



Universidad Nacional de Rosario .Facultad de Psicología

Trabajo Integrador Final

“Entre pastillas y estigmas: una sexualidad interrumpida”

Modalidad de trabajo: Ensayo

Autora: Melanie Sifria

Legajo: S-5568/9

DNI: 41.204.332

Graduado Responsable: Nicolás Jorge Morguen

Año:2023

1

Índice

Agradecimientos.....página 2

Resumen.....	página 3
Introducción.....	página 4
Parte I : Creaciones del modelo de la medicalización.....	página 7
Parte II: Aristas de la sexualidad: un contacto interrumpido.....	página 10
Parte III: El cuerpo escindido como fundamento de una experiencia psicopatológica de la sexualidad.....	página 14
Consideraciones finales.....	página 16
Referencias Bibliográficas.....	página 18

Agradecimientos

A mi familia y amigos que me sostienen y acompañan en esta aventura hace años . A mis profesores que me enseñaron acerca de la Terapia Gestalt y me hicieron descubrir una psicoterapia tan rica en teoría como en práctica. De sus aportes me llevo herramientas para mi futuro como terapeuta y una gran riqueza experiencial para mi crecimiento

personal.

A la facultad pública que me permitió crecer y desarrollarme en el campo de la salud mental. Este ensayo es fruto de una polifonía de voces que me interpelaron a lo largo de todos estos años de formación.

Resumen

El presente ensayo aborda la concepción de las disfunciones sexuales pensadas como interrupción en el Ciclo de Contacto desde la Terapia Gestalt en contraposición al modelo de la medicalización desde la mirada foucaultiana. Desde su nacimiento como

disciplina científica, la sexología trajo aparejada toda una serie de supuestos y criterios acerca de la sexualidad que, lejos de contemplar y aceptar la diversidad de conductas sexuales, se encargó de patologizar el campo, escindir el cuerpo como objeto externo al sujeto y ofrecer la medicalización como único tratamiento y solución posible. Por el contrario, desde la perspectiva de la Terapia Gestalt, la sexualidad es entendida como una expresión relacional del individuo y su entorno significativo por lo que un contacto rígido y crónico entre estos elementos puede expresarse como una disfunción sexual. Sujeto y entorno se configuran de una forma particular en relación a las características del campo en el que se desarrollan, y es por eso que, bajo el paradigma de la medicalización, el impacto en el desarrollo y contacto se da una manera interrumpida y restringida. Así, se insta a una promoción de enfermedades más que a la promulgación de una sexualidad integral, diversa y saludable.

Palabras claves: Disfunción sexual, medicalización, interrupción en el ciclo de contacto, Terapia Gestalt

El campo de la sexualidad históricamente ha generado controversias, conflictos y disputas no sólo a nivel disciplinar sino en relación a las vivencias personales de los propios sujetos. Desde distintos sectores de la sociedad (políticos, culturales, científicos) se ha teorizado en relación a los aspectos que la componen y, de ese modo, a partir de los aportes de distintas disciplinas, surgió la sexología como una ciencia abocada al estudio del funcionamiento de los aspectos saludables y patológicos que componen la sexualidad en el individuo.

Actualmente la mayoría de las consultas en sexología clínica se dan a causa de disfunciones sexuales y, si bien la formación académica de esta disciplina está dirigida a médicos y psicólogos, los tratamientos contemporáneos que se proponen están en su mayoría restringidos a la medicación del paciente. La medicación, en estos términos, es abordada como el tratamiento crónico con fármacos prescritos para la erradicación de una enfermedad o disfunción. A su vez, esta noción se encuentra inserta en una lógica más abarcativa nombrada como medicalización por Michel Foucault (1977). Este concepto es pensado desde la lógica foucaultiana a partir de una serie de transformaciones políticas donde la medicina, a finales del siglo XVIII, comienza a objetivar al cuerpo biológico para incorporarlo a la red de poder y control. El *biopoder* se gesta a partir de una serie de movimientos políticos-estatales en distintos países donde la medicina comienza a ampliar su espectro de acción a distintas áreas no-médicas, a invadir territorios de acción intentando clasificar, diagnosticar y medicalizar como forma de tratamiento para erradicar las patologías o trastornos en el cuerpo biológico.

Esta microfísica del poder, primero operando en los médicos y luego en los enfermos, genera una internalización de todas estas políticas establecidas por el aparato médico-político hegemónico. La culminación de este proceso implica que la misma persona se diagnostique, clasifique y medique en base a los parámetros estipulados por el biopoder (Foucault, 2001).

Por otro lado, si se atiende a la amplia cantidad de disciplinas psicológicas existentes, resalta que muchos enfoques singulares que abordan las disfunciones sexuales reproducen en sus tratamientos esta división cuerpo-mente planteada por el poder hegemónico de forma implícita, entendiendo los síntomas físicos como objetivos a erradicar. En consonancia, el cuerpo aparece como una máquina a readaptar su funcionamiento y comportamiento a partir de una serie de ajustes específicos que lo devuelvan a los parámetros normales estipulados por la ciencia médica.

Por todo lo expuesto sobre esta complejidad del campo, es necesario interrogarse: "¿hasta qué grado los terapeutas somos conscientes del riesgo de que nuestra labor se convierta en una forma más de reprimir la sexualidad en beneficio del poder establecido?" (Fernández Romero, 2020, p.45-46). Para intentar romper con lo estipulado, si se pretende sostener una posición ética y evitar caer en un reduccionismo frente al tratamiento de las disfunciones sexuales, hay preguntas que habilitan y amplían esta problemática, tales como: ¿qué se encuentra funcionando mal? ¿Un cuerpo, una psiquis, una persona?

Dentro de la multiplicidad de conceptualizaciones que las corrientes psicológicas han realizado sobre la sexualidad, la Terapia Gestalt - situada desde la teoría del campo - la concibe como un aspecto que forma parte de la integralidad del organismo, fusionándose allí variables biológicas, socioculturales y psicológicas. Pero además, lo central de este enfoque es que la entiende como una expresión de la relación organismo-entorno. Allí, en la frontera de contacto entre estos dos elementos interdependientes, el sujeto puede vivenciar una experiencia saludable o, por el contrario, patológica; dentro de esta última, un destino posible podría ser el generamiento de una disfunción sexual. Este contacto con el ambiente se da por etapas o fases que los autores gestálticos han definido como ciclo de contacto. Kepner (2011) define al mismo de forma simplificada como un:

proceso de necesidad urgente (una figura de interés que resalta contra el fondo que organiza la conducta), contacto con el entorno para completar la necesidad que surge, retroceso de la figura en el fondo (equilibrio y conclusión) y surgimiento de la siguiente figura de interés. (p.88).

En este sentido, la dimensión sexual puede ser pensada en términos de cómo el organismo frente a sus necesidades va hacia el entorno y realiza un ajuste creativo para poder satisfacerla. En un contacto saludable, las distintas funciones de contacto se integran para poder resolver las necesidades del organismo en el ambiente. Esta capacidad de integración es un criterio central para pensar la salud desde la mirada de la Terapia Gestalt.

