

La sexología médica y las ontologías corporales. El abordaje clínico de las disfunciones sexuales de hombres y mujeres cis en la Ciudad de Buenos Aires



Ana Mines Cuenya

IIGG-UBA Conicet
anamines@gmail.com

Resumen

El objetivo de este artículo es analizar el campo disciplinar de la sexología médica y la manera en la que esta especialidad se relaciona productivamente con los cuerpos de quienes trata, principalmente hombres y mujeres cisheterosexuales. El artículo se divide en tres secciones. En la primera, se analiza la configuración de las estrategias clínicas de la sexología en relación con el campo de la medicina, haciendo especial énfasis en el desenvolvimiento de la *función sexual y respuesta sexual* como categorías que dan forma al objeto clínico sexológico. En la segunda, se analizan los dos “desequilibrios prácticos” que caracterizan a esta especialidad: uno, el que tiene lugar entre la confección del diagnóstico y la etapa terapéutica y, otro, el que se ubica entre las psicoterapias y las terapias farmacológicas. En la tercera parte, se indaga en los modos diferenciales en los que la sexología médica, sus estrategias clínicas y estos desequilibrios prácticos se relacionan con el abordaje de las principales consultas de hombres y mujeres cis: “disfunción eréctil” y “deseo sexual hipactivo”, respectivamente. La estrategia metodológica se orienta por los estudios en ciencia y tecnología y las epistemologías feministas. Se analiza un conjunto de cuarenta y cinco materiales heterogéneos: entrevistas a médicas y médicos, programas de formación, artículos médicos, entre otros.

Palabras clave: sexología médica, regulaciones cisheteronormativas, respuesta sexual, sildenafil, desequilibrios prácticos

Medical sexology and body ontologies. The clinical approach to sexual dysfunctions in cis men and women in the city of Buenos Aires

Abstract

The aim of this article is to analyse the disciplinary field of medical sexology and the way in which this speciality relates productively to the bodies of those it treats, mainly cissexual men and women. The article is divided into three sections. The first section analyses the configuration of the clinical strategies of sexology in relation to the field of medicine, with special emphasis on the development of *sexual function* and *sexual response* as categories that shape the clinical sexological object. The second part analyses the two “practical imbalances” that characterise this speciality: the one that takes place between the making of the diagnosis and the therapeutic stage, and the one that is located between psychotherapies and pharmacological therapies. The third part explores the differential ways in which medical sexology, its clinical strategies and these practical imbalances are related to the approach to the main consultations of cis men and cis women: “erectile dysfunction” and “hypoactive sexual desire”, respectively. The methodological strategy is guided by science and technology studies and feminist epistemologies. A collection of forty five heterogeneous materials is analysed: interviews with doctors, training programmes, medical articles, among others.

Keywords: Medical sexology, Cisheteronormative regulations, Sexual response, Sildenafil, Practical imbalances

Introducción¹

Se conoce como *sexología clínica* al amplio, heterogéneo y multidisciplinar campo que, desde distintas perspectivas terapéuticas, se dedica al abordaje de los malestares asociados al ejercicio de la sexualidad (Jones & Gogna, 2014; Russo, 2013). En este artículo, analizo la *sexología médica*, es decir, la sexología clínica ejercida por médicos y médicas. Indago en la manera en la que esta especialidad, tal como se la practica en la Ciudad de Buenos Aires, define e implementa estrategias clínicas, así como en las relaciones productivas que se tramitan entre sus quehaceres y los cuerpos de las personas con las que trata, mayoritariamente hombres y mujeres cis. Como veremos, en el quehacer de esta especialidad, se regulan y reinventan las expectativas y las capacidades sexuales de hombres y mujeres cis en términos de naturaleza y heterosexualidad.

Estos objetivos parten de los siguientes supuestos: primero, los cuerpos no son algo dado. Existen como realidades plurales, semióticas y materiales, que se hacen en relación con prácticas concretas y entramados específicos conformados por agentes humanos y no-humanos y artefactos epistemológicos (Ariza, 2012; Haraway, 1995; Mol, 2002; Mol & Law, 2004). Segundo, en la práctica, el quehacer médico sexológico y los cuerpos guardan una relación de consustancialidad (Mines Cuenya, 2019; Mol, 2002). Tercero, el ejercicio sexológico, así como los cuerpos con los que trata están regulados por patrones normativos sexogénicos (Butler, 2006; Rohden, Russo & Giami, 2011, 2014).

En Argentina, la sexología médica no se ha conformado como una especialidad médica, en gran medida, porque no existen residencias médicas específicas. En la Ciudad de Buenos Aires se dictan cursos de posgrado a cargo de instituciones como la Sociedad Argentina de Sexología Humana, el Programa de Sexología Clínica dependiente del Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires y de organizaciones médicas particulares tales como Conciencia Humana. Generalmente, estos cursos son dictados por profesionales en medicina y psicología y se dirigen a especialistas en atención clínica, es decir, que tratan con pacientes. Quienes asisten con mayor asiduidad son

¹ Quisiera agradecer los comentarios y sugerencias de quienes realizaron la revisión anónima del artículo, fueron de mucha ayuda para mejorarlo.

especialistas en ginecología, urología, psiquiatría, pediatría, medicina clínica o familiar y profesionales del campo psi.

Las competencias prácticas de la profesión de base, sea medicina o psicología, conllevan características que gravitan en el quehacer clínico de la sexología. Al ser ejercida desde la medicina, la sexología adquiere características distintivas. La potestad médica para revisar cuerpos, prescribir estudios —ya sea de laboratorio o de imagen— y, principalmente, indicar y recetar medicación, se vincula con la definición y uso de categorías diagnósticas y estrategias terapéuticas.

El presente artículo se organiza en tres partes. En la primera, se analiza la configuración de las estrategias clínicas de la sexología en relación con el campo de la medicina, haciendo especial énfasis en el desenvolvimiento de la *función sexual y respuesta sexual* en tanto categorías que dan forma al objeto clínico sexológico. En los consultorios, este objeto se configura bajo la forma de “disfunciones sexuales” mientras que las estrategias terapéuticas se orientan al “restablecimiento” de la “función sexual normal” (Jones & Gogna, 2014; Russo, 2013). La noción de disfunción sexual engloba una serie de *performances* sexuales que no se ajustan a los patrones que establecen y regulan el ejercicio “normal” de la sexualidad, es decir, la realización de prácticas sexuales que consisten centralmente en el coito vaginal (Alcántara Zavala & Amuchástegui Herrera, 2009; Giami, 2005; Rohden, Russo & Giami, 2011, 2014). Como veremos, esta noción de normalidad se vincula estrechamente con la categoría *respuesta sexual*.

En la segunda parte, se analizan las prácticas clínicas de la sexología médica, la confección de diagnósticos y la indicación de tratamientos. Si bien, sexólogos y sexólogas hacen hincapié en la etiología múltiple de las disfunciones sexuales y en la relevancia de un “buen” diagnóstico, son los tratamientos disponibles y su eficacia diferencial los que, en buena medida, darán forma a lo que sucede en la consulta sexológica. El énfasis resolutivo de esta especialidad y la especial gravitación de los tratamientos farmacológicos (Giami, 2005; Rohden, 2011; Rohden *et al.*, 2011, 2014; Russo, 2013; Russo *et al.*, 2009) producen lo que voy a llamar “desequilibrios prácticos”. El primer desequilibrio resulta de la distancia o discontinuidad entre la realización de la anamnesis y la elaboración del diagnóstico y el tratamiento o momento terapéutico. Como veremos, en la etapa exploratoria y diagnóstica, médicas y médicos indagan en la multicausalidad de las disfunciones sexuales. Sin embargo, a la hora de tratarlas, ya sea mediante psicoterapias o terapias farmacológicas, se prioriza la resolución del síntoma dejando en segundo plano la etiología multicausal de las disfunciones. El segundo desequilibrio es el que se produce entre las psicoterapias y las terapias farmacológicas: estas últimas se caracterizan por su mayor eficacia, por su capacidad para producir un vínculo mimético con los procesos fisiológicos y por la simplicidad y practicidad de su administración. Así, si se puede optar, la terapia farmacológica se conforma como la opción de preferencia.

En la tercera y última parte, analizo el modo en el que las estrategias terapéuticas se relacionan productiva y diferencialmente con las consultas de hombres y mujeres cisheterosexuales. La disponibilidad de terapias farmacológicas, especialmente del sildenafil —conocido comercialmente como “viagra”—, tanto dentro como fuera de los consultorios médicos, configura activamente las demandas y expectativas de pacientes, así como las estrategias clínicas de la sexología (Loe, 2001; Sequeira Rovira, 2014; Sfez, 2008). La disponibilidad y accesibilidad de un medicamento como este, utilizado para optimizar la capacidad eréctil, tiene como efecto la jerarquización de lo fisiopatológico como dimensión explicativa de las disfunciones sexuales y exaltación de las disfunciones sexuales masculinas como objeto terapéutico de la especialidad (Giami & Russo, 2013). Asimismo, produce la valoración de una *performance* sexual cis masculina asociada, en mayor medida, al rendimiento que a la idea de placer sexual. El desequilibrio que tiene lugar entre las psicoterapias y las terapias farmacológicas configura a las primeras como escasamente eficaces. Las herramientas

psicoterapéuticas son utilizadas para tratar, por ejemplo, el “deseo sexual hipoactivo”, disfunción por la que consultan con mayor frecuencia las mujeres cis.

En el artículo se analiza un conjunto de materiales heterogéneos producidos o recopilados entre 2012 y 2018. Su selección no obedeció a un criterio de exclusión establecido *a priori* sino que estuvo guiada por una “atención etnográfica” (Ariza, 2016) que privilegió aquellos documentos, objetos o instrumentos que aparecieron con mayor reiteración o intensidad durante el trabajo de campo. Se trata de un conjunto de cuarenta y cinco materiales conformado por ocho entrevistas a médicos y médicas especialistas en sexología, registro de campo de conferencias médicas, artículos médicos y académicos, guías de prácticas clínicas, entradas de sitios web de especialistas en sexología médica, instrumentos como formularios de historias clínicas, escalas de medición de síntomas, así como programas de formación en sexología clínica. Las características de cada uno de estos materiales y sus formas de agencia específica me permitieron indagar en el carácter semiótico y material, así como en los entramados heterogéneos que tienen lugar en las relaciones entre el quehacer de médicas y médicos especialistas en sexología y las ontologías de los cuerpos con los que trata.

La sexología médica: La conformación de un campo disciplinar propio

En este apartado analizo las características disciplinares de la sexología médica, es decir, los modos en los que esta especialidad define sus técnicas de exploración semiológica, categorías diagnósticas y tratamientos. Estas características, guardan estrecha relación con el principal objeto clínico de la especialidad: las disfunciones sexuales.

