

DISCURSOS SOBRE SEXOLOGÍA EN CHILE

Ambivalencias del discurso profesional sobre la sexología en Chile

The ambivalence of professional discourse on sexology in Chile

Jaime Barrientos

Escuela de Psicología, Universidad Católica del Norte, Chile

Irma Palma

Departamento de Psicología, Universidad de Chile, Chile

Fabiola Gómez

Escuela de Psicología, Universidad Católica del Norte, Chile

Rec (13 de Septiembre de 2012) Acept (15 de Mayo de 2014)

Resumen

En este artículo se explora el campo de la sexología en Chile, se analiza cómo lo ven y cómo lo definen los profesionales que se desempeñan en dicho campo. Se hizo un estudio cualitativo basado en entrevistas a 11 profesionales. Entre los principales hallazgos encontramos que los profesionales estudiados no se reconocen en la definición de sexólogo/a. Esta definición es imprecisa como campo disciplinario y no tiene especialización científica. La sexología sin referencia institucional disciplinaria o gremial, carecería de estándares de calidad. La sexología desregulada institucionalmente queda expuesta a déficits de control y fines no legítimos. El/la profesional queda sin designación, ni reconocimiento profesional (no es especialidad o subespecialidad de alguna disciplina), ni tampoco sujeto a control o autoridad científica o gremial especializada. El profesional queda con una definición social construida principalmente a partir de su exposición pública y carente de una autodefinición afirmativa.

Palabras clave: sexología, métodos cualitativos y Chile.

Abstract

This paper explores the professional field of sexology in Chile and also shows how sexologists see and define themselves. A qualitative study was conducted and 11 professionals were interviewed. Main findings indicate that sexology can be defined as a clinical field disciplinarily associated with medicine (urology, gynecology, and to a lesser extent, psychiatry) and psychology (clinical psychology). Sexology appears as private professional practice, though not in public health, and as a professional field, rather than a research area. In addition, there is a two-fold development concerning its conceptual, methodological, and technological approach: sexual medicine and sexual therapy. Finally, interviewees do not recognize themselves as sexologists and there is no evidence of the use of this term in the past.

Keywords: sexology, qualitative methods, Chile.

Correspondencia:

Jaime Barrientos, Escuela de Psicología, Universidad Católica del Norte. Fono: (55) 355847. E-mail: jbarrien@ucn.cl

Introducción

El origen y la naturaleza de la sexología actual se remontaría al segundo periodo de desarrollo de una ciencia sexual, la sexología médica, en la década de los '60, de acuerdo con André Bejin (1987). La sexología ha sido definida como un área de conocimiento y un discurso, y ha sido analizada en diversos estudios históricos y sociológicos (Bland y Doan, 1999; Giami y de Colomby, 2003). También, ha sido entendida como un área específica de conocimiento que se vincula a una práctica determinada (Bejin, 1987). Sin embargo, actualmente no hay consenso acerca de su denominación (Russo, Rohden, Torres, Faro, Nucci y Giami, 2011). No obstante, la sexología se institucionalizó rápidamente, principalmente en USA y Europa (Russo, Carrara, y Rohden, 2009), e incluye disciplinas científicas, especialidades médicas y no médicas y un conjunto de prácticas terapéuticas, formación e intervenciones que pueden ser tanto médicas, psicoterapéuticas o educacionales (Haerberle y Gindorf, 1993).

La sexología clínica ha sido definida por la Asociación Mundial de Sexología (WAS, en su sigla en inglés) y, en la última década, también ha sido asociada con organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esto ha dado como resultado una conexión inédita entre la sexología y la salud sexual. Así, en 2000, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la OMS y la WAS definieron la sexología clínica y establecieron su dominio: *“el área que se especializa en la prevención y tratamiento de problemas sexuales relacionados con la disfunción sexual y los síndromes de identidad de género, comportamiento sexual convulsivo y los síndromes que aparecen después de una agresión sexual. (...) Dependiendo del enfoque terapéutico, un sexólogo clínico puede clasificar su trabajo como: medicina sexual, cirugía sexual, orientación sexual y psicoterapia sexual”* (PAHO, 2000, p. 52).

