

La educación de género tradicional en la base psicopatológica de un trastorno por aversión al sexo

Eduardo Infante Rejano*

Inés I. Irizo García**

* *Universidad de Sevilla*

** *Asociación Centro Forhum (Sevilla)*

Resumen

Se analiza el papel de la educación de género en la génesis y el mantenimiento del trastorno por aversión al sexo. Se describe cómo aprendizajes tradicionales en las relaciones afectivo-sexuales inciden en el acceso tardío a las relaciones sexuales y generan conflictos egodistónicos que actúan como base psicopatológica de dicho trastorno. Las socializaciones recibidas configuran un modelo de vida infantil ante las relaciones con el otro sexo que ubican a la persona en situaciones no deseadas y ansiógenas. Estas explicaciones se realizan a raíz del caso de una mujer virgen de 31 años, económicamente no independiente, de entorno rural-tradicional y que padecía cuadro ansioso-depresivo en remisión tras la ruptura con su única pareja significativa. Presenta creencias erróneas en materia de sexualidad, costumbres afectivo-sexuales inadecuadas y permisivas en el hogar y fuerte rechazo al mantenimiento de relaciones íntimas. Las pruebas orientaron la psicoterapia a resolver el trastorno como más situacional que global. Los aprendizajes se centraron en aspectos tales como la identidad de género, los estereotipos sexuales, las relaciones de poder, el derecho al placer, la autonomía y las habilidades sociales. Los resultados indicaron que una re-educación en materia de género de aspectos no exclusivamente sexuales, favorece la disposición a intimar dando a entender que la educación de género sirvió de base traumática. Así, el 67% de los estímulos sexuales dejó de generar ansiedad y permitió a la paciente mantener actividades sexuales satisfactorias en una posterior relación. Sin embargo, perduró el 32% del miedo en las situaciones o hechos más extremos o culturalmente-dependientes (ej. sexo oral) así como la presión social por la edad de amoldarse a las etapas comunes del ciclo vital (Erikson, 1980; Ferré Martí, 2005).

Palabras claves: Educación de género, trastorno por aversión al sexo, relaciones sexuales, educación afectivo-sexual.

Traditional gender education as psychopathological basis of a sexual aversion disorder

Abstract

The present article analyses the role of gender education in the emergence and endurance of sexual aversion disorder. Traditional learning and believes in affective and sexual relationships acquired in social and family settings are described as pathological basis of this disorder. This socialization generated a childish model of interacting among others and place individual in unwanted, stressful situations. I explain these thoughts using a case of a virgin woman, 31 years old, non economical independence, living in a traditional area and presenting an anxious-depressive syndrome after a significant relationship break. She presented wrong believes in sexuality, inadequate sexual and affective relationships at home, and strong aversion to sex encounter. Psychometric tests suggested the resolution of the case by means of psychosexual learning thus treating the disorder situational rather than globally. Learning issues dealt with gender identity, sexual stereotypes, power relationships, right access to pleasure, autonomy, and social skills. Results indicated that gender reeducation in non-sexual aspects is crucial to stimulate sex encounter while gendered education was behind the traumatic basis of the disorder. Therefore, 67% of sexual stimuli turned unstressful and allow the patient to have sex in a latter relation satisfactorily. However, 32% of fear still remains in extreme, socially-dependant facts (e.g. Oral sex), and also the social pressure in following common cycle-life stages due to age (Erikson, 1980; Ferré Martí, 2005).

Key words: Gender education, sexual aversion disorder, sex encounter, affective and sexual education.

