

Mujer y sexualidad. Conflictos y su negocio. El autoconocimiento

“Women and sexuality. Conflicts and its business. Self-knowledge”

Lola Toledano González¹

Resumen

La educación patriarcal sexófoba identifica la sexualidad con la genitalidad, la procreación, la heterosexualidad, el matrimonio, el varón y la edad joven. Este modelo ha ejercido su eficaz y negativa influencia (directamente desde la familia o a través de la sociabilización) en la mayoría de las mujeres de este país, provocando culpabilidad y vergüenza -los dos efectos más comunes-; y produciendo numerosos trastornos, temores y traumas que, además de su repercusión a nivel individual y de pareja (incomunicación, soledad, problemas físicos, físicos y sexuales y mucho sufrimiento) han propiciado un lucrativo negocio mediante fármacos, pruebas y terapias varias. La cuestión es si, a fecha de hoy, finales del 2016, podemos decir que la juventud ha superado los efectos de dicha des-educación.

Palabras clave: Salud y sexualidad, sexualidad femenina como negocio, falta de deseo sexual, autoconocimiento afectivo-sexual.

Abstract

Patriarchal sexfobic education identifies sexuality with the genitals, procreation, heterosexuality, marriage, man and young age. This model has exerted its effective and negative influence (directly or through family socialization) in most of the women of this country causing guilt and shame –the two more common effects– and producing numerous disorders, fears and traumas, as well as an impact on individuals and couples (isolation, loneliness, physical problems, and sexual and physical suffering) that have led to a lucrative business based in drugs, tests and different therapies. The question is if at today’s date, end of 2016, we can say that youth has overcome the effects of this de-education.

Key words: Health and sexuality, female sexuality as a business, lack of sexual desire, emotional and sexual self-knowledge.

Para citar el artículo: TOLEDANO GONZÁLEZ, Lola. Mujer y sexualidad. Conflictos y su negocio. El autoconocimiento. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, agosto 2016, n. 208, páginas 36-48. ISSN 0212-7210.

¹Trabajadora social. Escritora. Educadora sexual. Antropóloga lotogo55@yahoo.es

Introducción. Enfoque biopsicosocial de la sexualidad

Nacemos con un cuerpo que nosotras no hemos elegido. A lo largo de nuestra vida, y según sea nuestra relación con él, el conocimiento de sus procesos naturales, la interpretación de sus señales, incluso las molestas y dolorosas, lo percibiremos como una carga demasiado pesada para llevarla sin ayuda profesional, y como un intruso que nos amarga la vida (véanse si no los esfuerzos por seguir los dictados de la moda y por mantener una estética corporal que nos haga sentirnos atractivas, para cumplir el canon de belleza que la sociedad impone). Pero también podemos relacionarnos con él desde el autoconocimiento, el cuidado, el amor, el orgullo por su genuinidad y belleza y, en definitiva, desde la admiración por su maravillosa complejidad.

Recordemos al ser humano como unidad biopsicosocial, indivisible, es decir, como resultado de la interrelación de tres dimensiones: la **biológica** (lo que somos, nuestra presencia física); la **psicológica** (la capacidad de pensar, de emocionarnos, de desear, de sentir placer, pero no como algo mágico, invisible, ajeno al cuerpo, sino conectada con él en una relación causa-efecto que hace imposible separarlas); y la **dimensión social**, por la cual desarrollamos determinadas pautas de comportamiento a partir de la educación recibida y de la cultura a la que pertenecemos, y que comprende nuestro código ético, las conductas, costumbres, limitaciones, normas... transmitidas por la familia, la educación escolar y la Iglesia, una generación tras otra.

Esta tridimensionalidad del ser humano se expresa también en la sexualidad. La dimensión biológica corresponde a nuestro sexo físico (hormonas, genitales, energía) y responde a cómo somos: Seres sexuados desde la concepción hasta la muerte; anatómicamente configurados en machos y hembras para cumplir la función reproductora. La dimensión psicológica corresponde a nuestra sexualidad psíquica (deseos, sensaciones placenteras, fantasías, actitudes; la que llamamos psicosexualidad) y responde a cómo nos sentimos. La dimensión social correspondería a la erótica (conducta sexual, pautas afectivas, códigos de comunicación, códigos, ritos) y responde a cómo actuamos. ¿Cómo? Pues dependerá de los modelos sexuales que la cultura, en cada momento, nos enseña e impone mediante el proceso de sociabilización.

