sexualidad iniciando en un niño.

A: Perfecto. En ese sentido yo entiendo que para ti la sexualidad ocupa un gran espacio en la vida de las personas.

E9: Absolutamente, yo creo que es parte del día a día, en el fondo. Porque entiendo yo la sexualidad, en el fondo, no solo como el acto sexual, sino que yo puedo vivir mi sexualidad dependiendo de cómo yo la sienta, hay mujeres que están más conectadas, mujeres y hombres, en el día a día con su sexualidad. Entonces eso es re variable de persona a persona, pero yo siento que, en el estado en pareja, o sea, si entiendo la

sexualidad como acto sexual, como contacto entre las personas, entre la pareja, es fundamental.

A: Perfecto. ¿Y tú crees que dentro de estos ámbitos que me mencionaste, que hay aspectos más orgánicos, otros más psicológicos, tú crees que algunos son más estudiados que otros hoy en día? ¿O de los que hay más información?

E9: Yo no sé mucho como, como es el tema con respecto a lo psicológico, no he tenido la posibilidad, espero este 2018 sea el año [Se ríe] que tenga el tiempo para meterme más en eso, pero yo siento que es un tema que, no se si no se estudia, o sea, yo creo que se estudia, a lo mejor yo no he tenido el acceso, pero que es de poco conocimiento público, en el fondo. Entonces, en cuanto a lo psicológico, no lo sé. En cuanto a los estudio con respecto a lo físico, hay muy poco. Hay, o sea yo diría que hay muy poco, son muy pocas personas que lo hacen en Chile, por lo menos. No hay investigaciones, ponte tú de por qué hay alteraciones de los receptores vulvares, o por qué genera tanta contractura muscular en las mujeres el vaginismo, en el fondo, no se ha visto, y que sería súper interesante hacer ¿Cuál es la relación de lo psicológico ante la contracción muscular?, que es lo más habitual en el fondo, casi todas las mujeres que llegan por dolor a la consulta llegan por un vaginismo asociado, algunas veces, o no, a una alteración de un componente del receptor de la piel, en el fondo, de la zona de la vulva. Entonces, yo pienso que es algo que no se ha estudiado, pero que sería súper interesante hacer ¿Dónde está la relación entre el estrés que vive una mujer hoy en día ante la expectativa que debe cumplir este rol de mujer, de trabajo, de mamá, de profesional, de todo, asociado a este componente que pareciera que sale a través de la vagina? Que es como el enfoque en que yo trabajo porque, en el fondo ¿Por qué tantas mujeres, que generalmente son profesionalmente súper exitosas y les va bien, generan este vaginismo? ¿Por qué ha aumentado tanto? ¿Por qué se da tanto en porcentaje y en mujeres de distintas edades? Pero ¿Por qué se da en mujeres tan jóvenes? Yo creo que aquí tiene que haber alguna relación. Ahora, antiguamente yo no sé si no se estudiaba, no se pesquisaba o no se trataba no más, entonces a lo mejor estaba hace milenios y no lo sabíamos, puede ser. Pero hoy en día por qué yo creo que ha ido aumentado, por el estrés del día a día, o sea, la mujer a lo mejor no esta tan conectada con esa parte, o le toco además coincidente que viene con una familia que no habla del tema, entonces esta cuestión no corresponde, y se van asociando de mala manera.

A: Claro, perfecto ¡Súper! La segunda consigna tiene que ver con la vida cotidiana y la sexualidad. Y dice así: *“El propósito de este enunciado es que usted se pueda referir a la vida cotidiana y cómo la sexualidad se relaciona con ella. Se entiende en este caso a la vida cotidiana como acciones, situaciones y actividades que las personas realizan a diario, así como también a aquello más doméstico. Preguntas que engloban este punto entonces son ¿Qué tan frecuente es que una dificultad de salud sexual se asocie a problemas en la vida cotidiana? ¿En su experiencia cómo afecta esto directamente?*

¿Cuánto se habla esto (de la afección en la vida cotidiana) en un tratamiento de salud?” [Consigna II].

E9: En la vida cotidiana qué el problema lleve a algo en la vida cotidiana ¿O al revés?

A: De cualquiera de las dos formas. Es que primero puede ser, o sea, cómo se relaciona la sexualidad con la vida cotidiana, no necesariamente es una sexualidad aporreada, y también puede ser una sexualidad que es problemática, cómo esto se relaciona con la vida cotidiana.

E9: O sea, mi visión es solamente cuando es problemática. Yo siempre digo que si uno pudiera hacer kine de una manera preventiva para potenciar la sexualidad... no es así, no llega nadie, llega solo cuando ya le afectó. Y en el fondo, yo creo que afecta no solo en el acto, sino que afecta emocionalmente y como a la actitud de la persona, a las mujeres en este caso, yo veo a mujeres. Yo, a veces como que lo asocio a que llegara a la consulta como una florcita cerrada, esa es mi sensación, si yo tuviera que... no por la zona, sino que en general las mujeres como que llegaran con una actitud más así.

A: ¿Como retraída?

E9: Claro, y finalmente al empezar, al comenzar a encontrarse con ella misma, porque un poco la pega, y además en muchos casos es con la ayuda de un psicólogo, es reencontrarse con esta; primero con esta zona anatómica que, como que no existía, como que no se habla de ella, como que no existiera literalmente. Entonces ya al comenzar a hablarla, incorporarla, es como que esta flor empieza a abrirse y no, y claro, en una zona es literalmente, comienza a abrirse, pero en otras es emocionalmente, entonces yo siento que en muchas hay un cambio de actitud, casi de postura, en el fondo, ante la vida, ante todo, que abre y libera finalmente el dolor que es físico, pero también que se lleva en el corazón, ¿te fijai? Porque en el fondo, “¿por qué soy yo?; ¿por qué me pasa a mí?; ¿por qué me duele a mí?; ¿por qué yo no puedo?; ¿por qué no a otro?” Entonces, yo siento que les afecta absolutamente en el día a día, porque yo creo, o sea, aquí me puedo equivocar, que es un tema que carga el día entero, lo tienen medio escondido, pero en el fondo es una preocupación constante. Entonces, por eso al minuto de llegar a la terapia siempre digo “Se súper rigurosa, constante, así te vas a sacar el tema más rápido de encima” si lo practico poco, entonces puedo estar eternamente en entrenamiento. Y dejo, en el fondo, que esta florcita se vaya abriendo, porque si voy acumulando un tema emocional, esta flor, que es una analogía, en el fondo, se va quedando cerradita, cerradita.

A: Claro, es verdad. Y tú crees por ejemplo que esta experiencia problemática de la sexualidad, en el fondo, tiene que ver quizás con el autoestima, con la auto imagen, con la seguridad ante el mundo, no necesariamente en el ámbito de la sexualidad, como si la sexualidad afectara otros ámbitos de la vida, en el fondo, en el cotidiano.

E9: No sé, porque, o sea, suena súper como coherente, podría serlo, pero en general las mujeres que yo veo profesionalmente o en otros ámbitos son súper exitosas. Entonces, pareciera que no po', pareciera... porque claro yo no veo la realidad, solo las veo en estas cuatro paredes. Pero les va bien po', tiene pegas, viajan, les va bien en sus pegas, en el fondo, entonces tienen trabajo estable la gran mayoría, trabajos de años, con buenos cargo muchas. Ahora, también hay una etapa, por ejemplo, de universitarias de fin de la universidad, entonces por eso te digo que queda medio asociado a un estrés de algo ¿Te fijas? Pero no me da la sensación que esto limitara en esa otra parte de su vida, en el fondo, que no sea la sexualidad. Ahora, me puedo equivocar, porque no conozco bien, no me meto en ese tema yo...

