

**AMERICAN JOURNAL OF MEDICINE. Edición española.**

***Beneficios neurofisiológicos del bondage en decúbito supino sobre escabel*  
Lorenzo Mediano, M.D., y col.**

Los efectos neurofisiológicos y psicoterapéuticos del bondage ya fueron estudiados por el Dr. Marañón en su libro *“Bondage en los prostíbulos franceses y patología asociada”*, obra de referencia que marca un antes y un después en la literatura científica sobre el bondage; aunque también hemos de mencionar al Dr. Chaussure, insigne precursor del bondage científico, que ya en el año 1.874 publicaba *“Le bondage parissienne et l orgasme masculine”* y, en el año 1890, *“Thérapeutique de la frigidity femmine par le bondage”*.

Sin embargo, observamos una preocupante falta de publicaciones médicas generales acerca del bondage sobre escabel, tal vez debido a que esta práctica se encuentra muy alejada de la terapéutica occidental. Sólo el Dr. Hizuki, de la Universidad de Kyoto, ha publicado un artículo que haga referencia a tan útil terapia: “ [Efectos del bondage sobre escabel en las disfunciones sexuales del ama de casa] *Kyoto Therapeutics Journal*, marzo 1.988).

Alentados por esta falta de investigaciones, el autor y varios becarios de distintos sexos, (siete, para ser exactos), emprendimos una serie de experimentos para dilucidar varias cuestiones de interés en la práctica diaria. En particular, deseábamos comprobar si el bondage en decúbito supino sobre escabel es o no más eficaz para la curación de la anorgasmia (femenina o masculina) que el clásico bondage en decúbito supino sobre lecho matrimonial.

En primer lugar, comenzamos por realizar estudios sobre los distintos tipos de escabeles que existen en el mercado y su idoneidad para el bondage. Medimos los distintos escabeles disponibles y los sometimos a diferentes controles. Tras innumerables pruebas, dedujimos que los mejores escabeles eran los asientos utilizados para tocar el piano; sin embargo, por su alto coste sólo es realista pensar en su utilización dentro de un centro hospitalario privado y nunca -o casi nunca- en el tratamiento a domicilio. Una alternativa más barata y más al alcance de los Sistemas de Salud Públicos consiste en utilizar reposapiés alargados, siempre y cuando consten de un acolchado suficiente y cuatro patas. Respecto a las proporciones de dichos escabeles, su altura y anchura no son demasiado importantes, pero la longitud ha de ser similar a la distancia entre la zona sacrocoxígea y las cervicales del paciente, por motivos fisiopsicológicos que más tarde explicaremos.

Los materiales con los que realizar el bondage fueron sometidos a pruebas cuidadosas, por su evidente influencia en la eficacia del tratamiento. Las vendas esterilizadas fueron rechazadas por los pacientes, a pesar de la higiene que conllevan, pues se quejaban de que su tacto y aspecto visual no eran atractivos. Las cadenas y esposas, en cambio, fueron muy apreciadas sin que importase su frialdad, ya que a los efectos psicofisiológicos del bondage se sumaban los del esclavismo. Sin embargo, los problemas que tendría un Sistema Público de Salud para proveerse de las suficientes cadenas y esposas nos hicieron desechar esta opción, que consideramos ha de reservarse para clínicas especializadas o centros de investigación avanzados.

Nuestros experimentos demostraron que dos eran los materiales más idóneos para el bondage: Las cuerdas de cáñamo (*cannabis sativa L.*) de grosor intermedio y los pañuelos alargados denominados comúnmente “fulares”. La aspereza de las cuerdas de cáñamo les confiere cualidades táctiles muy apreciadas por algunos pacientes con tendencias ligeramente masoquistas, pero, en cambio, los fulares -en apariencia sofisticados y suaves- son más adecuados para pacientes poco expertos que pueden considerar al bondage como una amenaza o incluso una perversión.