En Argentina, la sexología no se considera una especialidad médica propiamente dicha. Esto se debe a que su formación no se imparte en residencias médicas, ya sean básicas y posbásicas, sino mediante cursos o especializaciones en sexología clínica que son más cortos (generalmente duran dos años, mientras que las residencias pueden durar entre cuatro y cinco) y de menor peso académico. Estos cursos están dirigidos a profesionales en medicina y del campo psi que se dedican a la atención clínica.

A continuación, voy a reponer algunos lineamientos generales de la formación en sexología clínica. En el programa de la edición 2017 del curso de Formación en Sexología Clínica de la Sociedad Argentina de Sexología Humana (SASH), se afirma: “La *sexología clínica* es una ciencia interdisciplinaria referente a la salud [basada] en conceptos multidisciplinarios que abarca la adquisición de nuevos conocimientos tanto para los médicos como para los psicólogos” (Martín Moreira *et al.*, 2018).

En el programa de la edición 2015 se estipulan estos objetivos:

- 1) Capacitar al alumno para que pueda reflexionar acerca de sus actitudes y creencias en relación con la sexualidad.
- 2) Ofrecer conocimientos científicos sobre diversos aspectos médicos, psicológicos, biológicos y sociales de la sexualidad.
- 3) Capacitar y entrenar para la detección y atención clínica de disfunciones sexuales y otros problemas sexológicos. (Gindin *et al.*, 2016)

En el programa del curso La nueva Sexología Clínica a cargo de la organización Conciencia Humana² se enuncian los siguientes temas principales: “Cerebro y sexualidad”, “Disfunciones sexuales masculinas”, “Disfunciones sexuales femeninas”,

² Para más información sobre Conciencia Humana, puede consultarse en: <http://www.concienciahumana.org/>

“Parafilias/adicciones sexuales”, “Causas orgánicas y farmacológicas de las disfunciones sexuales”, “Técnica de la entrevista sexológica” (Aula de Ciencias de la Salud, 2017). Por su lado, el programa del curso en Sexología Clínica dictado en el Hospital de Clínicas de la Ciudad de Buenos Aires se organiza en torno a tres grandes ejes: 1) los conocimientos fisiológicos de la “respuesta sexual humana”; 2) el reconocimiento de la sexualidad como dimensión psicosocial; y, 3) las competencias y habilidades clínicas y terapéuticas específicas del quehacer sexológico. En este último punto se incluyen orientaciones prácticas para la realización de una anamnesis y una historia clínica sexológica (UBA, 2017).

Las disfunciones sexuales se conforman como un estado identificable, mensurable y asequible. También como un asunto híbrido, como un malestar de origen fisiológico y psicosocial. En ese sentido, los materiales analizados suponen que el ejercicio de la sexología requiere de métodos clínicos específicos, que rebasan tanto lo médico como lo psicológico, y que permiten abordar específicamente lo sexológico:

Los cursos están dirigidos a médicos y psicólogos. Es una formación de posgrado en sexología. El primer año es más informativo, y el segundo es mucho más práctico, en este momento hay mucha supervisión. Se hace mucho *rol playing*, por ejemplo. Los médicos, generalmente ginecólogos, urólogos y psiquiatras, no saben atender pacientes sexológicos. (Entrevista a médica sexóloga, 2012-2018)

La ginecología y la urología no siempre se detienen en la parte sexual de los pacientes, muchas veces no les preguntan nada, no sacan de tema. Yo tengo muchos alumnos ginecólogos, urólogos, psiquiatras. En la Facultad no ven ninguna materia de sexología, no se enseña qué es la respuesta sexual humana, ni nada del orgasmo ni del clítoris. No se hablaba de eso ni de las disfunciones sexuales. Y la sexología aborda todo esto. (Entrevista a médico sexólogo, 2012-2018)

En lo que se presenta como “lo sexológico” pueden encontrarse términos como “sexualidad”, “respuesta sexual” y “disfunciones sexuales”. Un análisis apresurado podría inferir que estos términos suponen modos distintos de referirse a lo mismo. Sin embargo, cada una de esas expresiones supone diferencias no solo de orden epistemológico, sino de orden práctico, material, e inclusive ontológico. Como señala Giami (2007), la sexología médica relega la noción de *sexualidad*, cercana al psicoanálisis, jerarquizando las nociones *función sexual* y *respuesta sexual* vinculadas a las terapias conductuales y a lo fisiológico o médico.

¿Cómo define la sexología médica a las disfunciones sexuales? ¿Cómo es la función sexual frente a la que difieren las disfunciones? En el programa de Formación en Sexología y en el artículo médico que cito abajo, se presentan estas definiciones:

Se llama *disfunción sexual* a la dificultad durante cualquier etapa del acto sexual (comprendido a través del “ciclo de la respuesta sexual humana”) que impide, en alguna medida, al individuo y su pareja la posibilidad de realizarlo. (UBA, 2017)

La *disfunción sexual* es considerada como la alteración persistente o recurrente en la respuesta sexual humana que afecta a uno o ambos miembros de la pareja. (Kusnetzoff, Gindin & Báez, 2010)

La sexología médica define a la *disfunción sexual* como una dificultad para “realizar el acto sexual” o como una alteración en la respuesta sexual humana. Si bien se juxtaponen, *función sexual* y *respuesta sexual* no son equivalentes. Esta última, remite a una serie de procesos netamente fisiológicos, casi mecánicos, que tienen lugar de manera sucesiva: comienzan con la excitación, siguen con la lubricación vaginal y la erección del pene para dar lugar al coito vaginal, el cual debería finalizar una vez alcanzado el orgasmo. La función sexual consiste en la capacidad cisheterosexual de llevar a cabo una

determinada *performance* sexual. Esta función supone la respuesta sexual, es decir, refiere a las maneras en las que se manifiesta la sexualidad humana, la cual guarda relación con el despliegue de mecanismos fisiológicos. La sexología médica trata y formatea a la función sexual como una capacidad híbrida, en la que se entran aspectos fisiológicos, emocionales, afectivos, eróticos que, se supone, todas las personas deberíamos desplegar con cierta regularidad. Paradójicamente, como se señala en los artículos médicos que cito abajo, los parámetros de normalidad de la función sexual no suelen ser alcanzados:

Uno de los problemas más devastadores que afectan a los hombres en la mediana edad es la incapacidad para alcanzar y mantener una erección que les permita asegurar un rendimiento satisfactorio en sus relaciones sexuales. (Nagelberg *et al.*, 2010)

La imposibilidad de concretar la penetración vaginal durante largos períodos [...] genera un problema que abarca a la pareja en su totalidad [...]. Se ha estimado que, por lo menos, la mitad de todas las parejas que viven casadas o que viven juntas experimentan algunas formas de disfunción o insatisfacción sexual. (Kusnetzoff, Gindin & Báez, 2010)

Al establecerse como parámetro de lo normal, la *función sexual* supone una especie de canon para el desenvolvimiento de la vida sexual de las personas. Aunque las prácticas sexuales que no se adecuan con estas expectativas son extendidas, su definición y alcance no se problematiza. Por el contrario, la sexología médica trabaja para que las personas podamos encuadrarnos en estas definiciones. La mensurabilidad de la función sexual, es decir, la posibilidad de estipular límites precisos entro lo que es y no es una disfunción, se relaciona estrechamente con la noción de *respuesta sexual*. Como se ve en el Programa de Sexología Clínica del Hospital de Clínicas y en el artículo “Abordaje de las disfunciones sexuales eyaculatorias”, citados a continuación, la respuesta sexual remite al desenvolvimiento corporal mecánico de la actividad sexual:

La *respuesta sexual* es el conjunto de cambios fisiológicos y las diferentes percepciones sensoriales sucesivas (que se manifiestan con base en los genitales y se extienden a todo el cuerpo) que atraviesa a una persona cuando se realiza el acto sexual. (UBA, 2017)

[En el caso de los hombres] la respuesta sexual pasa por una primera fase de excitación, desencadenada por diferentes estímulos, donde el pene comienza a endurecerse; es en la segunda fase, llamada meseta, donde se desarrolla la mayoría del juego sexual, y se producen otros cambios, como variaciones de la frecuencia respiratoria y cardíaca, rubor sexual, y un aumento progresivo de las sensaciones placenteras hasta llegar al máximo y desencadenar la tercera fase: el orgasmo. Se conoce como resolución a la última fase [...] donde el organismo experimenta una profunda relajación e invierte todos los cambios producidos en las fases anteriores. (Belén, Sapetti, Esteban & Ares, 2010)

La *respuesta sexual* se configura como condición corporal o base fisiológica de la *función sexual*, es decir, como el mecanismo orgánico que hace posible que tal función se desempeñe. En tanto artilugio ontoepistemológico (Barad, 2014; Dolphijn, Tuin & Barad, 2012), es decir, artefacto conceptual que participa en la organización del quehacer sexológico, así como en la producción de las materialidades corporales que supuestamente describen, la *respuesta sexual* traduce aquello que sucede en el acto sexual en reacciones fisiológicas haciendo de este proceso un asunto principalmente orgánico. La *respuesta sexual* traduce las experiencias sexuales de quienes consultan en fenómenos afines, confortables y asibles para las competencias médicas de la sexología. En efecto, le permite a la sexología médica desplegar competencias clínicas específicas, diferentes a las de otras especialidades médicas que no abordan “lo sexual” y, también, frente a la sexología ejercida por el campo psi. Tal como se ve

en el artículo y la entrevista que cito a continuación, al suponer la preeminencia del funcionamiento de estructuras fisiológicas, la *respuesta sexual* conforma una trinchera de la que se vale la sexología médica al defender su pertinencia para dar cuenta de estos procesos, así como la pertenencia al campo médico en el abordaje de lo sexual:

El motivo de consulta, el malestar de la paciente involucra distintas áreas de la respuesta sexual (deseo, excitación, orgasmo). La correcta identificación del problema nos orienta mejor en la terapéutica a emplear. (Bechara *et al.*, 2002)
Soy sexóloga con sesgo médico, especialmente porque tengo la posibilidad de medicar. Eso me hace recibir pacientes derivados de colegas que son psicólogos, que me piden que los medique. Como médica, dispongo de distintas herramientas para incidir en los problemas que afectan a la respuesta sexual. (Entrevista a médica sexóloga, 2012-2018)

El énfasis puesto en la respuesta sexual se relaciona con el moldeamiento de las disfunciones sexuales en tanto objeto médico, nada ajeno a las habilidades, saberes y herramientas clínicas y terapéuticas de la sexología médica. Las intervenciones en los mecanismos fisiológicos, por ejemplo, a través de “la posibilidad de medicar”, se relacionan con la jerarquización de la medicina adentro del campo de la sexología clínica, así como con el esfuerzo de la sexología médica para establecer un objeto clínico transparente y asequible a sus herramientas.