A: Claro, pero esa es tu experiencia...

E9: Pero yo creo, que no. Sí en cuanto al relacionarse con el otro, con la pareja, o con su propia sexualidad sí. Porque en muchos casos, ni siquiera pueden tocarse a sí mismas, *"no, que como que me da nervio, no, no, no, no puedo"* entonces, porque se da tanto que tengo... en el fondo, si yo digo, ya entiendo que uno no se está haciendo una masaje, no se toca la zona genital así como... ya, somos una sociedad como más reservada, puede ser, pero otra cosa es tener fobia a tocarme, o sea, de verdad no hay opción, para algunas que no hubo nunca opción, es una cosa horrorosa, y a veces le pedimos ayuda a la pareja, en el fondo, para que la ayude a ir avanzando y en definitiva hay algunas que no logran salir adelante, son un bajo porcentaje, pero hay. Entonces llega un punto en que no hubo caso, o sea, después de muchas sesiones de intentar, no logran ser rigurosas, como que, pero si es un tema... yo estoy segura, y estoy segura, que por lo menos la contractura muscular se le pasa al 100% de las pacientes si se hacen los masajes ¿Por qué en estos casos no quieren llegar a eso?...

A: Como si la vida cotidiana les estuviera mandando un mensaje...

E9: Entonces, sí, en esos casos más, más, más severos, en el fondo, ahí se requiere una terapia psicológica fuerte. O sea, hay que ver qué tenía, qué pasó, por qué, en el fondo, hay un bloqueo tan intenso ¿Si?

A: Y por lo que entiendo, por lo que tú me has contando, en el fondo, al parecer, en tu tratamiento de salud se habla sobre la sexualidad ¿O no?

E9: O sea, claro, o sea en todas siempre conversamos, en el fondo, de cómo es su visión, o cómo le toco vivirlo, qué es lo que siente, que es lo que siempre conversamos harto e intentamos profundizar. Ahora, yo no voy como a la teoría, sino que más bien al sentir, intentar de matizar y enseñar, que es lo que sea mejor para ella, no del contexto que pueda ser general, o sea porque, podría decir un contexto *"Esto es lo que corresponde"* pero, pero dentro de todo, claro, está bien, ahí uno se rige por las normalidades fisiológicas, en el fondo, pero hay veces que para una mujer pudiera ser algo súper bien, y

para otra va a ser lo mismo, muy horroroso. Entonces, siempre intento guiar, conversar del tema con respecto esa persona...

A: ¿Como a su contexto?

E9: Claro, y mantenerme en eso, a pesar de yo pueda estar muy de acuerdo, o no, en algunas cosas, pero creo que eso súper respetable, porque tampoco alcanzo en la terapia como a meterme en ese otro aspecto emocional, entonces también podría cometer errores, si es un tema que es muy a cuello contener. Nos ha pasado en algunas ocasiones, y yo siento que es un tema que, chuta yo digo, necesito una psicóloga que apañe en esta terapia, porque no por tiempo, porque tendría que ser una de conversar y otra de terapia.

A: Perfecto, súper. Ahora pasamos a la tercera consigna, igual todas como que se entrecruzan de repente, pero la idea es poder ir especificando. La tercera tiene que ver con problemáticas generales asociadas a la sexualidad, dificultades y disfunciones. Y dice así: *“El siguiente enunciado tiene por objetivo que usted pueda referirse a los aspectos que pudieran dificultar la sexualidad. De acuerdo a esto, primero sería importante conocer cuándo para usted una situación se transforma en un problema y cuáles serían los principales problemas asociados a la sexualidad: ¿Cuáles son las problemáticas que más cree usted que se presentan? ¿Hay algunas más complejas que otras? Desde su experiencia ¿Cuándo cree usted que es oportuno el trabajo que usted hace con una terapia? [Consigna III].*

E9: Vamos por orden ¿O no?

A: Si, si quieres, por ejemplo, podemos seguir con cuándo un problema se transforma en un problema y la prevalencia de algunas problemáticas...

E9: Hoy en día lo que yo veo en la consulta es vaginismo y Vestibulitis vulvar. Eso es lo que hay más volumen en cuanto a sexualidad en el fondo. O sea, claro, tendría que separar en tipos de pacientes que llegan, porque yo veo todo el ámbito de piso pélvico, entonces eso es incontinencia urinaria, prolapso, dolor... entonces metiendo al dolor en el tema de la sexualidad, en el fondo, es un porcentaje altísimo de mis pacientes en la consulta, o sea, si las clasifico así, entre cualquier disfunción del pisco pélvico, yo diría que un 60% a 70% es dolor, en disfunciones. Y que va entre los 19 y por dolor debe ser hasta los 40, 45 no más, se concentra hasta en los 30 diría yo, ahí el dolor máximo. Y un porcentaje alto [Se ríe] son psicólogas. Es importante que lo diga, un porcentaje alto son psicólogas, yo debería sacar, podría sacar cuál es el porcentaje, porque me puedo equivocar, pero, pero coincidentemente son muchas, entonces yo digo ¿Por qué son tantas? ¿Cachai? Aquí tiene que haber algo ¿Por qué hay tantas psicólogas que llegan por dolor? Ahora, también pasa que en este rato he comentado sobre como dolor, vaginismo y todo, pero hay un porcentaje que es por no sentir, no llegan por dolor, por

qué, entonces ¿Por qué una mujer joven, donde se han hecho estudios sobre su fisiología y anatomía y no hay ninguna alteración anatómica, no sienten o dicen no sentir?

A: ¿Y ese no sentir es en el acto sexual?

E9: No, no, no siente placer, o sea, o poco, nunca ha sentido un orgasmo... a la sensibilidad, al tacto, hacemos las pruebas, en el fondo al sistema nervioso, y funciona todo bien ¿Por qué no siente? Entonces aquí hay un tema, pienso yo... ya yo no sé, de entrenamiento para intentar mejorar como la localización de la zona, conectarse con la zona, pero aquí se necesita una psicóloga en urgencia. En el fondo, porque ¿Por qué? ¿De dónde viene esto de que yo no sienta, que no me conecte con el otro? Porque son mujeres jóvenes, muchas de ellas recién casadas, no hay, no logran conectarse y los maridos ni saben, no se dan cuenta, no sé por qué no sienten, no sé. Yo pienso, por lo que ellas comentan, en el fondo, que ha sucedido mucho esto de que cuando mi mamá me pillaba tocándome, de chica, de niña, en el fondo, me decía que no, que eso no se hacía, que era cochino, que se yo... que les tocaba ver de hermanos mayores o de mamas, escuchar, por ejemplo me ha tocado que me dicen "Íbamos camino al colegio, y mi mama iba escuchando a... o sea, ve vuelta del colegio, íbamos escuchando al Rumpi..." entonces les tocaba escuchar cosas que, para la edad, no correspondían. O una paciente me decía "Mi mamá veía unas películas como de la guerra donde abusaban de unas mujeres" ¿Cachai? Entonces, como la mamá, si tenía una hija chica al lado ¿Cómo la hace ver eso? [Se ríe]. Entonces, en su inconsciente, probablemente, algo de eso puede haber, porque o si no por qué justo coincidentemente si le toco escuchar alguna de esas cosas, o ver cosas, ella tiene este rechazo, entonces, comenta que al iniciar actividad más que sexual, o sea, con los primeros pololos, en el fondo, de iniciar este preámbulo, en el fondo, con ropa y todo, cuando ella empezaba a sentir excitación, lo detenía ¿Y por qué? "*No sé, me daba nervio*", entonces, claramente hay un tema psicológico que hay que buscar, por qué ella se queda, o, en el fondo, ella bloquea probablemente. Entonces claro, no necesariamente, o sea, el volumen es por dolor, pero también hay este ámbito que es por no sentir, no duele, logra la penetración, con la pareja todo bien, no se da ni cuenta, pero ella no siente.

