

Ante la ausencia del deseo sexual: activamos el permiso de estar presentes

Elizabeth Viviana Barrozo, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Resumen: La falta de deseo sexual se manifiesta de manera creciente en la sociedad actual. Proponemos como abordaje, la activación de “permisos para el placer con sentido”: estar presentes, utilizando herramientas como la pantomima transaccional.

Palabras clave: salud, medicina, comunicación, pantomima, sexualidad, deseo

Abstract: In this age, talking about sexuality is to get communicated, and sexuality is communication. The absence of sexual desire requires multiple approaches but, above all, it needs the activation of permits: to feel, enjoy, live, love and be loved, experiences linked to this present. We offer, as an approach to achieve this objective, a valuable tool that we call: “Transactional Pantomime”, therapy link art and science, in a leading meeting way, at the highest point of communication: the intimacy.

Keywords: Health, Medicine, Communication, Sexuality, Desire, Pantomime

Introducción. Fundamentación teórica

La sexualidad humana, aunque es potencialmente un bien natural, implica hábitos, comportamientos, actitudes y significados aprendidos que tienen que ver con la historia personal de cada uno. “La sexualidad puede –y debe– ser una fuente de placer. Lamentablemente, cuando se presentan disfunciones, se transforma en origen de conflictos, intensas pesadumbres, obstáculos en la comunicación y profunda infelicidad.”¹

Estas intensas pesadumbres, conflictos, sufrimiento o profunda infelicidad, para nada significan presencia de enfermedad, como en algunos casos, tales disfunciones acompañadas de sufrimiento, podrían hacernos pensar. En este sentido, debe entenderse el sufrimiento, como dice Reggiani:²

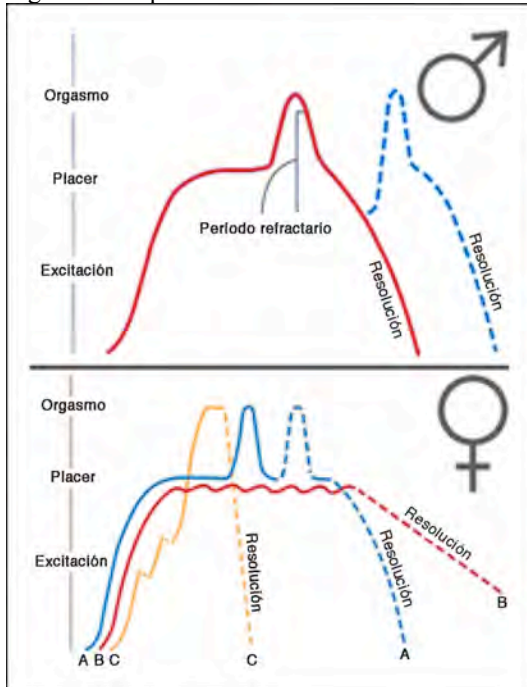
Si desde el fondo de todos los tiempos el chamán, y más tarde el médico, fundó su hacer en extraer la enfermedad de los cuerpos sufrientes, en este momento, mal se podría continuar haciéndolo, cuando la demanda así no lo justifica. (Reggiani, 2006, p. 116)

Cuando las personas acuden a los hospitales, llevadas por diversas dolencias, muchas veces se trata de este sufrimiento expresado a través del cuerpo que, en principio, nos hacen pensar en enfermedades que no están presentes luego de realizados los estudios pertinentes.

Hecha esta salvedad, entendemos que toda respuesta sexual consta de las siguientes fases (Figura 1), y que las mismas están sujetas a variaciones.



Figura 1: Respuesta sexual



Fuente: Master y Johnson.

Características principales

En el presente trabajo haremos particular incapié en la primera fase: **deseo sexual**, condición necesaria para dar inicio a la actividad sexual.

Se entiende por deseo la acción y efecto de desear. La palabra **deseo** viene del latín *desidium*. Este vocablo se le atribuye al sentimiento enorme que posee una persona por conseguir un objetivo determinado; o la aspiración, esperanza o anhelo que se origina en un individuo y que tiene un origen y un fin, de saciar un gusto. Por otra parte, el término **deseo** se aplica al impulso o excitación, carnal o sexual; o sea, a las “ganas” de tener relaciones sexuales.