Intentando hacer una aproximación a los interrogantes planteados previamente, lo psicopatológico no estaría en un organismo individual, o por el contrario sólo en el entorno, sino que se da más bien en una relación, en el *entre* de esos dos elementos que conforman el vínculo. De esta forma las características del organismo y del ambiente harán de ese contacto un modo específico en el cual se expresa la relación. En muchas ocasiones, la expresión de las necesidades del sujeto entran en conflicto con las características del entorno. Si este último es severo y rígido, el sujeto se ve llevado a deber realizar lo que en Terapia Gestalt se denomina un ajuste creativo para su adaptación y subsistencia. La cuestión patológica comienza cuando este ajuste que fue creativo y útil en el pasado, se vuelve una forma crónica e interrumpida de estar en el mundo. Precisamente esta es la forma en la que se piensa a los síntomas desde el enfoque gestáltico y, llevado al campo de la sexualidad, es como se entiende a los síntomas como disfunciones sexuales.

Es por esto que la problemática del presente ensayo gira en torno a la concepción que el enfoque gestáltico tiene sobre las disfunciones sexuales como interrupción en el ciclo de contacto en contraposición al modelo de medicalización del campo de la sexología clínica desde la perspectiva desarrollada por Michel Foucault.

La hipótesis central es que las interrupciones reiteradas y estereotipadas en el ciclo de contacto ocasionan una experiencia patológica que puede ser interpretada o leída como disfunción sexual. De esta manera lo que se lee como disfunción sexual de un órgano específico de un cuerpo que "tenemos"; desde el modelo de la medicalización, puede ser leído desde la Terapia Gestalt como una modalidad fija e ininterrumpida del organismo de estar en el mundo y que se expresa en el cuerpo que "somos" y en el vínculo íntimo que se establece con las personas.

Para abordar la problemática planteada se indaga sobre una serie de relaciones centrales: por un lado, se intenta dar cuenta de cómo comienza a configurarse el campo de la medicalización a partir de una serie específica de transformaciones. Dentro de estas últimas encontramos la patologización de la vida cotidiana y las actividades vitales del sujeto, incluyendo finalmente a la sexualidad dentro de esta red de poder a partir de la constitución de la sexología como disciplina científica.

Por otro lado, luego de puntualizar el contexto de surgimiento de la sexología, se intenta dar cuenta de cómo la medicalización comienza a ser parte de una nueva conceptualización de la sexualidad. El modelo de la medicalización vincula la vida sexual con la noción contemporánea de salud, de manera tal que las conductas sexuales comienzan a ser clasificadas y patologizadas. En contraposición, esta mirada restringida de la sexualidad puede provocar una forma crónica de hacer contacto. Precisamente esta cronificación del contacto es lo que desde la psicopatología gestáltica se entiende como síntoma y en el campo de la sexualidad puede ser experimentado como una disfunción sexual.

Finalmente la última categoría que se va a desarrollar es la filosofía mecanicista en la que se apoyó el paradigma de la medicalización para poder generar una escisión del sujeto y su cuerpo, y de esta manera poder controlar a este último como un objeto aislado y externo. Precisamente esta escisión mencionada es, para la Terapia Gestalt,

uno de los factores más importantes en relación a la causa de experiencias psicopatológicas. Desde este enfoque la persona está constituida por procesos mentales y corporales que interactúan de forma conjunta, y la represión de uno de los componentes que impacta en el desarrollo completo de la persona, restringiendo su forma de ver el mundo y de hacer contacto con este.

La salud sexual de los pacientes y sus disfunciones nos interpelan como profesionales ya que son un ámbito de incumbencia del psicólogo y deben ser motor de búsqueda de investigación para poder abordar la problemática y brindar recursos eficaces para el padecimiento del paciente. De esta forma se podrá correr el foco de la visión patologizante de los abordajes médicos que, como hemos mencionado anteriormente, lejos de promover salud, promueven las experiencias patológicas en los sujetos.

Entre pastillas y estigmas: una sexualidad interrumpida

7

Desarrollo

*Indefinir la sexualidad, complejizarla, ampliarla,
ponerla en duda, asomarnos a sus
claroscuros, a sus matices.
Fernandez Romero*

Creaciones del modelo de la medicalización

Asistimos a una era marcada por el consumo de medicamentos para el tratamiento de las más variadas afecciones. En materia de sexualidad, las píldoras han podido reducir la prevalencia, por ejemplo, del vaginismo en mujeres o de disfunciones eréctiles en varones, mejorando la calidad de vida de las personas considerablemente. Por consiguiente esto produjo que, en muchos casos, las personas ya no recurran a centros de salud para realizar consultas sino que se autogestionen en el uso de fármacos. Pero ¿siempre fue así?, y aún es necesario hacerse a una pregunta más ¿son estos los principales objetivos que hay que adjudicarle a la medicina contemporánea?

Los procesos de salud y enfermedad han sido pensados desde distintas concepciones a lo largo de la historia. Desde chamanes hasta curanderos han intentado develar las patologías más misteriosas a partir de la observación de los síntomas de las personas, pero estas figuras ,no solo aún no estaban relacionadas a la medicina tal como la conocemos hoy en día, sino que tampoco tenían una relación con las autoridades políticas de los pueblos y ciudades. Para Foucault (1977) en su despliegue sobre el concepto de medicalización, la inserción del Estado en los temas relacionados a la salud y enfermedad de sus habitantes tiene un origen pesquizable. Es en el siglo XVIII, en Alemania, donde se comienza a gestar una clara relación entre estos dos elementos que el autor denominó "medicina de Estado" y donde se comenzó por normalizar la enseñanza médica, centralizar lo relacionado a la administración de la información de los hospitales, así como los datos de morbilidad y natalidad de los ciudadanos.

Luego de la normalización del campo médico, Foucault ubica en Francia una "medicina urbana" que aún no iba a estar dirigida a los ciudadanos, sino más bien al control de los medios físicos que alteran la salud, es decir, el aire y el agua. En este momento se señala que comienza a crearse una de las alianzas más importantes que tuvo la medicina específicamente con la industria química que daría paso en el siglo posterior a la relación entre la medicina y la industria farmacológica.

Finalmente, el último componente que despliega el autor para abordar el concepto de medicalización estuvo dirigido a la aplicación de políticas sanitarias hacia los sectores más pobres de Inglaterra a finales del siglo XIX, denominado como "medicina de la fuerza laboral" o "medicina de los pobres". A partir de la integración de legislaciones que impartían la obligatoriedad de los controles médicos hacia el sector social más vulnerable, se hizo efectiva la aplicación de mecanismos de control de salud a este sector de la población y, en consecuencia, el efecto preventivo de contracción de enfermedades de los sectores de la clase media y alta de la sociedad inglesa que veían cada vez con más desconfianza y miedo al movimiento proletario.

