18º CONGRESO LATINOAMERICANO
SEXOLOGÍA Y EDUCACIÓN SEXUAL

CLASES2016
MADRID

Libro de resúmenes

Universidad Nacional de Educación a Distancia.
Madrid, 28, 29 y 30 de sept. y 1 de oct. de 2016

Organizado por:

FLASSES · UNED Facultad de Psicología · Programa modular de formación en SALUD SEXUAL · ESPILL PSICOLOGÍA I SEXOLOGÍA · Asociación de Especialistas en Sexología · Fundación Uned

Auspician: WAS · Academia Española de Sexología y Medicina Sexual · ASESA · Federación Española de Sociedades de Sexología · AISM IAMS

Colaboran: Centro virtual de PSICOLOGÍA · Especialización en Atención psicológica por Videoconferencia

www.uned.es/saludsexual saludsexual@psi.uned.es

CONTENIDOS

Presentación ……..... 5

Bienvenida de la presidenta de honor…….. 7

El desarrollo de la sexología en los países latinoamericanos……. 9

Bienvenida de los presidentes del comité científico……..… 11

Comités ……..... 13

Conferencias……..…… 17

Simposios…….……. 21

Mesas redondas…….……...…… 55

Mesas de Comunicaciones libres……..…… 91

Poster…… 131

Video comunicaciones……. 163

Presentación de libros…….. 199

PRESENTACIÓN

En este volumen, además de las palabras de bienvenida de los presidentes del Congreso y del Comité científico, presentamos los resúmenes de las diversas contrubuciones que los participantes presentan en este Congreso.

Hemos organizado el contenido en los apartados siguientes:

- Conferencias plenarias
- Simposios
- Mesas redondas
- Comunicaciones libres
- Poster
- Videopresentaciones
- Presentación de libros

Los textos se presentan tal y como fueron enviados por sus autores, habiéndose realizado solamente una edición formal (espaciado, tipo de letra y corrección de erratas evidentes).

Está previsto que muchos de los contenidos del congreso se mantengan accesibles a través de internet en el "congreso virtual", que se alojará en:

www.uned.es/saludsexual/clases2016madrid

En este espacio se podrán encontrar grabaciones de algunas actividades y resúmenes de contribuciones (simposios, mesas redondas, comunicaciones libres, poster y video comunicaciones). Tambien se podrá descargar gratuitamente el libro: "Sexología positiva: placer, salud y bienestar", que incluye una selección de contribuciones en formato artículo completo del trabajo presentado.

BIENVENIDA DE LA PRESIDENTA DE HONOR

María Pérez Conchillo
Presidente de Honor Congreso (España)
mpezez@espill.org

Querida Comunidad Sexológica Iberoamericana:

Bienvenidos al congreso bianual (18 CLASES) de la Federación Latinoamericana de Sexología y Educación Sexual (FLASSES), estamos cerca de celebrar cuarenta años de encuentros que han supuesto una contribución esencial para la salud sexual y los derechos sexuales.

En este evento vamos a contar con la presencia de destacados miembros de la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS) y de su presidente, ya que la WAS ha escogido este congreso para celebrar su reunión anual. Los vínculos de FLASSES y WAS son muy estrechos y largos en el tiempo, destacados miembros de nuestra federación han formado parte de los comités ejecutivos de WAS, incluida la presidencia y también miembros de FLASSES han sido distinguidos con la medalla de honor de dicha asociación.

El título elegido para el congreso: Sexología Positiva. Placer, Salud y Bienestar no es casual, la defensa de los Derechos Sexuales, incluido el placer sexual ha sido una constante para nuestra Federación. La primera Declaración de Derechos Sexuales se hizo en 13º Congreso Mundial de WAS, organizado por FLASSES. Por otro lado, en el Programa de Formación en Salud Sexual de la Universidad Nacional de Educación a distancia (UNED) Sexología Positiva, Placer, Bienestar son referentes continuos. Parafraseando al profesor López de la Llave, Director del Programa y Presidente del Comité Organizador del Congreso, no debemos limitarnos a señalar el carácter integral de la sexología (que

incluye aspectos biológicos, psicológicos, sociales, relacionales), también resulta fundamental definirla en función del objetivo que se busca: la salud, el placer y el bienestar de las personas. Por lo que hemos querido destacar el carácter positivo de la sexología como disciplina científica que tiene como fin promover el bienestar y el placer en las personas.

Esperamos que disfrutéis de este encuentro que hemos organizado con toda la dedicación y el cariño. Con el deseo de que sigamos reuniéndonos en torno a FLASSES para seguir promoviendo los Derechos Sexuales y la Salud Sexual.

Dra. María Pérez Conchillo

Presidenta de Honor

EL DESARROLLO DE LA SEXOLOGÍA EN LOS PAÍSES LATINOAMERICANOS

Felipe Hurtado Murillo.
Presidente del Congreso (España)
felipehurtadomurillo@gmail.com

Durante los últimos 50 años se han dado importantes cambios culturales y políticos que han permitido el desarrollo y la diversificación de la sexología en los diferentes países de América Latina.

Los inicios fueron con políticas de fomento de la educación sexual y el asesoramiento en planificación familiar. Después aparecieron las aproximaciones que miraban la función sexual femenina y sus alteraciones, continuó con el interés por el tratamiento de la disfunción eréctil y finalmente el desarrollo de los derechos sexuales.

El primer desarrollo de la sexología en latinoamérica estuvo relacionado con los movimientos culturales de liberación sexual y social. El foco se centraba en el placer de las mujeres, en la relación de pareja, en la satisfacción sexual y en la comunicación.

El segundo desarrollo fue debida a la asociación entre ginecólogos y psiquiatras/psicólogos, poniendo el foco en la emancipación social y cultural de las mujeres y el desarrollo del individualismo.

Durante estos dos primeros periodos de emergencia y estructuración de la sexología latinoamericana, se observan especificidades relacionadas con el contexto cultural de cada país, la presencia o ausencia de políticas de planificación familiar, la influencia de la religión católica y el interés de algunos profesionales como psicólogos o psiquiatras y ginecólogos.

Hacia el final de los años 90 aparece el tercer desarrollo de la sexología latinoamericana, que estuvo relacionado con el desarrollo de fármacos para el tratamiento de la disfunción eréctil y los intentos de desarrollar nuevos fármacos para el deseo sexual hipoactivo de las mujeres.

Representando un cambio hacia la biomedicina y la más tradicional práctica médica, frente a la psicoterapia, la emancipación y la liberación.

Hay una influencia global de las compañías farmacéuticas en el desarrollo de la medicina sexual, por el apoyo financiero a los congresos.

Por otro lado, el empuje actual de las Asociaciones profesionales y movimientos sociales que defienden los derechos sexuales, pueden frenar el incremento actual de la influencia de la medicina sexual, sobre la sexología.

La presencia de estos movimientos pueden ayudar a mantener los ideales de la sexología que nació en la Europa occidental en los años 30 con la Liga Mundial para la Reforma Sexual, que vinculaba las aproximaciones médicas y psicológicas de la sexualidad y sostenía que la sexualidad podía contribuir a la emancipación humana y social.

BIENVENIDA DEL COMITÉ CIENTÍFICO

José Luis Arrondo
Presidente del Comité Científico (España)
jlarrondoelefonica.net

Amigas y amigos:

El tiempo ni corre, ni vuela, se esfuma. Y ya estamos aquí. Deseo y auguro el éxito de nuestro 18º Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación sexual.

En nombre de todo el Comité Científico, debo manifestar nuestra gran satisfacción por la generosidad en el número de trabajos recibidos y por el nivel científico de los mismos. Más de 350 horas de contribuciones científicas y profesionales, que se expondrán y desarrollarán de forma simultánea en varias salas: Talleres y cursos precongreso, 15 conferencias magistrales, 13 simposios, 15 mesas redondas, 50 comunicaciones orales, más de 50 videopresentaciones y posters, y la presentación de 6 libros. ¡Todo un congresazo!

En las aportaciones científicas, que estoy seguro repercutirán positivamente en la práctica clínica de las criaturas que asistirán al evento, de manera presencial o en la distancia, ha quedado a todas luces de manifiesto el carácter multidisciplinar de la Sexología: aspectos biológicos, psicoemocionales, educacionales, étnicos, socioculturales, antropológicos,… Pluralidad de temas y de profesiones, abordados en las facetas investigadora, de promoción, prevención y terapia de la salud sexual.

Desde la andrología he trabajado en otros congresos, y os confieso que este me dejará huella. Durante unos meses, leyendo y releyendo las colaboraciones que nos llegaban, nos hemos percatado de la gran riqueza temática que se esconde en las relaciones sexuales humanas. Con tanta y tan variada participación en conocimientos, me atrevo a asegurar que se va a producir una cata profunda y multicolor, de cuerpos y de mentes, que nos permitirá desvelar el mundo mágico, a veces cruel y generalmente positivo, de la Sexología y la Educación para la Salud sexual.

Deseamos hacer llegar nuestro más sincero agradecimiento al Comité Organizador por su innegable y denodada tarea y, sobre todo, al esfuerzo y entusiasmo de tantas/os compañeras/os que han aportado su

grano de arena y su presencia, para el buen desarrollo científico y humano del evento.

La Junta Directiva de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual (FLASSES) y todas/os asociadas/os debemos sentirnos orgullosas/os de la respuesta científica que hemos tenido.

Como la ciencia sin el humanismo sería "la nada", en Madrid dispondremos de ciencia a rebosar y percibiremos las relaciones humanas a borbotones.

Y, de acuerdo con el lema de este 18º Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación sexual, no olvideis también disfrutar en Madrid y de Madrid. La sexualidad debe ser placentera incluso cuando se estudia, cuando se comparten conocimientos y experiencias y cuando se participa en un congreso como este que nos porpone una sexología positiva que promciona el palcer, la salud y el bienestar.

Muchas gracias de corazón, muito obrigado por todo isso, por tanto…

COMITÉS

Presidenta de Honor

Dra. María Pérez Conchillo

Presidente del Congreso

Dr. Felipe Hurtado Murillo

Comité Organizador

Presidente

Dr. Andrés López de la Llave

Coordinación general

Dña. Pilar Carrillo Romero

Dña. Montserrat Vallejo

Dña. Lourdes L. de la Llave

Comunicación

Dña. Emma Placer Noriega

Miembros

Doña Amparo Iznajar Fernández

Doña Isabel Añó Miranda

Doña Carolina Muñoz Martínez

Doña Cristina González Mtnez

Doña Myriam Ribes Redondo

Doña Erika Pinzón Benavides

Doña Yolanda Flores García

Doña L. Marcela Cruz Castillo

Don José Bustamante Bellmunt

Don César Martínez Romero

Doña Esperanza Gil Somoza

Doña Isabel Velasques

Doña Cláudia Meireles

Doña Irene Navarro

Doña Dolores Cárdenas Gómez

Doña Mercedes Eugenio Martinez

Don Gerard Cebrián

Doña Dolores Gonzalez

Comité Científico

Presidentes

Dr. Jose L. Arrrondo Arrondo

Dra. M. Carmen Pérez- Llantada

Miembros

Dr. Carlos San Martín Blanco

Dra. Ana Rosa Jurado López

Dr. Froilán Sánchez Sánchez

Dr. Rafael Prieto Castro

Dr. Manuel Mas García

Dr. Antonio Sánchez Ramos

Dr. José Diaz Morfa

Dra. María Lameiras Fernández

Dra. Yolanda Rodríguez Castro

Dra. María Víctoria Carrera Fernández

D. Antonio Casaubón Alcaraz

Dña. Marta Arasanz Roche

Dña. Miren Larrazabal Murillo

Dña. Francisca Molero Rodríguez

Dr. Felipe Navarro Cremades

Dr. Francisco Donat Colomer

Dr. Marcelino Gómez Balaguer

Dr. Manuel Lucas Matheu

Dra. Gemma Pons Salvador

Dr. Raul Espert Tortajada

D. Javier Gómez Zapiain

Dr. Rafael Ballester Arnal

Comité Científico de Honor

Dr. León Roberto Gindin (Argentina)
Dr. Juan C. Kusnetzoff (Argentina)
Dr. Adrian Sapetti (Argentina)
Dr. Ricardo Cavalcanti (Brasil)
Dr. Sidney Glina. (Brasil)
Dra. Elena Sepúlveda (Chile)
Dra. Mariela Castro Espin (Cuba)
Dr. Félix López Sánchez (España)
Dr. Ignacio Moncada Iribarren (España)
Dr. Francisco Cabello Santamaría (España)
Dra. Esther Corona (México)
Dr. Eusebio Rubio Aurioles (México)
Dr. Pedro Nobre (Portugal)
Dr. Antonio Pacheco Palha (Portugal)
Dr. Rafael García Alvarez (R. Dominicana)
Dr. Andrés Flores Colombino (Uruguay)
Dra. Teresita Blanco Lanzillotti (Uruguay)
Dr. Rubén Hernández (Venezuela)
Dr. Fernando Bianco C.(Venezuela)
Dr. Miguel Guevara (Venezuela)
Dr. Cesar Bracho (Venezuela)
Dr. Luis Andrade (Venezuela)

Comité Científico Latinoamericano

Doña Cristina Tania Fridman (Argentina)
Dra. Mirta Granero (Argentina)
Dra Silvina Valente (Argentina)
Dra. Jaqueline Brendler (Brasil)
Dra. Sylvia Cavalcanti (Brasil)
Doña Raquel Varaschin (Brasil)
Don Fernando González (Colombia)
Don Gabriel Montoya (Colombia)
Dra. A. del Pilar Arcila Rivera(Colombia)
Dra. Margarita Murillo Gamboa (C. Rica)
Dr. Lázaro Hernández (Cuba)
Dra. Mª Ángeles Nuñez (Ecuador)
Dra Silvia Guevara (Ecuador)
Dr. Edison Pazmiño (Ecuador)
Dña Ligia Vera Gamboa (México)
Dr. Mario Lourenço (Portugal)
Dra. Dinorah Machín (Uruguay)
Dr. Fernando Torres (Venezuela)
Dra. Aminta Parra C.(Venezuela)
Dra. Luz Jaimes (Venezuela)
Dr. Ender Boscán (Venezuela)
Dr. Néstor Salazar (Venezuela)
Dr. Jesús Simoza (Venezuela)

Embajadores del XVIII Clases

Argentina

Marta Rajtman, Silvina Valente, Diana Resnicoff, Cristina Tania Fridman, Gloria Loresi Imaz, Mirta Granero, Raúl Alberto Belén, Regina Kigelman

Brasil

Ricardo C. Cavalcanti, Cláudia Mezzarano Faria, Oswaldo M. Rodrígues Jr, Itor Finotelli Jr, Jaqueline Brendler, Raquel Varaschin, Sidney Glina, Cláudia Meireles

Bolivia

Patricia Escobar Flores

Chile

Antonio Salas Vieyra, Magdalena Rivera Becker, Elena Sepúlveda Parada, Mauricio López

Colombia

Ezequiel López Peralta, Fernando González, Erika Pinzón Benavides, Adriana del Pilar Arcila, Hernando Restrepo, Mauricio Delgado

Costa Rica

Margarita Murillo, Janina Córdoba, María Ramírez

Cuba

Mariela Castro, Yasmany Díaz, Natividad Guerrero Borrego, Beatriz Torres, Lázaro Hernández

Ecuador

Pedro Posligua, Natalia Espinosa, María de los Ángeles Núñez, Rodolfo Rodríguez Castelo, Alicia Garzón, Tatiana Ortíz , Silvia Guevara, Mónica Ortiz, Jorge Luis Escobar Tobar

México

Esther Corona, Luis Perelman, Ligia Vera

Panamá

Guillermo Rola Pimentel, Lina Wilman, María Cristina Imolesi, Carlos Rolla

Paraguay

Ariel David González Galeano, María Rosa Appleyard Biscotti, María Mayeregger, Dominica Vera

Perú

Stuart Oblitas Ramírez, Luis Pérez Flores

Portugal

Antonio Pacheco Palha, Pedro Nobre, Mario Lourenço

Puerto Rico

Marcos E. García, Mary Ann Martínez, Carmen Valcarcel Mercado, José Pando Fundora , Alicia Fernández

Republica Dominicana

Rafael García Álvarez, Rosario Fadul Calderón, Martha Arredondo Soriano

Uruguay

Graciela Varín, Santiago Cedres Solís, Dinorah Machín, Mónica Lijtenstein

Venezuela

Fernando Torres, Ecjyoster Barradas, Ender Boscán, Luz Jaimes, Jesús Simoza, Héctor Gracia, Luis Fernando Tabares, Florangel Parodi, Rosaurora Cárdenas, Lourdes Lobo, Carlos Cotiz

COMITÉ EJECUTIVO DE FLASSES

Presidente: León Roberto Gindin (Argentina)

Vicepresidente 1º : Rafael García Álvarez (R.Dominicana)

Vicepresidenta 2ª : Jaqueline Brendler (Brasil)

Secretaria: Luz Jaimes (Venezuela)

Tesorero: Felipe Hurtado Murillo (España)

Vocal 1ª

Hilda Dinorah Machin García (Uruguay)

Vocal 2ª: María de los Ángeles Núñez (Ecuador)

Vocal 3ª: Ligia Vega Gamboa (México)

Ex Presidente: Antonio Casaubón Alcaraz (España)

CONFERENCIAS

Las conferencias se presentan según el orden en que serán impartidas en el congreso

Amor y sexualidad en el Quijote
Félix López (España)

Del conventillo de San Telmo a la Presidencia de FLASSES: Autobiografía sexológica
León Gindin (Argentina)

Reinventar la sexualidad en tiempos de incertidumbre
Ester Corona (México)

Terapia sexual desde la perspectiva del apego
J. Gómez Zapiain (España)

El beso: un recurso erótico con poder terapéutico
Ezequiel López Peralta (Colombia/Argentina)

Nueva perspectiva sobre consultas sobre la anorgasmia femenina
J. C. Kusnetzoff (Argentina)

El pensamiento positivo y la terapia cognitivo conductual (TCC)
Rubén Hernández (Venezuela)

El cuerpo un lugar de discusión pública
C. Tania Fridman (Argentina)

Novos desenvolvimentos em psicoterapia sexual: da investigação em laboratório à prática clínica
Pedro Nobre (Portugal)

Homologación de Códigos entre el Manual Diagnostico en Sexología III y los Códigos de la ICD-10. Aplicaciones clínicas y su relación con terceros pagadores

Fernando Bianco (Venezuela)

Terapia basada en evidencia

R. Cavalcanti (Brasil)

Trastornos parafílicos y Bioética: las marginalidades del deseo.

Gabriel Montoya (Colombia)

Sexualidad en el Museo del Prado

Manuel Mas (España)

Sexualidad, bienestar y calidad de vida.

José Antonio Carrobles (España)

SIMPOSIOS

Simposio: 1

SBRASH: Salud sexual, tecnología y educación

Contacto: raquel_varaschin@hotmail.com

Ponencias contenidas en este simposio

1.- **Bien-estar sexual: el papel de la satisfacción sexual en la felicidad.**

Wainberg, L.

La psicología positiva surgió con el fin de promover un ajuste en el enfoque de la psicología, incluyendo la comprensión de los aspectos de salud de los individuos a al reves da la indetificacion da patologia. Esta perspectiva sugiere una comprensión del individuo a partir de sus cualidades y las características positivas del ser humano (Pacico y Bastinello, 2014). "Es el estudio científico de lo que hace la vida digna de ser vivida" (Petersen, 2006). El objetivo principal es tener una comprensión científica de las fortalezas y virtudes humanas que se centran en la felicidad sobre las posibles intervenciones para aliviar el dolor y aumentar el bienestar subjetivo (Seligman, Steen, Park, y Peterseon, 2005).

El objetivo principal de este enfoque de salud positivo no es aliviar las disfunciones y trastornos, sino ayudar a las personas para mejorar aún más a sí mismos, a sentirse mejor y vivir vidas más significativas y personalmente satisfactorias.

A pesar de los intentos de desarrollar indicadores de bienestar, la calidad de la vida sexual en general, no és considerada como un componente clave de la felicidad (Hooghe, 2012). Esto puede ser considerado como una enorme deficiencia ya que la sexualidad ha sido considerado correctamente como un elemento esencial de la capacidad humana y, en consecuencia, de la felicidad humana (Nussbaum & No, 1993).