A: Pero por lo que entiendo, estos pacientes que llegan por no sentir es menos prevalente que...

E9: Sí, absolutamente, será un 5%, si es que, no, mucho menos. Entonces en general es por dolor, pero también existe este otro ámbito que no se sabe por qué. Porque los ginecólogos dicen que está todo normal, se han hecho exámenes y no hay nada orgánico, o sea, físico, no sé.

A: Que increíble ¿Y tú crees que dentro de esas problemáticas que me mencionas, hay algunas que sean más complejas que otras?

E9: Si, o sea, el vaginismo no, pasan todas en un 100%, pero cuando hay dolor, o estas alteraciones, en el fondo, de los receptores, hay de distintos grados. Incluso se les explica que este dolor de la vulva puede ser que no pase, o sea, puede mejorar, puede pasar, puede pasar por completo, no se sabe, esa es la evolución distinta de cada una; y hay casos severos, que yo no diría, esto es súper difícil, porque, en el fondo, hay casos severos que el dolor es tan intenso, que claro uno evalúa ahí y uno no puede introducirle la mano a la persona, pero que en el fondo yo no se si esta en el rechazo de lo físico del que le toque... que no evolucionan, porque tampoco lo intentan tanto, o que sea tan severa la alteración que definitivamente, es tan doloroso para ellas que bueno, no ceden no más. Entonces hay casos en los que claro, después se hacen infiltraciones locales, cirugías para intentar mejorar la condición, entonces si hay casos que uno dice *“chuta, pobre, como vive con algo tan doloroso, tan severo”* pero tampoco son los más, son los menos, del porcentaje de las pacientes será un 5% un 2%, que uno dice *“chuta esto requiere cirugía o esto va para eterno”*. Ahora, hay otras dolencias, que es la Neuralgia del Pudendo, que tampoco es tan frecuente, y eso también a veces, dependiendo del caso, puede llegar a ser crónico, en el fondo, cuesta sacarlo, pero hay de todos los tipos, dependiendo de la causa, puede ser por lesión post parto, por ejemplo, hay otras que no tiene causa conocida, ahí en general las disfunciones de piso pélvico vamos de lo leve, a lo moderado, a lo severo.

A: Perfecto ¿Y lo severo parece que está más relacionado con el dolor?

E9: Absolutamente, lo severo está más relacionado con el dolor. En los casos de las que no han sentido, finalmente empiezan a conectarse, empiezan a relajarse, muchas veces la terapia psicológica va ayudando y van liberando y logran salir adelante.

A: Y tú ¿Cuándo crees que un problema en sexualidad se transforma en un problema, en el fondo, para una persona?

E9: Eso, chuta, creo que es relativo a la tolerancia de cada una. Hay algunas que se transforma en un problema después de años, y hay otras que apenas sienten, comienza con dolor, por ejemplo, ya les es un problema. Ahora, yo siento que, debería ser apenas tú sientes que hay algo que para ti no funciona, inmediatamente deberías preguntar, porque mientras antes lo pesquise, antes lo soluciono. Si una paciente lleva años de evolución es mucho más difícil poder ayudarla. Entonces, cuando llega una mujer de cincuenta y cinco años, sesenta años y me dice siempre he tenido dolor, es súper difícil, está arraigado en ella, lo primero que va a pensar ante el acto va a ser doloroso, apretar... hacer ese cambio después de años de evolución, es mucho más difícil y no evolucionan tanto, los resultados no son tan buenos como si hubieran consultado veinte años antes, en el fondo. Entonces, debería ser una alerta, el que primero debería pesquisar debería ser el ginecólogo, o la matrona, o en el fondo, porque la mujer va a llegar primero a ellos, la consulta mía es post venir de algún médico que la haya derivado, es menor el porcentaje que me dice *“una amiga me dijo que había hecho esto...”* pasa, pero es menos. Y yo igual tengo que mandarlos donde el médico para que las revise, en

el fondo. Entonces, claro, si fueran todas pesquisadas a tiempo sería mucho más fácil, pero pasa que como no se conversa el tema, porque claro me decía, generalmente la sensación es de que *“me pasa solo a mí”, “¿Cómo le voy a decir a esta amiga?” “¿Cómo le digo a mi mamá?”*... es un tema tan tabú, que... o, también pasa en algunos casos, que es más común de lo que uno se imagina, entonces si te toca conversar con alguien que también le ha pasado, te dicen *“bueno, aguántate un poco porque siempre es doloroso”*. Eso mismo me paso con otra paciente ayer, que me decía, *“es que todas mis amigas me decían que la primera vez iba a ser enfermo de doloroso, que iba a ser horroroso, y que después se me iba a ir pasando”*, entonces ella se quedó con esa sensación, y bueno, *“cuando se me va a pasar, cuando se me va a pasar, cuando se me va a pasar...”* paso el tiempo y le siguió doliendo, le siguió doliendo, hasta que al final consultó, pero claro se demoró unos meses en consultar. Entonces, no debería ser doloroso, en general, si yo te digo, si tú no has tenido relaciones y yo te digo, *“es súper doloroso, entonces aguántate el dolor”* yo me voy a aterrar po'. Entonces ya me enfrento a una situación en que vengo predispuesta a que me va a doler, entonces, en el fondo, sobre sexualidad, desde los niños que debería hablarse que está bien tocarse en privado, en el fondo, desde el colegio que se debería conversar todo esto y no solo la sexualidad, en el fondo, solo protegerme, que tengo que usar preservativos, que me puedo contaminar, que... se ve ese aspecto ¿Te fijai? Y no que es normal disfrutar, que es normal tocarse.

A: Perfecto, y yo sé que tu trabajas como más con mujeres en general, o solamente con mujeres, pero tú me imagino que igual sabes sobre hombres, por ejemplo...

E9: [Interrumpe]... En hombres en piso pélvico yo veo hombres, prostatectomías radicales, incontinencias urinarias, en el fondo, pero a mí me llega poco por disfunción sexual como tal, en el fondo. Ahora, en prostatectomía si puede haber un poco de disfunción, o sea más que un poco en algunos casos, que cuando hay... en los casos más habituales son por cáncer de próstata, tiene que sacar la próstata y la próstata va justo encima del esfínter de la uretra, entonces al sacarla, muchas veces se daña o queda alterada la sensibilidad y hay incontinencia urinaria. Y en algunos casos también puede haber disfunción eréctil, en el fondo, por el cáncer, o por la prostatectomía. Pero en el fondo, mi trabajo principal va más enfocado a la incontinencia y ese entrenamiento muscular muchas veces también va ayudando al tema de la disfunción sexual, en el fondo, pero causado a partir de eso.

A: ¿Y qué disfunciones sexuales son las que tú conoces que hay en los hombres, por ejemplo?

E9: La eyaculación precoz, disfunción eréctil... pero no, no es mi área; de disfunción sexual yo veo mujer.

A: Sí, si ¿Pero de prevalencia sabes algo, por lo que hablas con colegas?

E9: No, no, no sé.