Introducción

La construcción del género constituye una temática emergente en numerosas disciplinas de las ciencias sociales que se han afanado en identificar aquellos mecanismos sociales que sirven para transformar la sexualidad biológica en un producto de la actividad humana, lo que Rubin (1975) denominó *sistema sexo-género*. El sexo biológico de la persona determina su pertenencia a las categorías sexuales hombre o mujer. La sociedad, a través de sus mecanismos de comunicación, categorización social, estereotipias, etc. asigna a cada una de estas categorías determinadas creencias, actitudes, rasgos de personalidad, prescripciones, cualidades y valores culturales que determinan la identidad del individuo y modos de interacción interpersonal. Este proceso diferenciador constituye la identidad de género del individuo (rol de género o sexual) e influirá en la preferencia por determinadas profesiones o la actitud hacia el trabajo en comparación con otros ámbitos de la vida como, por ejemplo, la familia (Osca y López-Sáez, 1994). Sexo y género son pues caras de una misma moneda. Mientras que el primero expresa diferencias biofisiológicas –algunas incluso ya científicamente cuestionables–, el segundo describe características socialmente construidas (Scott, 1988; Nicholson, 1995). Los discursos de género, que han elaborado diferentes representaciones culturales sobre los arquetipos populares de masculinidad versus feminidad, se han venido produciendo históricamente dentro de múltiples contextos (lingüísticos, psicológicos, políticos, económicos, laborales,...) y sentaron sus bases más complejas en la sociedad industrial.

Los contenidos y naturaleza de los procesos de socialización son vitales para la adaptación exitosa en el mundo. De esta forma, los atributos de género son una creación social dependientes del tiempo y el espacio. No surgen en el vacío, sino a través de múltiples mecanismos (quasi)conscientes entre los grupos sociales y que sirven a unos efectos de dominación y control social. A lo largo de la historia universal el problema de las diferencias de sexo se ha analizado bajo el prisma del varón, dentro del llamado *modelo androcéntrico*, definido erróneamente como ideal al que debe tender todo ser humano. En consonancia con el análisis antropológico cultural emprendido por Lagarde (1998), la cultura dominante privilegia las acciones y hechos masculinos legitimando el *patriarcalismo* y rechazando las aportaciones de las mujeres en la vida social. Los valores, actitudes, pensamientos, creencias y habilidades adquiridas en el ámbito sociolaboral son intercambiadas e influyen sobre otros comportamientos y actitudes del ámbito familiar y viceversa. Cuando estas adquisiciones se consolidan, pueden ser generadores de psicopatologías y problemas individuales que dificulten enormemente la interacción social. De esta manera, la educación de género recibida predispone en hombres y mujeres un modo específico y diferencial de comportarse tanto en público como en las relaciones

privadas que, en ciertos casos, podría inducir o mantener enfermedades psicopatológicas. Consideramos que una educación excesivamente pasiva o impositiva es caldo de cultivo para la génesis de trastornos vinculados a las relaciones sexuales por déficit y superávit respectivamente. El caso que presentamos hoy trata de constatar esta propuesta en una mujer que padece de trastorno por aversión al sexo.

Presentación del caso

Mujer de 30 años –a la que llamaremos MLR- que acude a consulta en 2003 tras mostrar sintomatología depresógena, fuerte indecisión ante las relaciones con el sexo opuesto y miedos ansiógenos. El desencadenante de este cuadro es situado por la paciente en una reciente ruptura escalonada con la única pareja estable hasta la fecha, cuya relación duró 8 años. La edad de inicio de la paciente en su relación – 22 años-, el hecho de ser el único varón conocido y el dato crucial de no haber mantenido nunca relaciones sexuales completas, aconsejaron una anamnesia más individual que relacional.

Como antecedentes importantes, podemos destacar la procedencia de MLR de familia numerosa (penúltima de 3 hermanos y 1 hermana), crianza en entorno rural con marcado carácter tradicional, padre con antecedentes de consumo abusivo de alcohol y tabaco en relación anómica con una madre dominante, diabética, con incipientes problemas de impulsividad y tendente a enfermar (quistes). En el momento de la consulta, la paciente ha abandonado estudios –posee Graduado Escolar- y trabaja –como la mayoría de hermanos- de limpiadora y/o camarera en varios negocios de la familia ubicada en el sector de la restauración. La diferencia de 16 años de edad entre su hermano mayor -rector de los negocios- y MLR permite una relación paterno-filial mayor que con su propio padre.