Muchos estudios sobre la sexualidad se centran principalmente en la disfunción sexual, mientras que los efectos positivos de la sexualidad en la vida y salud mental rara vez son analizados (Dogan, Tugut, y Golbasi, 2013). La calidad de la vida sexual está relacionada con la sexualidad física, emocional y relacional. Ellos afirman que la experiencia de emociones positivas hacia la sexualidad puede hacer una contribución importante para la felicidad y la satisfacción con la vida. De acuerdo con ello, participar y sentirse en la pareja deben ser evaluados dentro del aspecto relacional de la calidad de vida sexual (Dogan, T;. Tugut, N. & Golbasi, Z., 2013) A menudo los términos qualidad de la vida sexual, satisfacción sexual, felicidad sexual y bienestar sexual se utilizan con el mismo significado (Balon, 2008; Higgins, Mullinax, Trussell et al, 2011; Bachmann y Rosen, 2008).

Calidad de la vida sexual está relacionada con la sexualidad física, emocional y relacional. Recibir placer sexual, otención de orgasmo y la frecuencia de las relaciones sexuales son evaluados en cuanto aspectos físicos de la calidad de vida sexual (Dogan, Tugut y Golbasi, 2013). Hay cuatro aspectos de bienestar subjetivo sexual: satisfacción emocional y física da la relación sexual, satisfacción con la funcionalidad y salud sexual y la importancia del sexo en la vida en general. Este estudio abordará la relación de cada uno de estos aspectos de la felicidad sexual en la felicidad en general.

PALABRAS CLAVE: Psicología Positiva. Bien-estar Sexual. Satisfacción Sexual.

2.- **Hombres y afectos – Aprendiendo a convivir.**

Canosa Gonçalves, A.C.

Escuela para maridos es un formato de programa para el aparato de TV en Argentina por FOX, y ahora tendrá su versión brasileña y se muestra en el canal cerrado Fox Life entre septiembre y octubre de 2016. 8 maridos asisten a una escuela que se enfrentan a sus conflictos maritales y aprenden a tener una escucha de la necesidad de sus parejas. En la escuela, el director acompaña todo, y el coordinador pedagógio, que és psicólogo y sexólogo, se ocupa de temas en el aula. Cada clase se acompaña de ejercicio y una "prueba", que recrean situaciones "problemáticas", y las actividades son basadas en técnicas de psicodrama, con el fin de hacerlos más claros y concretos. Comunicación, sexo, confianza, apariencia, dinero y poder, celos, coexistencia, la

dinámica familiar, la negociación, son los temas abordados en esa dinámica. Las principales quejas de las mujeres fueron: la comunicación violenta; el machismo; la fijación en el trabajo; falta de acción para llevar a cabo un proyecto conjunto.

El formato rompe algunos paradigmas basados en las relaciones de género, resultante de machismo y el patriarcado. La primera es la búsqueda de la comprensión de un universo subjetivo, basado en las emociones y los sentimientos de una pareja. En Brasil todavía es muy fuerte y arraigada la idea de que el pensamiento, el cuidado y discutir la relación es parte de la mujer, no el hombre. Así que permitir que los maridos tuvieran un espacio para ello se configuró por primera vez como un desafío y luego liberador. Los participantes estaban menos preocupados con "admitir" que no fueron buenas parejas, sino en cómo se sintieron incómodos al tener que asumir por sí sola su parte, independientemente de si sus cónyuges contribuyeron al comportamiento disfuncional de la pareja.

Hasta la mitad de las grabaciones que ocurrieron durante un mes, que a menudo a contradecían, a veces diciendo que estaban allí para aprender y ser mejores compañeros, o porque su participación fue propuesta por el deseo de sus mujeres. Compartir con otros hombres sus angustias, historias que vivió en la infancia, las dificultades de comunicación, el miedo, la ansiedad en la pareja y la historia de amor fue, sin duda, lo más importante para los esposos a entregarse al proceso y derribar las defensas. Al final del programa, todos los participantes sintieron más conectados con sus propias emociones, a las necesidades de sus socios y alineados al proyecto común de la pareja.

PALABRAS CLAVE: Masculinidades. Convivência matrimonial. Escuela para maridos.

3**.- Si no te conoces, no te disfrutas.**

Mattedi, M.D.

4.- **Relacionamiento(s) en la era digital.**

Varaschin, R.S.

Según la Unión Internacional de Telecomunicaciones, una agencia vinculada a las Naciones Unidas (ONU), 3,2 millones de personas en todo el mundo tuvieron acceso a la red informática.

La Internet ha traído muchos beneficios a sus internautas: llevó a la adquisición y permuta de conocimientos, amplió la red social, ha estimulado el contacto con la diversidad cultural y beneficiado a los internautas que encuentran en Internet un medio de expresión.

El ciberespacio ha producido un intercambio muy valioso con numerosas variables, con normas y lenguaje propia, en los chat de conversación, en snarpchat, facebook, instagram, whats up, linkedin, tinder, happn, entre otros.

Sin embargo, paralelo a este proceso, el uso inadecuado de esta herramienta por internautas produce una necesidad urgente de que profesionales de la salud presten atención en la realidade múltiple de las experiências virtuales de las relaciones afectivo-sexuales.

¿Quienes son los internautas (chateros) y sus interlocutores? Lo que buscan? ¿Qué esperar? ¿Cuál es la carga emocional agregada en los contactos establecidos? ¿Cuáles son las fantasías? Quién soy yo, o lo que quiero ser? ¿Quién es el otro que se hace ser?

Se desarrolla un perfil de una persona perfecta, con su mejor selfie - para ganar, atraer y / o seducir. Retrata las emociones positivas, los mejores momentos, el mundo y la persona ideal. Necesidades afectivas de aceptación y validación son observados y el individuo será alimentado a través de los likes, retweets e views.

El internauta también utiliza la tecnología disponible para realizar contínuas comprobaciones. En las relaciones, utiliza las herramientas proporcionadas por el sistema para observar y controlar al otro - se está conectado, a qué hora se conecta o se desconecta, o el momento que há visto el mensaje, lo que ha escrito, lo que le há gustado, comentarios que tejió ... - Un "hacker" virtual. Y dependiendo de lo que el internauta há visualizado, él decidirá por crear, mantener, recrear o deshacer un enlace.

Hay una imposición de vivir experiências de totalidad y diversidade, en la búsqueda de la plenitud del placer - donde todo es posible, cada uno puede ser lo que quiera, valores y principios pueden ser pasados por alto para que se cumplan las infinitas posibilidades de las relaciones y de los relacionamentos, en que todas las fantasías se pueden realizar o descobrir.

Es un universo de muchos colores, diferentes intensidades y muchas texturas.Un universo que también produce emociones que atraen e seducen, un mundo que permite más facilmente idealizar, imaginar y transgredir.

La pornografía en Internet, con acceso rápido y fácil, puede darle vida a una relación y darle más sabor al placer, pero también puede causar dependencia por el uso excesivo y compulsivo. Puede tener un carácter progresivo y dar lugar a la utilización de la pornografía violenta e infantil cuando el espectador no puede sentir placer en situaciones comunes. Y a veces puede llegar a ser violento, projectando este tipo de violencia en sus relaciones.

El vacío emocional será el resultado de estos procesos produciendo-se sentimientos de desesperanza, pesimismo, y la vulnerabilidad debido a la falta de profundidad y continuidad en las relaciones. La pareja deja de estimular y fortalecer el compañerismo, la amistad, la empatía, la complicidad y la intimidad. Y para protegerse de su propia fragilidad se esconden detrás de comportamientos y actitudes egoístas, intransigentes, intolerantes y narcisistas.

La mirada, el tacto, la palabra susurrada en el oído, el sabor real de la relación puede quedar atascado en una pantalla y encapsular sentimientos. Todo depende del uso que se haga de estos instrumentos que pueden ser facilitadores y ampliar las posibilidades, o se encierre las emociones en una delgada línea entre la fantasía y la realidad, entre el mundo real y virtual.

PALABRAS CLAVE: Internet. Intercambio. Fantasía. Realidad.

Simposio: 2

Sexualidad y género: Las múltiples caras de la violencia

Lameiras-Fernandez, M; Gil-Llario, D.; Ballester-Arnal, R.; Carrera-Fernández, M.V; Rodríguez-Castro, Y

Contacto: lameiras@uvigo.es

La sexualidad en su doble dimensión identitaria y conductal se construye recorriendo largos y sinuosos caminos todavía no exentos de discriminación y violencia. Así, aunque las sociedades del S. XXI parecen haber proclamado su liberación, el modelo sexual que impera sigue siendo un modelo reduccionista, lineal y genitalizado, que sólo reconoce al hombre adulto heterosexual su mayor expresión y disfrute, fundamentalmente a través de un modelo reproductivo, que continúa negando el placer femenino y el goce de las identidades "no normativas".

La objetivización del cuerpo de las mujeres a través de la que son cosificadas y deshumanizas para ser instrumentalizados en el uso y disfrute sexual de los hombres se expresa de múltiples y sutiles formas. Estas se despliegan desde representaciones más evidentes que se reflejan en las manifestaciones hostiles de sexismo a formas más sutiles y/o encubiertas que siguen manteniendo a las mujeres en un espacio de desigualdad que se reflejan en la deslegitimización de su disfrute y bienestar sexual.

La violencia sexual representa una expresión directa de la violencia machista ejercida sobre los "cuerpos" de las mujeres que materializa en su forma mas hostil la instrumentalización del cuerpo de las mujeres para el disfrute sexual de los hombres. La exclusión de las identidades no normativas se fragua a través de la patologización de la homosexualidad y empuja a los márgenes a los sujetos no heteronormativos a través de la

invisibilizacion y la violencia homofóbica. Una violencia que expresa y construye ya entre los mas jóvenes a través de las practicas de bullying homófobo, que se ejerce contra todas aquellas personas que no conforman el genero heteronormativo. La incorporación de las nuevas tecnologías abren un nuevo escenario a la violencia de genero en el marco de la sexualidad a través de practicas como el sexting o el ciberacoso.

Aportar a través de relevantes investigaciones una aproximación a estas cuestiones constituye el objetivo de este simposium.

PALABRAS CLAVE: Sexualidad. Violencia sexual. Homosexualidad. Bullying. Sexting. Ciberacoso.

Ponencias contenidas en este simposio

1.- **La objetivizacion del cuerpo de las mujeres en el contexto de las relaciones de pareja**.

Lameiras-Fernandez, M.

La objetivización del cuerpo de las mujeres ha generado un gran número de investigaciones, en su mayoría centradas en las consecuencias negativas que estas experiencias tienen para la salud y bienestar de las mujeres. Sin embargo desconocemos en gran medida como se sienten las mujeres cuando son las parejas las que ejercen esta objetivización. El objetivo de esta investigación es evaluar el nivel de disfrute/malestar vinculado a diferentes comentarios relativos a la apariencia y al cuerpo sexuado de las mujeres emitidos por 4 fuentes (extraños, colegas, amigos y parejas), aplicando la escala de Objetivización y Disfrute de la Sexualización (OESS, Lameiras, Fiske, Gonzalez, Rodriguez & Carrera, in press). La muestra de participantes está compuesta por un total de 301 mujeres adultas americanas con una edad media de 37 años. Los resultados confirman que las mujeres disfrutan y se sienten objetivizadas al mismo nivel tanto con los comentarios sobre apariencia como sobre el cuerpo sexuado. Además las mujeres se sienten más objetivizadas cuando los comentarios son emitidos por extraños y colegas (objetivización hostil), no hay diferencias cuando el emisor es un amigo, y finalmente cuando los comentarios son hechos por las parejas las mujeres reconocen un menor objetivización y mayor disfrute (objetivización benevolente).

PALABRAS CLAVE: Piropos. Apariencia. Cuerpo sexuado. Objetivización benevolente. Objetivización hostil. Disfrute de la sexualización.

2.- **Actitudes hacia las agresiones sexuales en víctimas de violencia machista.**

Gil-Llario, D.

La violencia sexual entendida como todo acto de índole sexual resultante de conductas coercitivas, intimidatorias, chantajes, lesiones y/o amenazas alcanza cifras enormes en la actualidad. Una prevalencia tan elevada en la población general solo se explica por el profundo enraizamiento de mitos y actitudes sexistas. De entre los más perniciosos destacan aquellos relativos a las víctimas de violencia sexual. En ellos se culpa a la víctima y se justifica al agresor. Estos mitos perpetúan los estereotipos y roles de género relacionados con la sexualidad mostrando un diferente rasero entre lo que se consideran correcto para hombres y mujeres. El objetivo de este estudio es analizar los mitos y actitudes hacia las agresiones sexuales en una muestra de hombres y mujeres víctimas y no víctimas. En el estudio participaron 29 personas que habían sido víctimas de agresiones sexuales (34'5% hombres y 65.5% mujeres) y 110 personas que no habían sido víctimas (54.7% hombres, 45.3% mujeres). En el subgrupo de víctimas, hombres y mujeres solo difieren en cuanto a los mitos siendo mayores en los hombres, pero al comparar hombres y mujeres no víctimas aparecen diferencias en el sexismo tanto hostil como benevolente así como en los mitos siendo en todos los casos las medias mayores en los hombres. Las mujeres víctimas muestran una doble moral significativamente mayor que las no víctimas mientras que los hombres víctimas y no víctimas no difieren en ninguna de las variables evaluadas. Estos

resultados permiten concluir que las actitudes sexistas están muy arraigadas en la población masculina en general y que los valores obtenidos por los hombres solo se aproximan a los de las mujeres cuando éstos han sido víctimas a su vez. También cabe destacar la aceptación, en el caso de las mujeres víctimas, de la existencia de una doble moral para justificar las agresiones.

PALABRAS CLAVE: Sexismo. Agresiones sexuales. Actitudes. Víctimas.

3.- **Orientación del deseo sexual: crisis y decadencia de los modelos categoriales.**

Ballester-Arnal, R.

Si algún ámbito de nuestras vidas ha sufrido a lo largo de la historia intentos de regulación, de control y de normativización, ése ha sido la sexualidad. Resulta difícil certificar el acta de nacimiento de las tres categorías utilizadas para etiquetar las diferentes orientaciones del deseo sexual, a saber, la heterosexualidad-bisexualidad-homosexualidad, y más aún cuando nos referimos no tanto a la acuñación del término como a la gestación del concepto de una identidad heterosexual, bisexual u homosexual. Sabemos que los comportamientos no heterosexuales son tan antiguos como el propio ser humano. Más controversia existe acerca de la cuestión de si esos comportamientos daban lugar a la idea del homosexual absoluto o se trataba más bien de comportamientos que se diluían en la supuesta heterosexualidad del individuo. Hace mucho tiempo ya que Freud disertó acerca de la bisexualidad innata del ser humano y bastante tiempo también desde que Kinsey y más tarde Klein hablaron del continuo de la orientación sexual, un continuo alejado de las categorías excluyentes y absolutas. Sin embargo el planteamiento categorial de la orientación del deseo sexual sigue imperando en nuestras mentes, alejado de la realidad y del rigor científico.

En la presente ponencia se exponen los datos de un estudio en el que se evaluó a 316 jóvenes (51,9% mujeres) entre 18 y 23 años (Media=20,2; DT=1,5). Los resultados reflejan una enorme casuística por lo que se refiere a la orientación sexual no sólo en lo que respecta a la existencia de un importante porcentaje de jóvenes que se consideran no-heterosexuales (14,6%) sino porque muchos más (29,4%) se sitúan a lo largo del continuo ya establecido por Kinsey entre las dos categorías opuestas. Por otro lado encontramos una gran variedad en la vivencia de la orientación sexual dentro de cada categoría. Por ejemplo, de entre los/las heterosexuales, un 20,7% han sentido alguna vez deseo hacia personas del mismo sexo y de entre los/las homosexuales un 34,5% han sentido deseo hacia personas del otro sexo.

En conclusión, parece claro que cada vez es menos sostenible la idea de que existen categorías de la orientación del deseo sexual rígidas y absolutas y que el mantenimiento irracional de esta idea cae dentro del dogma rígido, miope y empobrecedor impuesto por el heterosexismo en el que hemos sido educados en detrimento del reconocimiento de la gran diversidad afectivo-sexual que caracteriza a los seres humanos.

PALABRAS CLAVE: Orientación sexual. Jóvenes. Diversidad afectivo-sexual.

4.- **El bullying homofobo: violencia y transgresión.**

Carrera-Fernández, M.V

El objetivo de este trabajo es evaluar la influencia conjunta de los estereotipos de género y de las actitudes sexistas y homófobas, sobre las actitudes hacia el bullying y sobre la conducta de maltrato entre iguales. Un total de 1.500 adolescentes españoles de entre 12 y 18 años (49.3% chicas y 50.7% chicos) completaron un cuestionario en el que se incluyeron medidas de bullying, actitudes hacia el bullying, rasgos de personalidad estereotipados por el género (instrumentalidad y expresividad), sexismo hostil y benevolente, y actitudes hacia gays y hacia lesbianas. Se observa que los chicos obtienen puntuaciones significativamente más elevadas en todas las variables evaluadas, excepto en sexismo benevolente. Se obtienen dos modelos similares para ambos sexos: el sexismo benevolente, conjuntamente con las actitudes más positivas hacia gays en el caso de los chicos, mediados por

unos rasgos de género más expresivos, predicen unas actitudes más negativas hacia el bullying. Identificando un patrón inverso donde el sexismo hostil, mediado por unos rasgos de género instrumentales, predicen unas actitudes más favorables hacia el bullying. Las actitudes hacia el bullying están fuertemente relacionadas con la conducta de maltrato entre iguales. Explicando las cinco variables predictoras un 58% de la varianza de la conducta de maltrato en el modelo de las chicas, y un 37% en el modelo de los chicos.

PALABRAS CLAVE: Bullying. Adolescencia. Matriz heteronormativa. Homofobia.

5.- **¿Me envías una foto sexy?: comportamientos y motivaciones de sexting en adolescentes gallegos/as.**

Rodríguez-Castro, Y

El objetivo de estudio consiste en identificar la prevalencia de los comportamientos de sexting de los y las adolescentes así como sus motivaciones. La muestra quedó formada por 1283 estudiantes gallegos de Educación Secundaria, con un rango de edad de 12 a 25 años. Se les administró un cuestionario con variables sociodemográficas, la tenencia y uso de las nuevas tecnologías, una escala de comportamientos de sexting y una escala de motivaciones hacia el sexting. Los resultados obtenidos muestran bajas tasa de prevalencia en relación a los comportamientos de sexting. Siendo los chicos los que más envían textos o fotos de sí mismos con contenido erótico/sexual frente a sus compañeras. Entre las motivaciones para llevar a cabo conductas de sexting también son los chicos los que más aluden a que estaban aburridos, por consumo de drogas o por coquetear. Estos comportamientos de sexting pueden colocar a nuestros jóvenes en situaciones de riesgo. Por lo que es necesario formar y concienciar a los y las adolescentes sobre el uso adecuado de las nuevas tecnologías y las redes sociales con la finalidad de protegerlos frente a posibles peligros.

PALABRAS CLAVE: Sexting. Adolescentes. Comportamientos. Motivaciones.

Simposio: 3

Actualidades en sexología

Contacto: luzjaimesm@yahoo.com

Ponencias en este simposio

1.- **Rehabilitación sexual del paciente operado de peyronie.**

Jaimes Monsalve, L.E.

En Hospital Pérez Carreño funciona en el Servicio de Urología una consulta de Sexología Medica, donde se hace evaluación sexual pre y post operatoria a todos los pacientes con Peyronie, buscando si hay alguna repercusión en la función sexual post operatoria.

Se aplica el IEFS a todos los pacientes, antes y después de la intervención, con la valoración y el interrogatorio hacemos Dx. de función sexual previo y posterior a cirugía, comparando diferencia en la respuesta sexual, observamos repercusión en la respuesta sexual en los primeros 18 meses, se les indican todos los pasos del protocolo de tratamiento en el caso que tengamos alguna disfunción sexual.

Hemos ido con los años obteniendo tiempos aproximados de restablecimiento de las respuestas sexuales y además logramos hacer prevención sobre cómo trabajar las expectativas del paciente con relación a su estética de pene y de su función sexual.