En Chile se pueden distinguir distintos momentos importantes en la configuración del campo de la sexología. En la sociedad chilena, el campo sexológico ha devenido propiamente clínico hace dos décadas. Su desarrollo y consolidación pueden considerarse como parte de un más extendido proceso de medicalización en las sociedades occidentales (Tiefer, 1996), que tiene su principal referencia disciplinaria en los desarrollos de la terapia sexual, primero, y la medicina sexual, después. Sin embargo, a esta configuración le precede un proceso iniciado hace más de cuatro décadas con la creación de la Sociedad Chilena de Sexología Antropológica, en 1965 (Barón y Lagos, 1997), de construcción de un campo adscrito a la institucionalidad científica, sobre todo de reflexión y estudio, que constituyó

a la sexualidad como su objeto, que buscó una conexión disciplinaria entre la medicina y las humanidades, y que tuvo vinculación con la política pública. Entre su origen y su configuración actual existió una gran discontinuidad, pues su proyectividad académica se perdió en el camino. Su desarrollo se encuentra afectado por una prolongada dictadura militar (1973-1990), régimen que produce en el campo sexológico nacional una desarticulación de sus espacios propios y también próximos, clausura su desarrollo durante la primera parte y lo restringe durante la última. Lo anterior sucede en un momento en que en los Estados Unidos era diseñada e iniciaba su difusión y expansión la terapia sexual, creada por William Masters y Virginia Johnson. Sin embargo, la conexión de los profesionales chilenos es tardía, ya que sucede hacia fines de la década de los ochenta. Aunque había médicos y psicólogos, no lo hicieron en el momento en que se difundía, y en que comenzaba a ser aplicada y a generar su desarrollo institucional en Latinoamérica, lo que sucede una década antes.

En la década de 1990, en un contexto internacional de creciente desarrollo de la medicina sexual y la terapia sexual, y de institucionalización (Russo, Carrara y Rohden, 2009), la sexología nacional produce un acotamiento, una focalización de su objeto y una delimitación del campo, ya que se especializa en el campo de la clínica, se afianza como una práctica profesional y crea su propio mercado de prestaciones y más allá, comienza a configurar un discurso público propio.

Nuestro objeto de estudio es la constitución del campo sexológico nacional; más precisamente, los discursos de sus actores profesionales. Esta investigación formó parte de un proyecto más grande titulado “Sexualidad, Ciencia y Profesión en América Latina”, coordinado por el Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos y el Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, realizado en seis países (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Perú) entre 2009 y 2011. Pese al desarrollo de la sexología, no hay investigaciones del campo en Chile, tal como se ha hecho en otros países recientemente (Giami y de Colomby, 2006). Por lo tanto, este artículo se sitúa en un esfuerzo por explorar la configuración del campo nacional.

Método

Este estudio está basado en una investigación multicéntrica, que incluyó a Chile, y de la cual sus autores fueron seis (Russo, Rohden, Torres, Faro, Nucci y Giami, 2011).

Tabla 1. *Características de los entrevistados.*

Código del entrevistado	Sexo	Edad	Profesión	Ciudad
E-1	Femenino	54 años	Médico-ginecóloga	Santiago
E-2	Masculino	62 años	Médico ginecólogo	Santiago
E-3	Masculino	65 años	Médico-urólogo	Santiago
E-4	Masculino	65 años	Médico-urólogo	Valparaíso
E-5	Masculino	67 años	Médico-urólogo	Santiago
E-6	Femenino	65 años	Enfermera	Concepción
E-7	Masculino	30 años	Psicólogo	Santiago
E-8	Masculino	63 años	Psicólogo	Santiago
E-9	Femenino	44 años	Psicóloga	Santiago
E-10	Masculino	28 años	Psicólogo	Concepción
E-11	Masculino	73 años	Psicólogo	Santiago

De dicho estudio se presenta aquella parte en la cual se utilizó un método cualitativo.

Muestreo

La selección de los entrevistados fue hecha mediante un muestreo intencionado. Se seleccionó a 11 profesionales (ver tabla 1) que cumplieran con el siguiente criterio de inclusión: que fueran reconocidos por ellos mismos o por otros como sexólogos.

Técnicas de producción de información

Se usó la entrevista individual. Las entrevistas fueron grabadas y los archivos fueron almacenados en un lugar cuyo acceso estaba restringido al propietario de los datos y al equipo del estudio. Para realizar las entrevistas se solicitó el consentimiento informado de todos los participantes. Al comenzar las entrevistas se consignaban los datos socio-demográficos de cada participante. Las preguntas, comunes para todos los países de la región en que se efectuó la misma investigación, se relacionaban con los siguientes temas: a) formación profesional inicial, b) formación en sexología o en el campo de la sexualidad, c) práctica profesional y práctica clínica en sexología o en el campo de la sexualidad, d) relación con los pacientes, e) opiniones acerca de la sexología y sexualidad, y f) otras actividades en el campo de la sexología. La duración de las entrevistas fue de aproximadamente una hora.

Procedimiento

Primero, se realizó un mapeo general del campo, identificando las instituciones y asociaciones y los programas de formación relacionados con este campo. Para este propósito, los datos se recogieron desde diferentes fuentes: informantes clave, Internet, directorios telefónicos, páginas

amarillas, bases de datos SCIELO y Web of Science y revisión bibliográfica. En segundo lugar, 11 profesionales fueron entrevistados. Ellos fueron elegidos considerando la opinión de informantes claves y algunos criterios ad hoc, con el fin de alcanzar la máxima heterogeneidad en términos de disciplina, género y espacio geográfico.