En el consultorio

El establecimiento de un diagnóstico

Si bien la *respuesta sexual* es un bastión fundamental para la conformación de la sexología médica, el ejercicio clínico de esta disciplina no se agota en el abordaje de los aspectos fisiológicos de las disfunciones sexuales. En efecto, si la propuesta de la sexología médica se limitara a la respuesta sexual no solo no le haría justicia a la naturaleza híbrida y multicausal que esta misma especialidad le otorga a la función sexual sino que, además, se dejaría por fuera los aspectos psicosociales y emocionales destacados en las demandas de quienes acuden a los consultorios sexológicos. No obstante, en tanto artefacto, la respuesta sexual tiene una notable agencia a la hora de organizar las prácticas que tienen lugar en la elaboración de un diagnóstico y, especialmente, en la indicación o puesta en práctica de un tratamiento.

El quehacer en los consultorios médicos sexológicos tiene dos momentos claros: el diagnóstico y el terapéutico. En el documento que se cita a continuación se explicitan pasos a seguir en el diagnóstico de las disfunciones sexuales —es este caso— femeninas:

Diagnóstico: 1) Historia clínica y psicosexual: Debido a la multicausalidad y multiorganicidad de las [disfunciones sexuales femeninas], la historia clínica debe incluir evaluación detallada de: tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia, [uso de] medicamentos, método anticonceptivo, patologías endócrinas (disfunciones tiroideas, adrenal, etcétera), antecedentes quirúrgicos [...], status hormonal y emocional: adolescencia, embarazo, posparto, lactancia, perimenopausia, posmenopausia -esterilidad o infertilidad, traumatismo pelviano o traumatismo vulvar (ciclismo), lesión medular o neurológica, factores psicosociales, hábitos, privacidad, ocupación, depresión, fobias, estrés, relación de pareja, conflictos de familia, muertes, separaciones, aprendizaje de la sexualidad, educación religiosa estricta, conflictos con la imagen corporal o la autoestima, información sexual inadecuada

o insuficiente, mitos y tabúes, factores uroginecológicos, inicio de actividad sexual, frecuencia coital, antecedentes de abuso o violencia sexual, función sexual previa a la percepción de la disfunción sexual actual, función sexual de la pareja, relación de pareja, etcétera. 2) Examen físico y gínitomamario: [...]. 3) Escalas de evaluación: Índice internacional de Función Sexual, Escala de Distress Sexual, etcétera. Escalas validadas para analizar distintos factores en las pacientes pre y postratamiento. 4) Análisis complementarios. 5) Análisis hormonales. 6) Estudios complementarios en fase de investigación. (Bertolino, 2005)

El primer paso del abordaje clínico de un o una paciente consiste en la elaboración de la “historia clínica y psicosexual”. Tal como se señala en el documento citado, las disfunciones sexuales son de carácter “multicausal” y “multiorgánico” y en la confección de la historia clínica se debe relevar esa complejidad. Luego, dependiendo del motivo de la consulta, así como de la especialidad de base del médico o la médica que atiende, se procede al examen físico. Después, si fuese necesario, se solicitan estudios hormonales u otros complementarios. La identificación de las posibles causas de las disfunciones y el establecimiento de un diagnóstico requieren de la capacidad de la o del profesional para indagar en los aspectos orgánicos de la respuesta sexual, así como en la intimidad sexual de quienes consultan.

A continuación, cito una entrevista y un artículo médico. En ambos, se abordan cuestiones referidas al momento en el que médicas y médicos establecen contacto con quien consulta, así como con el motivo de la visita al consultorio. El interrogatorio sexológico o anamnesis debe abarcar aspectos médicos o fisiológicos que pueden interferir en la función sexual, así como aspectos emocionales, contextuales, vinculares más sutiles y difíciles de asir a través de las herramientas semiológicas de, por ejemplo, la ginecología o la urología. La “semiología de la intimidad” forma parte de las competencias clínicas específicas que le permiten a la sexología abordar las cuestiones referidas a la intimidad:

El instrumento más valioso con que acciona el profesional es el interrogatorio pormenorizado de la llamada “semiología de la intimidad”. Esto permite tener acceso al accionar de la pareja en relación con el posible coito, los obstáculos que se presentan y sus resoluciones (Terradas & Bertolino, 2010).

La consulta sexológica es un área específica, donde hay que investigar el concepto de la *intimidad*. O sea, con quién ocurre la disfunción, en qué lugar ocurre, porque a veces ocurre en un lugar de la casa y en otro no, con una pareja sí, con otra no. En una posición sí, en otra no, donde se juegan de fondo muchas cuestiones de rivalidad. Entonces, en lo que se llama la anamnesis o el interrogatorio de intimidad se evalúa el contexto. [...] Lo que buscamos es entender si hubo una causa emocional. En paralelo, se investiga la química del paciente, cómo está el azúcar, el colesterol, etcétera. (Entrevista a médico sexólogo, 2012-2018)

En un esquema que debe ser flexible, la o el profesional en sexología médica realiza preguntas para “acceder”, por ejemplo, a información sobre el “accionar de la pareja”, hábitos sexuales, al consumo (o no) de medicamentos y otras sustancias, redes vinculares, vínculos afectivos y eróticos, detalles del contexto cotidiano. Con esas preguntas, se intenta “reponer” aspectos que pueden entorpecer el despliegue de la función sexual. Luego, en la confección de la historia clínica, esta información se organiza con miras al registro de aspectos generales del o de la paciente y de los pormenores de su proceso terapéutico. La confección de cada historia clínica, lo que se registra y lo que no, lo que se enfatiza y lo que se deja afuera, depende de cada profesional, de sus habilidades clínicas y comunicacionales y de las peculiaridades de cada paciente. La realización de la anamnesis y la confección de la historia clínica sexológica no son quehaceres mecánicos. Por el contrario, promueven la interacción

flexible y más o menos situada con la o el paciente. En esta instancia, se abordan cuestiones que pueden relacionarse con pudor, miedo, vergüenza. Tal como se señala en la entrevista que cito a continuación, para “rastrearlos” la puesta en práctica de la entrevista médica requiere de cierta habilidad artesanal:

Cuando empecé a atender, armé una historia clínica que era un tanto ineficaz en la aplicación. Su contenido está bien, pero la aplicación era engorrosa porque no puede ser algo rígido. Se preguntan datos personales, si es casado, divorciado, casado en segundas nupcias. Ocupación, años de la pareja, hijos sí, o no. Motivo de consulta: síntoma principal, puede ser disfunción eréctil, pero puede estar acompañado de otra cosa, como pérdida del deseo sexual, dificultades para eyacular, anorgasmia. Rastreamos el comportamiento sexual, intentamos detallar los últimos encuentros sexuales y describir causas inmediatas o circunstanciales de la disfunción. Si tiene diabetes, hipertensión. Y después la parte específica de la intimidad: ¿cómo está la libido? O sea, ¿el deseo sexual? Normal, aumentado o disminuido. ¿Y de su pareja? Preguntamos por la actitud del *partener* sexual. Cómo están los juegos sexuales previos, normales, aumentados, disminuidos, la iniciativa quién la toma, el hombre o la mujer, o ambos, erecciones matinales si es hombre, si tiene o no. Porcentaje de rigidez, orgasmo, eyaculación, con penetración, con estimulación. La respuesta femenina es satisfactoria, se lubrica bien, es satisfactoria o insuficiente. ¿Cómo está la atracción?, ¿quién toma la iniciativa?, ¿cuál es la frecuencia sexual? El lugar de la casa, si tiene que ser en la cama. Cuándo aparece la disfunción del deseo, ¿con quién? Con la pareja, con la amante, con el amante. Antecedentes psicosociales. Actitud de su familia de origen hacia la sexualidad, si fue positiva o negativa, clima familiar, pasible, tenso, la educación restrictiva, o no, sexo prematrimonial sí o no, tendencia a la monogamia, sí o no, relaciones extramatrimoniales, sí o no, sexo en el climaterio, andropausia, etcétera. Pregunto todo, pero en un clima relajado. (Entrevista a médico sexólogo, 2012-2018)

Si bien en los documentos se utilizan expresiones como “acceder” o “rastrear”, cabe señalar que la confección de la historia clínica sexológica no consiste en la mera recolección de información más o menos detallada sobre una o un paciente. Por el contrario, al confeccionar las preguntas, estipular un orden para hacerlas, al jerarquizarlas, es decir, discriminar entre preguntas principales y complementarias, al definir las posibles respuestas en preguntas cerradas como “sí” o “no” o “normal”, “aumentado” y “disminuido”, al indagar en una serie de temas y dejar otros por fuera, el quehacer médico participa activamente en la elaboración de eso que recaba y registra. ¿Cuánto tiempo es normal no tener deseo sexual?, ¿de qué depende que sean seis meses o un año? ¿Qué es el deseo “aumentado” o “disminuido”? ¿Hasta dónde incide en la disfunción la pérdida de un trabajo, el estrés o el desgaste de una relación de pareja? ¿Cómo se relaciona eso con la edad? Las respuestas dependen de los parámetros de normalidad elaborados *a priori*, así como también del modo particular en el que el malestar tenga lugar en cada paciente. La elaboración de una historia clínica y de un diagnóstico sexológico es resultado de la interacción entre médico o médica, paciente y aquellos dispositivos e instrumentos, como la guía de preguntas y planillas donde se vuelca la información de la historia clínica (Mol, 2002). Este tipo de instrumentos intervienen en lo que médicas y médicos preguntan, priorizan y relacionan a la hora de elaborar un diagnóstico y, posteriormente, prescribir un tratamiento. Así, dan forma a los procesos con los que tratan. Al pasar por el interrogatorio, parte de los malestares sexuales que llevaron a hombres y mujeres cis consultar se estabilizan y organizan.

La utilización de estos instrumentos implica la inscripción de los malestares sexuales en un campo específico (Ariza, 2014; Latour & Woolgar, 1995), cuyas coordenadas se definen en relación con el mapa de las disfunciones sexuales. Las

enumeraciones y cuadrículas frías de los formularios estabilizan y homogeneizan diversos aspectos de la vida cotidiana de quienes consultan. La intervención del formulario conlleva la traducción de aspectos posiblemente conflictivos, angustiantes o fogosos en indicadores médicos. Este proceso de cribado modela procesos complejos y situados en datos más bien abstractos e impersonales, asequibles al quehacer médico. En definitiva, al pasar por esta inscripción, las experiencias de quienes consultan se reelaboran a partir de ítems que operacionalizan la función sexual de manera tal que pueda ser comparado con el desempeño sexual normal.