Hemos incluido la pareja para que la rehabilitación tenga mejor pronóstico, tenemos resultados muy alentadores en estos pacientes, somos uno de los hospitales con este servicio de sexología médica en pacientes urológicos.

2.- **Terapia cognitiva conductual basada en relajación integral y conciencia plena, para mejorar la actividad sexual de las mujeres.**

Guzmán Pertuz I.C.

Terapia cognitiva conductual basada en relajación integral y conciencia plena, para mejorar la actividad sexual de las mujeres. Guzmán Pertuz I. idhalyguzman@grupoambos.com

Las experiencias clínicas y psicoeducativas en atención a mujeres: (I) 4 años en una ONG desde un programa de asistencia a víctimas de violencia sexista, brindando intervención individual (psico-social-legal), y grupal (apoyo emocional) así como, (II) 24 años en un consultorio privado, ofreciendo intervención personal (psicológica-sexológica) y grupal (empoderamiento psicosexual); han proporcionado datos descriptivos sobre las barreras socioculturales constructoras de mitos sexuales, las limitaciones cognitivas representadoras de conflictos sexuales y los desadaptativos estilos emocionales perturbadores del placer sexual. Asimismo, las conductas de evitación/escape a las posibilidades sexuales y las pobres habilidades para vivir y expresar de forma plena y satisfactoria la sexualidad, en sus dimensiones autoerótica y relacional.

En este contexto, se analiza el malestar individual y de pareja ocasionado por las disfunciones sexuales identificadas en las pacientes: Deseo Sexual Inhibido/Hipoactivo, Trastorno Subjetivo de la Excitación, Disfunción Orgásmica Tipo I, Vaginismo, Disfunción Orgásmica Tipo II, Fobia a la Penetración Vaginal y/o Anal y Estrés Sexual Postraumático. Lo anterior, con la presencia/ausencia de búsqueda, compromiso, adherencia y culminación exitosa de un proceso terapéutico multidisciplinario, en interconsulta con sexología médica, psiquiatría, ginecología, urología, etc.

A través de un Programa de Intervención de diseño observacional, multivariable de interacción, con enfoque Cognitivo-Conductual basado en Relajación Integral y Conciencia Plena, se han logrado efectos favorables enmarcados en los objetivos de: (1) Minimizar las barreras socioculturales y las limitaciones cognitivas, (2) Regular las emociones desadaptadas, (3) Gestionar el estrés por el rol femenino, (4) Reducir el malestar psicológico y sexual y, (5) Promover conocimientos, actitudes y prácticas sexuales nutritivas para una actividad sexual armónica y placentera. Se ilustrarán las técnicas empleadas y que han facilitado en las mujeres, la conexión con su potencial cuerpo-mente para generar-se experiencias sexuales óptimas, fortaleciendo sus recursos internos y aprovechando oportunidades de transformación y autorrealización. Los resultados han mostrado que cuando esta evolución es alcanzada por las pacientes y, en empatía, respeto y escucha activa, acompasada por sus terapeutas, ciertamente se enriquece un modelo de atención enmarcado en una psicología y sexología positiva. Con el cual seguimos avanzando en la comprensión global del hecho sexual como fenómeno multifactorial. Al igual, que seguimos progresando en una práctica profesional menos reduccionista/desgastante y más participativa/motivadora, al servicio del bienestar sexual, la salud sexual integral y la calidad de vida de pacientes y población en general.

PALABRAS CLAVE: Psicoterapia, Sexoterapia, Relajación, Meditación Flow, Sexualidad, Mujeres

3.- **El tratamiento en sexología clínica y el placer.**

Bianco Colmenares, F.J.

La importancia de sembrar el Placer como parte del Tratamiento en Sexología Clínica.

Hay 4 pilares fundamentales que guían los Tratamientos en Sexología Clínica:

Educativo, Cognitivo Conductual, Farmacológico y quirúrgico, el objetivo es restaurar y rehabilitar los Procesos de Diferenciación del Sexo y de la Función Sexual.

El placer como elemento intrínseco del Sexo y de la Función Sexual debe ser analizado con los pacientes. Dicho análisis tiene su propia metodología la cual será expuesta

4.- **Células madre y disfunción eréctil.**

Hernandez Serrano, R. J. Skupin, A.; Hernandez Serrano, R.; Alvarez, N.

Antecedentes. La disfunción es una patología sexual causada por numerosas comorbilidades.

En Latino América, el conocido Estudio DENSA , mostró que el 54 % de los pacientes en Colombia, Ecuador y Venezuela, fueron diagnosticados con esta patología. En Estados Unidos, el Instituto Nacional de Salud reporto que 30 millones de hombres presentan DE crónica y la incidencia de este trastorno aumenta con la edad. Se estima que 50 % de los hombres entre los 40 y 70 años de edad presentan algún grado de disfunción eréctil. Estudios realizados en ratas han demostrado la efectividad de células madre mesenquimales en el tratamiento eficaz de la disfunción eréctil. En el presente estudio trabajamos con células madre derivadas del tejido adiposo (ADSc) las cuales son multipotentes y exhiben capacidades de diferenciación y regeneración de células miogénicas, neuronales y vasculares, así como también reparan mecanismos que aumentan la síntesis de óxido nitroso (ON) en el pene.

Métodos. Un estudio retrospectivo de 79 pacientes que fueron tratados con células madre de origen adiposo para disfunción eréctil entre 2012 y 2014 fue realizado. Todos los pacientes tenían comorbilidades severas como diabetes, hipertensión, enfermedad coronaria, obesidad y consumo de alcohol y tabaco. El protocolo consiste en extraer 50 ml de grasa de la región abdominal por medio de una liposucción con jeringa. La grasa es lavada y procesada con una enzima para precipitar la fracción vascular estromal que contiene las células madre.

A la misma vez, se extraen 60 ml de sangre periférica que es centrifugada para obtener el plasma rico en plaquetas. Ambos componentes son activados en la luz Adilight y mezclados en una sola solución de 20 ml. Se realiza asepsia del área genital y se procede a inyectar las células madre en el cuerpo cavernoso del pene. Después de la inyección el paciente recibe antibióticos profilácticos y es dado de alta con revisión en 3 meses.

Resultdos. De los 79 pacientes tratados en la clínica, logramos contactar a 41 pacientes, de los cuales el 69% mostraron mejoría de su función sexual de más del 51% luego del tratamiento con células madre. El 31% no reportó mejoría alguna, aunque de este grupo, muchos presentaban niveles bajos de testosterona, la cual interfiere con la respuesta del tratamiento. De los pacientes que reportaron mejoría, 60% eran hipertensos, 36 % tenían diabetes tipo II, 20% fumaban , 53 % consumían alcohol regularmente y 6% tenían enfermedad coronaria.

Concusiones. Las células madre constituyen una alternativa innovadora para el tratamiento de la disfunción eréctil, aun en aquellos pacientes con comorbilidades severas. Las células madres pueden regenerar tejidos que han sido dañados debido a enfermedades vasculares o comprometidas en su funcionamiento por procedimientos quirúrgicos en el pene o sus estructuras adyacentes. Existe una necesidad de realizar un estudio prospectivo multi céntrico de nuevos casos con un protocolo establecido y sistema de clasificación uniforme que nos permita unificar criterios de investigación y para obtener resultados más confiables.

5.- **Impacto de la histerectomía por patologías benignas sobre la función sexual en un servicio de ginecología.**

Torres Álvarez, Fernando E.; Lemmo, A.

Objetivo: Evaluar el impacto que la histerectomía por patologías benignas tiene sobre la función sexual.

Método: Se aplicó el Índice de Función Sexual Femenina a 61 mujeres en 3 oportunidades: antes de la intervención, a los 3 y a los 6 meses poshisterectomía.

Resultados: 73,8% tiene 41 a 50 años de edad. 85,2% estudió primaria completa a bachillerato. 65,6% trabaja, 85,2% mantiene relación estable de pareja. 53,4% tiene 11 a 30 años de relaciones de pareja. 5% es nuligesta, 50% tiene 1 a 3 embarazos. 57,6% ha utilizado anticoncepción hormonal, 60% ha utilizado DIU. 3,3% es menopáusica. 55% tuvo su primera relación sexual de 16 a 19 años. 26,7% se ha masturbado. 11,7% ha tenido relaciones extramaritales. 53,4% ha tenido 1 o 2 parejas sexuales. 26,2% presenta deseo sexual 3 a 4 veces/semana, que fue la de mayor prevalencia. La frecuencia coital más alta fue 1 o 2/mes (29,5%), seguida por 1 o 2 coitos/semana (26,2%). 32,8% presenta orgasmo en

1 a 2 relaciones sexuales de cada cinco. La vía de abordaje más frecuente (67,2%) fue laparotomía. A 44,3% se le realizó una histerectomía total y a 26,2 % una subtotal. 45% esperó 2 meses o más para reiniciar actividad sexual.

Conclusiones: A los 6 meses del posoperatorio la función sexual en los dos tipos de histerectomía, total y subtotal, se ve favorecida por la operación, aunque dicho cambio es más notorio en la subtotal. PALABRAS CLAVE: Histerectomía. Función sexual.

6.- **Años consultando parejas: situaciones inverosímiles o realidades tóxicas.**

Parra Colmenárez , A. P.; Hernández Serrano, R

En la Unidad de Terapia y Educación Sexual UTES, encontramos que el fenómeno de realidades de parejas toxicas está aumentando en nuestro país. En la bibliografía internacional se refleja que ocurre lo mismo en diferentes países desarrollados.

Presentaremos para su análisis casos clínicos relevantes, que ilustran realidades de parejas basadas en discordia marital severa con episodios de violencia intrafamiliar. Las relaciones tóxicas se reconocen cuando en la dinámica habitual de la pareja hay muchos eventos violentos, es decir, agresiones activas, evidentes y destructivas, generando un gran malestar de tipo psicológico. En la revisión de estas realidades bajo el esquema de las diferentes psicologías individuales y colectivas, encontramos que los conflictos que se generan entre los integrantes de la pareja, son consecuencia de múltiples factores:

- Posiciones políticas e ideológicas enfrentadas
- Manejo asimétrico del poder y control
- Marcadas diferencias en los niveles socio económicos
- Enfrentamientos por competencias profesionales
- Disparidad de criterios religiosos
- Entornos familiares disfuncionales
- Sexo y sexualidad displaceteras, entre otros: disfunciones sexuales, acoso sexual, hipersexualidad, CSC, adicción sexual
- Comunicación inasertiva fundamentada en la coacción, amenazas, venganzas y chantajes
- Conductas paranoides
- Celotipias patológicas
- Consumo del alcohol y drogas
- Mecanismos de control a través de la tecnología
- Ciclos de agresión-perdón-agresión
- Continuamente se vinculan y desvinculan con los valores del afecto, respeto y otros objetivos comunes de la pareja

Situaciones inverosímiles que amenazan la estabilidad y la convivencia de la pareja, contrarios a la negociación y cooperación conjunta en la resolución del conflicto. Se evidencian desde la primera la consulta, si la pareja viene de mutuo acuerdo, si uno es traído por el otro. Dándose casos en que el Terapeuta solicita la presencia del otro miembro de la pareja y en casos extremos el rechazo o abandono de la terapia al ser confrontado por conflicto psicológicos no aceptados, que mantienen el enganche en la relación toxica.

Las Intervenciones terapéuticas serán discutidas durante la presentación.

PALABRAS CLAVE: Terapia de pareja. Violencia intrafamiliar. Relaciones tóxicas.

Simposio: 4

Asociación Internacional Sexología Médica.

Cabello, F.

Contacto: fcabellosantamaria@gmail.com

Ponencias contenidas en este simposio

1.- **Clasificaciones en Sexología ventajas y desventajas: DSM5, CIE11 y MDSIII.**

Llanos, G.; Hernández, R.; Navarro, F.; Bianco, F.

2.- **De la Asexualidad a la Hipersexualidad.**

La Calle, P.; Cabello, F.; Sapetti, A.; Kunestoff, JC.

3.- **Avances en Sexología Clmne celebrada en Salamanca. De la misma forma,tajas: DSM5, CIE11 y MDSSínica: Evidencia versus experiencia.**

Lucas, M.; Guindín, L.R.; Sánchez, F.; Montejo, A.L.

Simposio: 5

Atención sanitaria a las personas transexuales desde el sistema público de salud . Grupo español de Identidad y Diferenciación Sexual GIDSEEN

Esteva de Antonio, I.; Moreno Pérez, O.; Hurtado Murillo, F.; Asenjo Araque, N.; Rodríguez Molina, J.M; Gómez Balaguer, M.; Becerra Fernández, A.

Contacto: miesteva@wanadoo.es

Las personas transexuales sienten la convicción de pertenecer al sexo opuesto al que nacieron, con una insatisfacción mantenida y profundo rechazo de sus propios caracteres sexuales primarios y secundarios, y un deseo manifiesto de cambiarlos médica y quirúrgicamente. La atención sanitaria recomendada para las personas transexuales debe ser multidisciplinar, en estructuras organizadas y de acuerdo a los estándares de cuidados propuestas por la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero (WPATH).

El manejo interdisciplinar de la transexualidad debe llevarse a cabo en unidades con equipos especializados y considerando que cualquier intervención sanitaria debe seguir los principios del rigor científico, la experiencia acumulada, los principios éticos y deontológicos y la prudencia necesaria ante tratamientos crónicos, agresivos e irreversibles.

El Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología (GIDSEEN), integrado por especialistas de Endocrinología, Psicología, Psiquiatría, Pediatría y Sociología, trabaja de forma multidisciplinar desde el año 2010 en torno a la Disforia de Género (DG) y la Diferenciación sexual. Uno de los principales objetivos de este grupo ha sido consensuar y unificar un protocolo de evaluación y de intervención basado en guías internacionales y contextualizado a la realidad del estado español, de la misma forma que han llevado a cabo otros países.

Dadas las consecuencias parcial o totalmente irreversibles de los tratamientos hormonales, es absolutamente necesario realizar un cuidadoso diagnóstico y una evaluación exhaustiva individualizada en Unidades especializadas. Debemos tener en cuenta que la identidad sexual y de género forma parte de la personalidad y ésta es un sistema dinámico que se desarrolla en relación recíproca con el medio y que incluye al mismo tiempo factores disposicionales, culturales y sociohistóricos. Por consiguiente, el profesional que realiza el diagnóstico tiene que tener una buena formación en psicopatología del desarrollo en la infancia y adolescencia, y ser competente en el diagnóstico y tratamiento de problemas mentales, además de ser un amplio conocedor de la disforia de género.

La disforia de género puede manifestarse en diferentes grados de intensidad en cada persona y momento vital. Una gran mayoría de casos se inician a edades muy tempranas, siendo condiciones complejas y asociadas a intenso malestar.

Es de suma importancia la detección precoz y el tratamiento integral. Si la identidad de género está perfectamente consolidada no hay motivos

para esperar hasta la mayoría de edad para iniciar el tratamiento.

Hoy día los equipos de tratamiento defienden que se debe iniciar el proceso terapéutico durante la etapa puberal, habiendo una diagnóstico claro de persistencia y habiendo vivido el adolescente las primeras etapas puberales en su sexo biológico, con el fin de disminuir el sufrimiento psicológico, mejorar la aceptación social y mejorar el resultado estético en el aspecto del sexo deseado.

El tratamiento hormonal con supresión puberal es reversible y no se debe iniciar hasta haber alcanzado el II-III estadio de Tanner, con presencia de esteroides en sangre y con una edad mínima de 12 años.

Desde la Unidad de Trastornos de Identidad de Género se lleva a cabo el abordaje multiprofesional con aquellos pacientes menores de edad, que manifiestan síntomas de disforia de género, y con sus familias, así como el asesoramiento profesional a los centros educativos. Las familias acuden a la UIG derivadas, generalmente, del pediatra y a través de entrevistas semiestructuradas. Dentro de un encuadre cercano, se realiza un seguimiento observacional al niño/niña en su comportamiento cotidiano (social, familiar, escolar…), siguiendo las directrices internacionales WPATH. Si se detecta sintomatología de "estrés minoritario", se interviene con objetivos individualizados y una metodología multidisciplinar (padres, profesores….) Se pretende que el niño o niña afiance y desarrolle la identidad de género sentida, sin sufrir presiones externas que condicionen o confundan sus necesidades reales de afirmación del género. Esto a su vez minimiza la concurrencia de síntomas psicológicos asociados, que suelen aparecer en procesos disfuncionales del desarrollo identitario.

Las personas transexuales suelen tener una variedad de problemas que se añaden a los de la población general y que tienen que ver con el estrés minoritario y el autoestigma. El tratamiento médico mitiga alguno de ellos, especialmente la disforia con el propio cuerpo. Sin embargo, en otros no es así e incluso parecen algunos nuevos.

El proceso presenta una serie de hitos, en los que a veces, estas personas precisan apoyo psicológico. Son muy habituales, por un lado la comunicación del proceso a la pareja, los padres, los amigos y en el ámbito académico y laboral. Por otro lado suele ser conflictivo el cambio de imagen y la adaptación a los nuevos roles de género, lo que exige a veces un entrenamiento específico en esas habilidades. Por último todos los aspectos relativos a las relaciones de pareja y sexuales pueden cambiar y precisar apoyo psicológico.

Existen argumentos a favor y en contra de dichos bloqueos puberales aunque ninguno de ellos tiene un adecuado nivel de evidencia médica. Genera también fuerte debate cuál es el mejor momento del inicio de dicho bloqueo puberal. Los últimos consensos coinciden en que es en fase puberal precoz (Tanner 2-3) el momento más adecuado. El estadiar adecuadamente la pubertad no siempre es fácil y en ocasiones requiere complementar el examen físico con la objetivación de niveles de Estradiol, Testosterona, FSH y LH, medición de la edad ósea o incluso otras técnicas analíticas o de imagen más sofisticadas. El bloqueo puberal precoz, adecuadamente establecido, y el posterior tratamiento hormonal cruzado mejora claramente los resultados finales obtenidos. Potencia los resultados de la cirugía mamaria , mejora claramente la disforia y los resultados globales son más óptimos.

PALABRAS CLAVE: Transexualidad. Unidad multidisciplinar. Necesidad de evaluación psicológica. Estándares asistenciales. Tratamiento hormonal.

Ponencias contenidas en este simposio

1.- Necesidad de atención a las personas transexuales en Unidades Multidisciplinares y con profesionales especializados. Situación actual de las Unidades públicas en España.

Moreno Pérez, O.

2.- Necesidad, conveniencia y contenido del proceso de evaluación y asesoramiento psicológico como requisito imprescindible para

realizar las modificaciones corporales transexualizadoras mediante tratamientos hormonales y/ quirúrgicos.

Hurtado Murillo, F.

La transexualidad es definida como una manifestación persistente de discordancia personal entre el sexo asignado al nacimiento (genético, gonadal, genital y morfológico) y sexo/género sentido. Como consecuencia de la discordancia la persona experimenta un sentimiento de profundo rechazo hacia las características sexuales primarias y secundarias de su sexo biológico y busca adecuar su cuerpo mediante tratamientos hormonales y quirúrgicos para corregir su apariencia y conseguir vivir y ser tratada socialmente arreglo al genero sentido y deseado, solicitando con posterioridad rectificar la identidad registral del sexo con el fin de legalizar el nuevo sexo y nombre en sus documentos.

Necesidad de diagnóstico y tratamiento por profesionales especializados en equipos multidisciplares

La discordancia entre la identificación de género sentida y el sexo asignado y de crianza, produce un sentimiento disfórico que puede manifestarse en diferentes grados de intensidad en cada persona y momento vital. Ahora bien, diversas publicaciones sostienen que una gran mayoría de casos se inician a edades muy tempranas y si la identidad de género está perfectamente consolidada no hay motivos para esperar hasta la mayoría de edad para iniciar el tratamiento hormonal y quirúrgico.

La investigación de cerebros de personas transexuales postmorten ha señalado, que el núcleo basal de la estría terminal del cerebro muestra características similares a los cerebros de personas del sexo biológico del sexo opuesto. Pero in vivo estas estructuras cerebrales no pueden ser visualizadas por técnicas de imagen, ni tampoco existen pruebas bioquímicas ni genéticas que puedan demostrar hallazgos biológicos para llegar a un diagnóstico preciso.