Resultados de las pruebas iniciales

MLR es una joven emocionalmente infantil, temperamental lábil y de fuertes creencias contradictorias. Se produce en ella una lucha constante entre el deseo de actuar en su entorno y las escasas opciones de desarrollo personal de su entorno rural posibilitando ello el conflicto intra-rol. Presenta cuadro ansioso-depresivo en remisión (PD=25, Escala de Beck) con llanto, ira, fallos cognoscitivos, culpabilidad, anorexia, agitación e irritabilidad. Esta sintomatología se circunscribe a estímulos procedentes de situaciones interpersonales íntimas que se vivencian con fuerte estrés. Bajo control emocional en situaciones de tensión, muy pobre autoestima en el área emocional (PC=5, AF5), y pobre en la físico-deportiva (PC=25), académico-laboral (PC=25) y familiar

(PC=35). En lo físico, se atisba un interés por llamar la atención pero con timidez ya que se autopercebe obesa pese a alcanzar un índice Q de 16,8. Su personalidad se describe en términos de sensibilidad, sociabilidad, labilidad afectiva, impulsividad, sensualidad, y se encuadra pues en la intersección extrovertida - inestable (Colérica, EPQ-A) con niveles moderadamente altos de neuroticismo (PC=72, PNP) y ausencia de pensamientos paranoides (PC=65) o psicopáticos (PC=55) relevantes.

La sintomatología física relatada (mareo, nudo en la garganta, angustia,...) parecen indicar temor genérico de no estar al mando o de quedar sola en el camino. Asimismo, destaca un fuerte sentimiento de autoculpa que desplaza a las figuras masculinas y queda convertido en rabia y resistencia a perdonar. Existe bloqueo conductual en relaciones coitales de naturaleza egodistónica con sensación tensa de asco e incertidumbre hacia el sexo y que va generalizando a otros estímulos sexuales menos comprometedores. En sesiones de relajación, muestra mayor tensión en la cara y de cintura para abajo (especialmente, piernas y rodillas).

Ante el conjunto de síntomas presentados y observados se diagnostica finalmente un *F52.10 trastorno por aversión al sexo* (DSM-IV 302.79) concomitante a un *F43.22 trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo deprimido, agudo* (DSM-IV 309.28), actualmente en remisión (A.P.A., 2002).

Abordaje terapéutico

Las pruebas orientaron la psicoterapia a resolver el trastorno como más situacional que global aunque la ruptura reciente de la pareja impidió una terapia conjunta (Crenshaw, 1985; Farré Martí y Lasheras Pérez, 2000). En ningún momento de los meses de terapia la paciente estuvo en tratamiento médico-farmacológico en relación con el trastorno que nos ocupa. Se estableció una doble intervención en las áreas emocional y psicosexual de forma que ayude a MLR a superar la pérdida de la pareja y, sobre todo, a esclarecer la actitud de aversión hacia las prácticas sexuales. Se optó por un abordaje cognitivo-conductual (desensibilización sistemática de estímulos sexuales, terapia racional-emotiva) y psicoanalítico conjuntamente y, dado que al tercer mes de tratamiento la paciente mostró mejoras significativas en lo emocional, se incluyó un programa de re-educación psicosexual (*ver* Masters, Johnson y Kolodny, 1986; Montgomery, 1994). Los nuevos aprendizajes se centraron en aspectos tales como la identidad de género, los estereotipos sexuales, las relaciones de poder, el derecho al placer, la autonomía y las habilidades sociales.