Esta dimensión social o cultural ha tenido una gran influencia en nosotras, mujeres de cuarenta, cincuenta, sesenta y más años, sobre todo a través del poder de la religión, que ha influido en nuestras vidas en tantos ámbitos (aunque es en el terreno afectivo-sexual donde su labor de represión y castración ha producido mayores y más nefastas consecuencias, determinando lo que es y lo que no es normal).

¿Qué es “lo normal” en sexualidad?

Si realizamos una encuesta y pedimos a los participantes que piensen en una conducta sexual, probablemente la imagen será la de una pareja de hombre y mujer, de entre 18 y 50 años, con un cuerpo acorde al canon dominante: delgada, casi anoréxica, ella; musculoso, él. Practican el coito. En la cama, por la noche, a oscuras, el hombre sobre la mujer. (Es la descripción de lo que se considera normal y, si se piensa que es una caricatura, ¿por qué entonces crea tanta frustración en los que se sienten lejos de esa “normalidad”; es decir, del único modelo aceptado como válido?).

Se niega el deseo sexual de los ancianos –porque se sigue identificando con el coito–. Y se excluye de la normalidad a las personas sin pareja, a las parejas del mismo sexo, a los discapacitados de tipo físico, psíquico, sensorial, psicológico, afectivo, etc.

Desde nuestra educación patriarcal que impone un concepto genitalista y coitocéntrico de la sexualidad, la sociedad incluye en una categoría de identidad asexualada a buena parte de sus miembros. Con esta visión, se ignora la sexualidad infantil y juvenil –hasta la edad de procrear, en que puede suponer un problema social–. Se transmite que el final de la etapa fértil de la mujer, es decir, la menopausia, significa el fin de su sexualidad. Se niega el deseo sexual de los ancianos –porque se sigue identificando con el coito–. Y se excluye de la normalidad a las personas sin pareja, a las parejas del mismo sexo, a los discapacitados de tipo físico, psíquico, sensorial, psicológico, afectivo, etc. En definitiva, a todas aquellas personas que se alejan de lo que la sociedad considera su perfil ideal, el modelo para sus estadísticas (basadas sobre todo en la frecuencia y duración del coito, para realizar sesudos estudios y extraer consecuencias alarmantes sobre la vida sexual de los ciudadanos). El resultado es que todo ese colectivo *socialmente asexualado* supondría mucho más de la mitad de la población.

Lo más grave es que este prejuicio (las *modas*, las *medias*), se extiende entre los propios individuos, sus familias, su escuela... incluso entre algunos profesionales de la salud, y entre todos levantan unas barreras sociales mucho más difíciles de superar que las físicas o psicológicas.

Procesos naturales del ciclo femenino.

El sistema patriarcal la manipula con el mensaje de que son los profesionales los que entienden y las mujeres debemos confiar y ponernos en sus manos, incondicionalmente.

Nos falta información sobre la salud, en general, y sobre la de las mujeres, en particular. El sistema patriarcal la manipula con el mensaje de que son los profesionales los que entienden y las mujeres debemos confiar y ponernos en sus manos, incondicionalmente. “El Dr. X. me lleva”. Desde ese prisma se produce un extrañamiento de la mujer hacia su cuerpo y sus procesos naturales. Y, claro que necesitamos que nos acompañen en este viaje, pero no que prescindan de nosotras para tratar nuestro cuerpo como algo ajeno.

Las fuentes de conocimiento para la mujer sobre los temas que le afectan, en general son las amigas –en casos privilegiados, la propia madre o hermanas–, las revistas populares y de

gran difusión, el boca a oreja... Muchos datos, demasiadas estadísticas y resultados tendenciosos sobre una realidad distorsionada, pero poca formación.