Según los documentos analizados, en las consultas sexológicas suelen utilizarse índices o cuestionarios internacionales de evaluación de la respuesta sexual.³ El Índice de la función sexual femenina, presentado en un evento médico en EE. UU. en el 2000 es, según sus autores, “un instrumento para la evaluación de la función sexual femenina”. Este se basa “en la interpretación clínica de sus seis componentes principales: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor” (Rosen *et al.*, 2000). Cito, a modo de ejemplo, tres de las diecinueve preguntas que los conforman:

- 1) En las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia experimentó deseo o interés sexual? Casi siempre o siempre/ Muchas veces (más de la mitad de las veces)/ Algunas veces (la mitad de las veces)/ Pocas veces (menos de la mitad de las veces)/ Casi nunca o nunca. [...]
- 7) En las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia se ha lubricado (humedecido o mojado) durante la actividad o intercurso sexual? Sin actividad sexual/ Casi siempre o siempre/ Muchas veces (más de la mitad de las veces)/ Algunas veces (la mitad de las veces)/ Pocas veces (menos de la mitad de las veces)/ Casi nunca o nunca. [...]
- 14) En las últimas cuatro semanas, ¿cuán satisfecha estuvo con el acercamiento emocional durante la actividad sexual entre usted y su pareja? Sin actividad sexual/ Muy satisfecha/ Moderadamente satisfecha/ Igualmente satisfecha e insatisfecha/ Moderadamente insatisfecha/ Muy insatisfecha. [...]

Se trata de un instrumento diseñado para indagar y dar cuenta del funcionamiento de cada uno de “los componentes” de la respuesta sexual femenina, independientemente de cualquier singularidad de esa mujer cis y del lugar del mundo en el que se encuentre: la respuesta sexual es tratada como un mecanismo regular y universal. Este instrumento presupone que aquello se pone en juego en la función sexual femenina, incluido el deseo sexual, se caracteriza, en última instancia, por cierta exactitud mecánica, propia del orden de la naturaleza corporal.

La implementación de tratamientos

Una vez que se ha confeccionado la historia clínica y establecido el diagnóstico, la labor sexológica continúa con la propuesta de algún tipo de tratamiento que, como veremos, se focaliza en la resolución del síntoma (Miami, 2009; Jones & Gogna, 2014; Rohden *et al.*, 2014). Para ello, la sexología organiza sus estrategias terapéuticas en dos grupos: las llamadas *psicoterapias* o *terapias sexuales* y las *terapias farmacológicas*.

Las psicoterapias

A la hora de establecer un diagnóstico, la sexología médica pondera la etiología multidimensional que, según sus definiciones, caracteriza a la llamada *función sexual humana*. Pareciera que la implementación de un tratamiento eficaz radica, justamente, en la elaboración de un diagnóstico que contemple los múltiples aspectos en juego en las disfuncio

³ Algunos ejemplos: Rosen *et al.*, 2000, 1997; Symonds *et al.* 2007; O’Leary *et al.*, 1995.

nes sexuales. Sin embargo, como analizaremos a continuación, el quehacer terapéutico de la sexología médica se orienta principalmente a la resolución de los síntomas y no a sus causas, postergando el carácter multidimensional de las disfunciones sexuales:

La terapia sexual es concreta, circunscrita al síntoma y directiva. Se indican tareas que pretenden reeducar la conducta sexual, tareas que deben cumplirse y supervisarse. Tiene mucho que ver con las terapias cognitivas conductuales. Eso puede reforzarse con medicación. La terapia sexual consiste, por ejemplo, en indicaciones paradójales: viene a consultar por impotencia, vos le prohibís la penetración. O, por ejemplo, en ejercicios masturbatorios o para la eyaculación precoz, etcétera. Hay varias posibilidades. Igualmente, hoy no se puede obviar lo farmacológico. Por su efectividad y rapidez para resolver y sacar al paciente del malestar. Además, él mismo lo exige. (Entrevista a médica sexóloga, 2012-2018)

¿Qué quiere decir “resolver” para la sexología médica? ¿Cómo se evalúa el éxito o fracaso de un tratamiento?, ¿qué se tiene en cuenta en su implementación y cómo? Las terapias sexuales son “concretas”, “directivas” y están “circunscriptas al síntoma” que buscan resolver. Consisten en distintos ejercicios de “reeducación”. La “indicación paradójala”, por ejemplo, consiste en la prohibición de aquella conducta sobre la que se experimenta una dificultad. Este ejercicio presupone que la prohibición favorecería el desempeño de la conducta que se prohíbe. Las distintas estrategias terapéuticas tienen en común su pragmatismo resolutivo. En el caso puntual de las psicoterapias o terapias sexuales, su orientación resolutiva podría vincularse con la difusión que tuvieron las terapias conductuales en Buenos Aires desde finales de la década de 1980 (Korman, Viotti & Garay, 2010). Tal como veremos a partir de los documentos citados a continuación, algunos de los objetivos son, por ejemplo, el “autoconocimiento”, “autocontrol”, “autodominio” corporal y, consecuentemente, conductual. Buena parte de las psicoterapias o terapias sexuales se sustentan en la idea de que las reacciones corporales que tienen lugar durante la práctica sexual pueden controlarse y mejorarse a través de su reeducación. Las psicoterapias ubican al tratamiento de las disfunciones sexuales en territorio somático individual y no en los contextos y vínculos en los que estas tienen lugar:

[En el abordaje del coito doloroso] se trabaja, primero, para desactivar actitudes negativas y prejuicios en torno a la sexualidad. Luego, para tratar el dolor se realizan tareas psicoeducativas enfocada al autodominio del dolor; el rol de la relajación; el ejercicio físico; el estado emocional; la focalización de la atención; la valoración del dolor; distribución de la actividad; prevención de recaídas. [...] Autoconocimiento y autocontrol: Otro aspecto importante es que la paciente conozca sus genitales y los controle. Esto le proporciona autoconfianza para enfrentar aspectos cognitivos del dolor, la posibilidad de enfrentar sus miedos anticipatorios y el aprendizaje para no agravar la situación con la respuesta de huida (estrés, ansiedad). (Bertolino & Helien, 2010)

[En la eyaculación precoz] los factores etiológicos psicógenos son los más frecuentes. Los objetivos de la terapia sexual para el tratamiento de la disfunción eyaculatoria son, en general, los siguientes: 1) Técnicas de reaprendizaje del control eyaculatorio. 2) Disminución de la ansiedad. 3) Mejorar la comunicación diádica. 4) Mejorar la autoestima. Entre las técnicas de reaprendizaje del control eyaculatorio: [se señalan las técnicas de] “parada y arranque” y la técnica del “apretón”. [...]. Técnicas para mejorar la autoestima: entrenamientos en asertividad, afrontamiento y exposición gradual al objeto de la fobia. (Grasso *et al.*, 2007)

En la etapa diagnóstica, la sexología médica destaca la incidencia de los contextos emocionales y vinculares en los que tienen lugar las disfunciones sexuales. No

obstante, el momento de las psicoterapias supone la desvinculación de las disfunciones sexuales de los contextos y circunstancias en los que estas tuvieron lugar y que, supuestamente, las pudieron causar. La solución de las disfunciones se configura como asunto individual y mecánico que no se orienta hacia la causa sino hacia el modo en el que la disfunción se expresa. Esa desvinculación supone la gravitación diferencial del momento terapéutico respecto del diagnóstico, de lo resolutivo con relación a la etiología multicausal, produciendo lo que llamo *primer desequilibrio práctico*.

En la entrevista que cito a continuación se relata la estrategia terapéutica propuesta a una mujer cis que consultaba por “fobias en el cuerpo”:

Tengo una paciente que viene al consultorio hace como dos años, trabajamos con tutores, porque ella es una persona con muchas fobias en el cuerpo [...]. No tolera que yo le haga un tacto, entonces, ella lo hace con su propio dedo, después con dos dedos, y así. Después, compró tutores, vamos cambiando de tamaño, y de repente “no puedo, no puedo, no puedo”. Y bueno, todo para atrás. A empezar de nuevo, un dedo, otro dedo. (Entrevista a médica sexóloga, 2012-2018)

En este caso, se combinan la orientación al síntoma de las psicoterapias con las competencias clínicas propias de la ginecología: se trata de ejercicios de penetración vaginal como modo de abordar las dificultades en la penetración. No se trabaja en lo que pudiese haber originado la dificultad, sino en la posibilidad de superarla mediante su repetición. La matriz resolutiva de los ejercicios desdibuja los esfuerzos que se hicieron en el momento diagnóstico, introduciendo el desequilibrio práctico anteriormente mencionado. Aunque no sean del todo eficaces y produzcan molestias, angustias e incluso dolor, este tipo de tratamientos se orientan a la reeducación de aquellas reacciones corporales que impiden, obturan, enlentecen o aceleran el despliegue “normal” y “natural” de la función sexual y de la respuesta sexual, es decir, la realización de relaciones sexuales de coito vaginal. El objetivo es que en algún momento se logre que las fases de la respuesta sexual tengan lugar de manera normal y espontánea, garantizando las condiciones para que los hombres cis penetren y las mujeres cis sean penetradas (Cisternas, 2016).

Las terapias farmacológicas

¿En qué consisten las terapias farmacológicas?, ¿cuándo y cómo se indican?, ¿cuáles y cómo son sus efectos en el campo de la sexología médica? En lo que sigue, cito un artículo médico y una entrevista en los que se abordan algunos criterios para la indicación de la terapia farmacológica:

ENTREVISTADORA: ¿La medicación se da después de probar con ejercicios?
MÉDICA: Sí, pero hay pacientes que no quieren ningún tipo de ejercicio, quieren la medicación y nada más. Y muchos se hacen dependientes. Algunos no pueden tener relaciones si no tienen la pastillita. Es como un placebo, lo toman y a los cinco minutos ya está erecto, ni hizo efecto la medicación y ya se erecta. (Entrevista a médica sexóloga, 2012-2018)

Los criterios de éxito para establecer si un tratamiento es eficaz deben incluir lo que define a la propia sexualidad humana: una compleja trama de aspectos biológicos, psicológicos [...] y vinculares [...], socioculturales [...]. Sin embargo, no es frecuente que los trabajos de investigación apliquen criterios diferentes o alternativos a los biológicos o a las realizaciones basadas estrictamente en la función sexual. Por otra parte, es infrecuente encontrar instrumentos de evaluación de los aspectos psicológicos, sociales y culturales. (Rajman *et al.*, 2007)

Ambas citas dan cuenta de la gravitación diferencial de la dimensión fisiológica en el abordaje terapéutico de las disfunciones sexuales. La terapia farmacológica supone un alto grado de afinidad con esa dimensión. Y, en paralelo, se conforma como la opción terapéutica de preferencia tanto para médicas y médicos como para los hombres cis que consultan. Tal como se señala en la entrevista “hay pacientes que no quieren ningún tipo de ejercicio, quieren la medicación y nada más”.