El deseo, por lo tanto, es el anhelo de cumplir una voluntad y, en este caso, está relacionado a la experiencia del placer sexual.

Para poder acceder a esta primera fase, debemos saber que:

- 1) el estímulo debe ser “adecuado”, para quienes van al encuentro, y
- 2) es sumamente importante recordar que se encuentra influenciada por factores biológicos, psicológicos y sociales.

La falta de deseo sexual

También llamado **deseo sexual inhibido**.

Es motivo de consulta sexológica muy frecuente en nuestro medio, y se caracteriza por lo que el paciente identifica como “falta de ganas”, o dificultad para iniciar la actividad sexual.

Se advierte que la mayoría de las parejas consultantes tiene problemas en la interacción. Pero, una vez descartadas las causas orgánicas, descubrimos que los problemas relacionales son por dificultades en la comunicación. Mantener una buena comunicación, es la condición indispensable para lograr una relación satisfactoria en la intimidad, y bienestar que se traduce en salud.

Además, advertimos el peso de las ideas erróneas, el desconocimiento sobre aspectos relacionados con “el deseo espontáneo”, las prohibiciones para disfrutar, o vivencias traumáticas no resueltas que se hacen presentes con mayor énfasis en determinados momentos de la vida.

Aquí es donde la tarea de *psicoeducación*, toma un rol insustituible.

Al igual que cuando una persona excede su peso corporal, por sobrealimentación u otras causas, y sale de la norma para su edad, estatura y sexo; este sobrepeso, y un cuerpo deforme por la acumulación de tejido adiposo, por sí mismos no constituyen enfermedad; pero sí pueden detonar en genuinas enfermedades (insuficiencia cardíaca, arteriosclerosis, infarto, hipertensión, ACV, etc.) y por consiguiente, debe insertarse en un nuevo modo de vivir para, finalmente, volver a su peso normal. Así, durante todo ese proceso, no tuvo ninguna enfermedad, sin embargo, tuvo signos y síntomas, necesitó asistencia médica, y el apoyo para un aprendizaje de una manera de vivir saludable. No se curó de enfermedad alguna.

Como el caso de la obesidad usada como ejemplo, la ausencia de deseo sexual, merece atención médica, dejando de ser curativa, transformándose en preventiva, a través del aprendizaje de un nuevo modo de vivir; la falta de deseo sexual entonces, se incluye en el “síntoma” (como la luz amarilla) que avisa del modo inadecuado en que la persona se desenvuelve en su interacción vital con su medio socio cultural.

Se hace imprescindible en este punto aclarar que a los efectos de transmitir el concepto con claridad, se ha tomado a la obesidad como ejemplo; en otro orden, es muy conocido de que al igual que el color de la piel, del cabello o de los ojos, se puede convertir en causa de discriminación, por minorías exclusivas y excluyentes que desde siempre encontraron y encontrarán elementos que justifiquen sus abominables designios.

Necesidades sociales

Inherente a los acelerados cambios en nuestro comportamiento habitual en las últimas décadas, el aprendizaje (actividad inevitable, sin la cual sería imposible la adaptación a éstos), incluye amplias y variadas áreas, sobre todo, aquellas *motorizadoras* del cambio mismo.

En la intersección de las áreas de salud y educación, espacio vacío de prácticas genuinas que hacen al aprendizaje de los comportamientos sanos (estrictamente al margen de comportamientos normales o típicos), la información satura de prevenciones para evitar enfermar, ocupando dicho espacio.

El hecho de ausencia de enfermedad, encubierto por una presencia sostenida de sufrimiento personal, lejos de certificar salud alguna, denota falencias en los aspectos sociales, habitualmente desapercibidos.

Entre estos últimos, encontramos la prestación curativa de tales sufrimientos “como si se tratara de enfermedades” y de hecho, simultáneamente, el ignorar, el desentender o la incompreensión del mismo por parte de los prestadores.