Análisis de los datos

Las entrevistas fueron transcritas íntegramente. Para el trabajo interpretativo de los discursos, se usó el análisis crítico, inspirado en las aplicaciones de Van Dijk (1999). Los relatos fueron reordenados en grillas alimentadas de microtextos, de acuerdo a categorías y subcategorías articuladas con los objetivos e interrogantes para su análisis, hasta llegar a la fase de interpretación. En la interpretación se mantuvo una constante comparación de experiencias entre las diversas entrevistas y entre los diversos investigadores.

Resultados

Desde la cirugía al Viagra: la sexología médica

Para el tratamiento de una de las disfunciones masculinas más importantes –la disfunción eréctil–, los urólogos usaron durante mucho tiempo una intervención altamente medicalizada (cirugía), basada en la indicación médica e institucionalizada. Sin embargo, con la aparición del Viagra hace más de una década, los urólogos pudieron usar una tecnología altamente eficiente y potencialmente autonomizada.

“El Viagra salvó a muchos de los que tenían que operarse (...) solucionó hartos problemas, hartos. Incluso muchos pacientes estaban listos para operarse, para ponerse una prótesis...” (E9, urólogo).

Se dimensiona la importancia del Viagra como tecnología de la medicina sexual no sólo a partir de la eficacia de sustituir una solución por otra, sino sobre todo a través de una epidemiología que dimensionaría la disfunción erectiva en las poblaciones de hombres. A falta de data, hay urólogos que construyen localmente un tipo de cálculo sui géneris de las poblaciones, que permite predecir la probabilidad de ocurrencia de disfunción erectiva. Esto daría un sentido de urgencia, pertinencia y legitimidad a sí mismos y al Viagra, y es comunicado a las audiencias a través de los medios de comunicación.

“Evidentemente, el 80% de las personas de 70 años tienen impotencia, disfunción eréctil y si vamos bajando a los 50 años hay un 60% que no funciona, si tienes 40 años hay que ponerle un 10% más, y ya los de 40 para abajo son mínimos digamos, no son tantos. Lo hago por la observación y la práctica” (E9, urólogo).

Asimismo, de acuerdo con los psicoterapeutas entrevistados, la aparición del Viagra puede haber generalizado una lógica de enfrentar farmacológicamente las disfunciones sexuales, conectada con los intereses económicos de los grandes laboratorios, lo que podría ser interpretado como un impulso medicalizante más radical. No obstante, pese a lo anterior, los entrevistados no observan el uso del Viagra fuera de la práctica clínica urológica. Y aunque el rol del Viagra en la legitimación del modelo de sexualidad médica es fundamental, también es eficiente para tratar la disfunción eréctil y su uso se expande fuera de la patología sexual, formando parte de las nuevas tecnologías de placer (Giami, 2000). Además, la aparición del Viagra introduce, según lo señalado por los profesionales entrevistados, tensión entre los urólogos, por una parte, y entre los psicólogos y psiquiatras, por otra. Para estos últimos, el Viagra es el triunfo de los productos farmacológicos sobre la terapia. Esta discusión produce tensión entre la terapia sexual y la medicina sexual en el campo clínico.

“Los psiquiatras y los psicólogos eran los dueños de la patología ancestral antes que irrumpiéramos nosotros, los urólogos, en el campo” (E9, urólogo).

No obstante, para los psicoterapeutas (psicólogos y psiquiatras), el Viagra representa el reduccionismo biológico y mecanicista de la práctica clínica (lo cual deja de ser psicoterapéutico) y el riesgo de mala práctica clínica cuando se prescribe indiscriminadamente para toda disfunción eréctil. Para los psicólogos entrevistados, el Viagra actuaría como una suerte de placebo bajo la apropiación de un principio de reforzamiento promovido por el mismo modelo conductista terapéutico para encontrar una respuesta fisiológica

no-disfuncional y, una vez que la respuesta sea dada, crear y mantener la confianza en sí mismo.

“(Conozco) urólogos cuyo enfoque de la sexualidad es médico y urológico, con gran tendencia a usar, que sé yo, prótesis o anti-depresivos en las eyaculaciones precoces. Ellos tienen una tendencia a poner énfasis en aspectos mecánicos o biológicos, desconociendo los aspectos psicológicos” (E6, psicólogo).

En relación con esta crítica, los urólogos responden:

“El que todavía confía en su psicólogo o su psiquiatra va a consultarle porque piensa que su cuestión es de aquí (se toca la cabeza), pero generalmente es una combinación de factores...” (E9, urólogo).

Y además, según los psicoterapeutas, la terapia sexual puede estar amenazada. Frente a esta amenaza, ellos la definen y limitan: principalmente psicológica, no farmacológica.