A: Perfecto. Mhm... Y bueno, esta pregunta dice ¿Cuándo cree usted que es oportuno el trabajo kinesiológico, en tu caso, en una disfunción?

E9: Yo creo que siempre cuando uno siente que necesita ayuda, en el fondo, y que tienes ganas de ayudarte, porque también me ha pasado que *“a mí me mando el doctor y no tengo ganas de hacerlo...”*. Cagaste, porque es súper difícil porque, en el fondo, para yo poder ayudarte tendría que venir todos los días... y tampoco, aunque que yo hiciera toda la pega todo los días, si ella no quiere, es difícil cambiar la condición. Entonces, yo creo que primero, con pesquisa precoz ideal, dos, con harta motivación de la paciente, eso hace que llegue al éxito no más.

A: Perfecto, súper. Ahora pasando a la cuarta consigna, esta tiene que ver con la interdisciplinariedad y dice así: *“La sexualidad es algo que se ha estudiado desde diversos ámbitos a lo largo de la historia. Diversos especialistas pueden abordar la sexualidad desde sus conocimientos; por ejemplo, Médicos (Psiquiatras, Ginecólogos, Urólogos), Psicólogos, Kinesiólogos, Filósofos, Educadores, etc. Cuál podría ser su conocimiento, planteamiento, posicionamiento respecto del trabajo interdisciplinario en sexualidad, y, desde, la relación que ofrece su propia especialidad. Preguntas que incluyen este punto pueden ser: ¿Con qué otros especialistas le toca trabajar frecuentemente en las temáticas de sexualidad?; A su criterio ¿Hay una disposición de parte de los especialistas para una comunicación en el trabajo en sexualidad o en realidad se trabaja sólo desde la disciplina propia?” [Consigna IV].*

E9: Yo creo que hace falta trabajar más en conjunto. Ahora, hay especialista y especialista. O sea, en el fondo hay gente que se dedica al área y que cree que, con eso, con su área están perfecto. Yo pienso que no, creo que todas deberían haber pasado por un psicólogo, entendiendo que tal vez se pudiera hacer una pega en conjunto, por ejemplo, con un psicólogo, y que se haga una evaluación del contexto, porque en el fondo, igual si yo no me apoyo, de por qué llegue a esto también, o sea puedo sacar solo lo físico, pero habrá quedado algún remanente emocional ahí, por este proceso que igual es invasivo, entre comillas. Entonces ¿El ginecólogo le pone intención en la preocupación de que pasará emocionalmente con esta persona, más allá de lo físico? Yo siento que falta, que falta como este global, que no es solamente *“Ay me estoy tratando esto porque aquí hay un dolor, o hay una alteración en los receptores de esta zona”* un concepto tan clínico, pero ¿Qué pasó para que llegue aquí? ¿Cachai? y eso muchas veces no es solo del ámbito médico, entonces muchas veces, que es lo que pasa hoy en día en el fondo, la mujer llega por hongo, o por dolor, o por recibidas de cosas y que ya, tratan hongos, hongos, hongos, súper habitual, las tratan por hongos y a veces no eran hongos. Son temas difíciles, los dolores son difíciles, estas cosas se nos van de las manos a nosotros, ¿Cachai? Como que entonces yo digo por ejemplo ¿Tú le preguntai’ a una mujer cuando ha tenido guagua si le duele, después en el post parto? No, no se meten, ni intentan meterse en todo lo que sea el ámbito doloroso porque yo creo que saben que tiene un componente fuerte que es emocional y que se les arranca de sus posibilidades ¿Cachai?'

Entonces, muchos ni intentan entonces yo digo, pero haz una pauta con un par de preguntas y después lo mandas a la kine o al psicólogo o a...

A: ¿Te estás refiriendo a los ginecólogos?

E9: Me refiero a los ginecólogos o a la matrona, no se po', que son los que pesquisan en primera como el contacto con la zona genital. Entonces, yo digo ¿Le preguntan a una niñita, o a una mujer, en el fondo, dependiendo de la edad, cuándo inicia su actividad sexual? ¿Si le ha dolido? O ¿Cómo lo ve? O ¿Qué le ha pasado con su primera experiencia? No, ellos ven, está todo bien, no encuentro nada, listo. Entonces, nadie te pregunta cuándo uno inició, a mí nadie me preguntó cuándo fue mi primera vez en el ginecólogo, es lo que escucho siempre. Entonces ¿Por qué nadie pregunta nada? Es como ¿Por qué no se habla del tema? Si además es un contexto terapéutico, es un médico ¿Por qué tiene tanto susto a que uno diga "*no, si me duele...*"? Entonces, yo creo que hay desconocimiento del tema, y en cuanto a mi trabajo, hay desconocimiento absoluto de la kinesiología de piso pélvico que puede trabajar cicatrices dolorosas, puede trabajar todo lo que tenga contexto... y no solo las cicatrices, el dolor, sino que incorporar mi zona genital como parte de mi cuerpo ¡Si vivimos en una sociedad donde no se habla del tema! Entonces, pucha que sería bueno que todos fueran juntos, el gine, el urólogo, el psicólogo, la matrona, el kinesiólogo, todos pudiéramos tener este ámbito común de conversa y decir, qué pasa con esta paciente. He visto casos, por ejemplo, con algunos médicos, con la gran mayoría de ginecólogos que trabajo saben que yo puedo llamar en caso de dudas, o hay que comentar ciertos casos, porque hay cosas que uno tiene que saber que evaluó el otro, que miró el otro y "*oye a mí me tinca que ella vaya a la psicóloga*", la mandamos, trabajamos entre los tres... Pero eso no es tan habitual, y en muchos casos se siente que es una pega que te puedo quitar, que esto pasa mucho con las matronas, entonces la mirada de la kinesióloga y de la matrona, son mundos totalmente distintos, yo no voy a ir a un trabajo de parto, no me meto a las salas de parto, no me meto ahí. Pero ellas pesquisan primero, si ellas deberían ser las principales derivadoras a kine, y no intentar hacer la pega del kine, y nosotras tampoco vamos a intentar hacer la pega de las matronas, no nos topamos en ese sentido. En las kine de piso pélvico hay mucha problemática cuando hay cursos para matronas y kinesiólogas, como que se ponen saltonas y yo soy de las pocas que dice pero pucha, si hay cosas comunes de formación que deberían ser comunes que después se separan, pero en el fondo, trabajamos en ámbitos, en el mismo, solo que en áreas distintas. Entonces, no sé porque hay tanta... o sea, lo sé porque en el fondo hay matronas que hacen pegas que debería hacer una kinesióloga y no una matrona, entonces han habido cruces que en el fondo incomodan porque se siente que se quitan pegas ¿Cachai? Pero el trabajo multidisciplinario es fundamental para mi función. Y hay kines que creen que, que ellas pueden hacer la pega de la kine y de la psicóloga, todas en la misma terapia, y eso es imposible, a menos... o sea, es que no, no existe la formación, no podrían si no han estudiado psicología, entonces no, quedaría como mucho. Entonces, pero conozco kines de piso pélvico que dicen "*no yo no las mando si nosotras conversamos todos los temas y*

es suficiente” y eso no es así, es imposible. O sea, a menos que hayas estudiado psicología, en mi caso no, entonces yo necesito de aliada a una psicóloga, pero no es fácil encontrar, a mí no me ha sido fácil encontrar.

A: ¿Y por qué? ¿Por falta de disposición o porque hay pocas que se dediquen al tema?