La sexualidad es un componente sustancial de la salud integral del ser humano, aunque en la mujer en concreto va asociada a sus procesos naturales (menstruación, embarazos, partos, abortos, lactancia, menopausia), con connotaciones, en muchos casos, negativas. Algunos ejemplos: a la joven que tiene su primera regla le previenen inmediatamente con abstenerse de las relaciones sexuales -porque sólo consideran como tal la penetración-, para no quedarse embarazada. O el recelo de prescindir del coito durante la regla. O el prejuicio de no tener sexo durante el embarazo, por el riesgo de infecciones o el aplastamiento del bebé -porque sólo piensan en la postura del hombre sobre la mujer-. O el tema de la anticoncepción, directamente relacionado con la sexualidad, y la liberación del deseo sexual que sienten las mujeres cuando "se liberan" del temor a un embarazo no buscado (ejemplo, durante la menopausia). Y tantos otros, que no hacen sino evidenciar el pobre o nulo empoderamiento de la mujer respecto a su sexualidad.

La menopausia: ¿proceso natural o enfermedad de moda?

Donde vemos más claramente asociada la sexualidad al proceso natural de la vida de la mujer es en la etapa de la menopausia, cuando la revolución interior que sucede, igual que en nuestro entorno inmediato, no puede sino llevarse también por delante nuestra sexualidad.

En su día asistimos a la declaración de "una nueva enfermedad": la menopausia. Desde el reduccionismo más flagrante (es un problema de índole física) hasta el intervencionismo más descarado (negocio de los laboratorios en colaboración con profesionales poco escrupulosos), todos encontraron la gallina de los huevos de oro tratando de solucionar los "problemas propios de la menopausia". Así, se justifican extensos estudios clínicos y se publican estadísticas sobre las necesidades y los problemas que ocasiona, sin considerar que ellos sólo tratan a mujeres con problemas. Es decir: se crea una enfermedad y después la necesidad de buscar remedios para curarla, porque lo que realmente importa es que se adecúe al perfil "normal-ideal" impuesto en ese momento.

¿Por qué no publican la visión positiva de miles de mujeres que la viven como una liberación sexual: sin horarios, sin embarazos, con más experiencia, más tiempo, con el ritmo más acoplado, con una mayor intimidad, con una sexualidad más vinculada a la ternura, al juego y a la complicidad?

Desde el púlpito privilegiado en que están situados socialmente, algunos profesionales de la salud (sacerdotes de la religión de nuestra época) contribuyen a crear en muchas mujeres

ese temor al fantasma de la menopausia que las acecha, y lo que representa: Sofocos=vergüenza. Sequedad de piel=vejez =belleza marchita. Sequedad vaginal=coito doloroso. Incontinencia urinaria=mal olor=sin vida social. Mala circulación=infarto. Obesidad=complejos=depresión=baja autoestima. Osteoporosis=fractura de cadera segura=dependencia, etc.

Y para imponernos la necesidad de su ayuda señalan una edad a partir de la cual conviene la prevención ante todo ese rosario de amenazas, aunque ello implique entrar en una etapa de adicción a los estrógenos externos.

Por eso, antes de iniciar un tratamiento hormonal se debería estudiar el pasado de la mujer y ver si sus ciclos han sido naturales o problemáticos: la primera menstruación, la primera experiencia sexual, su vida sexual en general, sus embarazos, sus partos... También su manera de abordar problemas como la irregularidad menstrual, pólipos en el cuello del útero e, incluso, intervenciones traumáticas. La experiencia dice que si ella ha sido siempre la verdadera protagonista de lo que le ha sucedido, la menopausia no va a significarle mayores conflictos; o al menos, no de un modo que ella no pueda controlar.

Esto sucede cuando la mujer tiene una buena relación con su cuerpo y le ha interesado aprender su lenguaje, descifrar sus mensajes, sus signos... Todo ello le irá indicando qué sucede. Lo más probable es que el cuerpo, sabio como es, se prepare poco a poco para descansar de su función reproductora, por lo que será negativo forzar algo que la naturaleza hace siglos que está controlando. Pero para eso es necesario que la mujer conecte con su sabiduría interior y se empodere de su vida y de su sexualidad.

Es necesario que la mujer conecte con su sabiduría interior y se empodere de su vida y de su sexualidad.

Conocerse favorece la salud integral y enseña a utilizar recursos de autoayuda propios y naturales antes que farmacológicos: pautas de alimentación saludables, ejercicio físico, técnicas de relajación y de respiración; ejercicios *Kegel* y conos vaginales para reforzar la musculatura pelviana, lo que ayuda a evitar la incontinencia urinaria, puede aumentar el placer sexual, ayuda a tener una mejor lubricación vaginal y es una alternativa a las hormonas.