Por consiguiente, en la actualidad es imposible realizar el diagnóstico de transexualidad o disforia de género basándose en criterios objetivos. El diagnóstico depende de la información suministrada por los propios transexuales y/o por la familia y el entorno, que en ocasiones es sesgada con o sin intencionalidad. Se realiza a partir de entrevistas clínicas por métodos psicológicos basados en criterios diagnósticos establecidos (CIE 10, 1992; DSM 5, 2013).

En la fase de diagnóstico, el conflicto de identidad de género, el desarrollo psicosexual y los potenciales problemas asociados son examinados por el profesional de la salud mental que generalmente es un psicólogo clínico. Junto a la valoración de la disforia de género y la satisfacción corporal, se miden aspectos generales del funcionamiento psicológico: habilidades intelectuales, habilidades de afrontamiento, rendimiento escolar, relaciones con iguales, funcionamiento familiar, sexualidad, orientación sexual, fantasías sexuales, el significado de trasvestirse, psicopatología y autoestima. La información es dada por el niño/a o adolescente pero también por sus padres en sesión conjunta.

Con el fin de crear expectativas realistas con respecto a la futura vida del adolescente, el clínico debe dar información sobre las posibilidades y limitaciones de la reasignación de género y sobre otros tipos de tratamientos como las intervenciones psicológicas.

Dadas las consecuencias irreversibles, parcial o totalmente, de los tratamientos hormonales, es absolutamente necesario realizar un cuidadoso diagnóstico y una evaluación exhaustiva individualizada en Unidades especializadas. El diagnóstico debe ir apoyado por un seguimiento riguroso y continuo del menor y de su familia con el fin de asesorar durante el proceso de construcción de la identidad de género sentida.

Debemos tener en cuenta que la identidad sexual y de género forma parte de la personalidad y ésta es un sistema dinámico que se desarrolla en relación recíproca con el medio y que incluye al mismo tiempo factores disposicionales, culturales y sociohistóricos. Por consiguiente, el profesional que realiza el diagnóstico tiene que tener una buena formación en psicopatología del desarrollo en la infancia y adolescencia y ser competente en

el diagnóstico y tratamiento de problemas mentales, además de ser un amplio conocedor de la disforia de género. Para poder incrementar la certeza diagnóstica y planificar de forma más adecuada la intervención, la evaluación debe ser multi y pluridimensional y el profesional deberá tener instrumentos y conocimientos necesarios para seleccionar cuidadosamente a los candidatos más adecuados que se puedan beneficiar de los tratamientos precoces que demoran la pubertad o proponer otras alternativas terapéuticas que contemplen el abanico de posibilidades de las distintas expresiones de género o recomendar una intervención específica si hubiera una trastorno psiquiátrico.

3.- Atención Psicológica a menores transexuales y con comportamiento de género no normativo. Asesoramiento a familias y profesorado.

Asenjo Araque, N.

Introducción

Desde la Unidad de Trastornos de Identidad de Género se lleva a cabo el abordaje multiprofesional con aquellos pacientes menores de edad, que manifiestan síntomas de disforia de género, y con sus familias, así como el asesoramiento profesional a los centros educativos.

Objetivos

La presente comunicación tiene por objeto mostrar las fases del proceso antes introducido.

Método

Las familias acuden a la UIG derivadas, generalmente, del pediatra y a través de entrevistas semiestructuradas. Dentro de un encuadre cercano, se realiza un seguimiento observacional al niño/niña en su comportamiento cotidiano (social, familiar, escolar…), siguiendo las directrices internacionales WPATH. Si se detecta sintomatología de "estrés minoritario", se interviene con objetivos individualizados y una metodología multidisciplinar (padres, profesores….) Se pretende que el niño o niña afiance y desarrolle la identidad de género sentida, sin sufrir presiones externas que condicionen o confundan sus necesidades reales de afirmación del género. Esto a su vez minimiza la concurrencia de síntomas psicológicos asociados, que suelen aparecer en procesos disfuncionales del desarrollo identitario.

Resultados y Conclusiones

En la UIG de Madrid, desde 2009 se han atendido a 47 niños/as, menores de 16 años, con el encuadre terapéutico descrito, y a sus familias. En un análisis descriptivo de los casos, únicamente en 5 de ellos, necesitaron una posterior intervención psicoterapéutica y farmacológica para superar síntomas asociados.

Palabras Clave: Transexualidad, Disforia de género, comportamiento de género no normativo, estrés minoritario.

4.- Apoyo psicológico durante las distintas fases de intervención médica transexualizadora.

Rodriguez Molina J.M.

Las personas transexuales suelen tener una variedad de problemas que se añaden a los de la población general y que tienen que ver con el estrés minoritario y el autoestigma. El tratamiento médico mitiga alguno de ellos, especialmente la disforia con el propio cuerpo. Sin embargo, en otros no es así e incluso parecen algunos nuevos.

El proceso presenta una serie de hitos, en los que a veces, estas personas precisan apoyo psicológico. Son muy habituales, por un lado la comunicación del proceso a la pareja, los padres, los amigos y en el ámbito académico y laboral. Por otro lado suele ser conflictivo el cambio de imagen y la adaptación a los nuevos roles de género, lo que exige a veces un entrenamiento específico en esas habilidades. Por último todos los aspectos relativos a las relaciones de pareja y sexuales pueden cambiar y precisar apoyo psicológico.

5.- Frenación puberal con agonistas. Estándares asistenciales.

Gómez Balaguer, M.

La pubertad es la época de nuestra vida que va desde la niñez a la edad adulta. Desde una concepción biologista, es durante este periodo cuando se producen los cambios físicos y psíquicos que nos acercarán a las características somáticas de los hombres y mujeres maduros. En el niño cis-sexual, el primer signo de aparición de la pubertad es el crecimiento del volumen testicular. Un 68% de los niños cis alcanzan un volumen testicular de 4 ml entre los 11-13 años, pero el 14% lo hace entre los 9- 10 y otro 14% entre los 13-14 años. En la niña cis-sexual el primer signo de aparición de la pubertad es el botón mamario. En un 68% aparece entre los 10-12 años, 14% entre 9-10 años y otro 14% entre los 12-13 años. Desde su inicio, la rapidez de la progresión es variable y puede concluir en 3-6 años. El "timming" puberal depende de la raza, latitud geográfica, factores nutricionales, factores genéticos, factores medioambientales (disruptores endocrinos) etc. También se constata un avance secular en el inicio de la pubertad en países desarrollados. Durante la pubertad, el niño y la niña transexual va desarrollando unos cambios corporales que lo trasladan desde un cuerpo de características externas fácilmente "neutralizables" a otras características que lo separan cada vez más de las del género sentido. En un alto porcentaje de niños y niñas transexuales, la pubertad acarrea o magnifica los sentimientos disfóricos. Es este, un grupo de población especialmente vulnerable y sobre el que deben de articularse todas las medidas de protección posibles. En grupos poblaciones de transexuales adolescentes es fácil detectar conductas anoréxicas, cuadros de ansiedad generalizada, bajo rendimiento escolar, episodios transfóbicos, rechazo social, agorafobias e incluso episodios autolesivos. En ausencia de una legislación específica, el factor "edad" condiciona una serie de conflictos en el acompañamiento endocrinológico . En una situación ideal en la que la edad biológica y la edad administrativa coincidieran, iniciar tratamientos hormonales no generaría problemas , más allá de los puramente médicos. En la práctica, la "cronobiología" adelanta en varios años la edad legal o administrativa, haciendo que edad biológica y edad administrativa no coincidan salvo en un porcentaje muy bajo de los niños y niñas. En ausencia de una legislación específica y en espera de conseguir una mayoría de edad legal o sanitaria (variable de un país a otro y de una época a otra), se puede recurrir a frenar la pubertad y con ello los cambios físicos causantes de la disforia. Existen argumentos a favor y en contra de dichos bloqueos puberales aunque ninguno de ellos tiene un adecuado nivel de evidencia médica. Genera también fuerte debate cuál es el mejor momento del inicio de dicho bloqueo puberal. Los últimos consensos coinciden en que es en fase puberal precoz (Tanner 2-3) el momento más adecuado. El estadiar adecuadamente la pubertad no siempre es fácil y en ocasiones requiere complementar el examen físico con la objetivación de niveles de Estradiol, Testosterona, FSH y LH, medición de la edad ósea o incluso otras técnicas analíticas o de imagen más sofisticadas. El bloqueo puberal precoz, adecuadamente establecido, y el posterior tratamiento hormonal cruzado mejora claramente los resultados finales obtenidos. Potencia los resultados de la cirugía mamaria , mejora claramente la disforia y los resultados globales son más óptimos. Los protocolos de actuación son complejos y deben supervisarse por equipos altamente especializados y dentro de equipos multidisciplinares.

6.- Tratamiento Hormonal cruzado. Estándares asistenciales.

Becerra Fernández, A.

Los transexuales sienten la convicción de pertenecer al sexo opuesto al que nacieron, con una insatisfacción mantenida y profundo rechazo de sus propios caracteres sexuales primarios y secundarios, y un deseo manifiesto de cambiarlos médica y quirúrgicamente. Dadas las consecuencias irreversibles de las intervenciones hormonales y quirúrgicas, es absolutamente vital en beneficio del propio sujeto realizar un cuidadoso diagnóstico diferencial, que sólo es posible en un proceso a largo plazo realizado en unidades especializadas, con amplia experiencia. El abordaje de esta condición es complejo, ya que

precisa de diversas intervenciones, que no han podido ser evaluadas mediante estudios controlados y a largo plazo, pero sus beneficios resultan evidentes: Mejora la calidad de vida del paciente y su grado de satisfacción, así como su integración social y laboral. Esta complejidad obliga a que la atención se realice en la medicina pública, dentro del Sistema Nacional de Salud, por un equipo multidisciplinar cualificado, según directrices asistenciales nacionales e internacionales.

Simposio: 6

Desordenes del desarrollo sexual

Quiroz Parra, G.; Rojas Ramírez, M.; Salazar Franco, N.; Arcila Rivera, A.

Contacto: adriana.arcila@ucaldas.edu.co

Los problemas del desarrollo sexual entre los que se mencionan los estados intersexuales, actualmente conocidos como desordenes del desarrollo sexual (DSD) constituyen una compleja situación, fuente de dolor y sufrimiento para los pacientes y sus familias, y de controversia entre profesionales encargados de su atención.

El conocimiento científico ha permitido una mejor comprensión de los procesos de diferenciación sexual y del desarrollo psicosexual lo cual viene generando serias dudas acerca de los protocolos de manejo tradicionales que tenían en cuenta para la asignación del sexo, principalmente el aspecto de los genitales externos, asignación en muchas ocasiones equivocada pues se conocía poco acerca de la impregnación hormonal del cerebro, responsable de la definición de la identidad sexual, rasgo más contundente que la misma apariencia externa de los genitales.

Las personas que presentan DSD requieren un manejo interdisciplinario, en el cual se vinculen a través del diálogo especialidades médicas (genética, endocrinología, cirugía pediátrica, sexología, psiquiatría), psicología, enfermería y otras disciplinas del área social (trabajo social, derecho) para ofrecer el manejo integral requerido en estos casos.

Pacientes y familias de personas con DSD presentan confusión, angustia e incertidumbre respecto a los procesos terapéuticos y a los resultados de tales intervenciones, médicos y otros profesionales de la salud y del área social deben trabajar de manera interdisciplinar para lograr los mejores resultados en aspectos físicos, como de adecuada socialización de estas personas.

Objetivos: Revisar el estado del arte referente al manejo integral de desórdenes del desarrollo sexual desde la óptica de la sexología médica y propiciar discusiones de alto nivel académico en torno al tema. Y más concretamente:

1. Presentar el enfoque diagnóstico y terapéutico de personas con DSD 46, XY
2. Presentar el enfoque diagnóstico y terapéutico de personas con DSD 46, XX
3. Establecer la importancia del manejo integral en personas con DSD que involucre familias y profesionales de áreas como la educación y el derecho

Ponencias contenidas en este simposio

1.- **Enfoque sexológico de la persona con DSD 46,XX**

Fernando Rosero Mera

DSD 46, XX, antes conocido como seudohermafroditismo femenino, es la causa más frecuente de DSD y ocurre en 60% a 70% de niñas nacidas con genitales ambiguos. Los genitales externos pueden estar desde levemente virilizados a totalmente virilizados, situación que clínicamente se objetiva a través de la escala de Prader. Un defecto enzimático en las suprarrenales interfiere con la conversión de colesterol a cortisol, así los niveles de cortisol en sangre son bajos, se eleva la hormona adrenocorticotrófica (ACTH), con hiperestimulación de las glándulas suprarrenales y sobreproducción de andrógenos suprarrenales,

incluso de testosterona. En el 95% de los casos, la enzima deficiente es la 21-hidroxilasa, que se evidencia mediante niveles elevados de 17-OH-progesterona basal en las formas clásicas o más severas. Se deben solicitar valores de Na y K para descartar formas perdedores de sal que pueden poner en riesgo la vida del recién nacido. El suministro de cortisol disminuye la virilización y puede mejorar su fertilidad.

Personas con DSD 46,XX requieren un acompañamiento durante los primeros años de vida y durante la adolescencia para lograr un adecuado ajuste psicosexual, respecto a la identidad sexual, se encuentra que la identidad sexual para la inmensa mayoría es femenina, no obstante muchas de ellas presentan comportamientos rudos; respecto a la orientación sexual hay estudios que informan entre el 30 a 60% de orientación homosexual, o bisexual. Es ocasiones estas mujeres presentan dificultades para lograr relaciones sexuales satisfactorias debido a las anomalías en la conformación de los genitales, el sexólogo tiene un rol importante en el manejo de estas pacientes, dado que otros profesionales se ocupan de aspectos hormonales, estructurales e incluso estéticos, sin embargo, la capacidad de disfrute erótico es poco tomada en cuenta en el manejo de estas pacientes.

2.- **La persona con 46,XY DSD**

Germán Edo. Quiroz Parra

Los DSD (Disorders of sexual development, por sus siglas en inglés), antiguamente llamados estados intersexuales, son condiciones en los que un individuo con un sexo cromosómico 46XY, presenta una o más alteraciones en los procesos de diferenciación sexual que hace que el fenotipo no cuente con las características usuales esperadas. En este caso puede haber un sexo gonadal incierto (Gónada evanescente, indiferenciada, cintilla gonadal, Ovoteste, testículo, etc), y unos genitales ambiguos (Falo, chordee, hipospadias, etc) debido una virilización parcial de los genitales que por supuesto implica consecuencias sobre la vida sexual de estas personas.

Antes de la 5a semana de gestación, normalmente, el embrión humano presenta una gónada bipotencial, que dependiendo de su carga genética y arreglo cromosómico (genotipo), 46XX o 46XY, lleve a cabo una diferenciación hacia dos estructuras con funciones completamente diferentes, el ovario y el testículo, respectivamente. En el caso de los individuos 46XY, el gen SRY (del inglés sex-determining region Y), activa una compleja cascada genética que hace que entre la semana 6 y 12 de la gestación, la gónada bipotencial se convierta en testículo gracias a su diferenciación en tres líneas celulares básicas: 1. Las células de Leydig que producen testosterona, 2. Las células de Sertoli que producen de hormona Anti-mulleriana y 3. Las células germinales que se especializarán en la producción de espermatozoides. La hormona Anti-mulleriana, hacia la 6a semana hace que regresen los conductos paramesonéfricos (de Müller) y predominen los conductos mesonéfricos (de Wolff). Los conductos Wolffianos son estructuras sensibles a la testosterona, que hacia la semana 10a, darán origen a los conductos eferentes, los epidídimos, las vesículas seminales y los conductos eyaculadores. Hacia la semana 12a, la testosterona mediante su conversión en dihidro-testosterona favorecerá el desarrollo de la próstata y que a partir del seno urogenital, se configuren los genitales externos en uretra, pene y escroto.

Por otro lado, se piensa que ocurre un proceso distinto pero interdependiente del inicialmente descrito, que consta de dos periodos críticos a nivel cerebral: Hay dos picos de producción de testosterona proveniente de los testículos formados previamente, uno aproximadamente en la 20a semana de gestación y, el segundo entre la etapa perinatal y dos meses pos-natales. La testosterona que impregna el cerebro de tal manera que modifican su estructura y su funcionamiento.

Se cree que la testosterona influencia la organización de núcleos y circuitos cerebrales que programan la masculinización cerebral, que de cierta forma predispone sobre los sentimientos y comportamientos sexuales de la persona en desarrollo, es decir sobre su identidad de género y

su orientación sexual, lo que conlleva serias implicaciones clínicas a tratar en las personas con 46XY DSD.

3.- **Consideraciones en torno al abordaje de familias y educadores de personas con DSD.**

Salazar Franco, N.

El recibir un diagnóstico de una condición intersexual puede generar un impacto en el paciente, pero al ir más allá de las esferas que nos conforman como seres psicosociales, el diagnostico también impacta a la familia o cuidadores primarios. La expresión emocional y conductual en torno a una condición no esperada puede ser diversa, condicionando en cierta forma la aceptación y posterior vivencia de esta. Por lo cual se hace importante el conocer la dinámica de la experiencia en las familias de personas con una condición intersexual.

Teniendo en cuenta que la asignación del género de crianza corre principalmente por cuenta de los padres, ellos deben recibir un acompañamiento durante este proceso, puesto que son quienes inicialmente darán su consentimiento para los procedimientos diagnósticos y las intervenciones terapéuticas, para tal fin deberán estar ampliamente informados, y poder contar con un grupo de profesionales dispuestos a resolver las dudas y ayudar a superar los temores respecto al futuro desarrollo psicosexual del menor. Es fundamental que los pacientes y sus familias sean atendidos por un grupo interdisciplinario, incluido el médico sexólogo, prolongándose el acompañamiento longitudinalmente a lo largo de la infancia y durante el período de transición hacia la vida adulta, puesto que los cambios de la infancia, pubertad y adolescencia son definitivos en el logro de un adecuado desarrollo psicosexual.

4.- **Aspectos éticos y legales a tenerse en cuenta en situaciones de personas con DSD.**

Adriana Arcila Rivera

¿Es justificable realizar cirugías en el recién nacido con DSD con el propósito de alterar la apariencia de los genitales, o se debe esperar hasta que pueda dar su consentimiento? ¿Se puede negar la solicitud de los padres a la realización de cirugías tempranas argumentando que el paciente es quien debe dar el consentimiento, quizá exponiéndolo a ser discriminado por causa de su DSD? ¿La evidencia sobre el riesgo de cáncer está suficientemente demostrada como para justificar la remoción de los testículos en los menores de edad? ¿Pueden ser removidas las gónadas del recién nacido argumentando que la razón es prevenir la secreción e influencia de la testosterona en el proceso de diferenciación sexual? ¿En qué momento las personas con un DSD deben saber acerca de su condición?

La solución a estos interrogantes no es única, ni universal, y exige el análisis particular de cada situación. Existen dos principios médicos que entran en tensión al momento de atender a las personas con DSD, ellos son el principio de beneficencia, y el principio de autonomía. Si bien debiera ser la persona quien dé el consentimiento respecto al tratamiento que se realizará, dadas las implicaciones de éste, en su proceso de desarrollo sexual y la irreversibilidad de los procedimientos; el principio de beneficencia reclama el derecho de los padres para decidir lo que consideran será mejor para sus hijos, a quienes les preocupa los aspectos de crianza e integración social, y evitar la discriminación de la cual pueden ser objeto sus hijos.

No hacer las cirugías tempranas puede significar exponer a la persona a una infancia diferente, incluso sin rechazo por su condición; pero también si se realizan las cirugías se cambia la naturaleza de las opciones disponibles para la persona, sin embargo, como argumentan aquellos en favor de la cirugía temprana, las opciones no se reducen necesariamente. Y respecto a la posibilidad de que en el futuro se presente un conflicto de identidad sexual, no hay forma de identificar o prevenir que suceda.