Cuando la escucha es colectiva, permite compartir un aprendizaje acerca del propio sufrimiento, cuando se comprende el del prójimo.³

La actividad ineludible del conductor del Colectivo, más allá de la mirada médica (los diagnósticos, el pedido de exámenes, la prescripción de sustancias), es la incorporación de cada uno de los viajeros al proceso de análisis crítico de la estructura social que los determina. Inevitable valoración previa, que implica la voluntad de transformación de la misma, descontando que tal acontecimiento no se genera espontáneamente, sino a través de la concientización creciente de los individuos que incluye. (Reggiani, 2006, p. 143)

Estos aspectos remiten al hecho mismo de dicha experiencia, al que podemos categorizar de aprendizaje social. Y el tema central que lo satura, es el del sufrimiento humano en sus variadas temáticas y, consecuentemente, de sus alternativas resolutivas que emergen espontáneamente en su transcurso.

Finalmente, durante el desarrollo de tales actividades, la enfermedad solo va a ser tenida en cuenta cuando aparezca través de sus síntomas; mientras que el aprendizaje de la resolución del

sufrimiento, es una acción sostenida que descubre, desarrolla y cuida de la salud de sus participantes.

Recordando a José Blejer, uno de los pocos profesionales de la salud mental en nuestro medio, decía en la década del 70, ocupándose de ella:⁴

Nos hallamos en la actualidad ante lo que podría denominarse –sin exageración– una verdadera situación de emergencia en lo que concierne al problema de la salud y la enfermedad mental, y frente a la necesidad de elaborar y aplicar planes de vasto alcance social (en extensión y en profundidad) en el terreno de la higiene mental y la salud pública; la cantidad y variedad de sucesos y fenómenos que tendríamos que enfrentar y resolver son de una magnitud incalculable, ya que debemos tomar en cuenta no solo a los enfermos mentales (en el sentido riguroso de esta denominación), sino también las conductas antisociales y las perturbaciones conflictivas de todo tipo, y esto tampoco solamente desde el punto de vista de la terapia, sino fundamentalmente desde el enfoque de la profilaxis. Sumariamente, los hechos son, en la actualidad, los siguientes:

- 1) Necesidad de mejorar y difundir la asistencia a los enfermos mentales.
- 2) Atender los requerimientos del diagnóstico precoz y la rehabilitación.
- 3) Necesidad de actuar en situaciones que –sin ser enfermedades mentales– se beneficiarían con la ayuda profesional del psicoanalista, psicólogo o psiquiatra.
- 4) Gran limitación social de muchos procedimientos que son, en primer lugar, de índole terapéutica y no preventivos.
- 5) Gran limitación de muchos procedimientos por ser, además, de índole individual (a lo sumo, grupal), pero con los que solo podemos atender a una pequeña proporción de individuos.
- 6) Por la índole de las afecciones mentales, la gran mayoría de ellas requieren, en la profilaxis, atender o evitar no causas específicas, sino una compleja constelación multifactorial de índole social (educación, relación madre-niño, trabajo, alimentación, vivienda, etc.), con lo cual el problema a enfrentar se hace sumamente complejo.
- 7) En síntesis: el problema es social y nuestros instrumentos son individuales (o grupales –cuanto más–); enfocamos en primer lugar la enfermedad y lo que se requiere es la profilaxis y la promoción de bienestar y salud. (Blejer, 1972, p.167)

Enfoque teórico

Métodos aplicativos

Desde esta experiencia, desarrollamos la presente con la inclusión del marco teórico referencial del Análisis Transaccional (AT), por considerarlo una herramienta eficaz para el abordaje resolutivo de padecimientos ligados a los trastornos del comportamiento y, porque sus hipótesis instrumentales al estar fundadas en la interacción de los individuos, permiten operar el aprendizaje desde la acción misma.