Sabemos que este proceso puede implicar una auténtica revolución (no sólo debida a las hormonas). Recordemos algunos de sus efectos:

- **A nivel biológico.** Cambios hormonales-descenso del nivel de estrógenos: reglas irregulares, sofocos, sudoración, sequedad vaginal, tejidos más finos, posibles desarreglos circulatorios, osteoporosis, incontinencia urinaria, etc.
- **Psicológico.** Conciencia de que se envejece; posible sensación de pérdida. Cambios en la figura corporal. Declive físico-psíquico propio y de la pareja. Posible depresión e irritabilidad, desinterés por el sexo, ansiedad, adicciones, "síndrome del nido vacío"...

- **Social.** Cambia el sistema familiar y los roles. Desaparecen las figuras de apego y otras importantes. La jubilación. El cuidado a familiares dependientes. El posible aislamiento social.

Los mensajes psicosociales varían según las diferentes épocas y culturas. Los factores psicosociales son los que limitan o dificultan la actividad sexual ya que los problemas físicos tienen mejor solución.

En cuanto a la sexualidad en el climaterio:

- Los estrógenos NO influyen en el deseo sexual.
- Sí que pueden afectar algunas molestias como la sequedad vaginal, las molestias pélvicas o los sofocos.
- Más que estas molestias, influyen los años pasados en común, la falta de atractivo, de comunicación, de fantasías, de afecto o delicadeza por parte del hombre. (Pensemos en esa mujer que encuentra una pareja sexual a partir de los 50 años, y preguntémosle si sufre de sequedad, o de falta de deseo).
- Para una buena actividad sexual hay que tener el compañero adecuado. Si sus relaciones sexuales son armoniosas, no tienen por qué interrumpirse.
- Si se alimenta, el deseo permanece, aunque la actividad sexual disminuya.
- La necesidad sexual está presente en todas las edades: tocar, atraer, desear, buscar la complicidad, compartir, etc.
- Afectan factores psicosociales: no responder al modelo tradicional impuesto; la culpa por negarse; la vergüenza de expresar el propio deseo; etc.

La mujer es un gran negocio

¡Vaya descubrimiento! Desde que separaron los pañales por colores y por su forma; desde que vimos la expresión angelical de jóvenes libres que flotaban gracias a las “alas” de sus compresas; desde que la publicidad previene contra “esos días húmedos” como si se tratara de un inconveniente más que soportar por el hecho de ser mujer, un flujo repugnante que hay que sufrir con discreción, utilizando desodorantes íntimos y jabones vaginales que en muchos casos lo que hacen es alterar los propios mecanismos de higiene que la vagina posee. Desde que admiramos a esas mujeres altas, delgadas, rubias y cincuentonas que nos presentan como menopáusicas incontinentes, pero, cuya expresión feliz nos dice que no les supone trauma alguno porque, para su fortuna, existe un producto que las libraría de las molestias propias de su situación. En fin, mujeres, que desde que nacemos hasta que morimos, estamos condenadas a llevar toda la vida un apósito entre las piernas.

Pero ¿por qué no aprovechar la publicidad para informar de las señales normales que emite su cuerpo sobre el momento

de la ovulación y que es cuando hay que evitar la penetración por el riesgo de embarazo? También se les podría hablar de otra clase de humedad, la de la excitación. Y de otro tipo, amarillento, espeso, con mal olor, que podría indicar alguna infección vaginal y que estaría bien que supiéramos distinguir de las anteriores.

¿Por qué no utilizar estos avances para educar sexualmente a la población femenina, en el sentido de que conozca su cuerpo e invitarla a que se explore y observe todos y cada uno de los cambios que se producirán a lo largo de su ciclo fértil? Una joven formada en este proceso de autoconocimiento (una vez superada la educación católico-machista-represiva que hemos padecido la mayoría de mujeres en este país, gracias a la cual domina en nosotras la vergüenza y la culpa ante determinadas conductas eróticas, el desnudo, la espontaneidad), tendrá menos dificultades a la hora de expresar sus necesidades y deseos y es de esperar que ello propiciará unas relaciones de pareja más sanas, libres y placenteras.

La explotación de la salud y la sexualidad femeninas

La sexualidad ha sido y es terreno propicio para el control social de los poderes políticos, religiosos y económicos.