A la hora de evaluar la eficacia de un tratamiento, la sexología médica posterga la consideración de “criterios alternativos a lo biológico”. En tanto artilugios ontoepistemológicos, la función y la respuesta sexual separan, dan forma y jerarquizan la idea de que las disfunciones sexuales tienen un sustrato biológico. La demanda diferencial de las terapias medicamentosas y la preferencia de la sexología médica por lo fisiológico en tanto campo de intervención configuran lo que voy a denominar el *segundo desequilibrio práctico*. Este tiene lugar en la distancia que separa las psicoterapias de las farmacológicas.

La disponibilidad y el uso de terapia farmacológica intensifica la separación entre lo psicosocial y fisiológico y su delimitación como órdenes diferentes. Estas terapias no solo actúan en los mecanismos de la respuesta sexual, sino también como “placebo positivo”. Su disponibilidad realza la dimensión fisiológica de la respuesta sexual y, al mismo tiempo, introduce nuevas dimensiones que podríamos llamar *psicológicas* o *emotivas*, como la dependencia y la confianza en los efectos del medicamento.

En tanto mediadores (Latour, 2001, 2008), las terapias farmacológicas dan forma a los procesos corporales de los hombres cis, a sus demandas clínicas y también a las prácticas médicas. Por un lado, acentúan la lógica de eficacia. Por otro lado, producen distancia, incluso un quiebre, en relación con las psicoterapias: las terapias farmacológicas son consideradas más eficaces y más fáciles de utilizar. Eso las convierte en la opción de preferencia para pacientes y profesionales. A su vez, esta distancia gravita en el abordaje de las disfunciones sexuales por las que consultan hombres y mujeres cis. Como analizaremos en el siguiente apartado, disfunciones como la “eyaculación precoz” o la “disfunción eréctil” disponen de tratamientos farmacológicos mientras que “el deseo sexual hipoactivo”, malestar por el que consultan con mayor frecuencia las mujeres cis, no.

Como se señala en la entrevista que cito a continuación, la terapia farmacológica tiene la potestad de “calibrar” la respuesta sexual masculina reinventándola en tanto función biológica. Para el tratamiento de la “eyaculación precoz” se indican psicofármacos, medicamentos que “enlentecen” el tiempo eyaculatorio, enseñando a los hombres cis a registrar “la inminencia preeyaculatoria”:

Para los casos de eyaculación precoz, el tratamiento principal es la reeducación del tiempo eyaculatorio. Yo, además, los medico porque en general ayuda. La medicación aporta a una alta probabilidad de éxito del tratamiento y los pacientes la piden. Medico con psicofármacos. Son antidepresivos que tienen como efecto adverso el enlentecimiento del tiempo eyaculatorio. O sea, si el paciente no está deprimido, bueno, el humor no le va a cambiar, pero si va a enlentecer el tiempo eyaculatorio [...]. Cuando el paciente reaprendió la forma de controlar o de registrar la inminencia preeyaculatoria, la emergencia preeyaculatoria, ahí le saco la medicación. (Entrevista a médica sexóloga, 2012-2018)

La disponibilidad de la terapia farmacológica, su promesa de efectividad y eficacia a corto plazo, profundiza el *primer desequilibrio práctico*, es decir, la distancia el momento diagnóstico y la indicación de tratamientos. Pues, no solo intensifica la brecha entre la multicausalidad que debería consignarse en la confección de los

diagnósticos y el énfasis resolutivo de los síntomas que caracteriza a los tratamientos. También da forma a la brecha en la órbita de los tratamientos disponibles.

No poder y no desear: Las disfunciones sexuales de hombres y mujeres cis y sus abordajes terapéuticos

En este apartado analizo los modos diferenciales en los que el quehacer sexológico configura las disfunciones sexuales de hombres y mujeres cis. La disponibilidad de terapias, ya sean psicoterapias o farmacológicas, en conexión con aspectos normativos de la cisheterosexualidad, dan forma a la manera en la que la sexología médica aborda las disfunciones sexuales de hombres y mujeres cis. En lo que sigue, voy a analizar, primero, el modo en el que se ponen en práctica los tratamientos farmacológicos de las llamadas *disfunciones eréctiles* que afectan a los hombres cis. Luego, las estrategias terapéuticas que se ofrecen frente a una de las disfunciones sexuales por las que las mujeres cis consultan con mayor frecuencia: *el deseo sexual hipoactivo*.

La respuesta sexual supone el desencadenamiento de una serie de reacciones corporales que varían según se trate de hombres o mujeres cis. La sexología médica modula las diferencias de la respuesta sexual de hombres y mujeres cis bajo la forma de una díada complementaria; pues esta especialidad se sustenta, al mismo tiempo que la produce y redefine, en una ontología de la diferencia sexual (Rohden, 2001, 2003) o, mejor dicho, de la diferencia cisheterosexual. Los tiempos e intensidades, lo que se abre y lo que se cierra, lo que se tensa y lo que se lubrica se organiza de modo diferencial y en sintonía con regulaciones sexogenéricas respecto de lo femenino y lo masculino. Al garantizar que los hombres cis puedan penetrar y que las mujeres cis puedan ser penetradas (Cisternas, 2016), la sexología médica no solo garantiza el coito, sino que lo regula y le da forma. El uso incrementado de las terapias farmacológicas en las “disfunciones masculinas” trae consigo una nueva y vieja manera de concebir la función sexual; pues si bien en términos fisiológicos se optimiza, al mismo tiempo “permanecen profundamente imbricados al guión cultural tradicional que opone y diferencia la sexualidad masculina y femenina” (Gianni, 2007: 302).

El viagra como productor de demandas, performances sexuales y estrategias clínicas

Tal como se señala en distintas investigaciones (Alcántara Zavala & Amuchástegui Herrera, 2009; Faro & Russo, 2017; Gianni, 2005, 2009; Jones & Gogna, 2014; Rohden *et al.*, 2014; Russo, 2013), el uso de medicamentos, particularmente del sildenafil (o viagra), se ha extendido como tratamiento médico de las disfunciones eréctiles, así como en su uso recreativo por fuera de la indicación médica (Sequeira Rovira, 2014).⁴

Las disfunciones eréctiles son una de las causas más frecuentes de consultas por parte de hombres cis. Esta disfunción supone la dificultad para lograr o mantener una erección considerada normal, o sea, una erección capaz de llevar a cabo una penetración vaginal. Ahora bien, ¿qué quiere decir que un tratamiento para la disfunción eréctil sea eficaz? Tal como se muestra en el documento citado abajo, la eficacia se relaciona más con la optimización de la “respuesta eréctil” que con la intervención sobre las posibles causas de la disfunción:

⁴ Cabe señalar que, al menos en Argentina, este fármaco debería venderse bajo receta archivada. Para más información puede consultarse en: http://www.anmat.gov.ar/boletin_anmat/enero_2015/Dispo_0824-15.pdf

Los diferentes procedimientos médicos o quirúrgicos, cuyo objetivo fundamental es conseguir una buena erección, tienen una eficacia en general bien establecida porque centran esta eficacia en la respuesta eréctil [...] Estos tratamientos médicos o quirúrgicos no evalúan otros factores que pueden provocar la disfunción eréctil (problemas en la pareja, ansiedad, miedo a la intimidad, conducta de espectador, habilidades de comunicación e interacción sexual, etcétera). (Rajman *et al.*, 2007)

Tal como señala Giami (2009), otro efecto de la disponibilidad de los tratamientos “médicos” o farmacológicos consiste en la intensificación de la centralidad de los genitales masculinos y de la llamada *función eréctil* en el campo de la función sexual. Que los tratamientos para la disfunción eréctil privilegien de manera enfática la optimización de la respuesta eréctil supone el acotamiento concéntrico del campo de acción de la sexología médica a la genitalidad de los hombres cis.

Como se señala en la guía de prácticas clínicas *Disfunción sexual masculina: Disfunción eréctil y eyaculación precoz* (Wespes *et al.*, 2009), la farmacología oral supone el “tratamiento de primera línea” para el abordaje de las disfunciones eréctiles. Su preferencia está sujeta a su eficacia, a la electividad por parte de los pacientes y, también a su “seguridad” y escaso riesgo de efectos secundarios asociados:

La eficacia se define por la obtención de la rigidez suficiente para la penetración vaginal. [...] Se ha demostrado la eficacia del sildenafil en casi todos los subgrupos de pacientes con DE [disfunción eréctil]. (Wespes *et al.*, 2009)

A los motivos de elección de la terapia farmacológica arriba señalados debemos agregar la “aceleración de los procesos”. Eso se afirma en la entrevista que cito abajo. ¿Para qué perder tiempo con las psicoterapias si con el viagra se consiguen los efectos deseados más rápido y con menos exigencias? El acortamiento “del sufrimiento” y la prontitud de sus efectos es un aspecto valorado por profesionales y pacientes:

Yo indico mucho el sildenafil, medico a mucha gente. He medicado a miles, así que tengo mucha experiencia. Adoro la medicación, es algo que te ayuda, que ayuda al presente. A ver, a mí me enseñaron en Farmacología, en la Facultad, que el paciente se cura con medicamento, sin medicamento, o a pesar del medicamento, pero la realidad es que con la medicación aceleramos los procesos. Entonces, ¿por qué no usarlo? Si lo que hace es acortar el tiempo de sufrimiento del paciente. (Entrevista a médico sexólogo, 2012-2018)

Según el prospecto presentado ante la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) por el laboratorio que fabrica el viagra, el sildenafil es un medicamento que incide en los mecanismos de la respuesta sexual de los hombres cis optimizando la cascada de reacciones fisiológicas que llevan a la erección una vez que se tiene un estímulo sexual (ANMAT, 2015). ¿Cómo lo indican las médicas y los médicos? Cito a continuación dos entrevistas:

En los casos de disfunción eréctil hago preguntas vinculadas con la historia clínica y hábitos del paciente: antecedentes heredofamiliares, enfermedades previas, medicación que toman, si es fumador, si toma alcohol, qué tipo de pareja tiene, etcétera. Una historia clínica lo más completa que se pueda [...]. En cuanto a estudios, particularmente, en las disfunciones eréctiles hoy se piden pocos. Yo particularmente no pido estudios porque todo lo que sale del embudo se medica con sildenafil igual. Así que, a mí me dejó de interesar bastante hacerle un RigiScan al paciente, que es el estudio que se hace para ver cuáles y cómo son las erecciones nocturnas. (Entrevista a médica sexóloga, 2012-2018)

Muchos vienen ya tomando la pastilla. Vienen o porque no lograron el efecto que esperaban o porque no saben cómo tomarla o porque no fue suficiente la respuesta o porque quieren dejar de tomarla. Esas son las razones, pero ya llegan medicados. Otros tienen miedo a ser medicados o las mujeres se oponen. El 60% de los pacientes que toman medicamentos la pareja no lo sabe. Lo hacen a escondidas. (Entrevista a médico sexólogo, 2012-2018)

La disponibilidad del sildenafil da forma a la relación médico-paciente pues, tal como se señala en una de las entrevistas citadas, muchos hombres cis “llegan siendo medicados”. La disponibilidad del viagra, su modo de administración y sus efectos dejan en segundo plano tanto a la alternativa de las psicoterapias como al uso de estudios complementarios que otrora se realizaban para la confección del diagnóstico. Estos pierden relevancia ante una opción terapéutica que presenta como prácticamente independiente a las causas de la disfunción eréctil. En tanto mediador (Latour, 2001; 2008), el sildenafil da forma al doble desequilibrio que caracteriza al campo clínico de la sexología médica. Las prácticas terapéuticas enfocadas en el abordaje de las disfunciones eréctiles se reducen y centralizan en la indicación de medicamentos y de su correcta administración.