“Yo creo que los fármacos tienen sus indicaciones como en toda patología, algunos son necesarios y otros no. Ahora, la terapia sexual como tal no lleva fármaco, salvo en algunos casos (...). Pero cuando tú dices que haces terapia sexual y lo único que haces es dar medicamento, no estás haciendo terapia sexual” (E6, psicólogo).

Crítica al modelo: sobre la terapia sexual y la de pareja

Después de la crítica al reduccionismo médico, surge una crítica interna entre los psicoterapeutas entrevistados. Esta puede ser una crítica al “comportamentalismo”, es decir, a la adopción ortodoxa de un matriz conductista que puede haber perdido validez con el tiempo. Se trata de una crítica al modelo de terapia sexual creado por Masters y Johnson, y profundizado por Kaplan (1974), que se dirige al restablecimiento de lo que más adelante denomina sexualidad funcional. La disfunción sexual se presenta en el individuo; sin embargo, de acuerdo con este modelo etiológico, correspondería a una disfunción de la interacción sexual con otro individuo que participa y contribuye al origen y/o permanencia del síntoma. En consecuencia, la disfunción, aunque como síntoma es individual, aparece o es mantenida con una pareja sexual. De acuerdo con los entrevistados, la terapéutica propuesta está dirigida a la pareja y hace a ésta, el objeto y propósito de la práctica clínica sexológica. Y, según los entrevistados, la apropiación del modelo descrito anteriormente no habría sido nunca ortodoxa en la práctica clínica. El componente de co-terapia puede haber sido usado sólo excepcionalmente y por algunos de los profesionales investigados. Y, a diferencia del modelo original, el régimen usado acá ha sido ambulatorio, no sujeto a hospitalización.

En la tensión descrita anteriormente, se pueden reconocer elementos orientados a una diferenciación. Se introduce cierta lógica ecléctica teórica y metodológica, expresando la evolución y enriquecimiento de la terapia sexual clásica. En la práctica profesional, esto puede ser considerado como individual y empírico, no sistematizado. Puede ser una crítica a la unicidad del método y una apertura para que otras tradiciones y enfoques se hagan cargo del nuevo objeto de estudio que aparece.

“Creo que este es uno de los mayores avances terapéuticos en el campo de la sexualidad de la gente, es la posibilidad de trabajar desde una óptica no sólo cognitiva, sino desde el importante campo de las emociones” (E10, psicólogo).

Según los profesionales estudiados, Masters y Johnson habrían sido superados y su modelo carecería de evolución.

“Básicamente han predominado los conductistas (...). Lo que yo considero interesante es que hoy en día nadie, excepto algunos dinosaurios, se preocupa de ser ortodoxo, todo lo contrario” (E10, psicólogo).

Algunos profesionales describen su aproximación al marco, técnicas, evaluación, objetivos terapéuticos y otros elementos terapéuticos y aunque el análisis de la práctica clínica no es el propósito de este trabajo, vale la pena señalar algunos elementos sobre ello. Las descripciones que hacen los entrevistados revelan la presencia estructurante de las prácticas del modelo clásico de Masters y Johnson y la adopción de técnicas o principios de enfoques terapéuticos más generales. Y esto no parece ser un desarrollo sistemático y orgánico a ninguna teoría. Más bien parecen desajustes de una práctica no relacionada con el modelo clásico que no se ajusta consistentemente con otros enfoques predominantes o emergentes en el campo clínico. De este modo, se transforma en un modelo más empírico y provisional que ecléctico.

“Yo trabajo en terapia sexual centrada en los sentidos, en las estrategias terapéutica típicas, en las emociones y pensamientos, con resistencias... De alguna manera integrándolo de ese modo” (E4, psicólogo).

Asimismo, los profesionales irían desde corrientes y enfoques cuyo efecto es cambiar el objeto desde el orgasmo y una pareja funcional hacia la intimidad y las relaciones de pareja. Y, a diferencia de Masters y Johnson, la pareja no sería el medio a través del cual se tratan las disfunciones sexuales para restablecer su sexualidad funcional. Por tanto, para algunos entrevistados el objeto sería más bien la relación y dinámica de la pareja y sólo con base en este hecho sería posible la intervención sexual. La intención es establecer una conexión entre terapia sexual y terapia de pareja y, más aún, entenderla como tal.

“Entonces, con el tiempo dejamos de hacer sólo terapia sexual y hacemos terapia de pareja, incluyendo el aspecto sexual. Yo no me declarararía actualmente un terapeuta sexual, soy un terapeuta de pareja” (E6, psicólogo).

La producción cultural de la sexología

Las sexualidades actuales constituyen una construcción social en que la ciencia ha jugado un rol fundamental, como sostienen John Gagnon (1991) y Richard Parker (1996), entre otros investigadores. En muchos sentidos, las instituciones científicas y académicas han contribuido a la reflexividad institucional, en los términos de Anthony Giddens (1995), de la sexualidad y el conocimiento producido por ellas ha influido en los modos en que es observada, comprendida, significada y practicada. Al hacerlo, han contribuido también a delimitar o a poner en discusión la autoridad y la legitimidad de los fundamentos de la normatividad sexual ejercida por otras instituciones tradicionales.