El equipo interdisciplinario debe ofrecer apoyo permanente a la familia mediante la comunicación eficaz, que permita discutir las posibilidades de tratamiento, las dudas e incertidumbres de los

padres y orientarles respecto a la manera de informar a otros miembros de la familia y amigos respecto a la condición del niño, igualmente, respecto al momento y a la forma de contar al menor acerca de su condición. Este asesoramiento debe incluir la información completa del estado de conocimientos, incluido que el aplazamiento de la cirugía es una opción, también informar respecto al acceso a los servicios de salud.

Un aspecto que deberá ser discutido en eventos que convocan personas estudiosas del tema es la denominación actual, con la cual se pretendía superar la carga negativa de la denominación hermafroditismos y seudohermafroditismos, pero que no logró su propósito, pues como es bien sabido la palabra desorden tiene un significado negativo en nuestro idioma, y al traducirlo a otros idiomas como el alemán, significa perturbado, se propone volver a la denominación de Estados Intersexuales, como ya se habían denominado, nomenclatura que siendo descriptiva no tiene una carga negativa.

El tema que mayor controversia provoca en la actualidad es la decisión respecto a realizar intervenciones quirúrgicas tempranas, o aplazarlas hasta el momento en que la persona con DSD pueda dar su consentimiento. Algunos grupos de personas con DDS, activistas, científicos sociales y psicólogos tienen una posición crítica hacia la remodelación genital temprana, basados en resultados negativos de los procedimientos realizados en décadas pasadas, y en una crítica al sistema binario de género. De otro lado médicos apoyados en el testimonio de pacientes que afirman que para ellos los resultados fueron buenos, y que sostienen que la mejor edad para realizar estos procedimientos es la infancia; esta controversia es difícil de superar con el nivel actual de conocimientos, se requiere mayor investigación, y la conformación de grupos interdisciplinarios que puedan estudiar con rigurosidad este tema.

Simposio: 7

Alternativas terapéuticas y pedagógicas en sexualidad: la experiencia en América Central

Wilman, L. ; Ramirez, M. L.; Córdoba, J.; Murillo, M.

Contacto: mmurillo@sexoamoryvida.com

Se busca presentar y promover el esfuerzo por crear espacios educativos desde la experiencia de incorporar la Bioenergia en sexualidad de pareja y en formación a terapeutas. La experiencia de impartir educación sexual a poblaciones cautivas o poblaciones vulnerables o con condiciones diversas (lesiones medulares/ transexualidad, sordos)

PALABRAS CLAVE: Terapéutico. Población diversa. Vulnerabilidad. Discapacidad. Transexualidad. Sordos. Población marginada. Educación basada en valores y vínculo. Metodología para enseñar sexualidad.

Simposio: 8

SLAMS

Medicina sexual ante la necesidad de la prevención y atención integral en salud sexual

Brendler, J.; Simone Varaschin, R.; Baez, L. y Pietruszka, D.

Coord: Brendler, J.;

Contacto: jaqbrendler@cpovo.net

Ponencias contenidas en este simposio

1.- La sexualidad y los medios tecnológicos actuales.

Pietruszka de Lebel, D. M.

La historia de la SEXUALIDAD HUMANA se ha visto siempre acompañada de lo que dictan las religiones, las modas, las costumbres y las normas de cada época. El modo en que la vivimos hoy en

día ha recorrido muchas culturas, muchos puntos de vista y muchos lugares antes de llegar a las manifestaciones que conocemos en la actualidad.

En la época actual, accedemos a una gran metamorfosis, en la cual, en una enorme parte del mundo, cada vez se puede observar más una brecha entre el inicio de la vida sexual y el matrimonio.

Asimismo, viejos rituales de iniciación como el debut con una trabajadora sexual van perdiendo vigencia.

Los jóvenes que comienzan a mantener relaciones sexuales en pareja, tal vez ya han iniciado alguna forma de actividad sexual vía internet o alguna otra forma de tecnología.

Es así como en nuestra era, caracterizada por el desarrollo de la comunicación tecnológica, aparece una nueva forma de ejercer nuestra condición de seres sexuados, que es el sexo virtual.

El sexo virtual es una manifestación de la sexualidad humana en la cual dos o más personas se transmiten mensajes explícitamente eróticos utilizando alguna forma de tecnología.

2.- Lo que no sexólogos debe saber sobre la sexualidad femenina.

Brendler, J.

Las mujeres en relaciones a largo plazo con más frecuencia siguen el modelo de Basson del ciclo de respuesta sexual, a partir de la neutralidad sexual con el objetivo, entre otras cosas, aumentar la intimidad. Al inicio de las relaciones de pareja, el modelo más común es el Masters y Johnson Kaplan en la que la principal motivación de la sexualidad es el deseo sexual. En las relaciones a largo plazo mujer sana puede tener sólo "el deseo sexual receptivo" consecuencia positiva de la seducción iniciado por el hombre.

Se recomienda iniciar el proceso de seducción horas antes del coito (masages/toques sutiles, mensajes, llamadas telefónicas, provocación erotica). La investigación indica que los hombres en las relaciones duradoras no son seductora. Los hombres asocian la seducción a la vida del soltero y con el objetivo de conquistar otras mujeres. Un estudio muestra que las mujeres jóvenes asocian el sexo "prueba de amor para el hombre", entonces se recomienda invertir en el romance con el fin de obtener una buena calidad de vida sexual.

La investigación en el año 2014 muestra que el 33% de las mujeres piensan que los hombres no hacen sexo oral bien y aprecian los preliminares que comienzan con contacto no genital. La prevalencia de problemas sexuales es grande y un estudio de 2014, dice que el 63% de las mujeres niegan la existencia de problemas sexuales, entonces uno debe preguntar acerca de la salud sexual de las mujeres antes de indicar medicamentos que pueden facilitar el hombre erección.

Los profesionales de la salud deben alentar a la sexualización del condón ya que esto ayuda a los hombres no tener disfunción eréctil y el uso de condones para protegerse contra las enfermedades de transmisión sexual.

El hombre debe dividir las tareas del hogar (domésticas) y el cuidado de los hijos con su esposa, con el fin de evitar la fatiga extrema, una de las causas de la libido disminuida. Así, la mujer tiene más tiempo para pensar e invertir en la sexualidad y el romance.

Una investigación señala que la práctica coital asociada con la estimulación del clítoris es más adoptado por parejas, pero las prácticas que consigue tasas más altas del orgasmo son sexo oral, tocar el clítoris o la estimulación de la vagina.

Este conjunto de información va a enriquecer la consulta de los profesionales de la salud que no son sexólogos y ayudar mujeres a tener una mejor salud sexual.

3.- Hombre plural, realidades múltiples.

Simone Varaschin, R.

Pensar en el individuo en su constitución plural es imprescindible, una vez que se se percibe la fragmentación y relatividad del concepto de realidad. En una cultura de la especialización no se puede dejar de considerar al individuo como

una entidad total: la plataforma en la cual esa pluralidad de la realidad está en acción. Nos enfrentamos a diario con individuos que llevan en su equipaje una acumulación de bienes simbólicos. Estos están presentes en su estructura de pensamiento, en sus patrones de comportamiento y actitudes, así como em su respuesta emocional, afectiva y sexual.

Los profesionales de salud sexual deben considerar una intervención y una formación integral e integrada, que asume la responsabilidad de la construcción efectiva de múltiples realidades. Se hace necesario tener una visión transdisciplinar de actuación para una interpretación holística de los hechos y fenómenos.

El desarrollo de los estereotipos segmenta uma evaluación del indivíduo de manera más amplia, promoviendo un reducionismo importante de las características de un individuo, que es, al mismo tiempo, singular y múltiple.

Los cambios en el funcionamiento sexual pertenecen a un universo que va más allá de la compreensión de los sintomas, de la queja y de los factores que intervienen. Determinar las variantes responsables por el trastorno, así como dar una indicación heterogénea, se convierte en una tarea difícil debido a las conexiones estrictas entre estas variantes.

Por lo general, vemos en la enseñanza de formación profesional que produce el aprendizaje de cómo hacer frente a los hombres, pero que no enseña cómo conocer a los hombres. Y si se produce un conocimiento del hombre, la compreensión del hombre se divide y se entiende de acuerdo con las áreas de conocimiento: sociología, filosofía, antropología, medicina, psicología, entre otros.

Por lo tanto, pienso en la importancia de "horizontalizar la verticalización, de manera que la visión compleja sea también profunda, y verticalizar la horizontalización de modo que la percepción profunda también sea compleja" (P. Dante, 1998). Supondo que cada professional tenga que conocerse primero como sujeto, con su multiplidad de componentes, con el fin de entender al otro como una constelación en un universo de las diversidades culturales.

4.- ¿Por qué ser socio de SLAMS?

Pietruszka, D.

Simposio: 9

Los consensos de sexualidad y enfermedades crónicas. Un medio para vincular la experiencia, la teoría y la prática

Torres Rodríguez, B.; Alfonso Rodríguez, A.C.; Coderch Díaz, G.; Díaz Tenorio, M.C.

Contacto: beatorre@infomed.sld.cu

Las Enfermedades crónicas (EC) son altamente prevalentes y se acompañan de una alta mortalidad y discapacidad en Cuba. A la vez, tienen un impacto significativo en la esfera sexual, las relaciones de pareja y las representaciones subjetivas sobre la sexualidad.

A través de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el estudio de la sexualidad (SOCUMES) se han organizado cuatro consensos, para buscar modos de actuación más efectivos en el manejo de estas enfermedades y disminuir las implicaciones en la sexualidad y en la vida en pareja, teniendo una mirada especial en el caso de las mujeres.

Los consensos desarrollados son los relacionados con la salud sexual y reproductiva de las enfermedades cardiovasculares, renales, la diabetes mellitus y las Disfunciones del suelo pélvico, los cuales fueron patrocinados por el Fondo de Población de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNFPA) y participaron expertos de todo el país en diferentes especialidades, como Sexología, Sicología, Siquiatría, Nefrología, Cardiología, Medicina Física y Rehabilitación, Urología, Ginecología, Proctología, Neurofisiología, Imagenología, Cirugía General, entre otros y asistieron los representantes de las sociedades científicas de estas especialidades.

Otro elemento a tener en cuanta en este simposio es la ausencia en la mayoría de los consensos internacionales de un capítulo dirigido a la salud de las mujeres, por lo que se profundiza la mirada hacia ellas.

Así como se abordan las acciones concretas a través de estos resultados para la prevención y manejo de la violencia en mujeres con enfermedades crónicas, mostrando los resultados de proyectos comunitarios.

De esta forma, la SOCUMES ha contribuido a visibilizar la sexualidad desde un enfoque de salud y derechos sexuales; así como el intercambio con investigadores de diferentes ramas de la ciencia. Se presenta como la principal recomendación, la necesidad de abordar la Sexualidad y las EC de forma integral y lograr protocolos de atención respaldados por métodos trans e interdisciplinarios y dar una especial mirada a las mujeres.

PALABRAS CLAVE: Enfermedades crónicas. Salud sexual y reproductiva. Prevención. Violencia y mujeres.

Ponencias contenidas en este simposio

1.- **Resultados principales de los consensos de sexualidad y enfermedades crónicas realizadas por la SOCUMES.**

Torres, B.

A través de la Sociedad cubana multidisciplinaria para el estudio de la sexualidad (SOCUMES) se han organizado cuatro consensos relacionados con el impacto en la salud sexual y reproductiva de las enfermedades crónicas (EC), las cuales son altamente prevalentes en nuestro país y se acompañan de una alta mortalidad y discapacidad. Se persigue el objetivo de buscar modos de actuación más efectivos en el manejo de la sexualidad y disminuir las implicaciones en la sexualidad y en la vida en pareja.

El consenso de sexualidad y enfermedad renal (ER) abarcó los siguientes temas: Contexto clínico-epidemiológico de las ERC y la sexualidad, ERC y Sexualidad desde una visión Latinoamericana, Fisiopatología de la respuesta sexual en la ERC, La sexualidad en el paciente en estadio 5 de ERC, La sexualidad en las mujeres con ERC, Enfermedad renal obstructiva y DS, la repercusión de su tratamiento urológico, utilidad y experiencias con los diferentes tratamientos de las Disfunciones sexuales, la pareja y su tratamiento.

A su vez, el consenso de sexualidad y Enfermedad cardiovascular profundizo en: La sexualidad y su relación con la cardiopatía isquémica, rehabilitación post-infarto del miocardio, HTA y la insuficiencia cardiaca crónica, evaluación integral del sujeto con Disfunción eréctil, daño vascular y la sexualidad durante el climaterio.

Para el desarrollo del consenso de Diabetes Mellitus se considero analizar: Aspectos de la salud sexual y de la salud reproductiva (anticoncepción, ITS y prevención preconcepcional) tomando en cuenta el ciclo de vida (niñez y adolescencia, adultez y tercera edad) del ser humano y las diferencias según sexo y género.

El consenso de disfunciones del suelo pélvico, aporto los resultados de los reportes internacionales y nacionales, realizando una intervención en la que destaca la pobre cantidad de estudios internacionales sobre la temática y la ausencia de estudios nacionales, la anatomía morfológico / funcional de la cintura y piso pélvico, factores de riesgo para esta disfunción y vinculación con las disfunciones sexuales, la neurofisiología sexual, donde realiza un acercamiento a las bases neufisiológicas del cerebro involucradas en la respuesta sexual del organismo humano, consideraciones en situaciones de disfunción de suelo pélvico y disfunción sexual en ginecología, y disfunciones colorectales, y por último el manejo terapéutico de las alteraciones sicológicas y comorbilidad siquiátrica, así como el manejo sexológico de los pacientes con disfunciones del suelo pélvico .

De esta forma, la SOCUMES ha contribuido a visibilizar la sexualidad desde un enfoque de salud y derechos sexuales, teniendo en cuenta además una perspectiva de género; así como el intercambio con investigadores de diferentes ramas de la ciencia. Se presenta como la principal recomendación, la necesidad de

abordar la Sexualidad y las ERC de forma integral y lograr protocolos de atención respaldados por métodos trans e interdisciplinarios.

2.- **Capítulo de la salud sexual y reproductiva de mujeres con enfermedades crónicas.**

Alfonso rodríguez, A.C.

3.- **Prevención y manejo de la violencia en mujeres con enfermedades crónicas. Resultados de proyectos comunitarios.**

Codeerch, G.; Díaz, M

4.- **Consenso Salud sexual y Diabetes Mellitus. Experiencias y prácticas en Cuba.**

Alfonso Rodríguez, A.C.

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad de alta prevalencia en el país. La Sociedad Cubana para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES) realizó con el apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas y la participación de especialistas de diversas disciplinas y sociedades científicas en septiembre del año 2015 la reunión de Consenso Salud Sexual y Diabetes mellitus. En esta se destacó el papel jugado por el Programa Nacional de Atención Integral al diabético (1975), el Programa Nacional Cubano de Atención Integral a la Gestante con Diabetes Mellitus (2000) y la publicación en el año 2012 de la guía para la atención al paciente con diabetes mellitus tipo 2.

El trabajo presenta una breve síntesis del estado del arte de la investigación científica publicada acerca de estos temas en una de las revistas científicas del país y una síntesis de los principales aspectos debatidos durante la reunión. Se reseñan aquellos que, por su importancia, según etapas del curso de vida no pueden dejar de tener mención: el método clínico, el control metabólico, la anticoncepción, la infertilidad, los factores de riesgo de las DS, la prevención y atención de las personas con Diabetes Mellitus y disfunciones sexuales. Se identifica como el principal reto que los profesionales de la salud, las personas con DM, las parejas y las familias trabajen de conjunto en el logro de los mejores indicadores posibles de salud sexual y en la construcción de modelos de disfrute sexual personalizados acordes con las capacidades y necesidades de los sujetos que padecen DM.

PALABRAS CLAVE: Diabetes Mellitus. Salud sexual. Personas con diabetes mellitus.

Simposio: 10

Sexología en Latinoamérica y en Europa: diversidad, nacimiento y desarrollo

Giami, A; Hurtado Murillo, F; Fridman, CT; Gindin, LR; Alarcão, VN.

Contacto: felipehurtadomurillo@gmail.com

La sexología y la terapia sexual varían significativamente entre culturas y entre países que pertenecen a la misma zona cultural. Estas variaciones pueden ser debidas a diferentes factores, cómo el contexto cultural y político, el tipo de educación y sistema académico, la organización de los Servicios de Salud y las motivaciones profesionales.

La sexología es un área específica de conocimiento, de práctica y de profesión que apareció en la segunda mitad del siglo XIX. Tuvo su primer desarrollo en Europa occidental hasta el comienzo del Nazismo y luego, se desarrolló en los Estados Unidos en los años sesenta del pasado siglo XX .

La sexología es un campo multidisciplinar en el que los profesionales no comparten el mismo perfil de conocimientos, ni la orientación disciplinar, ni la profesión inicial, ni el tipo de práctica, ni el género, ni la edad.

En muchos países, el campo de la sexología se divide entre enfoques médicos y psicológicos que reflejan la existencia de concurrencia profesional y organizaciones científicas (Sociedades y Federaciones). Cada Sociedad y Federación científica organiza sus propias conferencias y publicaciones.

En Europa, coexiste la Federación Europea de Sexología (EFS), afiliada con con Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS), junto con la

Sociedad Europea de Medicina Sexual (ESSM), afiliada con la Sociedad Internacional de Medicina Sexual (ISSM).

En latinoamérica ocurre el mismo fenómeno de duplicación y coexistencia de Sociedades y Federaciones. De un lado, la Federación Latinoamericana de Sexología y Educación Sexual (FLASSES), afiliada a WAS. De otro, la Sociedad Latinoamericana de Medicina Sexual (SLAMS), afiliada a la ISSM.

La sexología como ciencia tuvo dos nacimientos. El primero, En Alemania, a mitad del sigo XIX, centrado en el estudio y tratamiento de las desviaciones y perversiones sexuales. El segundo, En Estados Unidos, a mitad del sigo XX, centrado en el estudio de la respuesta sexual y el tratamiento de las disfunciones sexuales.

Este primer periodo descrito como "Protosexología" se caracterizó por estar dirigida al tratamiento de las "desviaciones y perversiones sexuales", consideradas como conductas sociales desviadas que estaban penalizadas bajo la ley criminal.

Su representante es Krafft-Ebing

La sexología, como disciplina fue propuesta por primera vez en 1907 por el médico berlinés Iwan Bloch.

Magnus Hirschfeld fue uno de los pioneros más relevantes, debido a su gran capacidad de organización.

En 1908 aparece la primera revista de sexología.

En 1913 se organiza la primera sociedad sexológica.

En 1919 se funda el primer Instituto de Sexología.

En 1921 se organiza el primer Congreso Sexológico Internacional.

En 1933 con Hitler y el nazismo se destruye el desarrollo de la Sexología alemana.

Renace la sexología en Estados Unidos después de la 2ª guerra mundial.

Alfred C. Kinsey funda el nuevo Instituto para la investigación sexual en 1947.

La sexología americana estuvo centrada en el estudio médico y fisiológico de la respuesta sexual y el tratamiento de las disfunciones sexuales: Wilhelm Reich, William Masters, Virginia Jhonson y Helen Kaplan.

Respecto a Latinoamérica, durante los últimos 50 años se han dado importantes cambios culturales y políticos que han permitido el desarrollo y la diversificación de la sexología en los diferentes países de América Latina.

Los inicios fueron con políticas de fomento de la educación sexual y el asesoramiento en planificación familiar. Después aparecieron las aproximaciones que miraban la función sexual femenina y sus alteraciones, continuó con el interés por el tratamiento de la disfunción eréctil y finalmente el desarrollo de los derechos sexuales.

El primer desarrollo de la sexología en latinoamérica estuvo relacionado con los movimientos culturales de liberación sexual y social. El foco se centraba en el placer de las mujeres, en la relación de pareja, en la satisfacción sexual y en la comunicación.

El segundo desarrollo fue debida a la asociación entre ginecólogos y psiquiatras/psicólogos, poniendo el foco en la emancipación social y cultural de las mujeres y el desarrollo del individualismo.

Durante estos dos primeros periodos de emergencia y estructuración de la sexología latinoamericana, se observan especificidades relacionadas con el contexto cultural de cada país, la presencia o ausencia de políticas de planificación familiar, la influencia de la religión católica y el interés de algunos profesionales como psicólogos o psiquiatras y ginecólogos.

