**II Congreso Latinoamericano de Teoría Social y Teoría Política**

“Horizontes y dilemas del pensamiento contemporáneo en el sur global”

Buenos Aires, 2 al 4 de Agosto de 2017

Mesa Temática número y nombre.

***MESA 29 | Debates teóricos y metodológicos en torno a la producción y regulación de los géneros y la sexualidades en Latinoamérica.***

Título de la ponencia.

**BORRADOR: Canguilhem, la medicina y los cuerpos de los varones cis. La producción de una sexualidad normal en la andropausia**

Por Ana Mines Cuenya (IIGG/UBA)

Resumen

El objetivo de esta ponencia es reponer los aportes de Georges Canguilhem para pensar y analizar los modos en los que la medicina produce cuerpos en términos de normalidad. Voy a analizar esa producción, específicamente, en torno a la sexualidad de varones cis que atraviesan por lo que la medicina llama andropausia.

Utilizado por la medicina como sinónimo de fisiológico, lo normal opera simultáneamente como descripción y prescripción. Como veremos, la andropausia, categoría médica, nomina a una etapa caracterizada por el descenso de la disponibilidad de la testosterona en los cuerpos de varones cis. Este descenso atenta contra el funcionamiento activo de la sexualidad de estos varones, medido principalmente por su capacidad eréctil. Ante ello, lo que la medicina propone es la administración de testosterona con el fin de reintroducir en esos cuerpos la capacidad para desarrollar una actividad sexual normal y saludable.

**Introducción**

El objetivo principal de esta ponencia es trabajar la idea de norma, central en la obra de Canguilhem, en relación al abordaje que hace la sexología médica de los cuerpos y la sexualidad de los varones cis, en una etapa que esta especialidad médica llama andropausia. La ponencia se organiza en tres partes: en la primera, se reponen los aspectos de la propuesta de Canguilhem que, a mi entender, son relevantes para el análisis de las normas y la medicina. Tal como se verá, la sexología produce una normatividad corporal sexogenerizada. Para analizarlo con mayor detenimiento, en una segunda parte de la ponencia voy a problematizar la idea de normal corporal, asociada a la idea de bienestar, salud y rendimiento y, en una tercera parte, voy a trabajar con la idea del género como norma a la luz de este particular problema.

Para desarrollar lo aquí propuesto, analizo las entrevistas realizadas a 8 médicos y medicas sexólogos/as que se desempeñan en servicios públicos y privados de la Ciudad de Buenos Aires y las desgrabaciones de jornadas médicas formación en sexualidad.

Este capítulo parte y se articula desde algunos supuestos. El principal es que la sexología médica opera a partir de una serie de nociones naturalizadas en torno a la sexualidad y el cuerpo. Por un lado, si bien la sexología médica problematiza el hecho de que la sexualidad sea reducida y centrada en lo genital, sus propuestas terapéuticas apuntan a garantizar la realización del coito vaginal, es decir, vuelven sobre lo genital. Esto redunda en la naturalización de la cisheterosexualidad como dimensión productiva de los cuerpos.

Por otro lado, la sexología médica asocia el ejercicio de una sexualidad activa a la salud, la felicidad y a lo que llama calidad de vida. En base a esto, esta especialidad asume que su función es velar por cuerpos saludables, o sea, cuerpos capaces de perpetuar el ejercicio de una sexualidad que reditúe en un disfrute pleno y vital (Costa, 2008). De esta manera, el ejercicio de una sexualidad activa se equipara a la idea de salud y ambas se configuran como imperativos (Han, 2012; Sfez, 2008)