De esta forma ,en el siglo XIX, los avances médicos sobre las enfermedades crecieron vertiginosamente. Los estados comenzaron a invertir cada vez más presupuesto en investigaciones científicas que dieran cuenta del análisis de una serie de síntomas y signos que pudieran agruparse bajo el nombre de una patología o enfermedad específica. Pero una de las cuestiones que analiza Natella (2008), además de las posteriores alianzas del campo médico con la industria química molecular, con la psiquiatría, con la neurología, etc, es la expansión del campo médico hacia campos que son exteriores a la salud, donde se ve una ruptura de las alianzas en términos cooperativos y se empieza a

delimitar un claro poder hegemónico del médico ,así como del hospital como centro de control sobre los sujetos.

Las actividades cotidianas y los procesos vitales de las personas empiezan a ser pensados desde esta concepción de la medicalización con el objetivo de poder sublevarlos a la intervención de políticas sanitarias específicas. El trabajo, la alimentación, las formas de ocio comienzan a ser estudiadas para hallar anomalías. Dentro

de estas dimensiones no-médicas, podemos situar la sexualidad humana que permaneció sustentada a lo largo de la historia por conceptualizaciones míticas, religiosas y filosóficas hasta que cayó finalmente en esta red desplegada por el biopoder y la intervención médica.

La invención de la sexología como ciencia abocada al abordaje de problemáticas en relación a la sexualidad coincide con el período que Foucault sitúa como los comienzos de la medicalización. Es a finales del siglo XIX donde a partir de los estudios de Kinsey se comienza a dar respuesta a toda una serie de incertidumbres a nivel social que giraban en torno a las conductas sexuales. Pero no es hasta mediados del siglo XX donde este proceso termina de consolidarse con las publicaciones de Masters y Johnson (1966) acerca de un conjunto de investigaciones experimentales sobre la Respuesta Sexual Humana (en adelante RSH) en hombres y mujeres.

Los desarrollos de Masters y Johnson coinciden con el período político denominado revolución sexual, caracterizado por un gran interés y cuestionamiento acerca de las formas en cómo era pensada la sexualidad y las vinculaciones sexoafectivas hasta ese entonces. Estas características socioculturales permitieron una mayor aceptación de las postulaciones de los pioneros de la sexología clínica empezando a sentar sólidas bases y a tomar riendas del asunto de la sexualidad de una forma específica. La normalización del campo por parte de esta nueva ciencia se llevó a cabo a partir de distintas divulgaciones científicas. Sin dudas una de las más reconocidas fue la de la conceptualización de la RSH que demostraba las semejanzas de fases entre hombres y mujeres estableciendo regímenes de verdad en el campo de la sexualidad que cada vez tenían más aceptación a nivel social en cuanto a la determinación de qué era lo patológico y lo saludable en la vida sexual de los sujetos. Aquellas conductas que se desviasen de los patrones estipulados debían corregirse a partir de una readaptación conductual del cuerpo. (Trebisacce, 2015).

Lo interesante del nacimiento de estas investigaciones experimentales es que fueron criticadas por su inconsistencia y falta de rigurosidad metodológica. Las condiciones ideales creadas artificialmente para los experimentos sexuales no reflejaban la realidad cotidiana en la que se desenvolvían los individuos, ni tampoco el tiempo extremadamente breve en el cual se aseguraba la erradicación de las disfunciones sexuales. Se aseguraba el éxito de los tratamientos en el plazo de quince días, internado a los pacientes jornadas completas en la clínica, abocados única y exclusivamente a sus disfunciones sexuales. Es claro entonces que los pacientes de Masters y Johnson representaban una excepción de sujetos, más que a la generalidad de las personas (Granero, 2014). Aunque no puede cuestionarse que sus resultados hayan dado puntapie al desarrollo de otras investigaciones más veraces.

Todas estas puntualizaciones en cuanto al surgimiento de la sexología son claves para pensar, desde la lógica foucaultiana, cómo comenzó a difundirse y a aceptarse un tipo de concepción específica sobre la sexualidad, mientras que el resto de las formas de expresión debían ser sancionadas y reprimidas.

A partir de los años 80's podemos mencionar una creciente difusión de publicaciones sobre sexualidad, y puntualmente en Argentina, la formalización del proceso de institucionalización del campo sexológico con una fuerte presencia de médicos clínicos.

Toda esta popularidad en auge que empieza a tener esta rama clínica generó un gran interés por parte de distintos sectores de la sociedad y de esta forma en los años 90's se efectivizó el ingreso de una nueva camada de especialistas a este campo, los

para comenzar a realizar investigaciones de forma más exhaustivas.

Las conductas sexuales de esta forma empezaron a ser clasificadas y pensadas desde una vertiente sexológica normativa que, lejos de integrar diversidades, marginaba y patologizaba en sus estudios cada vez más las acciones y comportamientos de los sujetos. Estas conductas anómalas poco a poco empezaron a tener un nombre específico: disfunciones sexuales.

Las crecientes apariciones de disfunciones sexuales en los últimos 20 años nos permiten interrogarnos acerca de la invención o construcción de las mismas a partir de la sexología. Esta disciplina contemporánea, de no más de 60 años, ofició de puente para el ingreso del modelo de la medicalización a la vida sexual del sujeto. La expansión del dominio médico hacia áreas no médicas y la construcción de conductas anormales denominadas disfunciones sexuales permitió así que la medicalización fuese el único tratamiento salvador para estas patologías.

Aristas de la sexualidad: un contacto interrumpido

A partir de los desarrollos de la sexología, y su repercusión positiva en la comunidad científica, a lo largo de los años, la vida sexual comenzó a ser considerada como un factor importante en la salud general de las personas.

Esta última fue definida desde el modelo médico hegemónico -sustentado en el paradigma de la medicalización- como la ausencia completa de enfermedades. Y dado a las relaciones mencionadas previamente, la sexualidad también comenzó a volcarse y ser pensada en estos términos. Esta mirada en el siglo XX culminaría con el ideal de "salud perfecta" al que aspiraban los gobiernos en su implementación de políticas de salud pública.

A la luz del desarrollo de tecnologías y tratamientos médicos, al supuesto de ausencia o erradicación de enfermedades de la noción de salud se le anexó otro punto no menos importante, a saber, la optimización y potenciamiento de los procesos vitales. El cuerpo biológico no solo debía estar exento de patologías, sino que debía funcionar de la manera más optimizada posible. Estas íntimas vinculaciones entre el ideal de salud y la vida sexual de los sujetos dieron el pie a un despliegue de criterios de "cómo ser saludable" y "cómo llevar una vida sexual plena".

Los medios de comunicación efectivizaron este mensaje estableciendo toda una serie de criterios estandarizados para poder cumplir esta meta tales como: frecuencias ideales de mantener relaciones sexuales, el supuesto del deseo sexual como natural y espontáneo, entre un sin fin de pautas.