La implementación de este tipo de terapias también da forma a la función sexual de los hombres cis. Por un lado, focaliza y enfatiza la *performance* sexual en lo que respecta a la capacidad eréctil del pene y, por otro, reinventa de manera farmacológica su dimensión fisiológica. El sildenafil es un medicamento que puede ser autoadministrado de manera discreta, incluso secreta. Según las entrevistas realizadas, no son pocos los hombres que optan por no comentar sobre su uso a sus compañeras sexuales. Siguiendo los aportes de Giami (2009), los hombres cis que utilizan el sildenafil frente a una dificultad en su capacidad eréctil—y no de manera recreativa—incorporan a esta droga más como un medicamento que como un afrodisíaco. Su administración viene a suplir la dificultad para alcanzar los patrones normales de una erección, situación que puede generar angustia y vergüenza. Tomarlo en secreto, sugiero, es condición para que este fármaco se relacione de manera mimética con una capacidad eréctil optimizada y naturalizada.

La capacidad eréctil, biotecnológicamente apuntalada, produce una “nueva” respuesta sexual normal. Tal como se señala en la entrevista que cito abajo, el sildenafil se configura como una solución al mismo tiempo que reconfigura un problema: la posibilidad de alguna falla en la respuesta eréctil. En definitiva, este medicamento se conforma como una especie de garante que blindo químicamente la *performance* eréctil de los hombres cis:

El otro día atendí a un chico que tiene problemas de eyaculación y de erección, es muy ansioso. Tenía una cita importante y me decía “dame una pastilla de viagra, ¿puedo tomar una pastilla de viagra?” Entonces, bueno, si el viagra le sirve como acompañante y le da seguridad, creo que está bien indicarlo. (Entrevista a médica sexóloga, 2012-2018)

La disponibilidad del viagra se inscribe “en el cuadro estereotipado del sentido común sobre la sexualidad masculina, dominado por las urgencias biológicas y por la falta de referencias a las relaciones o los sentimientos que los vinculan con sus parejas sexuales” (Giami, 2009: 642). A través del uso del sildenafil, los hombres cis logran erecciones “normales”, es decir, erecciones que, más allá del miedo, la ansiedad, y las angustias, sobreponiéndose al cansancio y al estrés, suponen la capacidad de penetrar. La masculinidad cis heterosexual se espeja en la idea de potencia corporal, en una capacidad de rendimiento regulada por la infalibilidad. En la entrevista que

cito abajo, se comentan algunos aspectos que caracterizan a la *performance* sexual modelada por el sildenafil:

MÉDICO: La ansiedad incide mucho [...] por rendimiento, la anticipación del fracaso, de “tengo que satisfacerla”, “tengo que tener el orgasmo”, el “tengo que...”. Eso fatal, es la ansiedad delante del acto, y por la voluntad no se para el pene, no es “parate, parate, parate”, no. Y las mujeres a veces no logran el orgasmo porque no son estimuladas adecuadamente [...]

ENTREVISTADORA: Y en las consultas que realizan las mujeres, ¿le parece que la ansiedad juega un rol, así como en los varones?

MÉDICO: No tanto, hay mujeres que fingen, yo no lo aconsejo porque eso la obliga a seguir fingiendo. (Entrevista a médico sexólogo, 2012-2018)

La disponibilidad del sildenafil acota el ejercicio sexual al coito vaginal configurando, a su vez, al pene y a la capacidad eréctil, puntual y sin fallas, como protagonistas. La erección se moldea como un mecanismo ajeno al contexto en que se produce, del tipo de estímulos sexuales más o menos placenteros, de los sentimientos que puedan ponerse, o no, en juego en el encuentro sexual. La sexología médica no interpela a los hombres cis por sus ganas de tener relaciones, tampoco por si estas le producen más o menos placer. A diferencia de lo que sucede con las mujeres cis, ese no parece ser un asunto relevante para los varones, por lo menos en esos términos. Asimismo, la readecuación de la capacidad eréctil de los hombres cis heterosexuales prefigura, la idea de una pareja sexual demandante, con escasa tolerancia a las fallas, como alguien que espera un alto rendimiento por parte de su compañero sexual. Paradójicamente, como veremos en el apartado que sigue, la consulta más frecuente de las mujeres cis en los consultorios sexológicos es por el malestar que produce la llamada “falta de deseo sexual”.

El hiato terapéutico de la sexología médica: El abordaje de “la falta de deseo” en las mujeres cis

Según los documentos analizados, el motivo más frecuente de consultas por parte de mujeres cis es el “deseo sexual hipoactivo” (DSH). Las mujeres llegan a los consultorios sexológicos debido al malestar causado por la falta de ganas de tener relaciones sexuales. De modo distinto a lo que sucede con las disfunciones eréctiles, la sexología médica no dispone de un tratamiento específico, asertivo, dirigido puntualmente a intervenir en el mecanismo de la respuesta sexual de las mujeres cis para optimizarlo.⁵ Por el contrario, las consultas por deseo sexual hipoactivo conforman un tipo de demanda que pone en conflicto a la capacidad de la sexología médica de organizar y modelar el campo sexual en términos de respuesta y función sexual, es decir, como procesos mecánicos asibles, mensurables y regulables por los quehaceres médicos.

En su práctica, la sexología clínica modela al deseo sexual de un modo paradójico. En su versión funcional, el deseo se conforma como una de las tantas etapas de la respuesta sexual. En su versión disfuncional, se moldea como emergente clínico opaco cuyo abordaje requiere de un trabajo artesanal y meticuloso por parte de profesionales y pacientes. En el documento que cito abajo se ofrece una definición del deseo sexual hipoactivo:

La respuesta sexual puede ser dividida, con fines prácticos, en cuatro fases: deseo, excitación, orgasmo y resolución. La primera es previa al contacto en sí:

⁵ En 2019, se aprobó un consenso internacional sobre uso de andrógenos (testosterona) para el tratamiento del “síndrome de deseo sexual hipoactivo” (Davis et al., 2019). Sin embargo, hasta la mediados de 2021, en Argentina no se dispone de medicamentos producidos a este fin, con las dosis recomendadas.

se trata de un apetito o impulso producido por la activación de centros cerebrales que son específicos para tal fin y que se conectan con otras zonas de la corteza cerebral; normalmente, ante un estímulo adecuado y no habiendo interferencias o inhibiciones, ponen en marcha la respuesta sexual [...] Pero también pueden existir causas que depriman el deseo sexual [...]: Los cuadros depresivos [...], pérdidas laborales, familiares, amorosas [...]. El problema del alcoholismo y las drogas ilegales [...]. Muchos psicofármacos pueden producir, como evento adverso, disfunciones sexuales [...] (Sapetti, s. f.)

El campo etiológico del deseo sexual hipoactivo se organiza en dos grupos. Por un lado, están los factores que pueden interrumpir u obstaculizar los mecanismos que motorizan esta primera etapa de la respuesta sexual, por ejemplo, los efectos secundarios de un psicofármaco. Por otro lado, el deseo sexual puede verse disminuido por distintos factores como el estado de ánimo, algún aspecto vincular conflictivo, el cansancio, el estrés, entre otros. En estos casos, la falta de deseo difícilmente pueda ser atribuida a una causa unívoca y fácilmente asequible para la sexología médica.

Al no identificar una causa principal ni disponer de un tratamiento concreto y resolutivo, las consultas motorizadas por falta de deseo sexual no pueden ser fácilmente modeladas por el carácter asertivo de las estrategias terapéuticas de la sexología médica. Frente a esto, médicos y médicas ensayan estrategias que dialogan con las singularidades de las pacientes, con las especificidades de su demanda y con las características de su entorno. ¿Será que este tipo de cuadro clínico enfrenta a las herramientas clínicas de la sexología médica con sus límites ontopistemológicos, es decir, con los límites de la respuesta sexual como modo de entender, organizar y modular lo que pasa en los cuerpos durante las relaciones sexuales? A diferencia de lo que sucede con las disfunciones eréctiles, en la atención de mujeres cis que consultan por falta de deseo sexual, el diagnóstico resulta una etapa gravitante en el diseño de la estrategia terapéutica. La atención de este tipo de cuadros requiere de un relevamiento detallado de los diferentes aspectos que se entrecruzan en ese “no tener ganas”. Tal como se señala en el artículo que cito abajo, el tratamiento de la falta de deseo “dependerá de su causa”:

El tratamiento de la inhibición del deseo y de la fatiga sexual dependerá de la causa: no merecerá el mismo abordaje la inhibición sexual por un problema hormonal o aquella producida por el mal uso de psicofármacos, que la presente en los cuadros fóbicos, obsesivos o psicóticos donde, por lo contrario, el psicofármaco racionalmente indicado será necesario. En la debida a problemas situacionales o vinculares el tratamiento más utilizado y efectivo, a veces combinado con ayuda medicamentosa, consiste en una terapia sexual corta —entre diez y quince sesiones—. En algunos casos, resulta bastante habitual, así como provechoso, que se convoque a ambos integrantes de la pareja. No hay otra forma de comprender y ayudar a pacientes con fatiga sexual que a través de una exploración desde todos los ángulos de su historia: escuchar todo, indagar todo. (Sapetti, s. f.)

Si bien en los documentos se habla del deseo como un impulso somático, las distintas estrategias terapéuticas no apuntan su intervención hacia los mecanismos de la respuesta sexual. La terapia farmacológica se indica en situaciones puntuales en las que se ha identificado que la falta de deseo se debe a “cuadros fóbicos, obsesivos o psicóticos” que pueden ser tratados con psicofármacos. De lo contrario, se acudirá a herramientas de la terapia sexual. Su implementación no conforma asuntos que puedan estipularse *a priori*. La falta de deseo sexual supone un tipo de cuadro clínico, necesariamente contextual y relacional, que se escapa a las fronteras somáticas de los mecanismos de la respuesta sexual. No puede ubicarse en un órgano genital ni puede resolverse con una pastilla. Es un proceso que se dispone en dirección inversa

al modo en el que se aborda las disfunciones eréctiles: la sexología médica conecta las posibles causas de la falta de deseo de las mujeres cis con su contexto, con su trabajo, con el estrés o con el aburrimiento que le producen las relaciones sexoafectivas.