**Canguilhem y las normas**

Tal como han mostrado los estudios sobre medicina realizados por Canguilhem (2004, 2011), la salud y la enfermedad no conforman estados naturales, dados a priori, rígidos e inmutables. Este autor afirma que las enfermedades son parte del proceso vital normal de los seres biológicos que tenemos estructuras orgánicas precarias, como los seres humanos. Enfermedad y salud no componen polos opuestos inconexos, por el contrario, son consustanciales. Canguilhem (2004) afirma que si bien las enfermedades, cuando cristalizan como tales, son procesos concretos e identificables, su modo de existencia y presentación es indisociable de las mutaciones producidas en el estatus epistemológico de la medicina. Asimismo, lo patológico es un estado que se configura en relación a cambios en las dimensiones culturales y sociales que redefinen qué es lo que entendemos por salud (Giroux, 2011). Siguiendo a Canguilhem (2004), es preciso señalar el carácter social, y por lo tanto político, del conocimiento y tratamiento de las enfermedades. La medicina es un quehacer de carácter normativo. Como afirma Macherey, “hablar de normatividad es, sin duda, mostrar de qué manera el movimiento concreto de las normas (…), elabora, a medida que se desarrolla, ese poder que produce, a la vez, en el plano de su forma y contenido” (2011, p. 152). O sea, dinámicamente, la medicina produce lo que trata y eso que trata da forma a la medicina.

Según numerosas investigaciones, el ejercicio clínico, concreto y situado de la medicina está sujeto a procesos biopolíticos de amplio alcance. A partir de la segunda mitad del siglo XX, en Occidente, el poder y el saber médico se han expandido de modo tal que el alcance de su campo de acción pone en duda la existencia de una exterioridad a los procesos de biomedicalización (Clarke et al., 2003; Conrad, 2008, Foucault, 2008). Según Clarke *et al.* la biomedicalización “remite al cada vez más complejo, multisituado y multidireccional proceso de medicalización que se extiende y reconstituye a través de la emergencia de formas y prácticas sociales de una biomedicina alta y crecientemente tecnocientífica (2003, p. 162). Este proceso ha producido transformaciones en los modos de entender la vida biológica, los cuerpos, las fronteras entre la naturaleza y la biotecnología (Esposito, 2011; Rose, 2012). Según Rose (2012), los polos de la salud y la enfermedad han perdido relevancia dando lugar a procesos que este autor llama de “la vida en sí”, es decir, procesos de control, administración, modificación, redefinición y modulación de las capacidades vitales. La nociones de salud y la enfermedad conviven tanto con procesos de optimización corporal, es decir, la búsqueda de mejoría en el funcionamiento corporal, como con la proliferación de la noción de riesgo y las estrategias de control, prevención y vigilancia médica. Los procesos recién señalados se relacionan también con la reconfiguración de los roles de los/as pacientes y de las instituciones médicas y con la emergencia de las corporaciones biotecnofarmacéuticas como actores gravitantes en los procesos descriptos (Foucault, 2008; Sfez, 2008; Sibilia, 2012).

**La normatividad del bienestar**

En términos generales, el desarrollo y consolidación de la Sexología clínica puede ser entendido como parte de un proceso más amplio de medicalización de la sexualidad, es decir, de una tendencia global caracterizada por el hecho de que algunas prácticas y estados sexuales son definidos como problemas médicos que necesitan ser resueltos mediante tratamientos (Conrad, 2008; Gogna, Jones, e Ibarlucía, 2013). Tomando los aportes de distintos/as autores/as (Clarke, et al., 2003; Foucault, 2008; Rose, 2007), sostengo que la medicalización de la sexualidad no consiste solamente en la intrusión de la medicina en esta dimensión de la vida, sino también, en la reconfiguración de la sexualidad y de los cuerpos. A su vez, las particularidades de la sexualidad como objeto terapéutico ponen a la Sexología médica frente al desafío del diseño e implementación de una estrategia terapéutica específica, híbrida, *sui generis.*