Todas estas promesas de bienestar de la vida sexual encontraron un sustento clave en la historia de la sexología clínica a partir de la invención por parte del laboratorio Pfizer del Sildenafil, o también conocido por su nombre comercial, Viagra. La píldora no solo iba a solucionar los problemas de disfunción eréctil sino que también iba a brindar la posibilidad de optimización de la función sexual inclusive en adultos mayores con dificultades en su desempeño. Con el eslogan de erecciones duraderas para un mejor rendimiento sexual, los laboratorios vieron un crecimiento exponencial de ventas, convirtiéndose el viagra en una de las drogas más vendidas del siglo XX.

Conforme al crecimiento de la medicalización en el campo de la sexología, la noción de sexualidad fue restringiéndose cada vez más hacia una mirada de los factores biológicos y neurofisiológicos como preponderantes al resto de variables psicológicas, sociales y culturales que podrían también ponerse en juego en el desempeño de la función sexual.

De esta forma, en Argentina se fueron configurando dos corrientes en el campo de la sexología clínica: una que se adscribía vivazmente al uso de la medicalización para el tratamiento de disfunciones sexuales y, por el otro lado, un sector de médicos clínicos y psicólogos con formación en sexología que comenzaron a denunciar la inescrupulosa y

generalizada prescripción de esta droga para el tratamiento de distintos tipos de afecciones sexuales en varones (Jones y Gogna,2012).

Estas dos aristas importantes -la falta de un diagnóstico diferencial y la prevalencia de factores biológicos como causantes de las disfunciones sexuales generaron una visión de la sexualidad leída en términos de medicalización, generando un sesgamiento en la forma de pensar la sexualidad desde un enfoque patológico y teniendo en el horizonte el lucrativo tratamiento farmacológico -casi- como único destino posible.

Pensando a la sexualidad desde este paradigma se puede establecer una íntima vinculación entre la medicalización y el cuerpo enfermo. Es necesario entender aquí que este es, efectivamente, un cuerpo dócil, maleable y modificable según los intereses del mercado. En consonancia esto puede verificarse en dos características de la edad contemporánea: primero, como se mencionó anteriormente, en la creciente aparición de nuevas enfermedades y patologías; y segundo, en el hecho de que las industrias farmacológicas se ubican en el segundo puesto dentro de las empresas con mayor índice de facturación a nivel mundial luego del mercado de armas. Entonces, a mayor demanda ,mayor consumo, traducible en ganancias monetarias; pero para que esta ecuación ingrese en un círculo de retroalimentación constante es necesario que se sostengan todas estas aristas mencionadas previamente acerca de la patologización del cuerpo biológico y la introducción de la medicalización a la nueva visión de pensar la sexualidad .

Dentro de esta perspectiva que se sostiene desde el campo de la sexología clínica se olvida una noción esencial ,que detrás del "órgano enfermo",detrás de ese pene que no logra una erección o de esa vagina que se contrae de forma involuntaria, hay una persona , hay un sujeto que está afectado en su totalidad.

Podemos ver, entonces ,como muchos pacientes luego de frustrados tratamientos farmacológicos llegan al consultorio terapéutico con niveles altos de estrés y angustia frente a su imposibilidad de desempeño sexual. Ahora bien, ¿qué aportes puede realizar la Terapia Gestalt acerca de estos síntomas sexuales? ¿cómo entiende la disfunción sexual a la luz de estas cuestiones?

La Terapia Gestalt se consagró desde sus orígenes en 1950 como una terapia integrativa. ¿Qué implica esto? Que la visión que tiene acerca del sujeto y el tratamiento propuesto para el padecer del mismo implica una complejidad que hasta el momento es novedosa, ya que no solo va a entender a la persona como compuesta e influenciada por la interacción de distintos factores, sino que, basada en la teoría de campo, la Gestalt postula que la interacción de las variables entre organismo y entorno delimitan un campo específico, con características diferentes al que tienen cada uno de estos componentes por separado.

En consonancia con esta forma de pensar al sujeto ,la sexualidad también es vista como un concepto conformado e influenciado por diferentes aristas sociales,culturales,políticas,biológicas y psicológicas que interactúan en conjunto y de forma pareja en la respuesta sexual.Es decir que lo que el sujeto entiende y la forma en que vive su sexualidad depende de la interacción de todos estos componentes que se ponen en juego en su entorno.Reducir la sexualidad únicamente a su componente biológico-como lo plantea el modelo de la medicalización- genera una reducción significativa de la complejidad por la que este concepto está compuesto.

Además de un sexo biológico, la persona se encuentra inserta en una cultura determinada que crea instituciones específicas y toda una serie de reglas explícitas e implícitas acerca de cómo se debe ser si se es mujer o varón ,y cómo debe relacionarse y expresarse sexualmente dependiendo de estas posibilidades.He aquí entonces el componente socio-cultural de la sexualidad que pretende retomar la Terapia Gestalt en sus desarrollos para abordar las disfunciones sexuales.

El contacto con el entorno es, entonces , un aspecto que modifica no solo la experiencia y la forma de ver el mundo ,sino lo que el sujeto es. Por lo tanto, la sexualidad tiene un fuerte componente relacional; es decir, su modo de expresión

dependerá de la interacción del contacto que el sí mismo tenga con su entorno significativo.

Para adentrarnos más en el enfoque gestáltico y comprender el alcance de esta teoría, el "sí mismo" (en adelante *self*) es un concepto clave. Este es entendido como la capacidad de hacer contacto con el entorno en el aquí y ahora. Dentro de una experiencia saludable, esta función de contacto se expresa de forma espontánea y flexible. Desde la influencia de sus raíces fenomenológicas responde a "cómo" el organismo se vincula y se relaciona con su entorno, cómo es su proceso de toma de contacto.

A partir de distintas experiencias que atraviesa el organismo a lo largo de su desarrollo, el *self*, se organiza en funciones específicas. Estas son divididas sólo a fines explicativos ya que desde la teoría gestáltica funcionan integradamente en el proceso de toma de contacto. Las tres funciones entonces son: Ello, Personalidad y Yo. La primera de ellas integra la forma de hacer contacto con el entorno en lo que respecta a las sensaciones y experiencias sensorio-motoras junto con las necesidades fisiológicas del organismo. La función Personalidad, por su parte, es la expresión verbal de aquello que el organismo ha podido asimilar como su *self* y se expresa a partir de la pregunta ¿quién soy? (Bloom, 1997). Diríamos que, precisamente, es la forma en la que el sujeto se define y se atribuye determinadas cualidades a partir de los contactos asimilados en su vida. Y por último, se caracteriza al Yo como una función de voluntad del organismo en cuanto a la toma de decisiones, elecciones y preferencias que el organismo realiza hacia el campo con el fin de identificarse o alienarse a determinados componentes del entorno para satisfacer sus necesidades (Spagnuolo, 2013).