Las consultas por deseo sexual hipoactivo también se constituyen en relación con los efectos normativos de regulaciones sexogenéricas. Como veremos en la entrevista que cito a continuación, el modo en el que la sexología médica define y trata al “deseo sexual” de las mujeres cis se relaciona con estereotipos de lo femenino:

Si hablamos de mujer con trastornos de deseo, hoy por hoy va a la cabeza el estrés, el desenfoco. La mujer, para estar deseante [...] tiene que estar conectada consigo misma. Si está en multitasking, pasada de rosca, olvidate. La mujer necesita intimidad. En general, en la historia clínica, escucho a la mujer e intento detectar cómo orientarla para que se conecte con ella misma, con su intimidad e impulso deseante. (Entrevista médica sexóloga, 2012-2018)

Si el abordaje de las disfunciones eréctiles moldea a la función sexual masculina como un asunto de mecánica genital, los quehaceres de la sexología médica configuran a la falta de deseo como un descentramiento de las mujeres de sí mismas, de su intimidad y esencia femenina. Este descentramiento, “desenfoco” o “desconexión”, puede tener que ver con el exceso de trabajo. A diferencia de lo que sucede con los hombres cis, en el caso de las mujeres, la exigencia de rendimiento no se conforma como algo a alcanzar, como una meta, sino como la causa del malestar. El deseo sexual se vincula a la intimidad, conforma un “impulso” que viene de adentro, con el que la mujer debe reencontrarse.

Las herramientas clínicas que se ponen en juego van desde la escucha a la recomendación de modificar ciertos hábitos. Tal como se señala en la entrevista que cito más abajo, las alternativas terapéuticas también pueden consistir en ejercicios paradójales como, por ejemplo, la indicación de no tener relaciones sexuales, en la recomendación de ejercicios de masturbación, en cambios en la alimentación, entre otros. La implementación de este tipo de terapias requiere del involucramiento de quienes las practican y a veces también de sus parejas:

MÉDICO: Cuando se trata de falta de deseo, lo primero es diagnosticar el problema, ver si se trata de deseo sexual hipoactivo primario o secundario. Cuando es primario, nunca tuvo ganas. Te dicen, por ejemplo, “yo lo hago para satisfacer a mi marido, pero si fuera por mí no lo haría nunca, si no me busca me hace un favor”. Una paciente me dijo una vez, “yo deseo desear”. Pero el deseo no se deja mandar, no es que vas a desear porque lo querés. En estos casos hay que ver toda la parte hormonal, y un estudio ginecológico de rutina y a veces test psicológicos, de autoevaluación.

ENTREVISTADORA: ¿Y cuáles son las terapias que se ofrecen después del diagnóstico?

MÉDICO: Terapias sexuales. Son psicoterapias breves, focalizadas, que se centran en el síntoma y en su solución. No se habla de la relación con la madre, ni de los sueños. Es centrarse en la resolución del síntoma. Son tareas, ejercicios, juegos. (Médico sexólogo, 2012-2018)

Si la administración de los tratamientos farmacológicos moldea a las disfunciones eréctiles como un fenómeno independiente de sus causas, las terapias sexuales vinculan a los síntomas del deseo sexual hipoactivo con sus posibles causas. Asimismo, si los tratamientos farmacológicos suponen una terapia de administración simple, que no demanda mayores requerimientos a sus usuarios, las alternativas para el abordaje del deseo sexual hipoactivo requieren del esfuerzo de quienes las ponen en práctica.

Mientras que la terapia farmacológica exculpa al usuario de la responsabilidad frente a los efectos del tratamiento, la implementación de las alternativas terapéuticas para el deseo sexual hipoactivo supone, en última instancia, la responsabilidad respecto de sus resultados de quienes las llevan a cabo. Además, las características de estas estrategias terapéuticas no se definen *a priori*. Requieren un diseño situado o, como se indica en la entrevista que sigue, “a medida”:

Es difícil trabajar con deseo sexual hipoactivo, es un traje a medida. Muchas veces no depende de lo sexual, sino con situaciones externas, vinculares, de la pareja. Trastornos diádicos. Él está cansado de pedir, ella está harta de negarse y finge. (Médico sexólogo, 2012-2018)

Quisiera señalar tres reflexiones finales. La primera consiste en una paradoja de la cisheterosexualidad: los hombres cis se angustian ante una posible falla o fisura en su *performance* sexual que impida satisfacer a su compañera sexual. Esta exigencia prefigura a las mujeres cis como sexualmente demandantes. Sin embargo, las mujeres cis consultan debido a la angustia que les provoca la falta de ganas de tener relaciones sexuales y el malestar que ocasiona fingir o acceder a tener relaciones para complacer a su pareja.

La segunda reflexión refiere a la distribución, interpelación y tratamiento diferencial de los cuerpos de hombres y mujeres cis respecto de su potencia, rendimiento sexual y deseo. Los cuerpos de las mujeres cis no son interpelados ni tratados por la sexología médica en términos de potencia o rendimiento sexual. Asimismo, los cuerpos de los hombres cis no lo son en términos de deseo sexual. Pareciera que el deseo sexual es algo a descontar en los cuerpos de estos últimos mientras que, por el contrario, el rendimiento y la potencia son características que no se pueden esperar de los cuerpos de las mujeres cis.

Una tercera y última reflexión refiere a la indiferencia y al silencio de la sexología médica respecto de lo reproductivo. Como vimos, esta especialidad se orienta a garantizar el coito vaginal. Y, al mismo tiempo que lo garantiza, produce sus formas y condiciones. El coito vaginal es la práctica sexual reproductiva por antonomasia. Sin embargo, ni lo reproductivo ni lo anticonceptivo forman parte del campo de injerencia de la sexología médica. Esto último pone en evidencia el carácter construido de los objetos clínicos de las especialidades médicas, así como de sus fronteras disciplinarias.

Conclusiones

En el artículo se han examinado las características disciplinares de la sexología médica, su relación con el campo médico, así como con el campo de la sexología clínica. En relación con esta última, la sexología ejercida por médicas y médicos supone características distintivas dadas por las herramientas clínicas propias de la medicina: la posibilidad de revisar los cuerpos, indicar estudios y, principalmente, prescribir tratamientos medicamentosos. La sexología médica se vale de dos artefactos ontoepistemológicos: la noción de respuesta sexual y de función sexual. Ambas categorías dan forma a los procesos que describen jerarquizando la dimensión fisiológica como aspecto explicativo de los supuestos mecanismos que se ponen en juego en los cuerpos durante las relaciones sexuales. Esta configuración guarda una relación de afinidad con las competencias clínicas de la medicina. Además, suponen patrones normativos que regulan la actividad sexual de las personas: el desempeño sexual normal consiste en la posibilidad de llevar a cabo regularmente relaciones sexuales de penetración vaginal.

También se han examinado los procedimientos que tienen lugar en los consultorios médicos sexológicos, comenzando por la elaboración de diagnósticos, las particularidades de herramientas clínicas específicas como la “semiología de la intimidad”. La etapa diagnóstica se caracteriza por el esfuerzo en la detección de la multicausalidad propia de las disfunciones sexuales. Luego, se han examinado los procedimientos terapéuticos. En este momento, la sexología médica conforma una especialidad resolutoria orientada al diseño y puesta en práctica de la resolución de los síntomas. Esta especialidad se caracteriza por un “doble desequilibrio práctico”. El primer desequilibrio práctico, tiene lugar en la distancia entre la elaboración de diagnósticos multicausales y el modo en el que se orientan y ponen en práctica los tratamientos, ceñidos a los síntomas. El segundo desequilibrio práctico, es el que sucede entre los dos tipos de alternativas terapéuticas: las psicoterapias o terapias sexuales y las terapias farmacológicas. Estas se conforman como más eficaces y fáciles de administrar que las primeras, por lo que se constituyen en la opción de preferencia para profesionales y pacientes.

Las psicoterapias o terapias sexuales consisten en ejercicios concretos, directivos y circunscriptos al síntoma que pretenden resolver. Estos ejercicios tienen lugar en el cuerpo. Consisten en el autoconocimiento y autocontrol y buscan corregir aquello que impide funcionamiento de la respuesta sexual. Requieren esfuerzo, dedicación y paciencia por parte de quienes los llevan a cabo. Las terapias farmacológicas actúan como mediadores dando forma no solo a los mecanismos de la respuesta sexual de sus usuarios, sino también a aquello que sucede en los consultorios sexológicos. Este tipo de terapia se indica principalmente para el tratamiento de las disfunciones sexuales que afectan a los hombres cis, es decir, la disfunción eréctil y la eyaculación precoz.

Por último, se han analizado los modos diferenciales en los que el quehacer sexológico configura las disfunciones sexuales de hombres y mujeres cis, especialmente en relación con la disponibilidad, o no, de terapias farmacológicas y con el funcionamiento de regulaciones sexogénicas. El abordaje y tratamiento de ambos tipos de disfunciones se vinculan con estereotipos tradicionales de lo femenino y lo masculino reforzándolos y naturalizando la cisheterosexualidad de los cuerpos.