El procedimiento del bondage en decúbito supino sobre escabel es el siguiente: Tómese al paciente (del sexo que sea) y desnúdele. Puede conservar collares, pendientes, pulseras y cualquier otro aditamento ornamental. Túmbesele en decúbito supino sobre el escabel -si no comprendiera esta orden, dígamele “boca arriba”-, de manera que su cuello y cabeza sobresalgan en el aire. Con el material elegido, se le atan muy corto los codos y los tobillos a las patas del escabel, de forma que cada extremidad quede unida a una pata; a continuación, se atan las muñecas a los tobillos, quedando de esta forma el paciente inmovilizado y listo para el tratamiento. Si se realiza de forma adecuada, sólo la espalda se apoya en la superficie del escabel, formando muslos, tórax y abdomen un ligero arco hacia arriba.

Se ha discutido mucho si se han de vendar los ojos durante el bondage. Son de esta opinión los doctores Haffmann, Hassembergl y la doctora Shuberl, del Hospital Universitario de Munich. Defienden que de esta manera el paciente no se distrae del tratamiento y puede concentrarse en sus sensaciones propioceptivas. Sin discutir dicha interpretación, la doctora González, de la Universidad Pontificia de Salamanca, interpreta que para el paciente es estimulante la contemplación de su cuerpo atado y que él mismo -o ella misma- se autorregulará y cerrará los ojos cuando lo necesite (Dra. González, *“Apertura ocular durante el bondage y su relación con la intensidad orgásmica”*. Salamanca, 1994). No queriendo entrar en esta polémica, durante nuestro estudio hemos vendado los ojos al 50% de los sujetos (y sujetas).

Tampoco está claro si amordazar o no al paciente. En los hospitales que no cuenten con aislamiento acústico, resulta imprescindible, pues los sonidos podrían molestar a otros enfermos. También es aconsejable en el tratamiento domiciliario, en especial de amas de casa cuyos gemidos podrían ser malinterpretados por vecinos o incluso otros miembros de la familia que no estuviesen al corriente de la terapia. Sin embargo, ciertos pacientes encuentran un placer morboso al suplicar en voz alta, aun sabiendo que no van a ser obedecidos (o quizás precisamente por eso).

Repasemos los fundamentos psicofisiológicos comunes al bondage en decúbito supino, sea sobre lecho matrimonial o sobre escabel, para luego estudiar sus diferencias:

Desde tiempos inmemoriales, las profesionales del sexo más sofisticadas conocen de forma empírica la eficacia del bondage, aunque sólo en los últimos dos siglos se ha descifrado su mecanismo de actuación.

En primer lugar, en el plano psicológico, se produce una indefensión absoluta que los sujetos consideran muy placentera. La Dra. Catherine James, de Princeton, aventura que se produce una regresión a estados infantiles del lactante, aunque esta interpretación no es compartida por todos (Dra. James, *“Infantil regressions during bondage”*, Princeton, 1.998). En cualquier caso, el paciente se siente relevado de cualquier obligación de proporcionar placer a su pareja, lo cual le permite concentrarse en su propio cuerpo y satisfacción.

En el aspecto físico, los estremecimientos y espasmos propios del placer sexual se encuentran obstaculizados durante el bondage por las ligaduras, lo cual, a su vez, incrementa el placer, creándose un círculo de retroalimentación positiva que eleva el goce hasta límites insospechados (*“Positive feed-back pleasure during bondage”*, Dr. Johnson and col., Cambridge, 2003). A esto hemos de añadir la absoluta imposibilidad de acelerar o retrasar el placer, ni siquiera mediante insinuaciones, lo cual permite al médico dosificar el ritmo y frecuencia de los orgasmos según la finalidad terapéutica deseada. Llega a ser enloquecedor para el/la paciente.

Veamos ahora las principales diferencias entre el bondage en decúbito supino sobre lecho matrimonial y sobre escabel. En el bondage sobre lecho matrimonial, se ata al paciente (o a la paciente) sobre la cama, de manera que forme una “X”. Los lechos clásicos, ya diseñados para ello, contaban con unos barrotes especialmente adecuados para atar muñecas y tobillos; por

desgracia, los actuales diseñadores de tálamos nupciales han ido olvidando estas antiguas tradiciones y las cabeceras de cama lisas dificultan dicha práctica. Sin embargo, siempre se pueden emplear las patas del lecho, aunque sea menos elegante y más incómodo.