Hacia el final de los años 90 aparece el tercer desarrollo de la sexología latinoamericana, que estuvo relacionado con el desarrollo de fármacos para el tratamiento de la disfunción eréctil y los intentos de desarrollar nuevos fármacos para el deseo sexual hipoactivo de las mujeres. Representando un cambio hacia la biomedicina y la más tradicional práctica médica, frente a la psicoterapia, la emancipación y la liberación. Hay una influencia global de las compañías farmacéuticas en el desarrollo de la medicina sexual, por el apoyo financiero a los congresos.

E Europa, lo resultados sobre el estudio Euro-sexo realizado en ocho países europeos (Dinamarca, Reino Unido, Finlandia, Francia, Italia, Noruega, Suiza y España), muestran que con excepción de Francia y débilmente en Noruega, la mayoría son mujeres y, salvo en Francia, es practicada mayoritariamente por profesionales de la salud no médicos, siendo los psicólogos entre los no médicos la profesión mayoritaria.

Los resultados confirman que la sexología no es una profesión inicial en Europa y que la gran mayoría de los sexólogos han realizado una formación inicial en la que han obtenido un grado universitario en el campo de la salud, médica o no médica.

La mayoría de los sexólogos en todos los países europeos estudiados no se consideran a sí mismos sexólogos en primer lugar. Su formación inicial validada por un título universitario como médico, psicólogo, enfermera o profesor, constituye la base de su identidad profesional.

Según la profesión inicial, los sexólogos de profesiones no médicas, en el conjunto de países estudiados incluida España, muestran las tasas más elevadas de haber realizado al menos una formación en sexología. Estas diferencias en formación específica en sexología entre médicos y no médicos, indican que las diferentes profesiones que se dedican a la práctica de la sexología están sometidas a diferentes requerimientos y formas legales dependiendo de cada país.

PALABRAS CLAVE: Sexología. Latinoamérica. Europa. Diversidad. Identidad profesional. Formación en Sexología.

Ponencias contenidas en este simposio

1.- **Sexología: tendencias y evolución entre Europa y América Latina.**

Giami, A.

Esta presentación muestra un balance de las investigaciones que se realizaron en 9 países europeos (período 2005-2016) y en 6 países de América latina (período 2005-2013). Se busca, en primer lugar, poner en evidencia las condiciones socio-políticas del surgimiento y desarrollo de la sexología; en segundo, lugar mostrar las características comunes de la profesión de sexólogo en este conjunto de países. Se expondrá, también, indicios de las características (5) específicas y de las diferentes modalidades locales de la sexología. Finalmente, se señalará las particularidades regionales de Europa del norte, de Europa del sur y de América latina.

PALABRAS CLAVE: Sexologia. Encuesta internacional. Profesion. Ciencia. America Latina. Europa.

2.- **Sexología como profesión en España: características de sus profesionales.**

Hurtado Murillo, F.

La sexología como profesión en España, es una replicación sobre un estudio internacional que ha sido realizado previamente en otros ocho países europeos (Dinamarca, Reino Unido, Finlandia, Francia, Italia, Noruega, Suecia y Portugal), que ha implicado a los profesionales de las sociedades científicas de la sexología y que pretende identificar las similitudes y las diferencias en la formación y en la práctica profesional. En este trabajo presentamos los resultados de los diferentes aspectos evaluados mediante la versión traducida del cuestionario original utilizado en el resto de países europeos. El cuestionario contiene 89 preguntas sobre diferentes aspectos referentes a la práctica de la sexología: la formación académica y profesional inicial, la formación específica en sexología o en sexualidad humana, la práctica profesional de la sexología y datos socio-demográficos. Los resultados han mostrado muchas similitudes con la mayoría de datos reflejados en los otros estudios de países europeos. La mayoría de sexólogos son mujeres de profesiones sanitarias no médicas, tienen en su mayoría al menos una formación específica en sexología y están de acuerdo en que no es necesario ser médico para ser sexólogo. De la misma manera que en el resto de países europeos estudiados, la mayoría de los profesionales de la

sexología en España no se consideran a sí mismos sexólogos en primer lugar.

3.- **Sexología como profesión en Argentina: nacimiento y desarrollo.**

Fridman, C.T.; Gindin, L.R.

Entender la sexología como asociada solamente a la "Terapia sexual", conlleva el riesgo de comprenderla sólo como una empresa médica. Este punto de vista es equivocado. El estudio de la sexualidad está basado en diversos modelos de aprendizaje humano. Se trata de una rama de conocimiento interdisciplinaria y remite al examen crítico de ideologías.

Perder esta perspectiva histórica, cultural, contextualizada de la Sexología comporta amenazas para el futuro. No deben extraviarse la renovación en sus preguntas teóricas. No alcanza la Medicina para comprender el estudio del ejercicio de la sexualidad y sus diferentes aplicaciones.

Hacer un recorrido de la sexología en la Argentina es en principio un inventario de nombres que han bregado de una y otra forma preocupadamente e inquietos por los intereses -de ellos mismos- referidos al campo de la sexología.

4.- **El lugar de la sexología en la salud sexual en Portugal.**

Niego Alarcão, V.

Esta comunicación intenta describir la emergencia y la institucionalización de la sexología como ciencia y profesión en Portugal, identificando instituciones, actores sociales y prácticas profesionales y discutiendo sus relaciones y especificidades. Después de una contextualización de los factores de naturaleza social y cultural en torno a la profesionalización de la sexología, la emergencia de la sexología portuguesa y sus principales marcos históricos, instituciones y actores son descritos. Esta pesquisa revela las dinámicas entre procesos nacionales y internacionales en la transición de una perspectiva holística de la sexología para una hegemonía da medicina sexual, clarifica sus mecanismos de legitimación como ciencia transdisciplinaria de la sexualidad, sugiriendo perspectivas futuras.

Simposio: 11

Autoinformes en sexologia clinica: presentacion de las adaptaciones de algunas escalas a poblacion española

Sierra, J.C

Contacto: jcsierra@ugr.es

En ocasiones, el profesional de la salud dedicado a la Sexología Clínica no dispone de instrumentos adaptados a población española y con suficientes garantías psicométricas para la evaluación de dimensiones importantes de la sexualidad humana.

En este simposium se presentarán las recientes adaptaciones llevadas a cabo en España de cuatro instrumentos de utilidad en el campo de la Sexología Clínica: Arizona Sexual Experience Scale (ASEX; McGahuey, Gelenberg, Laukes, Moreno y Delgado, 2000), Sexual Excitation/Sexual Inhibition Inventory for Women (SESII-W; Graham, Sanders y Milhausen, 2006), Ratings of Sexual Arousal (RSA; Mosher, 2011) e Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction Questionnaire (IEMSSQ; Lawrance, Byers y Cohen, 2011; Sánchez-Fuentes, Santos-Iglesias, Byers y Sierra, 2014).

La ASEX está formada por seis ítems (uno de ellos exclusivo de hombres y otro exclusivo de mujeres) contestados en escala Likert de seis opciones que permiten evaluar el funcionamiento sexual en cada una de las fases de la respuesta sexual (deseo, excitación, orgasmo y satisfacción).

La versión española del SESII-W está formada por 33 ítems con cuatro opciones de respuesta, agrupados en ocho dimensiones, que permiten evaluar la propensión a la excitación e inhibición

sexuales dentro del marco del Modelo del Control Dual.

La RSA evalúa la excitación sexual subjetiva en una situación concreta mediante cinco ítems (excitación sexual, sensaciones genitales, sensación de calor, sensaciones físicas no genitales y concentración sexual) a través de una escala tipo Likert de 1 (ninguna) a 7 (extrema).

Por último, el IMSSQ proporciona una medida global de la satisfacción sexual (5 ítems), una medida global de la satisfacción con la relación (5 ítems) y de los componentes del Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction: balance entre beneficios y costes, balance entre beneficios/costes reales y esperados, igualdad de beneficios e igualdad de costes (6 ítems); en este caso, se presenta su adaptación a población homosexual. Para todos los instrumentos se presentarán datos acerca de su fiabilidad y validez en población española, incluyendo indicadores de validez obtenidos en el laboratorio de sexualidad a través de la exposición de los sujetos a estímulos sexuales. Se discutirá acerca de su relevancia y utilidad en la práctica clínica y en el campo de la investigación en sexualidad humana.

PALABRAS CLAVE: Autoinformes. Sexología clínica. Respuesta sexual. Excitación. Satisfacción sexual.

Ponencias contenidas en este simposio

1.- **Adaptación y validación de la Arizona Sexual Experience Scale (ASEX) en una muestra española.**

Sánchez-Fuentes, M. M., Granados, M. R., Arcos-Romero, A. I., Calvillo, C., Moyano, N. y Sierra, J. C.

En contextos como la atención primaria o investigación es fundamental el uso de instrumentos breves para identificar de forma rápida posibles disfunciones sexuales. La Arizona Sexual Experience Scale (ASEX) cumple con esta característica al evaluar mediante seis ítems las dimensiones globales más importantes de la respuesta sexual: deseo, excitación, erección (en varones), lubricación (en mujeres), capacidad orgásmica y satisfacción con el orgasmo. El objetivo principal es adaptar la ASEX a población española y conocer la fiabilidad y validez de la escala. La muestra estuvo formada por 684 participantes (37,1% varones y 62,9% mujeres) con edades comprendidas entre los 18 y 67 años (M = 98,47, DT = 12,07). Los participantes completaron las adaptaciones españolas de los siguientes instrumentos: ASEX, el Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ), la versión breve del Sexual Opinion Survey (SOS-6) y las Sexual Inhibition/Excitation Scales-Short Form (SIS/SES-SF). En cuanto a los resultados, en primer lugar se realiza un Análisis Factorial Exploratorio y un Análisis Factorial Confirmatorio y se comprueba que la escala presenta una estructura unidimensional. Respecto a la fiabilidad de consistencia interna se obtiene un valor alfa de Cronbach de 0,77 en varones y 0,75 en mujeres. En segundo lugar, la ASEX presenta buena validez convergente con el MGH-SFQ tanto en varones (r = -0,46, p < 0,001) como en mujeres (r = -0,55, p < 0,001). Asimismo, en varones los ítems del ASEX referidos a deseo, excitación, erección, capacidad orgásmica y satisfacción con el orgasmo correlacionan con la erotofilia (r = -0,27, p < 0,001; r = -0,20, p = 0,001; r = -0,22, p < 0,001; r = -0,14, p = 0,029; r = -0,18, p = 0,003, respectivamente). Además, mayor facilidad para conseguir y mantener una erección se asocia con menor inhibición sexual por miedo a la ejecución (r = 0,20, p = 0,001). En mujeres, los ítems referidos a deseo, excitación, lubricación y satisfacción con el orgasmo se asocian con mayor erotofilia (r = -0,20, p < 0,001; r = -0,17, p < 0,001; r = -0,14, p < 0,001; r = -0,13, p = 0,007, respectivamente). También hay relación entre el ítem que evalúa la excitación y la propensión a la excitación (r = -0,15, p = 0,002). Además, mayor deseo, excitación, lubricación, capacidad orgásmica y satisfacción con el orgasmo se asocia de manera baja, aunque estadísticamente significativa, con menor inhibición sexual por miedo a la ejecución. Por tanto, se puede concluir que la adaptación española del instrumento ASEX

es fiable y válida para evaluar el funcionamiento sexual en varones y mujeres españoles.

2.- **Propiedades psicométricas del Sexual Excitation / Sexual Inhibition Inventory en mujeres españolas.**

Granados, M. R., Sánchez-Fuentes, M. M., Arcos-Romero, A. I., Calvillo, C., Moyano, N. y Sierra, J. C.

El *Sexual Excitation/Sexual Inhibition Inventory for Women* (SESII-W) es un autoinforme que permite evaluar la propensión de las mujeres para excitarse o inhibirse sexualmente. Está basado en el Modelo de Control Dual de la respuesta sexual según el cual la respuesta sexual y conductas asociadas son el resultado del balance entre mecanismos inhibitorios y excitatorios relativamente independientes, presentes en el sistema nervioso central. El SESII-W surge ante la necesidad de obtener una escala desarrollada específicamente en mujeres. Por ello, el objetivo es traducir y adaptar el SESII-W a población española, para lo que empleó una muestra de 1.373 mujeres heterosexuales. Por medio de un análisis factorial confirmatorio se obtuvo una versión de 33 ítems distribuidos en ocho factores de orden inferior (*Excitabilidad, Dinámicas Sexuales de Poder, Aroma, Características de la Pareja, Lugar, Importancia de la Relación, Contingencias de la Excitación Sexual y Preocupaciones por el Funcionamiento Sexual*) que a su vez se agruparon en dos factores superiores: *Excitación Sexual* e *Inhibición Sexual*. La fiabilidad de consistencia interna (puntuaciones mayores a 0,82 y 0,76, en Excitación Sexual e Inhibición Sexual, respectivamente) y test-retest de la versión española del SESII-W fueron adecuadas. Además, se obtuvieron adecuadas evidencias de validez y en la dirección esperada en sus relaciones con la búsqueda de sensaciones sexuales, erotofilia, número de parejas sexuales y edad de la primera relación sexual. Tras esto, se llevó a cabo un segundo estudio con el objetivo de conocer la validez convergente de la versión española del SESII-W en un contexto de laboratorio, ante la exposición a estímulos sexuales. En concreto se examinó su relación con la la excitación sexual subjetiva y objetiva. Cuarenta y una mujeres heterosexuales, entre 18 y 26 años de edad, formaron parte del estudio. Se emplearon las versiones españolas del SESII-W, la *Escala de Valoración de la Excitación Sexual* (EVES) y la *Escala de Valoración de Sensaciones Genitales* (EVSG). Como medida de respuesta sexual genital se empleó la amplitud de pulso vaginal medida a través de fotopletismografía. Los estímulos de la secuencia experimental en el laboratorio consistieron en vídeos de contenido neutro y sexual explícito. Se obtuvieron correlaciones positivas entre *Excitación Sexual, Excitabilidad y Aroma* con *EVES* (r = 0,40, p = 0,012; r = 0,45, p = 0,003; r = 0,43, p = 0,006, respectivamente) y con *EVSG* (r = 0,44, p = 0,006; r = 0,42, p = 0,008; r = 0,32, p = 0,048, respectivamente). Además *EVSG* correlacionó de forma positiva con *Características de la Pareja* (r = 0,32, p = 0,047) y de forma negativa con *Lugar* (r = -0,33, p = 0,038). No se encontraron correlaciones significativas entre los factores del SESII-W y la medida objetiva de la excitación sexual. La versión española del SESII-W posee garantías psicométricas adecuadas convirtiéndose en una herramienta fiable y válida para la evaluación de la excitación sexual de mujeres españolas tanto en el ámbito de la investigación como en el de la práctica clínica.

3.- **Adaptación y validación española de la escala de valoración de la excitación sexual (EVES).**

Arcos-Romero, A.I.; Sánchez-Fuentes, M.M.; Granados, M.R.; Calvillo, C.; Moyano, N. y Sierra, J.C.

La excitación sexual implica respuestas fisiológicas, psicológicas (cognitivas y afectivas) y comportamentales. En particular, la excitación sexual subjetiva se refiere a la percepción de excitación a nivel psicológico, siendo el *Multiple Indicators of Subjective Sexual Arousal* (MISSA; Mosher, Barton-Henry y Green, 1988) uno de los escasos instrumentos que la evalúan ante estímulos sexuales. El objetivo es adaptar a población española y examinar las propiedades psicométricas de dos de las escalas del MISSA: Escala de Valoración de Excitación Sexual (EVES) y Escala de Valoración de Sensaciones Genitales

(EVSG). *Material y método*. Se emplearon dos muestras independientes formadas por jóvenes heterosexuales de 18-30 años de edad. En la primera muestra (*n*=122) se examinó la estructura factorial de la EVES, la cual se puso a prueba en una segunda muestra (*n*=336) en la que, además, se analizó la invarianza por sexo y se buscaron evidencias acerca de su validez. La EVES y la EVSG, junto a otras escalas que evaluaban constructos afines, fueron contestadas en una situación de laboratorio en la que los sujetos eran expuestos a films de contenido neutro y contenido sexual explícito. Los resultado obtenidos indican que la la versión española de la EVES presenta una estructura unidimensional con una adecuada fiabilidad de consistencia interna (α = 0,90). Dicha estructura es invariante en cuanto al sexo, no encontrándose diferencias entre hombres y mujeres. Tanto las puntuaciones de la EVES como de la EVSG correlacionaron con la predisposición a excitarse y la erotofilia. En conclusión, la EVES y la EVSG son escalas fiables y válidas para evaluar la excitación sexual subjetiva ante estímulos sexuales, constituyendo instrumentos adecuados para su uso, tanto en el ámbito clínico como en investigación.

4.- **Propiedades psicométricas del Interpersonal Exchange Model Of Sexual satiSfaction Questionnaire (IEMSSQ) en población española con pareja del mismo sexo.**

Calvillo, C.; Sánchez-Fuentes, M.M.; Granados, R.; Arcos-Romero, A.I. y Sierra, J. C.

El *Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction Questionnaire (IEMSSQ)* fue desarrollado bajo el marco teórico del *Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction (IEMSS)* para evaluar la satisfacción sexual y componentes que la explican. Este cuestionario está compuesto por cuatro subescalas: 1) *Global Measure of Sexual Satisfaction (GMSEX)* formada por cinco ítems que evalúan la satisfacción sexual; 2) *Global Measure of Relationship Satisfaction (GMREL)* es una escala similar a la *GMSEX*, pero evalúa la satisfacción con la relación de pareja; 3) *Exchange Questionnaire (EQ)* está compuesto por seis ítems que evalúan los componentes del *IEMSS* para explicar la satisfacción sexual: beneficios y costes sexuales *(REW-CST)*, nivel comparativo de beneficios y costes sexuales *(CLrew-CLcst)*, igualdad de beneficios *(EQrew)* e igualdad de costes sexuales *(EQcst)*; 4) *Rewards*/Cost Checklist *(RCC)* que incluye un listado compuesto por 58 ítems referidos a intercambios sexuales que pueden ser considerados como beneficios y costes sexuales. El *IEMSSQ* ha sido adaptado y validado en población española con pareja de distinto sexo mostrando propiedades psicométricas adecuadas. Sin embargo, estas propiedades se desconocen en personas con pareja del mismo sexo. Por ello, el principal objetivo de este estudio es adaptar y validar el *IEMSSQ* a dicha población. La muestra estuvo formada por 144 participantes (111 mujeres y 33 varones), con edades comprendidas entre los 18 y 58 años de edad (*M* = 29,98 y *DT* = 8,87). Los participantes contestaron las adaptaciones españolas de los siguientes cuestionarios: *IEMSSQ, el Massachussets General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ)* y la versión corta de la *Dyadic Adjustment Scale (EAD-13)*. Se utilizó un muestreo incidental entre la población general española. Respecto a los resultados, la fiabilidad de consistencia interna fue adecuada para la *GMSEX* (α = 0,88 en varones y α = 0,87 en mujeres) y *GMREL* (0,86 en varones y 0,87 en mujeres). En cuanto a la validez externa en varones, la *GMSEX* correlacionó de manera positiva y estadísticamente significativa con *GMREL*, con los componentes beneficios y costes sexuales *(REW-CST)* y nivel comparativo de beneficios y costes sexuales *(CLrew-CLcst)*, y de forma negativa con el número de costes sexuales *(RCC)*. Además, *GMSEX* correlacionó de forma positiva con el ajuste diádico. En mujeres, la *GMSEX* correlacionó de manera positiva con *GMREL*, con los componentes beneficios y costes sexuales *(REW-CST)*, con el nivel comparativo de beneficios y costes sexuales *(CLrew-CLcst)*, igualdad de costes *(EQcst)* y con el número total de beneficios *(RCC)*, además se asoció de manera negativa con el número total de costes sexuales *(RCC)*. Por último, se relacionó de forma positiva con otras medidas de satisfacción sexual, ajuste diádico y funcionamiento sexual. Así mismo, *GMREL* se asoció con otras medidas de

satisfacción sexual y ajuste diádico. Estos resultados muestran que el *IEMSSQ* posee buena fiabilidad y validez tanto en varones como en mujeres. Sin embargo, la validez del instrumento en varones fue más reducida que en mujeres, probablemente debido al pequeño tamaño muestral. No obstante, estos resultados preliminares muestran que el *IEMSSQ* es útil para evaluar la satisfacción sexual y componentes del *IEMSS* en personas con pareja del mismo sexo.