La sexualidad ha sido y es terreno propicio para el control social de los poderes políticos, religiosos y económicos. Ningún otro aspecto de la persona humana ha sido objeto de tantos prejuicios, prohibiciones, represiones y tabúes". La salud de la mujer, pues, se convierte en capital para el control de su sexualidad, de su libertad e independencia. Es una excusa para lucrarse, por supuesto, pero es más importante aún el control moral que comporta.

Como dijimos, desde una visión biopsicosocial, la sexualidad implica placer (sexo), afecto (sexualidad) y comunicación (erótica), y engloba todo un conjunto de emociones, conductas, códigos éticos y prácticas que no pertenecen en absoluto al ámbito sanitario (esa nueva forma de religión) sino al nivel más íntimo de cada individuo y, llegado el caso, de la pareja.

La medicina occidental peca de intervencionista (hasta hace poco en España se realizaba el mayor número de cesáreas de toda Europa), de agresiva (ante quistes y fibromas, un elevado número de médicos aconsejan a sus pacientes, a veces, de manera demasiado alegre, la extirpación total de ovarios y de útero); y de fomentar un excesivo consumo farmacéutico (como veremos). Se ha apropiado de los procesos naturales de las mujeres y de sus alteraciones -no siempre conflictivas- cuando han calculado los suculentos beneficios que proporciona ese control sobre lo natural. Siempre por su bien y su seguridad. Unos ejemplos:

- *Embarazo y parto*: no son estados patológicos y lo que la mujer necesita es un buen ambiente y mucho amor a su alrededor. Sin embargo, se siente una mujer "secuestrada" a la que se exige todo tipo de sacrificios, sin fundamento, por el bien de su bebé. Y en el parto se da un exceso de medicalización: aplicación de *oxitocina* para

acelerarlo; anestesia epidural; la episiotomía. (La OMS recomienda que la cifra de este “corte” no supere el 6% en los primeros partos. En Inglaterra se alcanza ese porcentaje; sin embargo en Francia se sitúa en el 65% y en España llega a un 95%).

- *Exceso de pruebas diagnósticas:* Mamografías y citologías para prevenir el cáncer de mama y de útero, realizadas masivamente pero nunca a las potenciales afectadas (prostitutas, vagabundas). Diez millones de citologías anuales en nuestro país generan grandes beneficios a las empresas y el porcentaje mínimo de anomalías que detectan no las justifican.
- *Congelación de óvulos,* en lugar de reivindicar la fertilidad a cualquier edad que la mujer desee, sin que ello altere su vida laboral o personal, y sin informar a veces de los procesos agresivos hormonales necesarios para su implantación, con consecuencias muchas veces indeseadas.

En su reciente obra, GÉRVAS y PÉREZ-FERNÁNDEZ (2016) abordan la medicalización de la sexualidad femenina. Resumimos algunos puntos:

1. Medios farmacológicos. Enunciamos algunos, deteniéndonos en d).

- a) *Tratamientos hormonales para eliminar la regla* (algo que, al parecer, produce infinitas molestias e interfiere negativamente -deporte, estudios- en la vida de las jóvenes).
- b) *La vacuna contra el virus del papiloma.* Es sospechosa la unanimidad de los políticos por apoyar la vacunación en lugar de invertir medios en su estudio, y que se utilice como arma populista para aplicarse en una u otra comunidad autónoma, según su color. (Las malas lenguas hablan del poder de la farmacéutica Merck, que la comercializa -y que, por cierto, ha pagado una indemnización millonaria y la retirada de otro de sus medicamentos).
- c) *La Terapia hormonal sustitutiva para la menopausia. (THS).* A partir de los años 90 se implantó este tratamiento con estrógenos o combinados con progestágenos, como la panacea para prevenir los grandes males (ya nombrados anteriormente) que provocaba la menopausia (además de conseguir efectos rejuvenecedores), pero minimizando los efectos secundarios, como el aumento de cáncer de mama y útero. Veinte años después, la única evidencia es el alivio de los sofocos y la sudoración que tanto molestan a las mujeres, pero por fin se ha demostrado el gran riesgo de la THS de provocar infartos de miocardio, embolias, cáncer de mama y deterioro de las capacidades cognitivas. (En España sólo la toman el 5% de mujeres, porque cada vez tienen más información, toman conciencia de los riesgos, y muchas consideran su proceso como natural).

d) *Viagra femenina para la falta de deseo sexual (TDSH)*. (Información sustentada en el excelente artículo de LÓPEZ CARRILLO (2015).