La principal ventaja del bondage sobre lecho matrimonial consiste en que las piernas del o de la paciente permanecen abiertas, facilitando en acceso manual, digital o bucal a la zona del perineo. Las pacientes hembras también identifican la imposibilidad de cerrar las piernas con la imposibilidad de negar al varón acceso a su cuerpo, lo cual, una vez superados algunos prejuicios progresistas, es experimentado como muy femenino y satisfactorio. Sin embargo, hemos de señalar un inconveniente: permite cierta movilidad de la cadera que concede al paciente una ligera capacidad de actuar, lo cual contradice los principios básicos del bondage. En el bondage sobre escabel, en cambio, esta mínima capacidad de actuar se ve eliminada. Las caderas, proyectadas hacia delante, apenas pueden estremecerse. El choque entre el impulso básico al balanceo pelviano y su imposibilidad, origina un incremento del placer sexual y de la frecuencia e intensidad orgásmica.

En el bondage sobre lecho, la parte anterior del cuerpo se expone indefensa. Pero en el bondage sobre escabel, no sólo se expone, sino que se curva hacia delante. Pechos, abdomen y genitales se muestran en un arco de tensión imposible de relajar. Una paciente, con expresión afortunada, dijo: “Es como si estuviese doblemente desnuda”.

Un beneficio específico del bondage sobre escabel es causado por la cabeza, que cuelga hacia atrás y hacia abajo. Desde siempre es conocido el efecto de la congestión sanguínea del cerebro sobre la intensidad del orgasmo; disponemos de abundante documentación científica sobre el tema, en especial tras los estudios de los doctores Kochmann y Kassel que lo relacionan con el bondage sobre escabel (Kochmann y Kassel, “*KaputtSeksKongestion und eskabelbondage*”, *Dusserldoff*, 1985). Entre los métodos que aumentan el placer orgásmico mediante la congestión cerebral, los más habituales son el coito con la cabeza baja y el coito con semiestrangulamiento (peligroso éste último y que sólo debería ser aplicado por médicos especialistas). El bondage sobre escabel, en cambio, aúna las ventajas de la congestión cerebral con las del bondage clásico. Sin embargo, recordemos que el uso de la congestión cerebral está contraindicada en los casos de hipertensión arterial, hipercolesteronemia idiopática o adquirida, arterioesclerosis o edad avanzada; en estos pacientes utilizaremos como primera indicación el bondage clásico sobre lecho.

El procedimiento del bondage sobre escabel es parecido al del bondage tradicional: una vez situado al paciente en la posición requerida, se estimulan sus zonas erógenas de forma manual, bucal, lingual o mediante distintos instrumentos (plumas, pinceles, tijeras, líquidos fríos o calientes...). Cuando los signos fisiológicos evidencian que la excitación alcanzada es suficiente, el terapeuta puede concentrarse entonces en la zona genital. Los médicos sin mucha experiencia clínica, encontrarán muy útil el test de Coombset, que puntúa los distintos signos (p.ej: erección areolar, un punto; segregación de las glándulas de Bartolino en la mujer o erección en el hombre, dos puntos; jadeo incontrolado, tres puntos...). Sumando los puntos totales observados, el terapeuta puede deducir sin dificultad el grado de excitación de su paciente (cf. Richard Coombset, “*A simple test of sexual engagement*”, *Minnesota*, 1978).