**La masculinidad normal**

El campo de esta especialidad se modela, toma forma y se define también debido a las características de la demanda de sus pacientes: no termina en lo fisiopatológico, en las terapias farmacológicas ni en las llamadas disfunciones masculinas. Las terapias farmacológicas y los diagnósticos que se focalizan lo fisiopatológico conforman una parte fundamental de las respuestas terapéuticas que la Sexología médica ofrece a los hombres cis. No obstante, muchas veces ellos acceden al consultorio médico consumiendo por su propia cuenta medicamentos como el Viagra. O sea, los hombres cis prescinden de la consulta para utilizar medicamentos. Sostengo que lo que se ofrece en el consultorio conforma un plus que el mero acceso medicamento. Este plus está dado, por ejemplo, por los efectos de la confirmación de una “disfunción” como de una “sexualidad normal” como también por la terapia psico-sexual. Por otro lado, circunscribir la actividad de la Sexología médica a la indicación de fármacos oblitera parte lo que sucede en el abordaje clínico de las mujeres cis, mayormente psico-terapeútico.

De hecho nos encontramos en la entrevista que nos hizo Adrián, eh, entonces, hay días que el consultorio es exclusivamente de trans, y hay días que está mezclado con medicina sexual, yo, el día que yo iba era… un poco y un poco, con lo cual, para mi... salía de ahí, pero con un estado de felicidad plena... porque era “un mundo de sensaciones” (RISAS)… era... era todos los días sacar 4 o 5 aprendizajes de vida, de decir “guau, esta es la verdad”, no lo que uno lee, viste, lo que estudiaste dos años, sino que... era la posibilidad de ver en vivo y en directo... desde una persona trans hasta una pareja de viejitos de 70 años que venían a consultar porque “ya no era lo de antes”… eh, hasta, no sé... como le contaba recién a mi novio, eh, un pibe que en un brote psicótico... como el que acaba de tener Matías Alé... se le apareció Cristo, le dijo que se la corte, y se la cortó… digamos. Eh, sumamente… “jugoso”, como decimos los médicos (Médica sexóloga)

El desempeño sexual tiene un rol central, “ya sea como señal de salud, pero también como un modo de combatir los males de la vejez, esto es, al mismo tiempo en que una vida sexual activa y placentera puede prevenir el declive relacionado con la edad, su ausencia puede indicar la presencia de enfermedades o desequilibrios fisiológicos. Se vende, de este modo, la necesidad de la manutención de una vida sexual `plena´ en todas las edades” (Russo, 2013, p. 186). Funcionamiento y control del pene como parte de la demanda. También preguntan por el tamaño.

Tal como señala Russo (2013), la biomedicalización de la sexualidad masculina, “lo que acarreará transformaciones importantes en la propia definición de esa sexualidad” (Russo, 2013, p. 188).

Tal como señala de Lauretis (2011), la sexualidad compone una dimensión polimorfa muchas veces conflictiva con la vida social de las personas que no se agota en lo genital. La sexualidad también consiste en lo que la Sexología denomina parafilias adoptado por el DSM-III, es decir, los comportamientos perversos. en torno a la sexualidad, lo cual labra un campo conflictivo, ya que la sexualidad, de manera permanente, plantea desafíos inaprehensibles en esquemas predeterminados.

Entonces, bueno, tiene muchísimo que ver con el... con la plata y con la presión que eso hace sobre la pareja. Y, también con las creencias y con lo que han aprendido, ¿si? O sea, de golpe hay gente que tiene determinada disfunción y uno sabe que hay mucha gente que no consulta porque está habituada a que, o piensa que tiene que ser así. O sea, todavía hay mucha creencia de que es el varón el que maneja la situación en exclusiva, entonces el señor penetra y eyacula 3 segundos después, y... lo que pase con ella no tiene ninguna importancia y ella no se queja... Entonces, bueno, nunca viene a la consulta. Todo lo que es egosintónico… O sea que hace sintonía con uno, no es motivo de consulta. El. motivo de consulta es lo egodistónico, o sea, lo que está molestando, lo que no coincide con lo que yo necesito en mi ego, digamos... (Médica sexóloga)

El deseo de los hombres no es un problema, en ellos es una cuestión de funcionalidad. El deseo para omnipresente. En el caso de las mujeres es la falta de deseo. Economía sexual del deseo.