E9: Yo creo que hay pocas, yo a las que les he preguntado “oye y tú” o sea a las psicólogas que he conocido “Oye y tú eres del área de la sexualidad, del dolor...” y no, la única que he conocido así como tanto, justo va a tener guagua, entonces [Se ríe] pero en general “no, no, yo te voy a averiguar quién...” entonces conozco una que es con la que he trabajado, pero hubo también, o sea, ella es súper buena, tiene éxito en la terapia, pero no todos los pacientes tienen *feeling* con todos los terapeutas. Entonces no es para quedarse con una sola opción, necesito tener por lo menos una segunda opción, y eso como que no lo he encontrado. Porque en el fondo con la que trabajo yo, es una señora, la conozco hace hartos años y todo, tiene harto éxito en la terapia, pero también me ha pasado con muchas parejas que me dicen “*tal cosa no me convenció tanto*” entonces...

A: Bueno, es que eso es normal también...

E9: Entonces, además creo que ella es mayor entonces ya va en sus últimos años, de hecho, ya podría haber jubilado, por edad, pero sigue ¿Te fijai? Entonces no toda la gente... Necesitan a alguien más joven, entonces necesito encontrar a alguien que se dedique al área y no solo, o sea, hay sexólogos que lo hacen en pareja, hay otros que trabajan por separado, entonces, es súper importante el trabajo en grupo.

A: Perfecto ¿Y tú crees, como me lo mencionabas antes, que al parecer es una realidad particular la que tú tienes de trabajar más interdisciplinariamente con los médicos y con la psicóloga, en general no es así?

E9: En el caso de la sexualidad, chuta es difícil, porque en realidad puede que yo no lo sepa, yo creo, me imagino que, entre ginecólogos y kinesiólogas, en el fondo, si viene por ahí la derivación, yo me imagino que hay comunicación. Pero no sé, como se da hacia los psicólogos. O sea, por ejemplo, yo ahora que estoy en una universidad, en la unidad de piso pélvico, no hay psicólogos, pero está en visto, o sea, porque ya metimos el tema, porque debería, no puede no haber. Tiene que haber alguna psicóloga que, que ingrese a mi equipo, porque es fundamental, o sea hay áreas en las que es fundamental que haya una psicóloga. O sea, uno entiende, además que si hay un dolor pélvico crónico, o sea tú tienes que... La persona tiene que saber llevar esto, porque hay veces que sabemos que no va a mejorar, o que en el fondo, algo mejoró y se va a quedar por el resto de su vida con ella. Entonces, esa persona tiene que aprender a como vivir con esto. Que sea una vida, o sea, entender que el dolor es parte de lo que va a ser para mí... ¿Te fijai? Entonces, para mí, no podría ser sin un psicólogo.

A: Y en tu experiencia en términos de la disposición ¿La gente está dispuesta a conversar, a hacer un trabajo interdisciplinario, a pesar de que no lo hagan quizás, pero está dispuesta a hacerlo, o en realidad no tanto?

E9: En general, yo diría que sí, muchas dicen *“hago lo que sea para que esta cuestión se pase”*, en el fondo, pero muchas también dicen, *“no yo no necesito un psicólogo, si no estoy loca”*, entonces... *“no hay que estar loco para ir al psicólogo”* digo yo, pero cuesta un poco eso porque, bueno, no puedo generalizar, pero en el fondo, me ha pasado muchas veces que me dicen *“no, yo no necesito”* y uno dice ¡Lo necesita a gritos! O, por ejemplo, también me pasa que en el área pediátrica, que no tiene tanto que ver con esto, pero, que le digo a la mamá que necesita que haya un apoyo de un psicólogo para que puedan llevar esto *“no, no, no”* en algunas personas hay tanto rechazo...

A: ¿Y de parte de los especialistas? Así como en tu experiencia, los kinesiólogos, o sea, otros kinesiólogos, o matronas, o urólogos, ginecólogos ¿Están dispuestos a tener un trabajo más interdisciplinario?

E9: Si, yo diría que en general sí. O sea, por lo menos las kinesiólogas de piso pélvico yo creo que estamos todas acostumbradas a que sea un equipo el que evalúa. Porque por lo menos en piso pélvico, no es solamente la zona vaginal, esta pegadita la urológica y la Coloproctológica, entonces no es posible que trabajaran ellos separados, por lo tanto, es imposible que uno, si hay un paciente que tiene dos zonas con problemáticas, va a tener que estar en el Coloproctólogo y el Urólogo y el Kine, no podrían no estarlo. En general las unidades de piso pélvico como que están compuestas por todos, y están los psicólogos...

A: ¿Está la disposición a pesar de que no se realice tanto?

E9: Claro, yo creo va más para allá, pero las unidades formadas como tal, si, son multidisciplinarias todas, sin excepción, en el mundo. Lo que pasa es que aquí puede costar por un tema de recursos, a lo mejor también las personas dicen *“bueno, pucha si tengo que ir al psicólogo, al kinesiólogo, al ginecólogo... también tiene un costo”* y no es barato el kinesiólogo y no son bien reembolsados, o no son reembolsados y tienen límites... Entonces, creo que el psicólogo son tres, anuales, o algo así, no sé, entonces tienen un límite, sino te mejorai' con tres o con seis o con diez en el caso de kine perdiste, el resto podría, dependiendo si uno tiene Isapre o Fonasa, cambia el valor pero en el fondo tiende a ser un gasto. Entonces no toda la gente está dispuesta, o no puede verse multidisciplinariamente al mismo tiempo, porque no hay recursos para sostenerlo. Entonces, también por ahí yo creo que, en algunos casos, va a depender de la problemática, entonces dice *“ya okey, primero va al gine, después pasa al kine...”* lo ideal sería todo al mismo tiempo.

A: Claro, perfecto. Ahora pasamos a la siguiente, quedan poquitas, que tiene que ver con el tratamiento. Y dice: *“Este enunciado busca que usted pueda referirse al trabajo clínico*

en términos amplios que se realiza en cuanto a sexualidad desde su disciplina específica. Si es que se puede hablar de un tratamiento propiamente tal. Refiriéndose por ejemplo a la forma particular en las que usted aborda la sexualidad y en especial, las problemáticas que puedan surgir en torno a ella; o cómo y cuándo toma decisiones respecto al camino que debe seguir el tratamiento cuando emerge esta temática” [Consigna V].