La sexología ha aportado a la autonomización de una función erótica de la sexualidad de la función reproductiva y fundamento del placer. La sexología se conecta –quizá sólo ofrece argumento científico– a la reivindicación del derecho al orgasmo por las mujeres. También, la sexología se encuentra con un desarrollo en las ciencias médicas, a saber, el surgimiento y expansión de las tecnologías contraceptivas que opera una separación eficiente entre una y otra función (erótica y reproductiva), en la medida que controla esta última. La anátomo-fisiología del clítoris normaliza una función erótica en las mujeres, pues la hace biológicamente tan fundada como la función reproductiva. También, la sexología legitima el placer femenino bajo una capacidad biológica equivalente a la masculina mediante la existencia del clítoris, así como por la elevada similitud entre las respuestas sexuales femenina y masculina. En esto, la sexología se conecta con una transformación cultural –y una reivindicación feminista– que legitima el placer sexual por parte de las mujeres, formulada como un derecho. Esta reivindicación encuentra un doble fundamento operacional: como hallazgo (la anátomo-fisiología del clítoris, órgano cuya función sería exclusivamente el placer) y como tecnología (la anticonceptiva, que viabiliza la función erótica).

“La sensibilidad sexual femenina es externa, en el clítoris; la sexualidad vaginal es menos central. La penetración tiene relación con la fertilidad, pero no necesariamente con el orgasmo femenino” (E6, psicólogo).

La función erótica adquiere sentido para un campo sexológico emergente a partir de esta redefinición del lugar

de las prácticas sexuales en las relaciones de pareja. La intervención clínica o comunicacional acopla y contribuye a construir, a su vez, el lugar contemporáneo de la sexualidad -de los intercambios sexuales- en las relaciones de pareja. Por tanto, la sexualidad deviene “motor” interno de la pareja contemporánea.

“La gente desea tener experiencia en cómo se actúa lo sexual antes de comprometerse con una pareja; si se comprometen, tal vez no les gusta cómo es con esa pareja... Entonces, tienen que tratar primero y esto es como probar, exactamente igual, deben probarlo: si te gustó, bien, continúa” (E9, urólogo).

Lo anterior permite la elaboración del discurso legitimador de la exploración en las prácticas sexuales. De ese modo, la sexología clínica contribuye a la legitimación en la sociedad contemporánea de la tecnología y del mercado de recursos culturales eróticos, en su comunicación con las audiencias en los medios, mediante su socialización (mostrar amplitud y extensión de objetos, enseñar sus usos y definir sus contextos); y en las consultas clínicas, mediante la indicación de material pornográfico (como activador de fantasías sexuales y de ampliación de repertorios sexuales). También es notable cómo se expande el uso del Viagra fuera de la patología sexual (Giami, 2000), cómo se lo apropia para un uso recreacional, ubicándose más en el terreno de lo que se denomina tecnologías del placer (Collin y Godfrey, 2002).

La reivindicación del placer de la mujer, no obstante, no conduce al género, no se transforma en una clave para comprender la construcción social de la sexualidad, las relaciones de género que operan en la pareja o los fenómenos de la terapia sexual y la naturaleza misma de esta relación de ayuda y los énfasis que se despliegan en la intervención terapéutica (Rohden y Russo, 2011).

En su desarrollo en Chile (sugerimos que del mismo modo que sucede en otros lugares del mundo), la sexología se descentra respecto de los fenómenos antes situados en las perversiones, los redefine de acuerdo a esta nueva fuente y sus clasificaciones en materia de desórdenes mentales y delimita su campo de acción. Pueden reconocerse elementos que modulan la importancia que tienen en las comunicaciones públicas y los términos de los discursos sobre un fenómeno que se encuentra en debate público en el país, y que resultaría expresivo de un modo de operar de los profesionales fuera de sus fronteras. Sugerimos que la adscripción a fuentes de autoridad y la definición del objeto y unidad de intervención de la práctica profesional resultan fundamentales para comprender su relación con la homosexualidad, antiguamente parte de la nosografía de la ciencia sexual. Su práctica clínica opera a distancia de

homosexuales y lesbianas, ya que no consultan por terapia sexual, y al urólogo o al ginecólogo podrían consultarle sin necesariamente hacer un coming-out, igual que los/as demás. Los profesionales entrevistados, en su discurso y su práctica, responden originalmente a una fuente de autoridad científica: la sexología clínica fundada por Masters y Johnson; posteriormente, a una gran fuente institucional internacional: la Asociación de Psiquiatría Americana, APA. Dicha adscripción les permite una definición unívoca: no es patología, y cuando son públicamente demandados a definirla lo hacen estrictamente por su estatuto científico.