El Dr. Eric Berne (médico psiquiatra, 1910-1970), fue el fundador y creador inicial del Análisis Transaccional; observó los cambios que ocurrían en sus pacientes cuando se presentaban nuevos estímulos, tales como un tono de voz, una palabra, un gesto, etc.

También, advirtió, cómo estos cambios se presentan en una misma persona en diferentes circunstancias, ante distintas personas (durante las transacciones) y en diferentes momentos, como si dentro de un individuo existieran otros. Y así fue que definió los estados del Yo (sobre los que trabajaremos).

En su modelo tripartito, definió básicamente tres estados:

Estado del Yo Padre. Contiene las actitudes y comportamientos incorporados de figuras parentales, mensajes parentales que continúan influyendo: los **mandatos**, los **permisos**, las **prohibiciones**.

Estado del Yo Adulto. No guarda relación con la edad de la persona. Es la parte que, tomando información de la realidad, nos dice qué conviene y qué no conviene.

Estado del Yo Niño. Es el que contiene todos los impulsos naturales de un infante, las grabaciones de la primera infancia. En la práctica, se subdivide en: **Niño Libre** y **Niño Adaptado**. Este último tiene, a su vez, dos subdivisiones: **Niño Sumiso** y **Niño Rebelde**.

En el **Estado del Yo Niño Libre** se encuentran albergadas las reliquias de la infancia... la creatividad, los deseos, lo espontáneo, lo que no es modificado por la educación, las necesidades biológicas, el sentido de la vida. Es quien busca el placer, cuando puede expresarse, es decir cuando contamos con “el permiso parental”.

Es natural, por basarse en necesidades biológicas comunes a todo ser humano (afecto, contacto físico), así como necesidades psicológicas (reconocimiento, toma de posición sobre sí mismo y los demás, estructuración del tiempo) y sociales (pertenecer a un grupo, destacarse en algo).

“Dentro de los estados Niño del YO de algunas personas, existe una batalla permanente entre su Niño Libre y su Niño Adaptado.”⁵

Berne observó que los diversos YO realizaban transacciones con otras personas de diferentes maneras y que aquellas podían ser analizadas. Observó que algunas de las transacciones tenían motivos ulteriores y que el individuo las utilizaba como medio para manipular a los demás hacia sus juegos y trampas psicológicas; que las personas se comportaban en formas predeterminadas, actuaban como si estuviesen en un escenario, leyendo el guión de una obra teatral.

Berne dice que un objetivo importante del AT es “establecer la comunicación más franca y auténtica posible entre los componentes afectivos e intelectuales de la personalidad”.⁶

También, observó y analizó lo que ocurría entre dos o más individuos (transacciones), cuando se activaban los estados del YO de ambas partes. En las interacciones, generalmente, se desarrollaron manipulaciones (transacciones ulteriores), a través de los juegos psicológicos, que llevaban a un final previsible. Por tal motivo, uno de los principales objetivos del AT es ayudar a los individuos a establecer la comunicación más franca posible.

Enfoque práctico

Material humano



Fuente: www.elizabethbarrozo.blogspot.com.ar

La incorporación de “actores-mimos” en la tarea, por supuesto tiene antecedentes, no tanto en las prácticas del psicodrama con el cual cabrían las semejanzas de la representación, sino en las antiguas prácticas de quienes, siendo sus más antiguos creadores, las implementaron no solo para sobrevivir sino para resistir la esclavitud y el sometimiento en el que se encontraban, y como modo de medrar con su espectáculo y sobrevivir. Siglos después, integrando los espectáculos populares en el Medievo de Europa, acompañaban a los trovadores, saltimbanquis y expertos en la maroma para entretener y “hablar” de quienes detentaban el poder, sin palabras.