Etiología descriptiva¹

Presión social, socialización y educación de género

La vida social de MLR ha estado inmersa en una cultura machista tradicional, minimizadora del papel social de la mujer y por ende, tendente a ignorar las necesidades particulares. Su posición en la empresa familiar es claramente subordinada y relacionada con tareas típicamente femeninas (limpieza, servicio). La actitud del hermano mayor ha intensificado la pasividad vivencial de la paciente actuando con sobreprotección sobre ella y, al hacerlo, limitando sus opciones de libertad y dominio ambiental. Poco a poco, la paciente ha quedado condicionada a las expectativas ajenas abandonando proyectos de formación y trabajo personales (ej. abandona estudios de peluquería). En el hogar, el trato es similar con asignación por parte de los hermanos varones de la responsabilidad de cuidar, limpiar la casa y atender las demandas y cuidados de los padres. Esta asignación diferencial consume los años de MLR en una rueda de actividades de servicio hacia los demás con la única esperanza de salir del hogar de la mano de un varón (como hiciera la hermana mayor en una relación que posteriormente resultó infructuosa). Además, el hogar disnómico muestra modelos intercambiados en los que la madre domina con agresividad a un padre consumido por el alcohol y débil de carácter. La paciente choca temperamentalmente con su madre primero por sus ideas tradicionales y luego por el trato diferencial en el hogar. Con el padre, relata historias de complicidad emocional a espaldas de los demás. Las sesiones también permiten intuir la existencia de interacciones físico-afectivas muy permisivas en casa con roces y desnudos que podrían haber estado fuera de lugar unido a una educación sexual prácticamente inexistente.

La pérdida de autoproyectos se hace más patente ante la presión del pueblo de tener pareja para evitar malos comentarios. De esta forma, la paciente inicia relación con un chico a los 22 años y que, en el fondo, no desea. En esta situación, y como apuntan Reissing, Laliberté y Davis, (2005), se lucha por mantener la libertad dentro de un escenario limitado y que poco a poco describe un guión social que es común a todos: salir, besar, tener sexo, casarse, tener hijos, etc. La inmadurez en lo sexual es absoluta y se mezclan actitudes infantiles y superficiales con la pareja que desea un contacto más profundo. Las ideas sobre el sexo reflejan con fuerza la posición dicotómica de MLR.

¹ En la práctica habitual, el establecimiento de un diagnóstico no distingue con claridad entre fases de psicodiagnóstico y psicoterapia. Por el contrario y desde un principio, el abordaje terapéutico es una realidad palpable ofreciendo al paciente orientaciones y mensajes sanadores que anticipan las intervenciones más específicas. Cuanto más se conoce al paciente, más precisión es el impacto de la terapia que se propone progresivamente. Distinguir ambas fases conlleva una finalidad más didáctica que real. Las siguientes páginas dan fe de la evolución de las sesiones dentro de este sentido.

Así, mantiene actitudes positivas hacia la virginidad y el romanticismo, y negativas hacia el machismo y la masturbación (o cualquier sentido placentero en el sexo), aunque carece de argumentos sólidos para defender alguna de ellas.

La pérdida de autonomía y desarrollo personal generan en la paciente sentimientos encontrados de rabia que sin embargo chocan con la posición sumisa y ninguneada propia de su identidad de género. Ella desea inconscientemente librarse de su identidad de género pero no sabe cómo. Además, su apego familiar y social le impide enfrentarse a lo que le rodea más aún cuando la edad óptima para la formación y la independencia futura está pasada y toca “ganar dinero, pareja e hijos” (Erikson, 1980; Parsons, 1959). En los compromisos que va creando, se detecta un miedo profundo a “perder el control” y quedar dominada por otros pese a necesitar de los demás. En este sentido, resultan muy ilustrativos los relatos oníricos de la paciente:

“Fue extraño, vi como compraba un traje para ir a una boda. Era un sitio que nunca había estado. Me compre el traje, era raso y de color crudo, no se quien se casaba.”: probablemente, el traje es un símbolo de la identidad de género adquirida, el rol impuesto sobre la mujer de buscar y consolidar pareja, un lugar desconocido por la paciente;

“Mas tarde hubo una persecución y yo tuve miedo de no recuperar el traje...”: perder el traje es sinónimo de ganar la libertad con el miedo que ello conlleva y también de ser perseguido por las normas de la sociedad tradicional;

“...al llegar a casa el traje era mucho mas bonito que el que yo había elegido y me pregunte que yo no me lo podía poner porque yo no me casaba...era casi igual que el de una novia”; su identidad como mujer es imperfecta y ella teme pues no dar suficientemente la talla para ocupar el puesto de mujer en sociedad.

En resumen, considera que como no sigue las directrices sociales prescritas para las mujeres, se quedara sin boda y no se casara. Llama la atención el hecho de que el traje se perciba más bonito dentro que fuera del hogar precisamente donde las relaciones afectivas están más aseguradas.