“Es reconocido en la psicología mundial del año setenta que la homosexualidad no es una enfermedad. No hago una diferencia ni un juicio de valor...” (E4, psicólogo).

El campo de la sexología, medios de comunicación y palabras acerca del sexo

A comienzos de los '90, en post-dictadura, se inició una relación entre los profesionales de la sexología y los medios de comunicación que modeló la conversación íntima y el debate político y cultural en el espacio público. En esa época, las agencias de comunicación desarrollaron estrategias para activar el debate político y cultural, debate que se relacionaba principalmente con estrategias de prevención del VIH, homofobia cultural e institucional, censura en las agencias de comunicación y el cine, entre otras. Los medios de comunicación intentaron usar un lenguaje para la conversación íntima con el fin de hacerlo visible, abierto, comunicable, para nombrar lo que no era nombrado o visto colectivamente por la dictadura. Y así, la conversación íntima asumía la sexualidad como algo a ser explorado en profundidad para llegar al corazón de la vida privada, haciendo que la audiencia se identificara con la experiencia de otros. El debate político y cultural fue gradualmente reducido y se transformó en una contingencia, mientras que la conversación íntima se fortaleció y diversificó.

La sexología encontraba un espacio de realización más allá de la clínica, en los medios de comunicación contemporáneos, tal como sucedió en otras sociedades también con la psicología clínica (Kaufmann, 1995). La sexología intentaba contribuir a la psicoeducación sexual de las audiencias o espectadores televisivos. Los profesionales eran invitados e interrogados y ellos respondían, clarificaban, prescribían, daban consejos, recomendaban y desmitificaban.

“Se comenzó a hablar de la eyaculación precoz, pescar un pizarrón y explicar la excitación y dar cierta... mostrar cómo se trabaja para solucionar la eyaculación precoz, causas más frecuentes, etc...” (E4, psicólogo).

La conversación íntima en los medios de comunicación fue gradualmente organizada en un formato de auto-ayuda, a través de conversaciones telefónicas y en sets de TV. Poco a poco fue posible conocer al público en su máxima fragilidad, es decir, la disfunción sexual y, al mismo tiempo, en su mayor necesidad, es decir, de ayuda especializada. Los profesionales tenían como objetivo potenciar la capacidad auto-terapéutica de la audiencia. Ellos contribuyeron a exponer al individuo que estaba dispuesto a participar, quien luego era sometido a juicio. Más adelante, durante su máximo desarrollo, esto dio lugar a formatos de terapia pública tales como los llamados docu-realities.

“Voy a participar en un docu-reality, tal como The Sex Inspectors o The Expert Nanny, en el cual un profesional que va al lugar, a casas, los conoce y les hace algunas sugerencias...” (E4, psicólogo).

Vicariamente, miles o millones de individuos y parejas de la teleaudiencia se beneficiarán de una terapia conducida a distancia y que tiene por pacientes a otros sujetos, sin embargo, les ayudará, aunque de un modo no fácil de dilucidar, si en tanto técnicas y testimonio.

“Creo que nosotros solucionamos sus dificultades y no sólo las de ellos, sino también de mucha otra gente que se acercó a nosotros, muchos otros que se sienten reflejados” (E11, ginecóloga).

Algunos profesionales que en el pasado fueron panelistas de programas en los medios de comunicación, actualmente hacen juicios críticos sobre la presencia de especialistas en los medios. Esta crítica se produce en un contexto de proliferación de panelistas y de programas, y del paso de la función pedagógica (en talk-shows) a formatos terapéuticos (en docu-realities). La crítica se enuncia como desvío y como pérdida.

“Yo siento que se perdió un eje que comenzó bien. Tiene que ver con lo que en algún momento, algunos creímos que podía ser una buena apuesta, pero que se desvirtuó en el camino” (E10, psicólogo).

Esto se debería, en parte, a la percepción de lo que se hace en los medios de comunicación, en oposición a lo que fue el propósito original de cuestionar la normatividad. La normatividad sexual puede haber comenzado en la base de la ciencia sexológica, es decir, la demanda por orgasmo y buen rendimiento sexual.

“(El profesional) Dice: OK mujeres, busquemos el punto no sé qué, el tipo debe durar dos horas, hacer que el pene crezca con no sé qué... No seas así, ni así...” (E8, psicólogo).

Por otra parte, la crítica está dirigida a imaginarios sociales que la comunicación pública puede haber contribuido a crear en la sociedad chilena. Si los profesionales primero

querían descubrir y hacer visible la sexualidad en el país, lo que ellos habrían logrado sería más bien un imaginario.

“Había programas cuyo objetivo era hacerla visible, ponerla en el escenario y escucharla. (...). Conocíamos la sexualidad de los chilenos. Pero esto hoy es como una tragedia relacionada con el sexo. Ahora estos realities hacen que la gente diga: cresta, esta es una situación de mierda” (E10, psicólogo).