Como es evidente, a partir de aquí las características de hombres y mujeres son distintas y obligan a individualizar el tratamiento. En general, a los varones hay que llevarlos al borde del orgasmo tantas veces como se pueda, pero sin alcanzarlo hasta el último momento. En las mujeres, en cambio, es conveniente que alcancen el clímax tan repetidamente como sea posible. En nuestros estudios, hemos encontrado que, mediante el bondage sobre escabel, las pacientes orgasmaban una media de diez coma siete veces (tamaño de la muestra: ciento seis mujeres de

raza blanca entre veinte y cuarenta y cinco años de clase media. Datos estadísticos: media, 10,7 veces; mediana, 9 veces; desviación típica: 2,3 orgasmos). En general, un terapeuta experto hará orgasmar a su paciente femenina hasta que ésta no pueda resistir más (test de Coombs igual o superior a veinte); entonces, puesto que ella no podrá impedirlo, se le lleva al clímax tres o cuatro veces por añadidura. En caso de sobredosis, no es raro que se produzcan desvanecimientos en algunas pacientes. Se interrumpirá el tratamiento de inmediato, se tumbará de lado el escabel para que la lengua no obstruya la laringe y se le desatará; se tomará nota de su puntuación en el test de Coombs y en siguientes sesiones se procurará quedar por debajo de la puntuación obtenida.

Algunos detractores que no citaremos (porque no se lo merecen y, además, les dieron el título de médico

en una tómbola), critican el bondage y menosprecian su potencial terapéutico. Por ejemplo, dicen que no permite el coito si la paciente es femenina. Evidentemente, el paciente masculino puede ser violado por su terapeuta femenina de la forma y manera que ésta desee. Pero ¿y las pacientes femeninas? ¿Acaso las olvidamos? ¿No tienen los mismos derechos a ser violadas? La solución es simple: basta desatarles las piernas para poder penetrarlas, sea cual sea el bondage elegido. Se argumentará que entonces ya no es bondage, puesto que pueden moverse y colaborar; pero nuestra experiencia clínica nos demuestra que basta con mantener atados los brazos durante el coito para que se mantengan la mayoría de los beneficios del bondage, por mucho que ciertos puristas no estén de acuerdo.

Otra de las injustificadas críticas al bondage sobre escabel: los terapeutas no disfrutan. Falsedad ignominiosa. Cualquier terapeuta con un mínimo de experiencia sabe cuán excitante es un cuerpo femenino con el abdomen terso, los pechos levantados, el sexo rendido a cualquier caricia, la boca entreabierta y echada hacia atrás; un cuerpo masculino no lo es menos: además de todo lo anteriormente explicado, el pene se yergue indefenso e invitador. Y la boca y lengua del paciente no tienen por qué permanecer quietas durante todo el tratamiento. Además, en una sesión posterior, no existe ningún obstáculo para intercambiar los papeles.

Otra de las objeciones al bondage: no sirve para curar la anorgasmia anal, tan extendida en ambos sexos que adquiere características de plaga, según reconoce la Organización Mundial de la Salud (*Anal anorgasmia: a plague of today. O.M.S. bulletin, marzo 1992*). Admitimos que el bondage en decúbito supino no permite que el terapeuta acceda al ano, sea cual sea la variedad elegida; pero el bondage sobre escabel en decúbito prono -boca abajo- soluciona este inconveniente; es más, aunque todavía no contamos con estudios que lo demuestren, nos atreveríamos a aventurar que el bondage en decúbito prono sobre escabel es la solución idónea para curar la anorgasmia anal y que si se contasen con suficientes fondos para comprar escabeles y formar terapeutas, la anorgasmia anal sólo subsistiría en remotas y marginales zonas del mundo subdesarrollado (*Erradicación de la anorgasmia anal: ¿un sueño imposible? Lorenzo Mediano y cols, Investigaciones diocesanas, 2004*).

En resumen: a pesar de ciertas contraindicaciones menores, el bondage sobre escabel constituye una herramienta terapéutica de primer orden que no debería ser ignorada por ningún médico general ni por ningún Sistema de Salud.

*Nuestro agradecimiento por su colaboración al elaborar este artículo:*

*Société Générale du bondage et du sadomasoquisme (Paris)*

*Royal Society of bondage studies (Londres)*

*Eskabelbondagebundestag (Berlín)*

*Lovers of bondage and ropes (San Francisco)*

*[Asociación de Geishas](Tokyo)*

*Sociedad española de bondagelología (Zaragoza)*