A finales 90 se diagnostica la disfunción sexual femenina (años después, "deseo sexual hipoactivo") como enfermedad. Supone la disminución del deseo sexual, de pensamientos sexuales, y ausencia del deseo de toda actividad sexual, que afecta a una de cada diez mujeres, aunque sólo una tercera parte lo consulta al médico.

En 1997 aparece la Viagra "azul". El componente es el *sildenafil*, que hace aumentar los cuerpos cavernosos del pene. Los ensayos con mujeres se prolongan hasta 2004, hasta que han de admitir su completo fracaso.

2006: Para recuperar el deseo se trata de potenciar la parte masculina que hay en toda mujer. Parches de *testosterona*. Campaña apoteósica para las mujeres "sin ganas". Sin embargo, sólo se prueba en mujeres con pérdida de libido tras la extirpación del útero y/o los ovarios, y demuestra una eficacia moderada y graves efectos adversos (alopecia, hirsutismo, migraña). Cuando se reconocen, ya son miles las mujeres que han sido tratadas, sin recuperar por ello su deseo sexual.

2008: "La Viagra rosa". Un psicofármaco: la *flibanserina*, es lanzado con una gran campaña mediática, pese a no estar aprobado por la FDA (Food and Drug Administration), por su eficacia mínima y graves riesgos (actúa a nivel cerebral sobre los neurotransmisores, y se debe tomar a diario). Tras este fracaso, lo vende a otro que lo presenta de nuevo pero de nuevo es rechazado el permiso. Finalmente, a la tercera, la FDA lo ha aprobado -aunque, para curarse en salud, advierte de sus efectos adversos y le preocupa su seguridad. ¿Hipocresía? ¡Gran negocio!

2016. Está a punto de comercializarse, entre otras causas, por la campaña de grupos feministas americanos que utilizaron el argumento de "Igualar el marcador" (los 26 medicamentos que existen para las disfunciones sexuales del varón; algo, por otra parte, incierto). Nueva muestra del poder económico y de márketing que llegó a presionar de tal modo a la FDA -tachada de machista por los grupos *lobby*-, que autorizará su comercialización.

2. Medios quirúrgicos

Modificación de mamas (aumento mediante infiltración de suero fisiológico, de ácido hialurónico, de grasa propia). Cirugía estética vulvovaginal (reconstrucción del himen -incluso, con un material biológico "desgarrable", que se suele realizar poco antes de la boda; asimetría de los labios menores; estrechamiento de vaginas; reconstrucción de vulvas maduras sexualmente no deseables). Y, leo en la página de un ginecólogo

argentino: “Amplificación o implantes del punto G. ¡ Son pruebas de otra forma de negocio médico que enfatiza la sexualidad genital (modelo coitocéntrico y genitalista del machismo).

3. Medios sociales

Discriminación y prejuicios por razón de sexo (orientación sexual o de identidad de género). Se etiquetan como enfermedad las opciones sexuales que no encajan en la ideología patriarcal y androcéntrica del sistema sanitario.

Se etiquetan como enfermedad las opciones sexuales que no encajan en la ideología patriarcal y androcéntrica del sistema sanitario.

A vueltas con la falta de deseo

“¿Por qué no funciona igual que con los hombres?”, se preguntaron los padres de la *Viagra*, y los de los tratamientos para las disfunciones masculinas: Porque el deseo está en el cerebro y es muy sensible a los factores psicológicos y mucho menos a los fármacos. Y también porque:

- la sexualidad femenina ha evolucionado en un sentido de globalidad (mientras que ellos siguen víctimas de la genitalidad).
- la identidad femenina se ha construido a partir de un erotismo corporal generalizado en el que cualquier parte puede ser un fetiche sexual.
- para nosotras, fantasear, sentir, emocionarse, disfrutar... son aspectos mucho más importantes que lograr una erección.
- las dificultades en las mujeres no están, generalmente, en la fisiología, sino en que pretenden disfrutar del sexo de forma diferente.
- las mujeres saben cómo obtener un orgasmo pero no se sienten libres para expresarlo durante el acto sexual con los hombres, debido a su represión.
- el deseo sexual es mirado con suspicacia incluidas las propias mujeres. “Es cosa de hombres”.
- la mujer tiene una riqueza emocional que convierte la relación sexual en algo muy humano, convirtiendo su erótica en arte.
- la identidad femenina se ha construido a partir de un erotismo corporal generalizado en el que cualquier parte puede ser un fetiche sexual.
- con frecuencia, un deseo poco activo se debe a que... “la mujer está agotada por el trabajo, preocupada por la inestabilidad laboral, cansada de una sexualidad insatisfactoria, dolorida por el machismo social y de pareja, harta de los estereotipos sexuales que reprimen la variedad y la espontaneidad en las relaciones, angustiada por la

situación económica, triste porque cuida familiares enfermos o resignada a la sobrecarga que genera la insolidaridad doméstica. Ninguno de estos factores ha sido considerado en los ensayos clínicos que reducen la sexualidad humana a un asunto meramente fisiológico". (NoGracias, 2015).

En la sexualidad se nos ha marcado que "la capital", oficialmente hablando, son los genitales, y todo lo demás, algo secundario. Sin embargo, a lo largo de la vida debemos aprender a adaptarla a nuestras circunstancias: cultura, edad, enfermedades, pareja, ausencia de pareja, etc., y sobre todo, recordar que cualquier punto de nuestro cuerpo puede ser en un momento dado "la capital". Pero ello supone un aprendizaje y conocer nuestra geografía erótica. Nuestro mapa corporal son casi dos metros cuadrados de piel sensible a las caricias, con un sin número de terminaciones nerviosas. Una caricia desencadena las respuestas más primitivas pero también las más elaboradas del ser humano. Por ello, conocer la importancia del tacto, la geografía del placer, de todo el cuerpo humano, ése es el objetivo original del deseo.

Porque ¿de qué falta de deseo se habla? ¿Es acaso el deseo del coito más sexual que el del encuentro íntimo y global? Un número importante de mujeres pueden vivir el deseo sexual más bien centrado en la relación interpersonal, en los componentes emocionales y de intimidad, buscando y disfrutando en ese contexto de la excitación y la conducta sexual.

Al hablar de la falta de deseo como disfunción sexual damos de bruces con el tópico de que eso es cosa del médico (en general, sin ninguna formación en sexología), identificando disfunción sexual con enfermedad, y remedio con fármaco. El informe Sexpol de la Sociedad Sexológica de Madrid (...) ya apuntaba que un escaso 10% de los problemas sexuales tenían una causa física (enfermedades, efectos de medicamentos, traumatismos, agotamiento físico); un 20%, causas psíquicas (traumas infantiles, neurosis, fobias), y un 60-70%, causas sociales (mal aprendizaje, influencia de los mitos y los prejuicios, falta de conocimientos, derroche de energía para aproximarse a "lo normal", desinformación de los profesionales que, víctimas también de la propia deseducación sexual, transfieren sus propios miedos e inseguridad y propician una existencia asexual; por lo tanto, infeliz). ¿Han variado tanto?

Estas barreras sociales son las más difíciles de eliminar porque representan la deseducación de nuestra cultura en forma de normas, estereotipos y valores negativos respecto a la sexualidad. Todo ello ha imbuido de temores, prejuicios, represión, culpabilidad y miedos a la mayoría de nosotros, y de fobias y disfunciones sexuales a un número considerable de personas. La solución debería venir a través de la formación e información, de la reeducación sexual y, sobre todo, del aprendizaje de las propias necesidades sexuales y del propio código de comunicación, para poder compartirlo después con la pareja.

Conclusión. Propuestas

El sexo proporciona bienestar emocional y placer, aumenta las defensas del sistema inmunológico y libera endorfinas, siempre que se cuiden los componentes afectivos y emocionales antes de la relación, y la sexualidad es una dimensión que acompaña al ser humano desde el nacimiento hasta la muerte. Si conseguimos desgenitalizar la sexualidad y aprender una sexualidad más globalizada (recordemos que la principal zona erógena es nuestra piel, nuestro motor sexual está en el cerebro, y que los estímulos sexuales nos llegan a través de los sentidos –visuales, olfativos, imaginativo), no tiene por qué haber impedimentos para ser seres afectiva y sexualmente satisfechos.