Auto-definición, reconocimiento y representación de la figura pública del sexólogo

El término sexólogo no es una denominación consensuada en el campo investigado. Esta definición aparece como arbitraria, no como una adscripción disciplinaria e institucional.

“La sexología en Chile es casi nada más que una palabra porque no es una disciplina. En Chile es un campo ambiguo, no estructurado. ¿Dónde se estudia sexología? ¿Dónde te especializas en sexología? En realidad, este título no existe” (E10, psicólogo).

La sexología no pertenece a una institución, disciplina o asociación y carecería de estándares de calidad.

“Tengo la impresión que la gente que tiene una formación muy limitada en algunos aspectos de la sexualidad se llama a sí misma sexólogo” (E6, psicólogo).

La sexología no regulada institucionalmente está expuesta a déficit de control y objetivos ilegítimos.

(Sobre otro profesional que trabaja en programas de televisión) “Su propósito es absolutamente económico, algo que no es mi norte... Él hace varias cosas que no son muy éticas” (E9, urólogo).

Son llamados sexólogos cuando se presentan en los medios. La figura de sexólogo es pública, es reconocido como un especialista experto en sexo por la audiencia de los medios de comunicación. Sin embargo, esta figura tiende a ser contradictoria y ambigua. Esto, cuando en las guías puede presentarse como tal. Los profesionales entrevistados no se reconocen a sí mismos como sexólogos.

“No me gusta cuando la gente me llama sexólogo; no siento que soy sexólogo. Yo soy psicólogo. No me defino como sexólogo ya que pienso que el campo ha sido completamente distorsionado...” (E6, psicólogo).

Los profesionales buscarían desprenderse de una imagen devaluada así como a no reconocerse activamente en dicha imagen. Por tanto, la autodefinición, cuando se asume como sexológica, lo hace mediante un doblez.

“Cuando me apuran así digo que soy doctora en medicina y que trabajo en sexología” (E11, ginecóloga).

Discusión

Este primer estudio de tipo cualitativo sobre la sexología en Chile constata que en el país la sexología puede ser básicamente definida como un campo clínico. La sexología aparece disciplinariamente asociada con la urología, la psicología y, en un grado menor, con la psiquiatría, e institucionalizada como práctica profesional privada. Y así, la sexología aparece configurada en esta investigación más como un campo profesional, que de investigación, y se configura de forma imprecisa como campo sin especialización científica, y el ejercicio profesional opera sobre la base de la autodidáctica, la supervisión y, en mucho menor medida, en la capacitación en muy escasos centros de formación profesional. Futuros estudios deberán profundizar en esto y corroborar lo encontrado.

Según los hallazgos de este estudio, en la sexología chilena se puede reconocer un doble desarrollo en su enfoque conceptual, metodológico y tecnológico: medicina sexual y terapia sexual, y se observa una tensión entre la práctica psicoterapéutica y la práctica médica. Los profesionales involucrados en medicina sexual tienden a reafirmar la delimitación de su objeto a la disfunción eréctil y a la eyaculación precoz. Sin embargo, su práctica clínica tiende a traspasar sus límites, usando muchas veces fármacos en todos los pacientes. Los psicoterapeutas, especialmente los mayores, se vuelven a la psicoterapia de pareja. En el caso de los urólogos, el proceso es inverso: ellos definen el campo en asociación con la medicina sexual y tendrían un discurso y una práctica que los sitúa más al centro del campo, a través de la medicina sexual. Probablemente, los límites de la autonomía de la sexología en Chile pueden ser también explicados por la influencia de la institución médica, como en otros países (Giami y de Colomby, 2003).

Asimismo, es relevante constatar que los profesionales entrevistados no se reconocen a sí mismos como sexólogos. El sexólogo adquiere más bien una definición social construida principalmente a partir de la exposición pública y carece de una auto-definición afirmativa. La construcción de la figura de sexólogo es pública, pero, al mismo tiempo, es reconocido como un especialista en sexo por la audiencia de los medios de comunicación, tal como ha sido reportado en otros países (Kontula y Valkama, 2006). Sin embargo, esta figura tiende a ser contradictoria y ambigua, especialmente para los psicólogos. Los psicoterapeutas se definen como psicoterapeutas de pareja involucrados en asuntos sexuales, en tanto que los urólogos parecen menos contrarios a definirse a sí mismos como médicos dedicados a la sexología. Esto, cuando en las guías muchos profesionales se definen

por adscripción a la sexología. Próximos estudios deberán ratificar estos hallazgos referidos a la autodefinición que hacen los profesionales respecto a sí mismos. En el futuro, además, con la reciente aparición en Internet de un sector comercial en sexualidad de tipo “no experto”, aparecerán nuevos desafíos y ello supondrá probablemente nuevas preguntas respecto a la sexología y acerca del rol del experto en este campo (Tiefer, 2012).