 P: Y en el caso de las mujeres me decía que era falta de deseo y anorgasmia, las demandas más frecuentes... ¿en esos casos cuáles son las terapias de preferencia?

R: Y primero hay que diagnosticar cuál es el problema, si es también con algún tipo en particular o si fue a partir de la maternidad, o de la menopausia, o de algo que pasó con la pareja, de conflicto de pareja, y en tal caso ver si es de deseo sexual hipoactivo primario, o sea, que nunca tuvo ganas, y que te dicen por ejemplo "yo lo hago para satisfacer a mi marido, pero si fuera por mi no lo haría nunca, si no me busca me hace un favor", dicen algunas... una paciente me dijo una vez, "yo deseo desear"... Y yo les digo que el deseo no se deja mandar, no es que vas a desear porque lo querés... y bueno, hay que ver toda la parte hormonal, y un estudio ginecológico de rutina y a veces test psicológicos, de autoevaluación que están en internet por ejemplo... (Médico sexólogo).

Y la mismo tiempo, el objeto de la sexología requiere de tiempo, intimidad, y de un ambiente propicio para funcionar. Qué es la sexualidad para la sexología médica? Se mezcla mucho la moral también. Podrá ser también un espacio para promover el agenciamiento? Lo que es del orden del deseo se escabulle más del abordaje médico. ¿Cómo opera la heterosexualidad en la sexología?

La calidad de encuentro sexual que tiene, ¿si? O sea… Evitar el cuadro de sometedores y sometidos. Es simplemente disfrutar con algo que quiero hacer, y no someterme a nada que no quiero... ya logrando eso, uno hizo un montón. Un montón, porque hay muchísimo sometimiento. Hay muchísima creencia de que el varón tiene permisos que nosotras no podemos tener, y demás... Por eso, lo que uno tiene que hacer es blanquear cómo son las situaciones, y lograr re-pactar o re-contratar el vínculo, entre los dos consultantes, si fuese una pareja, por ejemplo. Yo les digo, “bueno, a ver, cuando uno alquila un departamento, hace un contrato por dos años, ¿no? con una cláusula de recesión a los 6 meses… Ustedes tienen 26 años de matrimonio y... se manejan con el mismo contrato, ¿por qué? O sea, ¿vos sos el mismo que hace 26 años atrás?... ¿o que hace 10...?" "No." "Y entonces ¿por qué no modificás?, ¿por qué no repactas?” Qué sé yo... Uno re-pacta los contratos… ¿Si? hasta hoy te pago las expensas ahora las va a pagar el otro. No sé. Hay miles de cosas que se pueden re-contratar… lo que yo hago todo el tiempo es re-contratar, o sea, que cuando son parejas re-contraten. Que uno le diga al otro lo que quiere… Siempre empezando la frase con “a mi me gustaría que”… (Médica sexóloga).

En los relatos, los/as médicos/as deben justificar lo sexual como un campo específico dentro de la medicina, asimismo, deben ofrecer algo más que una receta médica. Y terapias psico. La definición de lo sexual como algo que compete a la medicina. Una disputa.

Algunas críticas al abordaje sexológico consisten en señalar que la Sexología promueve un abordaje esencialista, es decir, que “intenta explicar un proceso complejo y múltiple, como es el ejercicio de placer, basándose en una supuesta esencia o verdad interna, lo cual supone una sexualidad conformada a partir de esquemas únicos, básicos y uniformes” (Alcántara Zavala y Amuchástegui Herrera, 2009, p. 592).

Lo biológico y lo social o lo psicológico: el sexólogo tiene dos tareas: educar y dar permiso. La gente no sabe nada de sexo. Roles de género y comunicación en la sexualidad. Explicar qué es un orgasmo médicamente hablando. Información en las manos de las pacientes

Tal como señala Gogna es posible detectar que las consultas sexológicas están atravesadas por las diferencias en las demandas mujeres y varones cis en relación al sexo (Gogna, 2005).