Pero es durante la República de Augusto, alrededor del año 20 a.C. que desde Oriente llegaron Pílates de Cilicia y Batilo de Alejandría, quienes se pusieron a representar ese año un género de espectáculo desconocido todavía por los romanos: la pantomima.⁷

Voces invisibles acompañadas por dulces músicas relataban cantando. Un actor, el mimo, cubierto el rostro con una graciosa máscara, y vestido con un hermoso traje de seda, venía a mimar, con gestos que seguían la cadencia, la escena referida por las voces invisibles. Cuando la escena había terminado, desaparecía el actor, y mientras un dulce intermedio musical absorbía la atención de los espectadores, cambiaba de traje, de hombre se convertía en mujer, de joven en viejo, de hombre en dios, y volvía para expresar con gestos otra parte del relato. Ordinariamente, los mimos escogían sus asuntos en las innumerables aventuras de los dioses helénicos, en los poemas homéricos y en los poemas cíclicos, en los antiguos mitos griegos divulgados por la tragedia, sintiendo predilección por los episodios sensuales y por las catástrofes terribles, como el furor de Ajax, a veces hacían que los poetas de nota compusieran los versos, pero aspiraban ante todo, subordinando a este fin los versos y la música, a acariciar y a sacudir los nervios del espectador con un gran número de escenas diversas, trágicas y cómicas, castas o sensuales, dulces o terribles, relacionadas entre si por delicados lazos. Así, no se necesitaba hacer ningún esfuerzo para comprender y gozar del espectáculo: bastaba mirar y escuchar, observando de tiempo en tiempo el detalle fugitivo, que se podía olvidar inmediatamente. (Ferrero, 1946, Tomo V, p.153)

Es importante el riguroso entrenamiento de los actores-mimos en lo concerniente a los diferentes estados que propone el AT y los otros instrumentos que lo acompañan. Esto requiere de tiempo y compromiso por parte de los actores.

Es así, que cada taller requiere de una supervisión responsable sobre el tema a trabajar, aquello que van a transmitir los actores-mimos, pretendiendo un mensaje saludable; se cuida, particularmente, trabajar sin traspasar los límites existentes, al mantener la ecología en este proceso, se evita realizar abordajes innecesarios o presentación de materiales que puedan llevar a estados de *abreacción* emocional inadecuados.

La tarea de supervisión de los actores-mimos es realizada por el Coordinador, quien necesariamente debe contar con experiencia en su desempeño en el ámbito de la salud mental, correspondiente a psicoterapia, particularmente grupal.

Descripción

Este “nosotros” se configura durante el transcurso de las sucesivas reuniones coordinadas por profesionales de la salud, y desarrollando los modos relacionales propuestos en la instrumentación del AT, incorpora información generadora de cambios en los comportamientos, que conduce a Niño Natural, una mejor comprensión de uno mismo y del prójimo, permitiendo la expansión de la salud. Esto implica un proceso de crecimiento permanente.



Fuente: www.elizabethbarrozo.blogspot.com.ar

Etapas

1. Exposición teórica

Al comprenderse la importancia de una adecuada psico-educación, los profesionales operantes brindan a través de “Talleres Vivenciales”, información útil, acorde a la temática propuesta, en base a un programa preestablecido y ofrecido a los concurrentes.

Es en esta etapa donde también se comienza a derribar mitos, falsas creencias obturadoras del genuino bienestar; por lo que es necesario dar a conocer aspectos elementales y cuya ignorancia puede crear una falsa percepción sobre el estado de salud.

Un ejemplo de consulta frecuente, que obedece a lo enunciado, es creer que “el deseo debe ser siempre espontáneo” y, entonces, cuando se sabe que esto no funciona así, es cuando comienzan a caer viejos conceptos erróneos. ¿Qué hacer? ¿Cómo implementarlos en la vida cotidiana sujeta a variaciones permanentes?

Una de las herramientas que se propone es el conocimiento de las teorías del AT, por la sencillez con la que puede ser transmitido y su posterior puesta en práctica en lo concerniente a las interacciones.

2. Pantomima transaccional

A continuación, siguiendo estos lineamientos, se incorpora a los profesionales (actores-mimos) para protagonizar aquellas interacciones y posiciones existenciales claves, por “didáctica”; facilitadora ésta, de aperturas catárticas de los participantes, llevándolos a darse cuenta a sí mismos de aquello que comprenden, a un modo de vida menos rígido, permeable a las emociones compartidas, potenciador de un mejor desarrollo humano.