Todas estas modalidades de expresión de la función de contacto se despliegan en lo que se denomina Ciclo de Contacto y, como se muestran en distintas obras Zinker (1977) y Kepner (2011), es entendido como un proceso puesto en juego en la relación entre organismo y entorno que intenta dar cuenta de cómo se forma una figura de interés (una necesidad que emerge) y el proceso en que se da resolución o se satisface esta necesidad del organismo. En términos más simples, es la forma en la que el organismo toma conciencia de una necesidad específica y actúa en el entorno para satisfacerla.

Pensemos las etapas que componen el ciclo de contacto en relación al acto sexual. En primer lugar del ciclo se ubica la sensación, es decir el registro sensorial que el organismo capta de sí mismo; en el caso del acto sexual podemos pensar cómo a partir de un estímulo del ambiente (una caricia, un beso, un olor, etc.) emerge la sensación de excitación sexual en el sujeto. Luego, ante el registro o la toma de conciencia del organismo de sus sensaciones, se procede a la etapa de formación de figura, es decir al planteamiento de una necesidad específica en el aquí y ahora; en este caso, percibir y tomar conciencia de la necesidad de tener relaciones sexuales. Posteriormente, están las etapas de movilización de la energía y la acción: la primera hace alusión a la fuerza o interés que se empieza a poner en marcha para el cumplimiento de esa necesidad y la segunda a la acción definida para llevar a cabo la resolución de la figura; en este caso, para el acto sexual, se necesita de un monto de energía específica y de ciertas acciones de estimulación al cuerpo propio y el del partenaire para practicarlos. La etapa siguiente es el contacto, es decir el momento en el que el organismo puede resolver esa figura; en el acto sexual se puede ejemplificar con el momento que en la respuesta sexual humana se denomina resolución, es decir, el orgasmo. Finalmente, se sitúa la etapa de retroceso donde organismo y entorno se separan nuevamente para dar paso a la formación de nuevas figuras de interés; esto se ejemplifica con la finalización del acto sexual conocido como periodo refractario donde los órganos sexuales vuelven a su estado de reposo. El ciclo de contacto mencionado junto con sus etapas puede visualizarse en la figura 1.

Figura 1. El ciclo de la experiencia ilustrado como un círculo

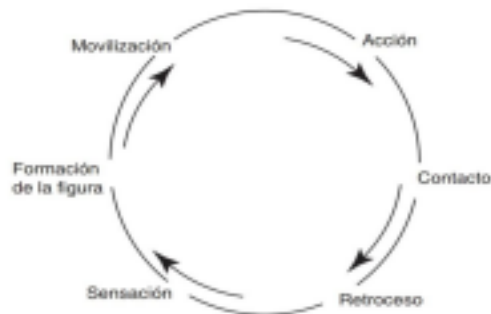


Figura 1-1. El ciclo de la experiencia ilustrado como un círculo.

Adaptado de *El proceso corporal. Un enfoque Gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia* (p.90) , por J.I Kepner (2011). El manual moderno

Lo ejemplificado en el párrafo anterior haría alusión a lo que, desde el enfoque gestáltico, sería un proceso saludable en la toma de contacto. Pero este ciclo puede verse alterado o interrumpido en sus fases por distintos factores. La influencia de la cultura es un factor importante para analizar en relación a estas interrupciones mencionadas. La red de medicalización y su estrecha vinculación con la sexología-tal como se ha desarrollado en líneas anteriores-generó una serie de supuestos y definiciones acerca de una sexualidad “saludable” que, en muchos casos, tiene como destino convertirse en mandatos sociales y ser introyectados por los sujetos como reglas o normas incuestionables e inflexibles.

Estos mandatos culturales acerca de la sexualidad y las acciones propiamente dichas que el entorno empieza a realizar sobre los sujetos van moldeando lo que desde la Terapia Gestalt se denomina el autoconcepto.

Zinker (1977) lo conceptualiza como un conjunto de cualidades en oposición que van a ir definiendo al sí mismo y su capacidad de acción a partir de aspectos en los cuales se siente identificado y otros que rechaza o aliena. En términos más precisos, la personalidad del sujeto se organiza en un conjunto de polaridades que ordenan y caracterizan la forma en la que el individuo se define y, por consecuencia, la forma en la que hace contacto con su entorno.

Dentro de las posibilidades que el autor indaga, un autoconcepto estrecho es aquel que permanece rígido y estereotipado. El sujeto, a partir de la represión que ejerce la cultura, debe adaptarse al entorno de una forma específica; esto trae aparejada la identificación a un número finito de cualidades que definen su sí mismo y, por ende, su capacidad de acción en el entorno también se verá afectada, respondiendo de forma estrecha y crónica frente a diferentes situaciones. Por ejemplo, si un hombre es criado para desarrollar su capacidad de ser fuerte porque “eso es lo que deben ser los hombres”, y se le ha inculcado que la debilidad no es algo propio de estos, probablemente aunque en algunas situaciones de su vida se sienta débil, la rigidez que desarrolló su autoconcepto no le permite expresar esta polaridad y se mantendrá accionando frente a las situaciones únicamente de su polaridad aceptada (ser fuerte), perdiendo la riqueza de información que podría brindarle la expresión de la otra polaridad.

El proceso terapéutico intenta trabajar en relación a la toma de conciencia de los aspectos negados del *self* que permanecen en la sombra, para así poder integrarlos con

los aspectos o polaridades en los cuales el sujeto se identifica. De esta manera, se puede arribar a lo que desde Gestalt se denomina el estiramiento del autoconcepto. Poder establecer un diálogo entre las polaridades de la personalidad del sujeto permite un acercamiento a la integración y a una mayor flexibilidad a la hora de hacer contacto con el entorno ya que se amplían las cualidades en las que el sí mismo se reconoce. Volviendo al ejemplo que mencione en líneas anteriores, poder explorar la

polaridad debilidad en el sujeto permitiría un entendimiento y una ampliación significativa de sentido, y si bien el sujeto puede seguir considerándolo un aspecto no muy deseable, el hecho de poder traerlo a la conciencia permite que el autoconcepto se amplíe y esto repercute en nuevas modalidades de hacer contacto con el entorno que hasta el momento el sujeto no se había permitido experimentar.

Retomando e integrando los conceptos desplegados, el autoconcepto se construye y desarrolla a partir de los supuestos e ideales que el entorno significativo (a nivel micro) y el contexto sociocultural (a nivel macro) priorizan y jerarquizan.

Ahora bien, pensemos esto desde la polaridad del sí mismo sexual. El modelo de la medicalización -como hemos visto- desplegó toda una serie de criterios de conductas y expresiones determinadas que se esperan del sujeto en relación a su sexualidad desde su nacimiento. A lo largo del desarrollo, las necesidades y expresiones del sí mismo pueden entrar en conflicto con el entorno y sus intereses. Si el ambiente es percibido por el sujeto como hostil y amenazante, este último pronto deberá realizar un ajuste creativo en su manera de hacer contacto para poder adaptarse al entorno de la forma más amena posible. Este ajuste es entendido como una reacción protectora que el sujeto realiza de forma creativa para poder resolver un contacto específico; tiene una utilidad en pos de la supervivencia.