E9: Em... yo hace algún tiempo cambié un poco el inicio ¿Sí? Me ha tocado trabajar e ir a cursos y cosas con hartas mujeres, en el fondo un contexto donde yo voy de par, de alumna, y siento que en general las mujeres que les ha tocado, o sea ¡Como a todas! como si estuviéramos en un grupo de distintas índoles, algunas kine, otras matronas, de todas la áreas, no solamente del área de la salud, pareciera que, yo empecé a sentir que la mujer siempre refiere que se han sentido intimidadas o abordadas de una manera como demasiado brusca o rápida ante temas ginecológicos, o de kine, o... ¿Sí? Siento que se requería más como control, más pausa para comenzar a abordar esto porque finalmente claro, para mí, yo sentía, claro, llega la paciente y yo estoy súper acostumbrada pero en realidad faltaba un poco ponerse del otro lado. Entonces, yo al inicio hacía siempre historia clínica, preguntaba por qué la mandaba el doctor, y evaluaciones arriba de la camilla. Hoy en día ya no, nadie en la primera consulta se desviste. Esto lo he hecho siempre con los niños, los protegía más a ellos, en el fondo, pensaba que a lo mejor una mujer estaba más acostumbrada por el ginecólogo, pero ya no, porque no tengo como saberlo de antes ¿Te fijai? Entonces la primera consulta es solo de conversación, entonces explica por qué llega, de cuándo viene, en el fondo conocernos un poco, explico sobre la anatomía, las funciones, cuáles son los cuidados básicos de la zona, en general, cómo tiene que ser la visión, comenzar hacia la conciencia corporal y genital. Esas sesiones van a ser el primer acercamiento. Y en esa instancia, porque como no todas saben a qué vienen, porque la gran mayoría no tiene idea de que se trata, entonces yo decía que *“ya y ahora es como un examen ginecológico”* me abrían así unos ojos, entonces, claro, nadie se imaginaba a lo que venía, muchas llegaban en buzo pensando que íbamos a hacer entrenamiento físico, como que era ejercicio, esto es el kinesiólogo. Entonces algunas se sentían intimidadas, y que fome, si me vai’ a tener que ver muchas veces [Se ríe]. Entonces yo intento en la primera sesión ser más empática, más amable y conversar, solucionar dudas y en el fondo estamos igual una hora, pero solo de conversación y ahí explico lo que viene en la siguiente, y en la siguiente, que es el examen ginecológico, en el fondo para evaluar la zona, si hay dolor, cómo está la zona muscular, y como para adentrarnos en esta localización de la zona. Y ahí comienza, en el fondo, dependiendo de lo que sea, para lo que venga, en el caso de la sexualidad generalmente es vaginismo, entonces en general son masajes perineales, elongaciones, el contexto de cómo sentir en el día, cómo esta conciencia llevada al día a día. Dependiendo de la evolución es si uso fisioterapia, o no, la fisioterapia es el bio feedback o la electro estimulación, en el fondo que es como lo más habitual, la electro estimulación puede ser electro analgesia, esa corriente que va a en la zona genital, que genera analgesia, pero uno la escucha... yo estoy súper acostumbrada, entonces yo sentí que también, pasa que, uno siente que yo digo electro estimulación y genital y suena

horroroso [*Risas de ambas*]. Entonces yo decía, claro, a mí me suena tan familiar a las colegas les suena tan obvio, entonces algunas me decían “*pero como mencionai’ electro estimulación*” entonces como que... solo en casos demasiado específicos yo lo uso. Porque en el fondo claro, tu deci’ es súper terapéutico, hay evidencia, pero ¿te hay electrocutado ahí? O sea, [*Risas de ambas*] ¿Cachai? o sea, entonces, si po’ es distinto verlo, tengo que tratar de ser lo menos invasiva posible para que mi terapia no deje rastros en ella. Porque si digo, es doloroso, el masaje es doloroso, me meten una cuestión por la vagina que genera como pinchazos, o sensaciones, así como, si bien es a tolerancia y está diseñado para la zona, si yo lo tengo muy claro y puede servir, pero si me lo puedo evitar, a mí me gustaría que me lo evitaran. Entonces he intentado en mi terapia empatizarla más con el otro, a partir de que ya el volumen de mujeres con las que he conversado el tema es grande, entonces, intento que sea lo menos invasivo, lo más empático para ayudarlas a caminar en esto. Porque yo siento que soy un conductor no más, no se mejoran por lo que yo haga sino porque ellas van aprendiendo de ellas mismas, entonces la pega es de ellas, si no fuera gracias al trabajo de cada una de ellas que se ayudó. Entonces, en el fondo, en este cambio se van necesitando de otras cosas, va dependiendo de su evolución. Y generalmente, funciona con cosas más simples, con pega en la casa, con conocerse, con tocarse, con masajes, con eso.

A: ¿Pero el tratamiento también es externo a la terapia que tienen contigo in situ?

E9: Ah, claro. Absolutamente, siempre, todas. No hay ninguna que no se lleve tarea para la casa y se mejoran gracias a la tarea para la casa. Porque si solo se quedaran con lo que yo hago, no se mejoraría ninguna. Porque en el fondo es un tema de conciencia, la relajación, de masajes, de elongar la zona, entonces yo tendría que verlas a diario para poder ayudarlas. Entonces económicamente, para que van a gastar, y para que te vas a someter, además que yo creo que la pega del autoconocimiento es la que las va ayudando a evolucionar también.

A: Yo sé que tú lo mencionaste antes pero ¿Tu a todas les mencionas, por ejemplo, lo de ir al ginecólogo, de ir al psicólogo o a la matrona, o depende del caso?

E9: Depende del caso, a la psicóloga, no, no a todas, a mí me encantaría, que fuera como un pack, yo siento que nunca está de más ¿Te fijas? Ahora, con la psicóloga que me toca trabajar más en el fondo, lo que me gusta es que ella evalúa y si siente que no es del ámbito psicológico les dice “*me parece que con esta sesión, o dos sesiones, no necesitas más*” y listo. Entonces pasa con otras, que también pasa en *kine*, que las mandan a diez sesiones y son diez sesiones, aunque no las necesite. Conmigo no, yo no hago diez sesiones si no las necesitaba, si a la tercera está lista, listo se acabó ahí. Entonces, yo en general hago cinco, un gran número solo necesitaba cinco y entre cinco y diez será el otro. Pero en el fondo, que me pase de diez es muy raro, y en otros lugares es muy habitual que sean diez, quince, veinte... Entonces, no sé en qué va, no me meto tanto ahí, y hay muchas que después claro, la derivación a *kine* va por diez sesiones la orden médica, entonces claro sería súper decir “ya okey, entonces son diez sesiones”

económicamente en el fondo *“ya, ya hago diez si el doctor mando diez”*. Pero me parece, y yo siento que ha funcionado súper bien, porque en el fondo, si yo voy a una terapia de algo, quiero que me hagan lo que necesito ¿Para qué voy a ir diez veces si no lo necesito? Para que voy a someterla a diez veces a algo que yo entiendo que ir al ginecólogo no es rico, entiendo que el examen ginecológico, pucha igual es incómodo, aunque ya nos conozcamos de varias sesiones. Entonces, debiera hacerse lo que se necesita. Entonces sería genial trabajar en equipo, y que se requirieran para la evaluación de esta área cuando haya una disfunción del piso pélvico, un par de sesiones de evaluación, con un psicólogo y él decidiera con respecto a su evaluación si requiere o más terapia o no.

A: O sea, es como lo ideal pero no lo haces siempre, por un tema de...

E9: No porque en general siento que pasa, bueno, pero yo creo que finalmente, porque no tengo con quién hacerlo. Porque no he llegado a la persona que *“okey trabajemos en equipo y aquí son...”*, *“yo te sugiero...”* que si yo probablemente se lo digiera a la paciente *“yo sugiera que te evalúe la psicóloga, ella es experta en el área y te va a poder”* seguro que va, y sobre todo si lo ha conversado con el ginecólogo y el ginecólogo le dice que también, que pasa con un ginecólogo, que siguiera la kine y la psicóloga. Y a ellos si que le hacen caso, a mí a lo mejor menos, pero al doctor, en el fondo, es muy raro que no lo obedezcan. Entonces, yo siento que sería mucho más rápida la evolución de todas si hubiera una revisión psicológica al respecto, pero no se da tanto.

A: Entiendo...