Finalmente, este estudio tiene limitaciones que dificultan la generalización de los hallazgos reportados, pues trabajó con un número limitado y particular de profesionales. Por ende, no permite generalizar los descubrimientos a todos los profesionales involucrados en sexología en el país. Futuros estudios deberán profundizar en el campo, en su conformación y configuración, ratificando o no algunas de las afirmaciones que en este artículo se han hecho.

Segundo, este estudio se centra especialmente en los profesionales que trabajan en sexología clínica y no en otras áreas incluidas en el campo en otros contextos como educación sexual, tal como sucede en países como Finlandia, donde un número importante de sexólogos se dedican al counselling, la formación y educación sexual (Kontula y Valkama, 2006). En consecuencia, en el futuro se debería estudiar a los profesionales comprometidos en otras áreas de la sexología.

Referencias

- Barón, I., y Lagos, T. (1997). *Educación sexual en Chile*. Santiago: Contempo Gráfica.
- Bejin, A. (1987). Crepúsculo de los psicoanalistas, aurora de los sexólogos. En P. Ariés y A. Bejin, *Sexualidades occidentales* (pp. 249-282). Barcelona: Ediciones Paidós.
- Bland, L., y Doan, L. (Eds.). (1999). *Sexology in culture. Labelling bodies and desires*. Cambridge, UK: Polity Press.
- Collin, M., y Godfrey, J. (2002). Estado Alterado. La Historia de la Cultura del Éxtasis y del Acid House. Barcelona: Alba Editorial.
- Giami, A. (2000). Médicalisation de la société et médicalisation de la sexualité. En A. Jardin, P. Queneau, y F. Giuliano (eds), *Progrès thérapeutiques : La médicalisation de la sexualité en question* (pp. 121-130). Paris: John Libbey Eurotext.
- Giami, A., y de Colomby, P. (2003). Sexology as a Profession in France. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 371-379.
- Giami, A., y de Colomby, P. (2006) La profession de sexologue en Europe : diversité et perspectives comunes. *Sexologies*, 15, 7-13.
- Giami, A. (2009). Les formes contemporaines de la médicalisation de la sexualité. En : Sanni Yaya (ed.). *Pouvoir médical et santé totalitaire: conséquences socio-anthropologiques et éthiques*. Montréal: Presses de l'Université Laval.
- Gagnon, J. (1991). The explicit and implicit use of the scripting perspective in sex research. En J. Gagnon. *An interpretation of desire: Essays in the study of sexuality* (pp. 130-174). Series: (WD-CSSGC) Worlds of Desire: The Chicago Series on Sexuality, Gender, and Culture.
- Giddens, A. (1995). La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas. Madrid: Ediciones Cátedra.

- Haeberle, E., y Gindorf, R. (1993). *Sexology today: A brief introduction*. Berlin: DGSS.
- Kaplan, H. (1974). *The New Sex Therapy*. NY: Brunner/Mazel.
- Kaufmann, J. C. (1995). *Corps de femmes, regards d'hommes*. Sociologie des seins nus. Paris: Éditions Nathan.
- Kontula, O., y Valkama, S. (2006). Characteristics of the sexology profession in Finland in the beginning of 2000s. *Sexologies*, 15, 22-29.
- PAHO (2000). *Promotion of Sexual Health Recommendations for Action*. Proceedings of a Regional Consultation convened by Pan American Health Organization (PAHO) and World Health Organization (WHO) and World Association for Sexology (WAS). Antigua Guatemala, Guatemala, May 19-22, 2000. Recuperado desde <http://www.paho.org/english/hcp/hca/promotionsexualhealth.pdf>.
- Parker, R. (1996). Estado de la investigación en sexualidad: avances y desafíos. En B.
- Rohden, F., y Russo, J. (2011). Gender differences in the field of sexology: new contexts and old definitions. *Revista Saúde Pública*, 45, 1-7.
- Rohden, F. y Russo, J. A. (2011). Diferenças de gênero no campo da sexologia: novos contextos e velhas definições. *Revista de Saúde Pública*, 45 (4), 722-729.
- Russo, J., Carrara, S., y Rohden, F. (2009). Apresentação: sexualidade, ciência e profissão. *Physis*, 19, 587-589.
- Russo, J., Rohden, F., Torres, I., Faro, L., Nucci, M., y Giami, A. (2011). *Sexualidade, ciência e profissão no Brasil*. Rio de Janeiro: CEPESC.
- Tiefer, L. (1996). The medicalization of sexuality: Conceptual, normative and professional issues. *Annual Review of Sex Research*, 7, 252-282.
- Tiefer, L. (2012). Medicalizations and Demedicalizations of Sexuality Therapies. *Journal of Sex Research*, 49, 311-318.
- Van Dijk, A. (1999). El análisis crítico del discurso. *Anthropos*, 186, 23-36.