Es necesario aquí aclarar que desde la perspectiva gestáltica uno de los criterios más importantes para pensar una experiencia saludable es la capacidad de flexibilidad en el contacto. ¿Qué quiere decir esto? Que el sujeto pueda responder de una forma única para resolver sus necesidades en relación a las características de la situación que está atravesando en el aquí y ahora. Por el contrario, muchos ajustes que fueron creativos en el pasado pronto corren el riesgo de convertirse en una forma crónica de hacer contacto. Esto se liga íntimamente a un concepto que nos permite pensar cómo se origina una experiencia psicopatológica: la noción de síntoma.

La descripción gestáltica reconoce en el síntoma la utilidad que tuvo para el sujeto en el pasado, pero postula que es un ajuste que se cronifica en el tiempo. En otros términos, “el síntoma es la huella dejada por el pasado en el campo relacional presente, atravesado y actualizado en el aquí y ahora” (Francesetti, Gecele y Roubal, 2013, p.94). Y si esta forma de hacer contacto se experimenta como algo rígido y estereotipado, puede convertirse en un hábito más que en una decisión consciente y elegida.

Pensando entonces a las disfunciones sexuales como síntomas, mientras el modelo de la medicalización busca la erradicación de los mismos a partir de la administración de drogas, desde la Terapia Gestalt se intenta poder leer el mensaje vital que estos traen aparejados acerca de la persona completa y la utilidad que como ajuste tuvieron en un momento determinado de la vida. Siguiendo estas puntualizaciones, un caso por ejemplo de vaginismo (que se caracteriza por la contracción involuntaria de los músculos de la vagina que impide o dificulta la penetración), puede ser la expresión de un conflicto más profundo e integral de la persona en su forma de hacer contacto con su entorno. En la mujer que padece vaginismo, el “cerrarse” en el acto sexual puede ser una forma más de “cerrarse” frente a otras situaciones de contacto con su entorno, de interrumpirlo. Algunos interrogantes que nos permitirían pensar la disfunción sexual como interrupción en el ciclo de contacto son el para qué y el cómo este sujeto se vincula con

su entorno. ¿Qué obtiene vinculándose de esa manera? ¿Qué evita vinculándose así?

La disfunción sexual -desde una Teoría de campo donde organismo y entorno funcionan de forma interdependiente- expresa que esta forma fija y crónica de estar en el mundo que se vive de forma individual en realidad debe entenderse como un campo entero que opera de forma disfuncional. El síntoma sexual es el resultado co-creado de una interacción dificultada entre las partes; lo que se expresa en la cama es solo otra forma en la que se muestra el conflicto y la interrupción del contacto del sujeto con su entorno.

El vínculo, entonces, y la forma de hacer contacto con el entorno son el foco de interés para el abordaje de las disfunciones sexuales para la Terapia Gestalt, ya que

Entre pastillas y estigmas: una sexualidad interrumpida

14

trabajar en estos aspectos, al considerar a la persona desde una perspectiva integrativa, indefectiblemente repercutirá en todo los aspectos de la vida del sujeto (incluyendo la dimensión sexual).

El trabajo en sexualidad no apunta a mirar la experiencia psicopatológica como una instancia estática y estructural del sujeto, sino como una dimensión funcional. Poniendo el foco en los patrones relacionales del sujeto, las experiencias saludables y patológicas son un continuum en su desarrollo, pudiendo atravesar ambas en distintos momentos de la vida. Lo importante aquí a destacar es que lo patológico en la Gestalt precisamente se encuentra en la frontera de contacto: hay una incapacidad para estar presente en el contacto ya que el sujeto, en el aquí y ahora, sigue operando con ajustes del pasado; ya no es capaz de responder a las necesidades que emergen del ambiente de una forma creativa. Y el sufrimiento precisamente se genera y se ubica en esta relación entre las partes, en la frontera de contacto, como un mensaje significativo de un conflicto o una perturbación.

Es por eso que, frente al trabajo con disfunciones sexuales, las formas relacionales del sujeto son el foco de atención del terapeuta en pos a un objetivo específico, el *awareness*, una forma particular de darse cuenta, de tomar contacto y conciencia con el entorno que implica en el sujeto una nueva construcción de sentido que es significativa para orientar la propia experiencia vital desde los postulados existencialistas que posee la Gestalt. Hacer contacto con el sufrimiento y poder tomar conciencia del conflicto implicado en la relación con el entorno permite una ampliación de sentido en la vida completa del sujeto, permite el entendimiento de ¿para qué estoy atravesando esta situación? ¿Cómo me estoy relacionando y cómo esto me está generando sufrimiento?.

El cuerpo escindido como fundamento de una experiencia psicopatológica de la sexualidad

Desde los comienzos de la humanidad, el cuerpo ha sido un elemento bastante conflictivo en la conceptualización de las personas. Los discursos religiosos y los debates filosóficos de la antigua Grecia se centraban en pensar al ser como pura alma separándolo del cuerpo como objeto mundano que desviaba al sujeto hacia placeres carnales. Esto nos permite pensar la estrecha relación entre las ideologías sobre el cuerpo y las políticas aplicadas a este; una acción siempre se apalanca en un aparato ideológico y filosófico que lo sustente. Si bien a lo largo de los siglos el alma poco a poco fue reemplazada por la idea del ser racional, el lugar del cuerpo, como veremos, siempre estuvo marginado.

En el caso del paradigma de la medicalización, para ejercer control del ser biológico y para poder operar sobre el cuerpo como un objeto externo al sujeto, se necesitó una serie de supuestos y filosofías que prioricen al ser mental y racional. En este punto es pertinente preguntarnos ¿cómo es que llegamos a estar alienados de (o alineados)

nuestro ser físico y a identificarnos con nosotros mismos sólo como seres mentales y no corpóreos? ” (Kepner, 2011, p.9).

Para adentrarnos a pensar este interrogante es necesario recordar que Foucault ubica históricamente esta noción de medicalización a partir de distintas transformaciones políticas a mediados del siglo XIX en Europa. Pero según autores como Capra (1998), este movimiento fue posible a partir del auge de la filosofía mecanicista de Descartes; si bien comienza algunos siglos atrás, su paradigma dominante se sitúa a principios del siglo XIX demostrando así su estrecha vinculación con el modelo de la medicalización y con los intereses del poder biomédico. Aquel filósofo del siglo XVII marcó una distinción clave: la importancia del cogito, del pensamiento, por un lado, y la nimiedad de la sustancia corporal, de la res extensa que compone al sujeto, por otro. En la famosa frase “pienso, luego existo” Descartes sintetizó el pensamiento central de su filosofía. Sólo a partir de la utilización de la mente, de la racionalización, es que podemos darle sentido a

Entre pastillas y estigmas: una sexualidad interrumpida

15

nuestras vidas y, por el contrario, fracasaremos si intentamos poner el foco en nuestro cuerpo, en la vida material y los sentidos.