Simposio: 12

El olvido no basta: Estrés crónico y sus repercusiones en sexualidad

Valente, S.; De Rossi, C.; Romero, M. B.

Contacto: msvalente@intramed.net

En los ultimos años se vio la incidencia del estrés crónico en el desarrollo cerebral y las morbilidades asociadas. Entre ellas, las manifestaciones en disfunciones sexuales son comunes. Entender la fisiopatología del estrés en la genesis de disfunciones sexuales, es de relevancia para el abordaje y la elección de las técnicas adecuadas para su resolución. Cada día mas personas padecen de enfermedades generadas por estrés; evitarlas o resolverlas es hoy un desafío para los profesionales que se dedican a la sexologá clínica y la educación sexual.

PALABRAS CLAVE: Sexualidad. Estrés. Abuso. Violencia. Terapia.

Ponencias en este simposio

1. **Signo/sintomatología del abuso sexual a corto y largo plazo**

Valente, S.

El abuso sexual infantil se da en etapas de neurodesarrollo fundamentales en la conformación de la estructura cerebral y de la personalidad del individuo.

Situaciones de violencia desarrollan alteraciones en los mecanismos de afrontación y en el desarrollo de las víctimas incrementado por la cercanía y vínculo con el agresor. Si se suma a esta situación el ocultamiento y el descreimiento de las personas de su red íntima se incrementaría las repercusiones.

De acuerdo a la edad y a la vivencia de la situación violenta será el grado de deterioro y las consecuencias que tendrá en las acciones futuras de la persona afecta, inclusive la memoria de los hechos puede o no estar presente.

Intervenciones tempranas podrían modificar las consecuencias futuras y las no intervenciones podrían generar distintas patologías que dificultan el abordaje en el consultorio sexológico.

2. Estrés y disfunciones sexuales

Sapetti, A.

La Organización Mundial de la Salud postula que el estrés es "el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción". Sería "el resultado de la relación entre el individuo y el entorno, evaluado por aquél como amenazante, que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar". Se describirán cuáles son los estresores que pueden generar disfunciones sexuales, cuáles son los mecanimos de acción para producirlas y los recursos que podemos emplear para mitigar o anular los efectos del estrés en la respuesta sexual.

3. **Enfoque Integral para las Problemáticas Sexuales y su relación con el estrés crónico temprano: Terapia Sexual con orientación Psicoanalitica.**

Derrosi, C.

Me interesa desarrollar la eficacia de la Importancia de la combinación de técnicas adaptadas al paciente y su patología ,incluyendo la escucha y la intervención Psicoanalitica, basándonos en el hecho que :

La Sexualidad aparece como algo que no viene definido biológicamente en la estructura cromosómica del ser ni en las mismas gónadas, sino que se va estructurando ,en su mayor parte, como consecuencia de las experiencias afectivas primarias vividas en la infancia , las identificaciones y en relación con la educación recibida.

Por lo tanto una vivencia plena y satisfactoria de la sexualidad , como así sus dificultades en todas sus formas son causadas por múltiples factores que se expresaran en mayor o menor medida en la satisfacción o angustia experimentada.

Helen Singer Kaplan por ejemplo, asevera, que es el único factor, y refiriéndose a ésta continúa diciendo: La Angustia "Puede tener muchos orígenes e intensidades y desempeñar diversos papeles en la estructura psicodinámica de la persona y en la relación. Puede resultar de profundos conflictos inconscientes que se remiten a la primera infancia o ser el producto de un simple miedo a un desempeño sexual."

Frank Alexander y L. Shapiro dicen al referirse a las desviaciones sexuales o parafilias: "Etiológicamente es de importancia primordial el hecho de que las desviaciones sexuales manifiestan una fijación a tempranas formas pregenitales de gratificación.

Por otro lado Freud: define Trauma como "el acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad , la incapacidad del mismo de responder adecuadamente y el efecto y trastornos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica…"

He aquí los conceptos que trabajaremos :Vivencias tempranas ,Trauma , stress Crónico, y la Psicoterapia Psicoanalítica en los planes de tratamiento de las perturbaciones sexuales,

No como el único método, pero sí como un elemento importante en el arsenal terapéutico del terapeuta sexual.

4. **Terapias de última generación y terapias sexuales en situaciones de estrés crónico.**

Romero, M. B.

Sabemos hoy que tempranas experiencias negativas en el área sexual juegan un papel significativo en la génesis de síntomas psicológicos y sexuales de la edad adulta. Podrían ser por ejemplo los casos de aquellos varones cuyos primeros contactos sexuales tuvieron una connotación humillante, frustrante o agraviante, por ejemplo la iniciación en grupos con prostitutas, contagio de enfermedades venéreas o haber sido precozmente víctima de un abuso sexual tanto en varones como mujeres, entre otros.

Sin embargo se ha observado que no es necesario haber padecido un evento traumático con "T" mayúscula, para desarrollar cualquier trastorno psiquiátrico-psicológico, incluyendo un trastorno sexual. El trauma cotidiano de hacer frente a situaciones que superan nuestras capacidades de dar una respuesta adaptativa a la misma, la cual podríamos denominar trauma con "t" minúscula, es suficiente para llevarnos a cualquier disfunción sexual generadora de ansiedad o estrés postraumático.

Hoy en día nos encontramos con varias modalidades de tratamiento para estas disfunciones, tanto desde el campo de la medicina, como el de la psicología y la psiquiatría. Así podemos hablar de terapias de últimas generación, que complementan y efectivizan, aún más a las terapias sexuales. Así por ejemplo nos encontramos con EMDR (acrónimo en inglés de Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Este modelo, hoy en día, llamada la penicilina de la psicología. En 1928, el investigador Alexander Fleming descubrió la penicilina, un acontecimiento que cambiaría el curso de la historia de la Medicina. Actualmente se cree que el modelo psicoterapéutico EMDR podría ser una gran revolución en la psicología moderna. En esta ponencia haremos una exposición breve de este modelo psicoterapéutico en complemento de las terapias sexuales breves. Así como también se expondrán otros modelos como TIR (Traumatic Incident Reduction), TAT (Técnica de acupresión Tapas), EFT (Técnica de Liberación Emocional)

Simposio: 13

Sexualidad y Cáncer de mama

Moderadores: Dr. Carlos San Martín Blanco y Dra Ana Rosa Jurado López

Contacto: marxichos@hotmail.com

Actualmente el cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente entre las mujeres de todo el mundo. Se estima que una de cada ocho mujeres padecerá un cáncer de mama a lo largo de su vida.

Durante las últimas décadas se han realizado grandes avances en el tratamiento del cáncer de mama. Hoy en día, gracias al tratamiento, se logran estados de "curación" de la enfermedad, o largos periodos de supervivencia en un gran porcentaje de las pacientes diagnosticadas de los distintos tipos de cánceres de mama. Desafortunadamente, las supervivientes, a menudo padecen patologías derivadas de los propios tratamientos (de la quimioterapia, la radioterapia, la cirugía, la terapia hormonal y de la combinación de los mismos).

Los tratamientos del cáncer de mama, el propio cáncer y la estigmatización que supone su diagnóstico, tiene grandes consecuencias en la esfera sexual de las mujeres afectas. Los problemas se encuentran tanto a nivel físico como emocional. Los tratamientos y la propia enfermedad suponen una distorsión de la imagen corporal y habitualmente una reducción en la capacidad sexual de la mujer.

Como alteraciones puramente orgánicas destacan las que tienen lugar a nivel vulvovaginal como consecuencia de fármacos como los inhibidores de la aromatasa y de ciertos quimioterápicos, asociados a sintomatología propia del síndrome genitourinario de la menopausia (destacando la sequedad vaginal y la dispareunia).

Una adecuada salud vulvovaginal es para muchas mujeres muy importante de cara a vivir una sexualidad satisfactoria y placentera. Los tratamientos con estrógenos locales han demostrado ser los tratamientos farmacológicos mas efectivos de cara a preservar e incrementar la salud vulvovaginal, fundamentalmente en mujeres postmenopáusicas. Sin embargo, la mayoría de guías clínicas contraindica el uso de tratamientos estrogénicos locales en pacientes con antecedentes de cáncer de mama, quedando la población de mujeres supervivientes privada de una importante arma terapéutica.

Para la población de pacientes con antecedentes de cáncer de mama destacan los tratamientos con hidratantes para el área genital, y más recientemente han aparecido tratamientos prometedores como el tratamiento con láseres y un modulador selectivo de los receptores de estrógenos con indicación para el tratamiento síndrome genitourinario de la menopausia de moderado a grave en mujeres que no cumplen los requisitos para recibir un tratamiento vaginal con estrógenos locales.

Existe evidencia creciente del uso del láser para tratar el síndrome genitourinario de la menopausia. Su acción pasa por la estimulación de la neocolagénesis por efecto térmico, la restauración del epitelio escamoso estratificado, el aumento del número de células y glucógeno celular, y la recuperación trofismo vaginal.

En cuanto al ospemifeno, es un tratamiento prometedor que se puede plantear dentro del grupo de pacientes con antecedentes de cáncer de mama después de que hayan completado el tratamiento del cáncer de mama, incluido el tratamiento adyuvante. El ospemifeno como modulador selectivo de los receptores de estrógenos tiene la capacidad de actuar con agonista de los receptores a nivel vulvovaginal y como antagonista/neutro a nivel mamario.

Ponencias en este simposio

1.- **Repercusiones del tratamiento del cáncer de mama en sexualidad.** Pérez, I.

2.- **Importancia de la salud vaginal en sexualidad.** Molero, F.

3.- **Nuevos tratamientos farmacológicos en salud vaginal para pacientes antecedentes de cáncer de mama.** Cueva, M.J.

Simposio: 14

El Placer como puerta de entrada a una educación sexual digital integral

Rosales Pacheco, A.K.; Rodas Pulgar, I.; Guarente Boniello, R.M.; Brondos Casas, M.J.

Contacto: anna.rosales@rnw.org

Para una gran mayoría obtener información en sexualidades muy difícil. Y lo es aún más cuando vives en partes del mundo como el medio Oriente, Asia, pero también Latinoamérica. En estos lugares o no siempre eres libre de decidir con quién salir, con quién casarte o cuánta descendencia quieres tener.

Nosotros sabemos que en la mayoría de estos lugares, lo que busca la gente es información que tenga que ver con placer, solo es cuestión de revisar los índices de éxito de la pornografía.

De ahí que surja la pregunta ¿por qué no incorporamos el lenguaje del placer en todos los programas de educación sexual, si sabemos que justamente la gente tiene sexo porque se siente bien? ¿O es que no tenemos suficientes datos que fundamenten nuestra sospecha?

La misión de Love Matters es servir de puente o cubrir el agujero de información en salud sexual existente entre jóvenes y educadores sexuales, expertos y proveedores de servicio. Con nuestro enfoque positivo del placer al momento de entregar información para la educación sexual digital, nosotros hemos superado ya los 50 millones de sesiones por usuario y las 128 millones de vistas de página.

Y hemos alcanzado por lo menos 3 millones en nuestros canales de redes sociales. Este es digamos el snapshot de dónde nos encontramos en este momento. Queremos primero ponerlos en contexto sobre de dónde venimos y cómo fueron nuestros hallazgos.

LoveMatters es una serie de plataformas digitales de salud y derechos sexuales y reproductivos, dirigida a jóvenes entre 18-30 años viviendo en países como India, China, Egipto, Kenia, México y Venezuela. En estos países existe o restricciones legales o tabúes relacionados al amor, sexo y relaciones y la educación sexual está limitada a programas básicos no integrales

LoveMatters forma parte de una organización llamada RNW Media. Y la misión de RNW media es utilizar los medios para un cambio social.

Antes de que el cambio ocurra, la gente necesita estar apta para tomar decisiones informadas y poder elegir. Y uno puede elegir solamente si tiene opciones. Y las opciones existen solamente si existe información.

Por eso es que nosotros proveemos acceso a una información en sexualidad en línea.Eso quiere decir que mientras uno tenga internet, uno podrá acceder a esta información de forma anónima, privada, cuando quiera y donde quiera.

Existen 2 otras razones de por qué esta información la damos en línea. Uno: Queremos funcionar como una alternativa a los llamados "guardianes" de la información como gobiernos, grupos religiosos, escuelas y los propios padres que pudiesen estar censurando esta información. Dos: Queremos capitalizar el tremendo crecimiento del acceso a internet, en específico la telefonía móvil en las áreas donde trabajamos. La gente suele preguntarnos por qué nuestra audiencia primaria es tan mayor, por qué nos enfocamos solo a personas entre 18-30 años?

En los países donde operamos gente joven por debajo de los 18 tiene generalmente padres o apoderados que regulan su uso del internet y de sus teléfonos móviles. Es también usual que los padres que pagan por esos planes de recepción de datos también checan qué es lo que sus niños buscan on line. Otra razón es que contamos con muchos seguidores en Facebook y Facebook tiene restricciones al momento de promover contenidos de salud sexual y reproductiva para audiencias menores de 18.

La gente suele asumir que nuestro éxito se debe simplemente a porque hablamos de sexo. Bueno, no exactamente. Una gran parte de nuestro éxito tiene que ver con que nosotros nos manejamos primero por la demanda de nuestros usuarios. Somos unos convencidos de que el placer sexual

es un derecho fundamental y que todo el mundo debería poder experimentarlo.

No obstante aún existen muchos programas de educación sexual que no consideran que la gente joven tiene sexo porque les gusta. Hablan sobre todo y a veces demasiado, sobre cómo reducir los riesgos de embarazo, Enfermedades de Transmisión Sexual y el riesgo del placer de forma inadvertida. Aun así muchos jóvenes tienen sexo porque se siente bien y esperamos que ese sea el caso. Y gran parte de nuestra audiencia tiene sexo en el contexto de una relación o porque están enamorados.

En todos nuestros sites encontrarán información positiva del placer en temas como hacer el amor, amor y relaciones y matrimonio. También anatomía, el cuerpo de él y de ella, higiene y prevenciones de infecciones y enfermedades de transmisión sexual. ¿Pero cuál es el valor agregado que le damos cuando le damos prioridad al placer? Eso es lo que nos preguntamos y los hallazgos los presentamos en el congreso de salud sexual en Singapur del año pasado.

Encontramos que nuestras páginas sobre placer fueron 1.6 veces más populares que nuestra páginas sobre educación sexual. También encontramos que nuestra páginas de placer actuaban como puente para que la mayoría de nuestra audiencia visite nuestros sites. Algo que también exploramos fue el rol de la pornografía cuando se trata de educación sexual.

Muchos jóvenes aprenden sobre sexo, sexualidad y placer mirando pornografía. La gente podría pensar que solo se trata del comportamiento de jóvenes en países occidentales. Pero ¿cómo ocurre eso en sociedades conservadoras?. Alguno podría decir que en las sociedades conservadoras, donde el acceso a la educación sexual es limitado, el porno se vuelve la primera fuente de educación sexual.

Luego de una serie de investigaciones y estudios que compartimos durante el simposio, lo que sabemos es lo siguiente: el valor de incluir el placer en programas de educación sexual es innegable. Información placentera positiva es una gran forma para enganchar a jóvenes con la educación sexual.

Otra cosa que sabemos es que la mayoría de jóvenes utiliza el porno para completar, si no la mayoría, todas sus necesidades de educación sexual. Como educadores sexuales digitales tenemos entonces algunas importantes preguntas que responder: ¿Cómo hacemos para que cada vez más organizaciones aprecien y asuman el valor agregado del placer en sus propios programas de educación sexual?.

Con un resumen de la visión del placer del proyecto Love Matters, con una mirada a la manera “sexy” de entretejer contenidos y con un vistazo a nuestra forma de utilizar las plataformas sociales como espacio interactivo para aprendizaje en sexualidad, respondemos estas y otras preguntas y damos paso a la discusión.

PALABRAS CLAVE: Salud sexual. Redes sociales. Educación sexual.

MESAS REDONDAS

Mesa redonda: 1

Federación sexológica Argentina (FESEA) su historia y su producción federal en el país

Granero, M.; Loresi, G.A.; Belén, R.; Palmieri, M.; Gindín, L.R.

Contacto: mirtagranero@ciudad.com.ar

Mirta Granero (coordinadora-)- Rosario:FESEA comienza en 1999. , nuclea personas y asociaciones, ha realizado cantidad de jornadas y congresos nacionales con participaciòn de extranjeros (2013-Rosario con 600 participantes). Hoy su proyectos es la federalizaciòn, convocando a sociedades del interior a realizar talleres y /o jornadas a fin de expandir por todo el país la educaciòn sexual y la sexologìa. En muchas provincias del país existe ya un representante encargado de enviar las propuestas y convocar a participar y a exponer a gente del lugar. En esta mesa redonda queremos mostrar distintos trabajos que se están realizando en distintas provincias. La federación comparte todo ésto con sus asociados a fin de generalizar el conocimiento.

PALABRAS CLAVE: FESEA. Producción federal. Salud mental. Eyaculación precoz. Reasignación sexual. Psiquiatría.

Ponencias contenidas en esta mesa redonda

1.- Sexualidad y salud mental, un camino hacia el bienestar.

Loresi Imaz, G.

Trabajo realizado en el Hospital de Día de Clínica Moravia Psiquiatría Dinámica, sobre una experiencia saludable en el camino de la sexualidad.

En el marco del Taller de Crecimiento Personal abordan los temas de la Sexualidad con pacientes entre 25 años y 70 años y mas,. Se trabaja con dos grupos. Uno de 25 a 39años y otro desde 40 a 75 años y mas., con una mirada puesta en lo Educativo,Preventivo, Terapeutico y Social.

Con temas que presentan los pacientes desde la dinámica de la información y de las vivencias tambien realizamos Jornadas abiertas a la Comunidad en la que ellos mismos son los comunicadores .

Es valioso destacar el empoderamiento del bienestar y la reinserción barrial que logran.

PALABRAS CLAVE: Sexualidad. Salud Mental. Sociedad. Camino. Bienestar.

2.- Cirujía de reasignación sexual hombre/mujer.

Belén, R.A.

Objetivo: Informar sobre los resultados quirúrgicos de 5 pacientes que se sometieron a cirugía de cambio de sexo masculino a sexo femenino (CRS).

Material y Métodos. Se revisaron las historias clinicas de 5 pacientes que se sometieron a CRS Hombre/ Mujer desde Nov 2014 a marzo 2016, (Unidad de Sexología Clínica y Quirúrgica, Area de Identidad de Género , Hospital Nacional de Clínicas de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Los pacientes fueron sometidos a vaginoplastia de inversión de piel de pene, ampliada en región ventral con uretra, con clitoroplastia a partir del glande con preservación sensitiva (conservando el pedículo dorsal) , labios menores a partir del prepucio y labios mayores por reconstrucción escrotal. Neomeato urinario con inversión uretral. La edad media fue de 30,8 años (rango 23 -52 años). Las complicaciones quirúrgicas fueron estratificados en 6 grupos principales: región genital, el tracto urinario, trastornos gastrointestinales, alteraciones de la herida y eventos inespecíficos .

Resultados: la falta de dolor en el post operatorio es un elemento muy llamativo en el post operatorio inmediato, trastorno de la micción obstructiva progresiva debido a la estenosis del

meato observada en el 20 % de los pacientes, fue corregida mediante una segunda cirugía. Se observó estenosis del introito vaginal en el 20 % de los casos, no registrando aun perdida de la profundidad vaginal . No observamos lesión rectal y los trastornos de cicatrización menor de la herida en región perianal en el 80 % de los casos .promedio de internación 7 días. Todo los pacientes refieren sensibilidad, placer, excitación. Orgasmo en 2 pacientes ambos con penetración vaginal.

Conclusión: La cirugía de resignación sexual de Hombre / Mujer, en nuestra unidad ha tenido pocas complicaciones con similares resultados a algunos trabajos revisados de la literatura actual. Los resultados mostraron funcionalidad conservada..y reafirman que la vaginoplastia de inversión piel de pene , con ampliación de neovagina con uretra, en combinación con clitoroplastia con preservación del pedículo dorsal del pene es una técnica segura. como también la reconstrucción del meato urinario con inversión uretral previene la estenosis.La discusión y la mejora de las técnicas quirúrgicas con el fin de reducir las complicaciones y su influencia en la calidad de vida del paciente está todavía en observación permanente y será tema de futuros informes.