E9: Y al revés tampoco sé si ocurre. Si en el fondo, porque también debe pasar que lleguen al psicólogo y yo creo que como no hay conocimiento de que hay kinesiólogos que puedan abarcar, en el fondo, el área física lo del kine ¿Se entiende? El área psicológica emocional lo ve el psicólogo. Entonces yo siento que no hay derivación, me ha tocado, no tantas veces, pero he escuchado de paciente *“No, es que yo he ido al psicólogo y no tengo nada físico”* ¿Cómo sabe? ¿Cachai? Si no la ha evaluado, entonces lo mismo debería ser para kinesiólogos, con una evaluación podríamos saber si necesitan algo o no. Hay pacientes que a mí me llegan con una orden de diez sesiones y yo los evalúo y no tienen nada que yo pueda ayudar y con la evaluación fue suficiente. Les enseño a localizar, en una de esas, algunas veces me piden *“ya déjame y revísame en un mes más”*, *“ya listo”*. Pero en el fondo, yo siempre le digo a los medios con los que trabajo, *“manda la orden por diez sesiones”* y ellos también ya me conocen, entonces dicen *“y la kine va a ver cuánto necesitas y no te va a hacer las sesiones si nos las necesitas”*. Yo siento que eso ha hecho que la gente confié en uno también, entonces si todos fuéramos así e hiciéramos solo lo que se necesita, pucha, la gente se adhiere mejor a las terapias. Yo tengo la sensación que cuando uno va al psicólogo, en el fondo, como que de entrada fuera esto eterno. No sé, esto es solo una experiencia personal, cuando fui a uno, me dijo *“ya aquí tenemos”* a la primera, a la evaluación, *“va a ser como un año de tratamiento”*, yo dije ya, si vengo, yo sé que necesito, pero así como que, cómo sabes

de entrada que yo voy a evolucionar tan lento... [Se ríe] ¡Si no me conocí! Yo decía, vengo entrando ya sabí que esto va a ser un año... así como raro ¡Ups! dije yo, entonces ahí, yo ya con ella no pude enganchar, yo dije, es como que me transforme en un en un número, en el fondo voy a ser rentable, es como raro po'. Entonces yo como profesional, esto yo, con nadie voy a saber cuánto, no puedo saber el primer día cuánto vas a evolucionar, imposible ¿Cachai'? Entonces yo después de valorar mi caso que es un tema físico, luego de la evaluación puedo más o menos orientarte en si esto es más severo o no, para darte un tiempo, pero yo también me he llevado sorpresas que mujeres que parecieran severas que evolucionan rapidísimo, entonces como lo voy a hacer, yo no puedo adivinar.

A: Claro.

E9: Porque sería genial hacer un trabajo en conjunto donde se supiera que el que evalúa toma la decisión con respecto al bienestar de esa persona, y no generalizarlo a la patología y todas las patologías de ese tipo se van a demorar tanto tiempo.

A: Es increíble lo que tú me dices de que en general el camino es como más, desde el ginecólogo al kinesiólogo, del kinesiólogo al psicólogo, o del ginecólogo al psicólogo, pero no al revés, como de psicólogo a ginecólogo, o a kine.

E9: Yo con la única psicóloga que trabajo, en el fondo, es de la única que recibo derivación. Que ella les dice, ya aquí, que por ejemplo fue de ginecólogo a psicólogo, y ella dice "ya, yo creo que aquí tú necesitas una evaluación física".

A: ¿Y tú crees que eso es por la falta de conocimiento?

E9: Yo creo que sí, yo creo que es eso. No creo que lo hagan porque no quieran, yo creo que es porque no saben en el ámbito que podemos ayudar lo kines del área. No creo que sea por mala onda, en el fondo.

A: Claro, perfecto. Ya, y ahora es la última pregunta que es la pregunta de cierre y esta no es una consigna, es una pregunta y dice: "*¿Cuáles son los elementos con los que usted dispone para llevar a cabo un acercamiento más comprensivo, reflexivo, complejo o global sobre la sexualidad?*" [Consigna VI]. Con elementos me refiero ampliamente a, no sé, quizás información, o elementos más personales, o que cosas tomas en cuenta a la hora de hacer un acercamiento más comprensivo o complejo de la sexualidad.

E9: ¿Con un paciente? Es como rara la pregunta, o sea como formación, o sea como kinesióloga, y como kine de pisco pélvico, hay una pincelada diría yo, al respecto. Hay como un módulo, en el fondo, no sé si será tan pincelada, pero en el fondo, un módulo, pero, pero no tenemos formación al respecto, del ámbito psicológico respecto al tema de la sexualidad. Pero parece que la pregunta no iba por ahí [Se ríe].

A: La pregunta es qué elementos dispones tú para llevar a cabo un acercamiento más comprensivo acerca de la sexualidad.

E9: ¿De formación dices tú?

A: No, no necesariamente, de lo que sea...

E9: Porque yo en el fondo llegue aquí, o sea por la especialización de piso pélvico, pero en el fondo yo siento que he llegado aquí a partir como de la experiencia, del volumen. O sea, yo lo que uso hoy en día en el fondo para el tratamiento es un poco de lo que he ido aprendiendo en estos diez años digamos, de mi camino en el área no más. Bueno y algunos cursos de formación, pero yo siento que, para nosotras como kine no existe la formación "*yo voy a ir a un curso de sexualidad para kinesiólogas...*" no sé, no hay. Entonces, lo que hay son diplomados de sexualidad que el volumen deben ser psicólogos po', entonces pasa que yo leo los programas y he estado a punto, pero leo los programas y tienen un componente, claro, por supuesto, psicológico fuerte pero de un ámbito que siento que me queda lejano, no soy psicóloga, es una aprensión tonta, pero como voy a ese curso si de psicología necesitaría un básico, no sé, que me alinee al grupo de psicólogo. Ahora, tú me preguntas por elementos que yo uso en el día a día, en el fondo, para...

A: Para hacer como un diagnóstico, en el fondo. Con qué elementos cuentas tú como profesionalmente o quizás personalmente, como de tu personalidad, también, para hacer un diagnóstico o acercamiento más comprensivo sobre la sexualidad, sobre las disfunciones sexuales que te llegan en el fondo.

E9: O sea, en general, como se asocia la disfunción que yo veo, se asocia principalmente al dolor, la evaluación que yo hago es con respecto al dolor y eso, y eso se clasifica, en el fondo, de acuerdo a cada persona, porque en... el umbral del dolor es diferente entre uno y otros, entonces las pauta de evaluación, o las formas de evaluar para saber si esa paciente tiene una disfunción sexual, según yo evalúo, no solamente de la evaluación de piso pélvico como tal, si hay alguna disfunción muscular, de dolor etcétera, sino que es, de acuerdo a como ella siente que genera disfunción sexual. Porque si ella digiera "*no, no está regio*" esta regio, bueno, no habría llegado, pero si pasa en... yo siento que en el fondo claro, tú puedes llegar a la terapia porque me mandaron aquí y llegue aquí, y otra es porque de verdad a mí me afecte. Entonces mi evaluación va enfocada al aspecto que ella específicamente quiere mejorar ¿Se entiende? Porque por ejemplo si fuera por una Anorgasmia, entonces, si ella no siente, y esta regio y es solo porque hay una Anorgasmia asociada al dolor, que eso si se ve más seguido, y a ella no le importa no llegar al orgasmo, por qué yo tengo que ponerle importancia a llegar al orgasmo, que eso son de las cosas más clásicas, que pudiera cruzarse. Entonces, yo no voy a abordar el evaluar si no es un tema para ella. Entonces, en el fondo, mi evaluación o los puntos que yo voy a evaluar o ver van a ir también en relación a cada una.

A: O sea, al parecer los elementos que viste, que me comentabas son tu experiencia, por un lado, y por otro lado es tomar en cuenta los elementos individuales de cada paciente.