Se genera, entonces, una atmósfera liberadora, un “nosotros” que da permiso a las interacciones necesarias para activar el deseo, durante las diversas presentaciones y da paso a la acción. En esta etapa, los concurrentes pueden ver-sentir-incorporar lo expuesto en la etapa anterior.

La capacidad del mimo, de transmitir sin palabras, es lo que lo convierte en el comunicador por excelencia, pues al omitir la palabra, omite el equívoco, la interpretación, el malentendido, y va directo a la comprensión, a la transmisión de la idea.

El “darse cuenta”, la conexión con el “aquí y ahora”, el “nosotros” generado, **da permisos** para sentir, pensar, confiar, estar bien: vivir desde una posición realista.

3. Ejercicios vivenciales

A través de diferentes técnicas, se aborda los diferentes estados del YO y se pone el acento, principalmente, en la activación de estados OK: Padre Nutritivo-Niño Libre.

El estado del **Yo Padre Nutritivo OK**, es quien concede benévolamente permiso. “El aliento paternal contribuye a que el estado del **Yo Niño** pierda el temor a la intimidad, y le asegura que no será reprimido, ni sentirá el peso, ni la amenaza de la culpa.”⁸

Se experimenta el despertar de aquellos deseos saludables, vuelven las “ganas” con sentido; el presente en los nuevos sentidos. Esta vertiente asistencial, opera por sí misma, tantas veces como dé la comprensión de los conceptos, y la interacción de sus integrantes lo potencie.

Se activan “permisos”, e indudablemente son estos mismos los que habilitan, no solo el deseo como impulso a la vida, sino a ir aún más allá, a la acción, accediendo cuando sea posible, a un nivel más profundo del encuentro humano: la intimidad.

Al lograr que cada uno de los participantes, a través de esa experiencia, opere cambios en las interacciones con las personas con las que convive, trabaja, estudia, se divierte, etc., otorga al taller un poder multiplicador potencial de inevitable y benéfica acción social.

Resultados y conclusiones

Para aprender, debemos ser capaces de modificar nuestro comportamiento y nuestras actuaciones frente a determinados estímulos internos y externos, pero la riqueza está en la posibilidad de realizar dicho cambio a modo o ritmo nuestro, y no el impuesto por un sistema externo que nos dice cómo y qué debemos hacer frente a cada estímulo que se nos presente.

Es aquí, donde cabe señalar, que hablar de sexualidad es hablar de comunicación.

La metodología implementada facilita el darse cuenta de aquellos aspectos de las relaciones interpersonales inadecuadas, operando así la posibilidad de comportamientos siempre distintos que, a través del auto aprendizaje propio de estas nuevas experiencias, coloca al individuo sufriente en el modo de vida más adecuado a sus necesidades vitales.

Agradecimientos

Un profundo agradecimiento a quienes nutrieron y aún acompañan, de múltiples maneras, mi camino en el bienestar, en especial a mis padres, hermanos, abuelos y amigos. A los Dres. Héctor Reggiani, Pablo Solvey y Juan Carlos Kusnetzoff, quienes fueron y son mis grandes maestros.

REFERENCIAS

- Berne, E. (1975). *Hacer el amor*. (p. 109). Buenos Aires, Argentina: Alfa.
- Blejer, J. (1972). Perspectivas del psicoanálisis y psiquiatría. B. J. (Ed.), *Psiquiatría y psicología institucional* (p. 167). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Ferrero, G. (1946). *Grandeza y decadencia de Roma*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XX.
- Jongeward, J. M. (1984). *Nacidos para triunfar*. Buenos Aires, Argentina: Marymar.
- Kusnetzoff, J. C. (2010). *Introducción a la sexología clínica*. Buenos Aires, Argentina: <http://www.e-sexologia.com/disfunciones/trastornos-del-deseo.htm>
- Reggiani, H. (2006). *Colectivo o la desaparición de la "enfermedad mental"*. Buenos Aires, Argentina: CM Graphics.