Reproducción de patrones heteronormativos. La erección es colocada en el centro de la relación sexual como un problema mecánico, aislada del resto del desarrollo del acto sexual (BOZON). Noción de rendimiento sexual como nocion que está por detrás.

Ansiedad, estrés, falta de deseo. Es lo más difícil de tratar. La terapia es un traje a medida. Todo lo que es egosintónico, o sea, que hace sintonía con uno, no es motivo de consulta. El motivo de consulta es lo egodistónico.

Ansiedad por rendimiento/anticipación al fracaso. “Tengo que satisfacerla”, “tengo que tener un orgasmo”. Cuando se pone la ansiedad delante del acto. Por voluntad no se para el pene. Por voluntad no se tiene un orgasmo ni deseo. La ansiedad es más de los varones. “Las mujeres fingen”.

Falta de deseo. La ausencia de deseo se encuentra patologizada

P: Aja… Y, aquí, en el consultorio, ¿cuáles son las demandas más frecuentes? R: En este momento, el motivo de consulta, para mí más frecuente, en todos lados es el deseo sexual hipoactivo, la gente que tiene poco deseo... que tiene que ver con el estresazo digamos, ¿no?... y con que la energía y la libido está puesta en otra cosa, en ganar plata… Entonces... tiene más que ver con eso. Cuando yo empecé a hacer Sexología, hace tantos años la verdad que la disfunción del deseo no era un motivo de consulta demasiado frecuente, hoy es el que se lleva el mayor porcentaje. Eh, y es la más difícil de solucionar… es terrible.

P: Aja, ¿tanto en varones como en mujeres…? R: Si. Lleno. Sobre todo en las mujeres y en mujeres más grandes, en la perimenopausia, menopausia y postmenopausia, baja muchísimo el deseo... además de que están casadas hace mil años y están re contra aburridas. También es cierto... o sea, hoy vivimos muchos años... entonces… bueno, a veces hay monogamias sucesivas como digo yo, ¿no? O sea… la gente se divorcia, se casa con otro, después se divorcia de nuevo… y... son tipo más, o sea, cuando son monógamos son monógamos sucesivos. Pero sino hay mucho, hay mucho consumo de parejas, de actividad extra matrimonial, cosa que yo nunca juzgo, o sea… cada uno es cada uno y cada cual es cada cual... (Médica sexóloga)

Condicionantes sociales. El estrés. Las relaciones extramatrimoniales. Mitos y creencias sobre la sexualidad. Asumir que una disfunción es normal, que debe ser así… muy interesante para pensar el doble estatus de la naturaleza. Si una hormona baja, la hormona del deseo, no es normal que baje? Es una disfunción o es lo normal? Es un ejemplo de cómo la disponibilidad de un tratamiento hace que el deseo sexual deba, normalmente ser algo que se tiene durante más años.

P: Si, ¿y cuáles son las terapias que se ofrecen después de hacer el diagnóstico? R: Se llaman terapias sexuales, son psicoterapias breves focalizadas, se centran el en síntoma, de solución del síntoma, no te vas a meter a hablar de la relación con la madre, de qué sueño tuvo anoche, del problema vocacional, el problema místico, es centrarte en la resolución del síntoma, o sea, el psicoanálisis dice lo contrario, que del síntoma no hay que hablar, eso ya quedó obsoleto P: ¿Y ahí también son ejercicios lo que se propone? R: Son tareas, ejercicios, juegos, si los hace bien, si no los hace también bien, porque muestra cuál es el impedimento, mujeres que no se han tocado nunca los genitales, que ni se los han mirado (Médico sexólogo).

“La falta de deseo muchas veces no tiene que ver con la sexualidad sino que tiene que ver con factores sociales o vinculares”.