E9: Así es. Porque en el fondo yo podría predisponer, que yo siento que esto puede pasar mucho en distintas áreas, puedo predisponer a estas personas a lo que yo veo más, por ejemplo, y a lo mejor para ella no era el motivo de consulta. No sé si te ha pasado alguna vez, que vas al doctor por algo y finalmente terminas no sé, con otra cosa. Un caso nada que ver, pero, vas al dermatólogo porque tenías unos granitos y la otra empieza que tenía una mancha o que tenía celulitis, o que tenía... ¿Me cachai'? Y en el fondo, yo no venía por eso, que le importaba a ella ¿Me cachai'? [Se ríe]. Entonces, es un poco, yo voy a tratar lo que a ella le importa, porque ella me viene a pedir que yo la trate, no voy a indagar en cosas que... o si yo pesquisara algo, yo viera en el examen algo que me llamara la atención, por ejemplo, una cicatriz, y si a ella no le duele, no le molesta y no genera dificultad, yo no voy a indagar ahí si la puedo predisponer a algo sabiendo que ella no se dio cuenta. Entonces, me dirijo a lo que el paciente me está pidiendo que me dirija. Y si yo creo que esos elementos van, de acuerdo a cada persona, de acuerdo la experiencia que me ha llevado, un poco, a ir modificando en el tiempo.

A: ¿Y hay algún otro elemento que tomes en cuenta a la hora de hacer un diagnóstico?

E9: O sea yo creo que siempre se suman dependiendo de la persona distintas cosas. La historia en general a mí me importa mucho, cómo ha evolucionado, no solamente quedarme con lo que eres hoy, con lo que pasa hoy día sino que viene de antes. Cómo lo espero, cómo me veo para el futuro, qué me imagino, en el fondo, no solo con el ahora, un poco a la alusión desde los niños, siempre intento tratar de retroceder un poco, porque tengo la sensación de esto puede venir de mucho antes. Entonces no me es solo con la ficha que diga lo que yo veo ahora...

A: ¿Y con la historia, te refieres a que le preguntas así como fue su iniciación sexual? ¿Ese tipo de cosas?

E9: Sí, sí. Y cuando hay dolor intento, y esta aparte no es tan fácil, si es que alguna vez ha ocurrido algo. Súper amplio, te fijas, es súper amplio. Entonces, si tú decías inmediatamente si, si, si hay algún componente en el fondo que te haya tocado vivir que hayas escuchado algo, hayas visto, que tu sientes que pudiera, en este minuto ser la causa de esta alteración o de lo que está ocurriendo. También dependiendo de cada persona a veces me salto eso, a veces con la entrevista uno se da cuenta que si hay cosas que llaman la atención y que dan para sospechar que algo pudiera haber pasado, que no necesariamente podría ser un abuso, o algo que uno se imagina, a veces solo esto que la mamá la hacía escuchar al *Rumpi*, en una edad que no era, no sé, como esas cosas. Entonces, intento indagar, en cómo se ha sentido en esta evolución de la sexualidad, no solo cuando tengo iniciación sexual con una pareja, sino que como la vivía de niña también, si es que estos temas se conversaban en la casa... siempre pregunto si es que ha habido abordaje de un psicólogo, eso creo que no me salto nunca, para saber

si en alguna oportunidad esta persona si es que ha ido, no solo por eso, si no, si es que ha ido y ha tenido apoyo psicológico en alguna instancia, me meto al ámbito de en general como se siente en general en la vida, en la pega, como se desarrollan, trato de tener una visión un poco más global, no solo de la zona. Y bueno, claramente la historia clínica completa, si es que hay cirugías de por medio, eso se hace siempre.

A: ¿O sea que tomas en cuenta elementos, también como más orgánicos?

E9: Si, absolutamente. Claro, o sea, siempre todos los medicamentos que van asociados, o sea, en el fondo, la historia clínica que hacemos los kines en todas la áreas, es saber la historia clínica completa; desde antecedentes mordidos, quirúrgicos, medicamentos que estén usando en el minuto, en general las que me van a ver a mi hay siempre una batería de cosas, son pocas las que no vienen con nada, entonces en total saben en qué ámbitos hay una patología asociada, si hay patologías psiquiátricas asociadas con medicación, todo eso juega otro rol. Cómo es la vida en pareja en general, cuánta importancia le da a la sexualidad, porque yo puedo pensar que es súper importante y que es el 90% de la vida de una persona, no sé, y para ella a lo mejor es el 5% ¿Y por eso yo voy a juzgar si está bien o está mal? No, si lo que le importa a ella es lo que importa, en el fondo. Entonces, ¿Cuán importante es para ella? ¿Cuán importante es para su pareja? ¿Esto lo han conversado? Es un ámbito súper importante, es importante saberlo, porque no le va a poner el mismo empeño si viene no por ella sino que por otro, que también me ha pasado, no vienen por ellas, vienen por ellos (sus parejas). Entonces, estoy tratando de solucionarlo porque para él es importante, pero yo, me lo han dicho muchas veces "*pero para mí, yo podría vivir sin eso*". Chuta que difícil, porque en el fondo, que importante la pega, ahí siento yo, que nos ayudara una psicóloga para "*es por mi po*", o sea, es por mi como paciente, en el caso de ellas, es por ellas, es porque tengo que estar mejor conmigo mismo para estar mejor con un otro, entonces ¿Por qué lo estoy haciendo por un otro y no por mí misma? Entonces, claro, para mí la psicóloga es la aliada absoluta en sexualidad.

A: ¿Y elementos más personales? Hace un rato mencionaste la empatía, por ejemplo. ¿Cómo puede ser importante la empatía para un diagnóstico?

E9: Yo creo que es fundamental. Pucha, no sé, yo creo que un poco veo hartito de esta área porque finalmente en este camino siento que el poder ser empático con el otro y no sentirse invadido como en este reconocerse, no solo conmigo, en el fondo, porque tengo que, en el fondo una paciente que llega a esta área tiene que exponer ante mi algo que es súper delicado, o sea, en general, para nadie es como "*ah ya yo vengo a hablar aquí, a mí me duele...*" como que, es algo que es súper personal. Entonces la empatía y ponerme un poco en los zapatos del otro creo que es fundamental para que se sientan cómodas, si ellas no se sienten cómodas, que podría ocurrir, no soy la indicada. Y eso a uno le puede pasar con distintos terapeutas. Entonces intentar que se sientan cómodas creo que es como lo fundamental. Si yo les caigo mal, fuera muy brusca, o muy como pesada, o retona como digo yo, creo yo, no engancharían porque cómo me someto a que esta persona, me haga doler, en el fondo, qué es lo que pasa, si, en el fondo, no siento que por

el otro lado hay calma, que hay conocimiento, por supuesto, y que hay práctica y que aquí, en el fondo voy explicando todo paso a paso para que ellas sepan todo lo que voy a enfrentarme después. No llego y hago, porque si la intimido en algún minuto, la pierdo. Y no porque yo pierda a la paciente, sino que va a ser alguien, que a lo mejor, se va a quedar sin terapia. Porque si lo pasa mal una vez ¿Cómo ella va a someterse a intentarlo con otra persona? Entonces yo creo que la empatía, el que sienta que lo que va a conversar conmigo, solo quedo ahí, no, no se va a enterar nadie, entonces que tenga confianza al respecto y seguridad en que lo que estamos haciendo ya está *requete* probado y va a ver efectos, se va a mejorar, si ella le pone empeño se va a mejorar. Entonces yo creo que eso es fundamental para que este otro tome confianza en un ámbito que es delicado, que es doloroso en esas circunstancias...

A: Perfecto, súper. Muchas gracias por compartir tus reflexiones y experiencia. Aquí finaliza esta entrevista.