Identidad de género y trastorno por aversión al sexo

La personalidad amistosa y extrovertida de MLR es un patrón conductual protector que atenúa la ansiedad y garantiza la interacción con los demás y, en especial, con los del sexo opuesto sin llegar

a intimar. El miedo al sexo es producto de una fuerte reacción a la pose social de pasividad asociada a la mujer y a las creencias tradicionales. Su rechazo es temporal pues se ve forzada a apoyar muchas de las teorías arcaicas de su entorno (ej. la “fe en las estadísticas” según la cual hay seguir la voluntad de la mayoría por razones de frecuencia o incidencia social). El mayor reto es el coito, que se percibe con miedo y, al mismo, tiempo asco. La paciente experimenta esta sensación en todos los hombres en los que se ha fijado y es excusa inconsciente para frenar una posible relación socialmente forzada. De cualquier forma, la elección correcta esta condicionada al mantenimiento de unas relaciones inmaduras en las que se teme perder el control y probablemente rememora el remordimiento de unas relaciones de atracción al padre y aversión a la madre tal y como denuncia la prueba de Fábulas de Düss:

- (Fábula del paseo) *“La madre estaría celosa por haberse ido –la hija- con el padre, se ha visto al margen de ellos dos”.*
- (Fábula del aniversario del matrimonio) La niña *“tiene un problema hacia sus padres y no es capaz de decirlo, es que no le apetece...hay padres que no dan confianza...”.*

La educación de género tradicional es una forma de castración de la mujer, un complejo de Electra transmitido desde la sociedad. MLR describe como frases incapacitantes dichas por la pareja durante el coito las referidas a: *“Tu sabes lo que va a pasar”*, *“Estoy al mando”*, *“No te debe gustar”*, etc. Al mismo tiempo, la paciente está convencida de que nunca será una buena amante, muestra miedos a crecer y ser mujer, y a que le hagan daño².

En resumen, en la paciente confluyen pues los siguientes hechos que predispusieron el trastorno de forma muy significativa:

- *Personalidad en construcción.* Cierta protección familiar y dependencia afectiva han impedido un correcto proceso madurativo de la personalidad con retrasos en el acceso tardío o equivocado a experiencias vivenciales.
- *Inadaptación al rol sexual.* Dificultades para adoptar las expectativas asociadas al rol sexual femenino por incompatibilidad no resuelta entre creencias y experiencias personales, y entorno socio-cultural de infancia. Orientación sexual, aunque inhibida, coherentemente definida.

² En este punto, se intuye la existencia de hechos traumatizantes en la familia, en especial la relación erótico-afectiva con el padre y entre los padres, que precipitaran la aversión al sexo. Por las características de la paciente y condicionantes familiares, se optó por no adentrarse en ellas toda vez que la terapia inicial empezaba a ser muy positiva.

- *Problemas de interrelación con el otro sexo.* La percepción del varón es extremista y dicotómica. Se realiza en términos positivos cuando la relación es de profunda amistad y confianza. La mayor de las veces, se le percibe amenazante, con intenciones perversas, de dominación y/o lujuriosas. Prefiere quedarse siempre en un plano de relación superficial donde su autoestima se encuentra a gusto y no comprometida. La evaluación del otro es constante y se aprecia como un ataque personal.
- *Interpretación ansílogena y neurótica.* Percepción de inseguridad, recelo y nerviosismo ante situaciones de interrelación social e interpersonal, especialmente en relación con el sexo que bloquean la acción y el pensamiento adaptativo. Una experiencia traumática infantil podría ser la causante de estos síntomas.
- *Huida inconsciente de la realidad.* Se percata una fuerte influencia educativa en torno a la visión tradicional de la mujer (pasividad, baja autoestima, sumisión al varón, resignación, vida programada...) que rechaza inconscientemente apartándose de las pautas de conducta de sus iguales. La ruptura con el mundo femenino (tradicional) unida a la infravaloración personal ante los varones le lleva a vivir el presente desorganizadamente, postergando metas y objetivos, en actitud inconstante, impuntual, caprichosa e ingenua. Su deseo de independencia socio-cultural choca sin embargo con su baja inclinación al mundo intelectual-profesional que la deja en un estado de estancamiento estresante.