Es en esta corriente filosófica que podríamos pensar que se apoya la red de la medicalización para generar uno de sus movimientos más importantes. Este complejo engranaje sostiene y reproduce la división haciendo creer que el cuerpo es algo nimio para el sujeto, y de esta manera poder controlarlo y mantenerlo vigilado según sus intereses. Lo que el sujeto desatiende es lo que la medicina ve como algo sumamente valioso a poseer.

Precisamente el modelo de la medicalización sostenido por el modelo biomédico objetiviza la mirada del cuerpo pensándolo como una máquina. Esta máquina posee un mecanismo de funcionamiento específico y está compuesto estrictamente por elementos biológicos y neurofisiológicos. Esta máquina está preconfigurada desde la concepción para operar de forma lineal y estructurada. Pero cuando “la máquina está averiada”, el médico es el único capaz de intervenir en las partes para restaurar el funcionamiento de la misma. Por supuesto esta idea de funcionamiento está íntimamente ligada al ideal de salud perfecta sostenido también por el paradigma de la medicalización que mencionamos en apartados anteriores.

El estudio cada vez más minucioso sobre las partes que componen al ser humano llevó al campo de la medicina contemporánea a subdividirse y especializarse cada vez más. Prácticamente para cualquier dolencia física que tenemos, se nos asigna un especialista médico que estudia las patologías pertinentes a esa parte del cuerpo. De esta manera el modelo de la medicalización fue reproduciendo y operando en el sujeto con el objetivo de escindir cuerpo-mente.

Esta visión estratificada de los sujetos supone, para la Terapia Gestalt, una serie de conflictos particulares. En materia de sexualidad, la mayoría de los pacientes que comienzan un proceso terapéutico para abordar disfunciones sexuales hablan del problema que *su* cuerpo tiene, o del órgano que no está pudiendo funcionar de forma correcta. Tan solo en la forma de expresarse podemos leer esta internalización de la escisión del sí mismo en la relación al cuerpo-mente que responde, en este caso, a una función básica del sujeto como lo es la sexualidad. Y esta escisión del sí mismo repercute, a su vez, en la forma de hacer contacto del sujeto con su entorno.

A lo largo del desarrollo del sujeto, los sentimientos sexuales rápidamente tienden a entrar en conflicto con el entorno significativo en el cual se relaciona. Lo interesante desde la perspectiva gestáltica es que la represión o la limitación de los sentimientos sexuales-atribuidos a fenómenos mentales- están directamente relacionados a un conjunto de fenómenos corporales. Desde la Gestalt ambos fenómenos mencionados ya

forman parte del ser que somos, y el rechazo de uno involucra y repercute en la expresión del otro. Retomando las puntualizaciones acerca de la sexualidad, Kepner (2011) argumenta:

Si la naturaleza sexual es negada o distorsionada, entonces el contacto con el cuerpo de uno, en particular las zonas erógenas y también el hecho de nuestro propio ser físico en sí, se niega o distorsiona y se enajenan como el sí mismo. (p.16).

La escisión de la función sexual trae aparejada una serie de consecuencias a nivel de la expresión de las funciones de contacto que constituyen al sí mismo en su totalidad. Esta desintegración puede conllevar a una experiencia psicopatológica donde el sujeto perciba el sufrimiento como una disfunción sexual. Veamos con un ejemplo como esto toma sentido.

Todo contacto comienza por la sensación (ver figura 1) dirigida por la función Ello, que principalmente recaba información sensorio-motora para integrar la experiencia corporal. En términos más simples, todas las necesidades del organismo para satisfacerse se van a relacionar con un proceso corporal determinado. En el acto sexual propiamente dicho, para satisfacer esta necesidad del organismo se necesitan una serie de movimientos específicos y una base sensorio motora. En muchos casos, las personas

Entre pastillas y estigmas: una sexualidad interrumpida

16

debido a la poca atención de los procesos corporales no logran tomar contacto con las sensaciones y excitaciones de su cuerpo y esto dificulta la excitación sexual en el encuentro.

La función Personalidad, que como indicamos configura la definición de self que nos adjudicamos, tendrá repercusiones en la forma que hacemos contacto con el entorno. En este caso, la falta de excitación puede hacer que la persona se defina como "alguien que no posee deseo sexual" o de una forma más drástica piense "soy una persona asexual".

Frente a estas características el Yo puede decidir, por ejemplo, alienar su contacto sexual y evitar tener relaciones o encuentros con las personas que se predispongan a esa situación.

Vemos de esta forma como una mirada escindida del cuerpo y de la función sexual trae aparejada severas consecuencias a nivel de la persona completa. La falta de integración de los fenómenos que componen al sí mismo generan una forma de hacer contacto con el entorno también estratificada, interrumpida y estereotipada.

Es por eso que trabajar con la toma de conciencia corporal para que el sujeto reconozca esa parte de su sí mismo impactará en la expresión del contacto de este con su entorno y proporcionará una herramienta valiosa para trabajar en materia de sexualidad de una forma más integrativa, atendiendo a los múltiples elementos que constituyen su sí mismo.

Consideraciones finales

Luego del desarrollo expuesto podemos arribar a que la sexología, lejos de ser un campo homogéneo, se instaura a partir de alianzas estratégicas con la industria química y farmacéutica desde la lógica que Foucault denominó medicalización. A partir de profundizar sobre sus características de surgimiento, los objetivos que persigue esta rama clínica parecen poner más el foco en patologizar la sexualidad que en destacar sus aspectos saludables, promoviendo la aceptación de la diversidad de expresiones de la misma.

Contemporáneamente al surgimiento de una de las drogas más vendidas a nivel mundial, el Sildenafil (viagra), en la década de los 90's, el incremento de investigaciones de la industria farmacológica y su interés en la sexualidad culminó con un extenso repertorio de disfunciones sexuales.

Autores como Lynn Payer acuñaron el término "promoción de la enfermedad" para visibilizar lo que estas alianzas médico-farmacéuticas promulgaban. En otras palabras consiste en hacer creer a una persona está enferma inventando patologías o transformando actividades naturales en padecimientos (Moynihan y Henry, 2006).

En materia de sexualidad, la promoción de enfermedades puede pensarse del surgimiento de controversiales trastornos como el deseo sexual hipoactivo, que podía ser

diagnosticado a partir de aplicaciones de tests de frecuencias sexuales ideales contruidos por las mismas empresas farmacéuticas encargadas de promulgar la venta de la droga para su tratamiento. Estos tests lejos de considerar la multiplicidad de factores, terminaba reduciendo a la sexualidad desde una mirada biologicista, al cuerpo como una máquina que debía funcionar siempre de forma perfecta y optimizada. Cualquier desviación mínima de esos estándares eran clasificados, diagnosticados y tratados de forma farmacológica (o al borde de estarlo).