Algunas propuestas para una vida sexual sana y placentera:

- Buena información y formación
- Grabarse códigos sexuales positivos
- Educar los sentidos para el placer
- Cultivar la fantasía
- Practicar la comunicación en pareja
- Aprender y practicar **autoerotismo**, como espacio de intimidad personal y elemento que ayuda a afrontar el estrés y a liberar tensiones,
- Cambiar “la capital” y adaptarla a los avatares normales de la vida

Por nuestra parte, no importa tanto que seamos expertas en temas de medicina como que seamos las mayores expertas en nuestro propio cuerpo y sus reacciones, y sepamos dialogar continuamente con él para que nos explique qué le pasa. Para ello es primordial aprender a despejar fantasmas y a deshacer nudos emocionales. Se necesitan vínculos (grupos de ayuda mutua y de autoconocimiento) para una auto-reeducación afectivo sexual, mediante talleres organizados por los Centros de Mujeres de cada comunidad), y exigir a los profesionales pautas saludables, coherentes con la trayectoria de cada mujer. (Imprescindible: “La Boletina” 2011).

Cada uno debe conocerse y saber que la capacidad afectiva, intelectual, emocional, etc., permanece inalterable en cualquier circunstancia. Es decir, todos los seres humanos necesitan dar y recibir **placer**, dar y recibir **afecto**, y compartir un código común de **comunicación** para entenderse sexualmente con los otros. Y éstos, y no otros, son los pilares en que se sustenta una relación sexual completa y auténtica, al alcance de todos nosotros.

Para finalizar, una reflexión:

¿Podríamos asegurar que, a fecha de hoy, finales de 2016, la juventud ha podido liberarse y superar estos efectos? El modelo moderno y “progre” que se les ofrece, donde todas las

transgresiones valen y el placer lo justifica todo, en aras de lograr una imagen de promiscuidad y liberación que las aleje del estereotipo puritano y reprimido de sus madres, ¿realmente rompe con los esquemas más rancios de una sexualidad machista y coital? Y si las respuestas fueras negativas, deberíamos preguntarnos qué está fallando en el modelo de educación afectiva y sexual que ofrecemos a los chicos y chicas de hoy, hombres y mujeres de las próximas décadas. Porque, como mujeres, ahora no podremos decirles, “yo no lo sabía”. (Imprescindible: “La Boletina” 2011).

Bibliografía

- BÉJAR, S. *Tu cuerpo es tuyo*, Planeta, 2006. ISBN: 9788401377259.
- DARDER, M., *Nacidas para el placer. Instinto y sexualidad en la mujer*. Rigden Institut Gestalt, Barcelona, 2014. ISBN: 9788493917296.
- Editorial NoGracias: *La medicalización de la sexualidad femenina* (18-6-15): <http://www.nogracias.eu/2015/06/18/editorial-nogracias>. (Accés lliure)
- Gervas, J., PÉREZ-FERNÁNDEZ, M. *Encarnizamiento médico con las mujeres*. Editorial Libros del Lince, Barcelona, 2016. ISBN: 9788415070627.
- GREER, G. *La mujer eunuco*. Kairós, Barcelona, 2004. ISBN: 9788472455764.
- LÓPEZ CARRILLO, M. “El negocio de la sexualidad femenina”, en revista *Mys Mujeres y Salud*, núm. 39 (2015). P. 9-11. Barcelona. Consultat 2016.09.13: <http://mys.matriz.net/mys39/img/Mujeres-y-Salud-39.pdf>
- Northrup, CH. *Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer. Una guía para la salud física y emocional*. Urano, Barcelona, 1999. ISBN: 84-7953-339-0.
- Northrup, CH. *La sabiduría de la menopausia*. Urano, Barcelona, 2002. ISBN: 9788479534929.
- Revista “La Boletina” N° XXXI (2011) En *Mujeres para la salud. Las Sexualidades de las Mujeres*. (Accés lliure): mujeresparalasalud.blogspot.com.es
- Revista *Mys Mujeres y Salud*, núm. 27-28 Dossier (2010). Barcelona. (Per ampliació d'aquest article) <http://mys.matriz.net>
- Sexpol (educación afectivo-sexual): fsexpol.blogspot.com.es