Evolución y resolución del caso

Después de algo más de 1 año de sesiones semanales, la paciente muestra una evolución satisfactoria teniendo en cuenta que la problemática en cuestión supone modificar actitudes y patrones mentales profundamente arraigados en la personalidad. Efectivamente, se muestra más segura con mejora de la autoestima en general y, especialmente, corporal. El programa de re-educación psicosexual fue decisivo para la génesis de una identidad sexual óptima que favorezca el mantenimiento de relaciones interpersonales y sexuales equitativas y de respeto mutuo. Em concreto, el 67% de los estímulos sexuales trabajados en la desensibilización y demás abordajes cognitivo-conductuales han dejado de generar ansiedad y perdura el 32% del miedo en las situaciones o hechos más extremos o culturalmente-dependientes (acoso, penetración anal, sexo oral, incesto, etc.). Las situaciones familiar y laboral no han variados en la línea trabajada pero sin duda se atisba un cambio de actitud muy positivo ante la defensa de intereses personales y la

búsqueda de alternativas laborales. Sin embargo, la postergación de cambios significativos en estas áreas retrasa su independencia de forma anómala y, en espera de la pareja liberadora, se acomoda en la pasividad que le sigue forzando la edad social que ostenta (36 años). Recientes contactos con MLR permiten confirmar además que desde 2006 mantiene relación afectivo-sexual plenamente satisfactoria con una nueva pareja dentro de la cual ella es más consciente para reclamar y hacer valer sus sentimientos y pareceres ante una posible vida en común.

Referencias bibliográficas

- A.P.A. (American Psychiatric Association). DSM-IV-TR. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Barcelona: Masson, S.A.
- Crenshaw, T. (1985). The sexual aversion syndrome. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 11(4), 157-179.
- Erikson, E.H. (1980). *Identity and the life cycle*. Nueva York: Norton.
- Farré Martí J.M. (coord.) (2005) Disfunción sexual no orgánica. En Soler Insa PA y Gascón J. RTM-III, Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. *Ars Medica*. 3ª ed.
- Farré Martí, J.M y Lasheras Pérez G, (2000). Disfunciones sexuales de origen no orgánico. En Barcia Salorio D. (2000). *Trastornos femeninos. Tratado de psiquiatría*. Arán, 1ª ed..
- Lagarde, M. (1998). *Identidad genérica y feminismo*. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer.
- Masters, W., Johnson, V. y Kolodny, R. (1986). Intimacy and Communication Skills. In (Ed.), *Masters and Johnson on Sex and Human Loving* (3rd ed., p. 233). Boston: Little, Brown & Company.
- Montgomery, B. M. (1994). Communication in close relationships. In A. L. Weber & J. H. Harvey (Eds.), *Perspectives on close relationships* (1st ed., pp. 67-86). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Nicholson, L. (1995). Interpreting gender. En L. Nicholson y S. Seidman (eds.) *Social postmodernism: Beyond identity politics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Oscá, A. y López-Sáez, M. (1994). Desarrollo De Carrera y Género. Factores Que Influyen En Las Diferencias Entre Hombres y Mujeres. *Psicología Del Trabajo y De Las Organizaciones*, 28 (10), 73-85.
- Parsons, T. (1959). The Social Structure of The Family. En R. Anshen (Comp), *The Family: Its Function and Destiny*. Nueva York: Harper and Row.
- Reissing, E., Laliberté, G.M. & Davis, H.J (2005). Young women's sexual adjustment: The role of sexual self-schema, sexual self efficacy, sexual aversion and body attitudes. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 14, 63-75.
- Rubin, G. (1975). The traffic in women: notes on the political economy of sex. En R. Reitner (ed.). *Toward an anthropology of women*. Nueva York: Montly Review Press.
- Scott, J. (1988). *Gender and the politics of history*. Nueva York: Columbia University Press.