El crecimiento exponencial de la industria farmacéutica solo pudo ser posible a partir de su trabajo conjunto con el aparato ideológico del poder hegemónico que, por supuesto, estaba vinculado a los intereses del mercado de una sociedad de consumo en creciente desarrollo. De esta manera, la sexología clínica comenzó a patologizar un sin fin de conductas sexuales a partir de una serie de estrategias de divulgación científica y propaganda en medios de comunicación. Tal como sostiene Foucault, la red de medicalización se trata entonces de un verdadero y complejo engranaje político y social puesto al servicio del control del ser biológico.

De a poco la sexualidad fue objetivándose con la mirada mecanicista generando una escisión del sujeto hacia una parte específica de su cuerpo, un pene con discontrol eyaculatorio, una vagina que se contrae de forma involuntaria trasladándose de esta forma el interés del sujeto a la enfermedad propiamente dicha.

En vista a todo lo expuesto, se pierde de vista que la sexualidad, como promulga la Terapia Gestalt, está compuesta por múltiples factores sociales, psicológicos, biológicos que afectan a la persona de forma completa.

Lo interesante es que esta escisión entre sujeto y cuerpo-sostenida y promulgada por el paradigma de la medicalización- tiene repercusiones negativas en el sujeto generando una interrupción de contacto con partes de su sí mismo. Las personas somos seres mentales tanto como corporales, y la separación de uno de sus componentes, la alienación de alguno de ellos, no hace más que generar una mirada estereotipada y restringida hacia el mundo, además de un contacto deficiente con el mismo.

Considerando estas problemáticas, las disfunciones sexuales, en este punto, pensadas desde un enfoque gestáltico y a la luz de leerse de una forma integrativa, comprueban una interrupción en el ciclo de contacto que se manifiesta en todos los aspectos de la vida, del sujeto. La sexualidad en todo caso, es una arista más, donde puede verse reflejado este modo interrumpido y crónico de hacer contacto.

Por toda esta complejidad de campo, es necesario interrogarnos lo siguiente: si la cultura nos limita y restringe en nuestra capacidad de expresar nuestra sexualidad, ¿que

es una disfunción sexual realmente? o mejor dicho ¿para quién esa expresión es una disfunción sexual?

En síntesis, el modelo de la medicalización sostiene, fundamente, promulga y reproduce una serie de supuestos que escinden no solo al sujeto de su cuerpo, es decir enajenando el sí mismo que somos en una "parte del cuerpo que no funciona bien", sino que pierde de vista los factores relacionales que componen la sexualidad desde su fibra más íntima - la relación con el otro, el cómo y el para qué el sujeto hace contacto de esa forma peculiar con su entorno (preguntas trascendentales desde la Gestalt). Si la escisión sostenida y promulgada por la medicalización puede ser vivenciada como una experiencia que dificulte el proceso de salud, para la Gestalt es correcto postular que lejos de encontrarnos en una sociedad que promueva aspectos integrativos y acepte la diversidad de las conductas sexuales, se promueve la enfermedad, la rigidización y estereotipificación de las mismas.

La flexibilidad en nuestra forma de hacer contacto y operar sobre el entorno es un

criterio de salud importante desde el enfoque gestáltico. Y este solo puede llevarse a cabo a partir de una integración de todos los elementos que nos componen. Trabajar sobre sexualidad desde la Gestalt , implica tomar conciencia de los aspectos rechazados y escindidos del sujeto que contienen información vital de la persona completa.

La toma de conciencia permite una ampliación de sentido en la vida de la persona y permite de esta forma encontrar nuevos modos de hacer contacto con el entorno que recuperen la creatividad y espontaneidad para adaptarse de una forma más saludable al ambiente.

Pensar el síntoma físico como una manifestación de la persona completa, escuchar el sentido que este tiene en la historia del sujeto, el para qué. Re-sensibilizar el cuerpo anestesiado, ignorado y escindido por años de control de la era de la medicalización es una ardua tarea para los profesionales de salud mental que se atrevan a generar un cambio profundo para el sujeto y configurar un campo que promuevan nuevamente acciones saludables.

Entre pastillas y estigmas: una sexualidad interrumpida

19

Referencias Bibliográficas

Bloom, D. (1997). *Self: structuring / Functioning* , unpublished manuscript presented at New York Institute for Gestalt Therapy , January 8th [(El self : estructura/funcionamiento) , Madrid Documento del CTP, 1998].

Capra, F. (1998). *El punto crucial: ciencia, sociedad y cultura naciente* (Vol. 4). Editorial Pax México.

Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*, 11(1), 3-25.

Foucault, M. (2001). *Historia de la sexualidad* (Vol. 3). Siglo xxi.

Granero, M. (2014). Sexología basada en la evidencia: historia y actualización. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(2), 179-197

Jones, D., & Gogna, M. (2012). Sexología, medicalización y perspectiva de género en la Argentina contemporánea. *Ciencia, docencia y tecnología*, (45), 33-59.

Kepner, J. I. (2011). *Proceso corporal: Un enfoque Gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia*. Editorial El Manual Moderno.

Meixel, A., Yanchar, E., Fugh-Berman, A. (2015). *Hypoactive Sexual Desire Disorder: Inventing a Disease to Sell Low Libido*. *Journal of Medical Ethics*, 41 (10), 859-862.

Moynihan, R., & Henry, D. (2006). *The Fight Against Disease Mongering: Generating Knowledge for Action*. *PloS Medicine*, 3 (4), pp. 0001-0004.

Natella, G. (2008). La creciente medicalización contemporánea: Prácticas que la sostienen, prácticas que la resisten en el campo de la salud mental. En E. Luchtenberg y A. Canelote (Coords). *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión*. Argentina: SEDRONAR

Romero, Fernández, F. (2020). *Lo que pasa entre nosotros*. Pax

Spagnuolo Lobb, M. (2013). "Fundamentos y desarrollo de la Terapia Gestalt en el contexto contemporáneo" En Francesetti, G., Gecele, M., & Roubal, J., *Terapia Gestalt en la práctica clínica : de la psicopatología a la estética del contacto*. Madrid, España . Asociación Cultural Los Libros del CTP.

Trebisacce, C. (2015). Discursos científicos sobre la sexualidad femenina y la respuesta de las feministas y los varones homosexuales en la década del sesenta en Argentina. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 49-71.

Zinker, J. (1977). *El proceso creativo en la terapia gestáltica*. Paidós.

Zuluaga D, J. C.; Cruz, J. y Meneses, M. (2018). *Medicalización, promoción de la enfermedad y disfunción sexual femenina*. *Revista CS*. (24), 41-66

Entre pastillas y estigmas: una sexualidad interrumpida