Bibliografía

- » Alcántara Zavala, E.; Amuchástegui Herrera, A. (2009). Terapia sexual y normalización: Significados del malestar sexual en mujeres y hombres diagnosticados con disfunción sexual. *Physis (Rio de Janeiro)* vol. 19 (núm. 3), pp. 591-615.
- » ANMAT (2015). Expediente Solicitud de Pfizer S.R.L. para modificar el prospecto del viagra/sildenafil. Buenos Aires: Boletín ANMAT. Recuperado de: http://www.anmat.gov.ar/boletin_anmat/enero_2015/Dispo_o824-15.pdf
- » Ariza, L. (2012). Gestión poblacional del parentesco y normatividad: La producción de variabilidad biológica en el intercambio de gametas de la reproducción asistida. En S. Barrón López; D. Jones; C. Fígari (Eds.), *La producción de la sexualidad. Políticas y regulaciones sexuales en Argentina*. Buenos Aires: Biblos.
- » Ariza, L. (2014). Fotografías, registros médicos y la producción material del parentesco: Acerca de la coordinación fenotípica en la reproducción asistida en Argentina. En A. Cepeda; C. Rustoyburu (Eds.), *De las hormonas sexuales al viagra: Ciencia, medicina y sexualidad en Argentina y Brasil*. Mar del Plata: EUEM.
- » Ariza, L. (2016). Cuerpos abstractos, riesgos concretos: Dispositivos clínicos y la salud de las donantes de óvulos en la medicina reproductiva argentina. *Salud colectiva*, vol. 12 (núm. 3).
- » Aula de Ciencias de la Salud (2017). La nueva Sexología Clínica, programa. Recuperado de: <https://auladecienciasdelasalud.com/>
- » Barad, K. (2014). Diffracting Diffraction: Cutting Together-Apart. *Parallax*, vol. 20 (núm. 3).
- » Bechara, A.; Casabé, A.; Bertolino, V. (2002). Disfunción sexual femenina. *Revista Argentina de Urología*, vol. 67 (núm. 4), pp. 187-200. Recuperado de: <https://www.revistasau.org/index.php/revista/article/download/3059/3008>
- » Belén, R. A.; Sapetti, A.; Esteban, F.; Ares, J. (2010). El abordaje de las disfunciones eyaculatorias. En V. Bertolino; C. Terradas, *Medicina sexual humana. Un enfoque integrador*. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Urología.
- » Bertolino, V. (2005). *Disfunción sexual femenina*. Buenos Aires: Hospital Durand. Recuperado de: <http://www.fmv-uba.org.ar/comunidad/sexualidad/dia3/disfuncionsexualfemenina.htm>
- » Bertolino, V.; Helien, A. (2010). El coito doloroso. En C. Terradas; V. Bertolino, *Medicina sexual humana. Un enfoque integrador*. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Urología.
- » Butler, J. (2006). *Deshacer el género*. Buenos Aires: Paidós.
- » Cepeda, A.; Rustoyburu, C. (2014). Medicalizar los cuerpos, la salud y la sexualidad en América Latina. A modo de introducción. *De las hormonas sexuales al viagra. Ciencia, Medicina y Sexualidad en Argentina y Brasil*. Mar del Plata: EUEM.
- » Cisternas, M. (2016). Vaginismo: El cuerpo histérico desde el biopoder. En J. P. Sutherland (Ed.), *Ficciones políticas del cuerpo. Lecturas universitarias del género, sexualidades críticas y estudios queer*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- » Davis, S. R.; Baber, R.; Panay, N.; Bitzer, J.; Perez, S. C.; Islam, R. M.; Kaunitz, A. M.; Kingsberg, S.A.; Lambrinoudaki, I.; Liu, J.; Parish, S. J.; Pinkerton, J.;

- Rymer, J.; Simon, J. A.; Vignozzi, L.; Wierman, M. E. (2019). Global Consensus Position Statement on the Use of Testosterone Therapy for Women. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, vol. 104 (núm. 10), pp. 4660-4666. doi: 10.1210/jc.2019-01603
- » Dolphijn, R.; Tuin, R. D. ; Barad, K. (2012). Matter feels, converses, suffers, desires, yearns and remembers. (Interview with Karen Barad). *New Materialism: Interviews & Cartographies. New Metaphysics*. Michigan: University of Michigan. doi: <https://doi.org/10.3998/ohp.11515701.0001.001>
- » Faro, L.; Russo, J. A. (2017). Testosterona, desejo sexual e conflito de interesse: Periódicos biomédicos como espaços privilegiados de expansão do mercado de medicamentos. *Horizontes Antropológicos*, vol. 23 (núm. 47), pp. 61-92.
- » Giami, A. (2005). A medicalização da sexualidade. Foucault e Lantéri-Laura: História da medicina ou história da sexualidade? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, vol. 15 (núm. 2).
- » Giami, A. (2007). Permanência das representações do gênero em sexologia: As inovações científica e médica comprometidas pelos estereótipos de gênero. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, vol. 17 (núm. 2), pp. 301-320.
- » Giami, A. (2009). Da impotência à disfunção erétil. Destinos da medicalização da sexualidade. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, vol.19 (núm. 3), pp. 637-658.
- » Giami, A.; Russo, J. (2013). Diversity of Sexologies in Latin America: Emergence, Development, Diversification. *International Journal of Sexual Health*, vol. 25 (núm. 1).
- » Gindín, L.; Rajtman, M.; Resnicoff, D.; Sapetti, A. (2015). XI Curso de Formación en Sexología Clínica 2016-2017.
- » Grasso, E.; Sapetti, A.; Lebel, D.; Báez, L.; Rodolico, M. C. (2007). Eficacia de los tratamientos psicosexológicos en la eyaculación precoz.
- » Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres: La reinención de la naturaleza*. Madrid: Universitat de València.
- » Jones, D.; Gogna, M. (2014). De los médicos pioneros a la explosión del viagra: Medicalización y sexología en la Argentina. En A. Cepeda; C. Rustoyburu (Eds.), *De las hormonas sexuales al viagra. Ciencia, Medicina y Sexualidad en Argentina y Brasil*, pp. 139-171. Mar del Plata: Eudem.
- » Korman, G. P.; Viotti, N.; Garay, C. (2010). Orígenes y profesionalización de la Psicoterapia Cognitiva. Algunas reflexiones sobre la reconfiguración del campo psi en Buenos Aires. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, vol. 19 (núm. 2), pp. 141-150.
- » Kusnetzoff, J. C. (2010). La respuesta sexual humana. Recuperado de: <http://www.e-sexologia.com/disfunciones/disfio.htm>
- » Kusnetzoff, J. C.; Gindin, L.; Báez, L. (2010). Matrimonio no consumado. En V. Bertolino; C. Terradas (Eds.), *La medicina sexual humana. Un enfoque integrador*. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Urología.
- » Latour, B. (2001). *La esperanza de Pandora: Ensayos sobre la realidad de los estudios de la ciencia*. Barcelona: Gedisa.
- » Latour, B. (2008). *Reensamblar lo social: Una introducción a la teoría del actor-red*. Buenos Aires: Manantial.
- » Latour, B.; Woolgar, S. (1995). *La vida en el laboratorio: La construcción de los hechos científicos*. Madrid: Alianza.

- » Loe, M. (2001). Fixing Broken Masculinity: Viagra as a Technology for the Production of Gender and Sexuality. *Sexuality & Culture*, vol. 5 (núm. 3), p. 97.
- » Martín Moreira, L.; Valente, S.; Wapñarsky, V. (2018). Posgrado: Formación en Sexología Clínica.
- » Mines Cuenya, A. (2019). Prácticas médico-clínicas y ontologías corporales: Sus relaciones entre los campos de la ginecología, la urología y la sexología médica en Buenos Aires. (Tesis de doctorado). Buenos Aires: Repositorio Digital Institucional Facultad de Ciencias Sociales-UBA.
- » Mol, A. (2002). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham: Duke University.
- » Mol, A.; Law, J. (2004). Embodied Action, Enacted Bodies. The Example of Hypoglycaemia. *Body & Society*, vol. 10 (núm. 2-3), pp. 43-62.
- » Nagelberg, A.; Vaamonde, C.; Nolasco, C. (2010). Mejorando la calidad del climaterio masculino. En C. Terradas; V. Bertolino, *Medicina Sexual Humana. Un enfoque integrador*. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Urología.
- » O'Leary, M. P.; Fowler, F. J.; Lenderking, W. R.; Barber, B.; Sagnier, P. P.; Guess, H. A.; Barry, M. J. (1995). A brief male sexual function inventory for urology [Inventario breve del funcionamiento sexual (BSFI)]. *Urology*, vol. 46 (núm. 5), pp. 697-706. doi: 10.1016/S0090-4295(99)80304-5
- » Rajman, M.; Finger, L.; Kusnetzoff, J. C.; Lance, J.; Rodríguez Baigorri, G. (2007). Eficacia del tratamiento psicosexológico de la disfunción eréctil. En V. Bertolino (Ed.), *Medicina sexual basada en la evidencia*. Encuentro Argentino Multidisciplinar.
- » Rohden, F. (2001). *Uma ciência da diferença: Sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- » Rohden, F. (2003). The construction of sexual difference in medicine. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 19 (núm. S201-S212). doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800002>
- » Rohden, F. (2011). 'O homem é mesmo a sua testosterona': Promoção da andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro. *Horizontes Antropológicos*, vol. 17 (núm. 35), pp. 161-196. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832011000100006>
- » Rohden, F.; Russo, J.; Giami, A. (Eds.). (2011). *Sexualidade, ciência e profissão no Brasil*. Rio de Janeiro: CLAM-Instituto de Medicina Social UERJ.
- » Rohden, F.; Russo, J.; Giami, A. (2014). Novas tecnologias de intervenção na sexualidade: O panorama latino-americano. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, vol. 17, pp.10-29.
- » Rosen, R. C.; Riley, A.; Wagner, G.; Osterloh, I. H.; Kirkpatrick, J.; Mishra, A. (1997). The International Index of Erectile Function (IIEF) [Índice internacional de función eréctil]: A Multidimensional Scale for Assessment of Erectile Dysfunction. *Urology*, vol. 49 (núm. 6), pp. 822-830. doi: 10.1016/S0090-4295(97)00238-0
- » Rosen, R.; Brown, C.; Heiman, J.; Leiblum, S.; Meston, C.; Shabsigh, R.; Ferguson, D.; D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI) [Índice de función sexual femenina]: A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, vol. 26 (núm. 2), pp. 191-208. doi: 10.1080/009262300278597

- » Russo, J. (2013). A terceira onda sexológica: Medicina Sexual e farmacologização da sexualidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, vol. 14, pp. 172-194.
- » Russo, J. A.; Faro, L.; Rohden, F.; Torres, I. (2009). O campo da sexologia no Brasil: Constituição e institucionalização. *Physis (Rio de Janeiro)*, vol. 19 (núm. 3), pp. 617-636.
- » Sapetti, A. (s. f.). Deseo sexual disminuido, 1 y 2. Recuperado de: <http://www.sexovida.com/detalle.php?id=166>
- » Sequeira Rovira, P. (2014). La viagra nuestra de cada día. Consumo recreacional y angustias masculinas con respecto a su potencia eréctil. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, vol. 18, pp. 140-160.
- » Sfez, L. (2008). *La salud perfecta*. Buenos Aires: Prometeo.
- » Symonds, T.; Perelman, M.A.; Althof, S.; Giuliano, F.; Martin, M.; May, K.; Abraham, L.; Crossland, A.; Morris, M. (2007). Development and Validation of a Premature Ejaculation Diagnostic Tool [Cuestionario diagnóstico de la eyaculación precoz]. *European Urology*, vol. 52 (núm. 2), pp. 565-573. doi: 10.1016/j.eururo.2007.01.028
- » Terradas, C.; Bertolino, V. (2010). *Medicina sexual humana. Un enfoque integrador*. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Urología.
- » Universidad de Buenos Aires (UBA) (2017). Programa Curso de Sexología Clínica. Buenos Aires: Facultad de Medicina. Recuperado de: <http://cursosposgradosexologia.blogspot.com/p/programa-del-curso-de-postgrado-de.html>
- » Wespes, E.; Amar, E.; Eardley, I.; Giuliano, F.; Hatzichristou, D.; Hatzimouratidis, K.; Montorsi, F.; Vardi, Y. (2009). Disfunción sexual masculina: Disfunción eréctil y eyaculación precoz. Disponible en: <http://fau.org.ar/pdf/Male-Sexual-Dysfunction-2010-espanol.pdf>