PALABRAS CLAVE: Transexualidad. Cirugía de Reasignación Sexual. Resultados. Complicaciones.

3.- Abordaje sexológico interdeisciplinario en pacientes con tratamientos psiquiátricos y psicológicos previos: reducción de lapsos terapéuticos.

Palmieri, M.

Exposición de una forma de abordaje que llevamos a cabo progresiva, funcional y estructuralmente desde 2011 en relación a la incorporación de profesionales y técnicos no relacionados a la Sexología en el Instituto de Sexualidad y Pareja de la Provincia de Mendoza, Argentina.

Se realiza un resumen de las diferentes etapas por la que hemos atravesado, las dificultades, adaptaciones y logros.

Exposición de los esfuerzos por dinamizar diversos métodos de abordaje que brindan respuestas que son aliviadoras de los síntomas del universo de la pareja que incluye, preferente, aunque no excluyentemente, su sexualidad.

Propuesta de un camino que permita la integración de teorías, métodos e instrumentos con vínculos previamente establecidos, descartando la intervención segmentada.

La construcción de este marco metodológico incentiva la pluralidad de perspectivas con una mirada focalizada en el bienestar, el placer y el autocuidado respetando las miradas y técnicas de cada profesional y haciendo foco en el vínculo con el paciente y su evaluación permanente.

Es, en nuestra filosofía, construcción y deconstrucción constante de un saber hacia la persona o la pareja desde la integralidad.

Compartimos algunos detalles de los datos globales que son ampliados en el trabajo respectivo.

PALABRAS CLAVES: interdisciplinariedad. Salud sexual. Sexología. Pareja. Construcción. Variables interrelacionadas. Enfoque del vínculo. Reducción lapsos de tratamiento.

4.- Falacias en definiciones y tratamientos de la eyaculación precoz.

Gindín, R.

OBJETIVO: Traigo la experiencia de más de 36 años de dedicación exclusiva a la medicina sexual. Los expertos plantean un problema sin solución. Un minuto en IVELT Intravaginal Ejaculatory Latency Time) No investigan masturbación, coito, posiciones, estímulos, etc..

Son investigaciones viciadas con cronómetro en mano para avalar el uso de medicamentos. El problema de la E.P. es básicamente un problema de aprendizaje y control eyaculatorio a largo plazo y no de eficacia del método en el momento .

MÉTODOS: historias clínicas de 10.000 pacientes con E.P. y más de 30 años de experiencia en el campo con todos los tratamientos recomendados desde Masters y Johnson con medicamentos y anestésicos locales. Revisión bibliográfica sistemática del Journal of Sexual Medicine de ISSM y otros. Vemos que no hay seguimientos a más de 6 meses.

RESULTADOS: Ningún tratamiento es revisado luego de terminado la experiencia. No hay evaluaciones ni seguimientos a más de 6 meses en tratamientos medicamentosos y tratamientos sexológicos (modelo Masters) o medicamentosos o tópicos (Medicino Basado en la Evidencia) no han obtenido resultados a largo plazo, especialmente cuando llega la suspensión del medicamento.

PROPUESTA Proponemos un modelo integrador basado en la experiencia: IRSS, IPD5, anestésicos locales en preservativo y ejercicios de terapia sexual conjuntamente. El tratamiento debe proporcionar solución a largo plazo, no solo inmediata.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Proponemos un tratamiento, basado en el uso simultáneo de todos los modelos que han tenido éxito: ejercicios de terapia s I.R.S.S. y anestésicos locales (lidocaína en condón).

No es una prueba basada en la evidencia. Esta es la medicina sexual basada en la experiencia de más de 30 años dedicados a esta especialidad también con controles a más de 1 año. Tenemos éxito a largo plazo, cuando se suspenden lo medicamentos y ejercicios gradualmente

PALABRAS CLAVE: Eyaculación precoz. Tratamientos. Medicamentos. Fracaso de evidencia. Experiencia.

Mesa redonda: 2

Salud Sexual y Jóvenes

Núñez, M.A.

Contacto: angelesnunez@andinanet.net

Ponencias contenidas en esta mesa redonda

1.- Adolescencia: Educación y salud sexual integral.

Núñez, M.A.

Como todos sabemos, la adolescencia es la etapa de los cambios más trascendentales del ser humano y de las definiciones de su personalidad, su identidad sexual, de género y su orientación sexual; se inicia la genitalidad es decir la posibilidad de tener relaciones sexuales y procrear. Para fomentar un inicio sexual adecuado, oportuno y responsable, vivido como parte de un vínculo afectivo, los adolescentes necesitan de adultos comprensivos para reflexionar cuándo iniciar sus relaciones, con quien, de qué manera, donde y para qué, cuyas respuestas también contribuyen a un desarrollo más integral.

Es imprescindible un conocimiento profundo de la adolescencia en todas sus características (rescatando las positivas) por parte de padres, maestros y orientares para realizar programas de educación integral de la sexualidad cuyo objetivo es la salud sexual integral, es decir lograr el bienestar el ser humano en todas sus manifestaciones, vivir la sexualidad y la genitalidad en forma sana y responsable para que sea muy placentera.

2.- Conductas sexuales de riesgo en los jóvenes.

García, J.L.

La etapa juvenil es un periodo de cambios extraordinarios de muy diferente naturaleza, que facilitan condiciones para que nuestros jóvenes tiendan a experimentar muchos riesgos; los cambios afectivos y de sus conductas sexuales tienen una especial significación en este periodo evolutivo.

Algunas características propias de la juventud son: alta motivación por buscar y experimentar nuevas experiencias, considerarse invulnerable, pasar del pensamiento a la acción sin evaluar las consecuencias de su comportamiento. Esto lleva a que buena parte de los jóvenes resten importancia a la posibilidad de un embarazo no deseado o a la trasmisión de infecciones sexuales, por esto tienden a utilizar menos métodos contraceptivos eficaces y a no importarles tener varias parejas sexuales.

Siendo estas características propias de esta etapa es imprescindible considerarlas para garantizar la eficacia de determinados programas educativos y de prevención de riesgos en este amplio colectivo de población.

Diferentes investigaciones han puesto de manifiesto la asociación entre estas primeras relaciones sexuales y el incremento de riesgos de salud : Embarazos no deseados, ITS, VIH-sida. Sin embargo pocos estudios indican otros tres, a nuestro juicio muy importantes riesgos de salud: Psicosexuales, parafilias y Género.

Los psicosexuales están relacionados con experiencias negativas, y que pueden generar: 1º Disfunciones sexuales: Disfunción eréctil, Vaginismo, disminución deseo sexual. También el consumo de pornografía está asociado a 2º. Parafilias: Fetichismo, voyeur, sumisión.

Finalmente destacaríamos otro tipo de riesgos sobre todo : Relaciones de poder y control entre las parejas de jóvenes y Maltrato-abuso.

3.- El cine como recurso pedagógico en educación sexual con adolescentes.

San Isidro, C.

El programa de Cine y Salud de la Diputación general de Aragón tiene por objetivo tratar desde el cine la promoción de la salud y la prevención de los problemas de salud más relevantes en la adolescencia y juventud, fomentando la mirada crítica y la responsabilidad personal. Es una propuesta abierta y flexible que ofrece al profesorado un plan de trabajo continuado y factible, que puede incluirse en el Plan de Acción Tutorial. Este programa forma al profesorado, facilita materiales de trabajo para profesores y alumnos, a más de películas para profundizar en el tema de prevención.

Añadido a este programa se encuentra el Festival de cortometrajes y Spots Cine y Salud ya en la XIV edición en el 2016. Son cortos realizados por los adolescentes y jóvenes de media de 14 años. El programa es para Alumnado de Secundaria. A parte de la presentación del programa se visualizará alguno de los cortos más nuevos realizado por los chicos/as de secundaria.

4.- El uso de internet por jóvenes en la educación sexual.

Machin, D.

El uso de estas tecnologías se ha expandido de una manera tan rápida y masiva que prácticamente es imposible detenerlo. Ha entrado en los hogares y en la cotidianidad de los adolescentes porque es la fuente de investigación más rápida y fácil en el momento de sus tareas; esta facilidad puede llevar a que nuestros adolescentes no utilicen su potencial para desarrollar y expresar su pensamiento crítico y se presenten discutidores, apasionados, características propios de esta etapa de la vida.

El riesgo serio en los adolescentes es cuando usan Internet para responder a su curiosidad sexual en forma indiscriminada y no clasifican y analizan la información, muchas veces errónea. Más aún, tienen libre acceso a páginas pornográficas las cuales confunden y convencen que lo visto es Sexualidad normal.

Otro riesgo es cuando quieren socializar y se comunican con gente desconocida, quienes ocultan su verdadera identidad, son de mayor edad y buscan información para aprovecharse de los adolescentes, engañarlos y hacerles mucho daño. Es importante que los padres y adultos a cargo de adolescentes conozcan su uso del internet, conversen con ellos para lograr un uso adecuado, reflexionen sobre la información recibida sobre sexualidad, para poder trasmitirles una educación sana, responsable, real, plena y feliz.

Mesa redonda: 3

Violência sexual: a mulher como agressora

Cesnik-Geest, V. M.; Meirelles-Alexandre, C. M.; Tourinho, J. P.

Contacto: vmcesnik@gmail.com

A violência sexual é considerada um problema de saúde pública devido ao crescente número de casos que ocorrem. Muitos estudos descrevem sobre o silêncio das vítimas e as consequências negativas que causam na vida de todos os envolvidos. Os abusos mais relatados na mídia são aqueles cujas vítimas são crianças, adolescentes e mulheres de todas as idades enquanto que o agressor normalmente é homem de dentro e fora do convívio social. Porém existem outras situações abusivas que não são vistas ou consideradas pela maioria e passam despercebidas na rotina das pessoas, causando danos emocionais duradouros. Fora da mídia os terapeutas encontram em seus consultórios histórias abusivas de todos os tipos e com atores diferentes daqueles citados anteriormente. Homens que são agredidos verbalmente por suas mulheres devido a uma disfunção erétil ou ejaculação precoce, mães que conduzem seus filhos para o abuso do pai e permanecem inocentes, mães que estimulam a sexualidade dos filhos de forma implícita, mulheres que são obrigadas a ter relação sexual com o parceiro alcoolizado entre outros relatos abusivos. Todas essas historias fazem parte do dia a dia de muitos brasileiros que demandam uma atenção especial para lidar com esses traumas. Como ajudar em casos de violência sexual? Qual o referencial de violência sexual que estamos acostumados a ouvir e reproduzir? O que consideramos violência sexual na teoria e na prática? Qual é a opinião pessoal de cada um de nós sobre o assunto? E a opinião profissional? Qual é a nossa função como sexólogos e educadores sexuais perante essa situação? É necessário que haja conscientização e mudança na cultura de todas as pessoas envolvidas nesse cenário. Programas de educação para a sexualidade para a população em geral, ministrados em escolas, empresas, hospitais e outras instituições compõem uma das alternativas. Cabe refletir sobre quais informações devem ser inclusas no conteúdo dessas ações educacionais. Assim, o objetivo desta mesa redonda é abrir um espaço de discussão sobre esse tema baseado na prática profissional, quebrar o silêncio sobre o tema e com isso auxiliar na ampliação dos recursos e ideias existentes para esse fim.

PALABRAS CLAVE: Violência sexual,. Educação sexual. Abuso. Gênero.

Mesa redonda: 4

Resultados científicos e incidencia comunitaria en Educación Integral de la Sexualidad en Cuba

Rivero Pino, C.R.; Alfonso Rodríguez, A.C.; Cano López, A.M.; Guerrero Borrego, C.N.

Contacto: ***amcano@infomed.sld.cu***

La educación integral de la sexualidad en Cuba es una política pública que beneficia a toda la población. Sus orígenes se asocian a la génesis, fines y medios, que caracterizan desde sus inicios a la Revolución Cubana. El Programa Nacional de Educación y Salud Sexual (PRONESS) constituye el mecanismo nacional para la implementación de esta política y tiene un enfoque intersectorial, de derechos, ético, de paz, de respeto a la diversidad de orientaciones sexuales e identidades de género y de participación local-comunitaria. Es el marco general que articula en una estrategia única de educación, salud y derechos sexuales a las instituciones y organizaciones de la sociedad civil del país.

La cuestión de los derechos sexuales no es algo nuevo en la arena internacional, sin embargo, jurídicamente, el tema reclama de análisis inmediato por la comunidad científica. Los derechos sexuales se incluyen dentro del amplio grupo de derechos humanos, su individualización obedece a lo complejo de su formulación y relación con un área tan extensa como es la

sexualidad humana; estos conectan de modo evidente con los referidos a la libertad, la igualdad y la dignidad, entre otros.

Estos derechos aún continúan franqueando obstáculos hasta arribar a su necesario reconocimiento. Existe una evidente crisis en la universalidad de los derechos sexuales, toda vez que se experimentan resistencias en su aplicación u observancia en el caso de las personas con orientación sexual diferente a la heterosexual, personas transgénero e incluso, en el caso de niñas y mujeres.

El ordenamiento jurídico cubano no reconoce de modo expreso a los derechos sexuales vinculados a la orientación sexual e identidad género, por lo que puede apuntarse que ante la ausencia de regulación no hay garantía formal de los mismos. Sin embargo, la defensa de estos derechos se ha logrado en Cuba por vía indirecta. Dejar el análisis en este punto sería obviar los matices que posee la temática en Cuba.

La violencia de género ha sido ampliamente discutida en los últimos años en los ambientes académicos cubanos. Investigaciones realizadas en diferentes contextos aluden a la misma como un problema social y de derechos humanos debatiéndose acerca de la necesidad de visualizarla en el contexto de las relaciones de género que trasciende la violencia contra las mujeres a la vez que la incluye, como una de las formas más estudiadas, de mayor visibilidad y de mayor respuesta social. Los artículos publicados desde el año 1997 a la fecha se centran en la descripción del problema en diferentes contextos locales aunque los resultados no pueden ser generalizados por las diferencias metodológicas de los estudios. El centro ha venido trabajando en la formación de los recursos humanos que deben brindar una respuesta integral a la violencia de género y al mismo tiempo, en la construcción de un subprograma de atención a la violencia. Se exponen los desafíos del contexto cubano actual para la implementación del subprograma de violencia en el marco general del Programa Nacional de Educación Sexual.

El servicio se dirige a la protección de la infancia de la violencia sexual tanto en el ámbito familiar como extra-familiar lo que ha sido una prioridad del gobierno de Cuba y del Centro Nacional de Educación Sexual desde su creación. Contribuir a mejorar la calidad de vida, la inserción social y la participación de niños, niñas y adolescentes se considera el resultado social de este Servicio, de ahí que la propuesta esté en línea con la política social del país que garantiza los mejores niveles de vida posible para niños, niñas, adolescentes.

En nuestro país se le confiere especial atención a la educación sexual de las nuevas generaciones como parte de su formación integral y su preparación para la vida. El objetivo es lograr en niñas y niños, adolescentes y jóvenes el pleno desarrollo físico, intelectual, afectivo, estético y moral, para lo cual resulta necesario que desde el inicio de su educación reciban una educación de calidad con claros conceptos científicos que les permitan tomar decisiones y alcanzar una vida sexual sana, plena, placentera y responsable, así como contar con los servicios de salud, de orientación y atención de alta calidad, que tengan en cuenta sus necesidades y el ejercicio de sus derechos e igualdad de oportunidades.

Estos servicios de atención surgen en Cuba por la necesidad de dar respuesta a una problemática que actualmente afecta la salud física y mental de nuestros niños/as y de su familia.

Se considera que la implementación de un servicio especializado para niños, niñas y adolescentes abusados/as sexualmente ha tenido un resultado social importante, en cuanto se propone la prevención primaria encaminada a reducir que estos hechos ocurran y con esto, el daño y las secuelas en las víctimas que podrían obstaculizar su inserción escolar, comunitaria y social.

Cuba ha desarrollado múltiples estrategias educativas dirigidas a la atención y formación de la infancia, adolescencia y juventud. La existencia de problemas asociados a insuficiencias en la educación integral de la sexualidad en estas edades, dan cuenta de la necesidad de elevar la eficiencia de las acciones educativas que se realizan, para alcanzar un mayor reconocimiento del valor de los afectos, del placer y el autocuidado del cuerpo entre otros que son

importantes para el bienestar del ser humano. Así mismo influir en la disminución de los miedos, dudas y daños provocados por el desconocimiento, entre otras manifestaciones que provocan malestares en la salud sexual de las/os púberes y de la sociedad en general.

La práctica profesional cotidiana desde el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX), evidencia que existen insuficientes programas educativos dirigidos a púberes. Madres, padres y maestros/as manifiestan una pobre preparación para asumir las respuestas a preguntas sobre sexualidad y/o evaden el diálogo acerca de las inquietudes de sus hijas/os. De ahí que, la institución desarrolle, desde la línea de investigación Educación Integral de la Sexualidad en la infancia, adolescencia y juventud, herramientas metodológicas eficientes disminuir las dificultades existentes.

PALABRAS CLAVE: Educacion Integral Sexualidad. Derechos Sexuales. Violencia.

Ponencias contenidas en esta mesa redonda

1.- La Educación Integral de la Sexualidad y su expresión en los Servicios de Abuso Sexual Infantil del CENESEX.

Cano López, A.M.

En nuestro país se le confiere especial atención a la educación sexual de las nuevas generaciones como parte de su formación integral y su preparación para la vida. El objetivo es lograr en niñas y niños, adolescentes y jóvenes el pleno desarrollo físico, intelectual, afectivo, estético y moral, para lo cual resulta necesario que desde el inicio de su educación reciban una educación de calidad con claros conceptos científicos que les permitan tomar decisiones y alcanzar una vida sexual sana, plena, placentera y responsable, así como contar con los servicios de salud, de orientación y atención de alta calidad, que tengan en cuenta sus necesidades y el ejercicio de sus derechos e igualdad de oportunidades.

Los Servicios de atención a niños, niñas y adolescentes, víctimas de abuso sexual surgen en Cuba por la necesidad de dar respuesta a una problemática que actualmente afecta la salud física y mental de nuestros niños/as y de su familia.

Se considera que la implementación de un Servicio especializado para niños, niñas y adolescentes abusados/as sexualmente ha tenido un resultado social importante, en cuanto se propone la prevención primaria encaminada a reducir que estos hechos ocurran y con esto, el daño y las secuelas en las víctimas que podrían obstaculizar su inserción escolar, comunitaria y social.

El Servicio se dirige a la protección de la infancia de la violencia sexual tanto en el ámbito familiar como extrafamiliar lo que ha sido una prioridad del gobierno de Cuba y del Centro Nacional de Educación Sexual desde su creación. Contribuir a mejorar la calidad de vida, la inserción social y la participación de niños, niñas y adolescentes se considera el resultado social de este Servicio, de ahí que la propuesta esté en línea con la política social del país que garantiza los mejores niveles de vida posible para niños, niñas, adolescentes.

2.- Educación Integral de la Sexualidad en la enseñanza primaria. Una propuesta para el Sistema Nacional de Educación en Cuba.

Guerrero Borrego, N.

En el presente trabajo se retoma la importancia de trascender la perspectiva reduccionista y darle una mirada holística a la sexualidad desde la interrelación de diferentes aspectos vinculados con la reproducción, el género, el erotismo y los afectos. Cada uno de estos elementos tiene implicaciones biológicas, psicológicas y sociales que tributan a la concepción del ser humano como un todo. Esta multicondicionalidad de factores hace cada vez más necesaria la Educación Integral de la Sexualidad, como un proceso que se desarrolla durante el transcurso de la vida.

En Cuba la pubertad ha sido tratada principalmente desde visiones que centran la mirada en los riesgos y las enfermedades, a través de acciones educativas aisladas para disminuir los embarazos en la adolescencia, las Infecciones de Transmisión Sexual, entre otras manifestaciones que lesionan la salud de las/os púberes.

La práctica profesional cotidiana desde el quehacer del Centro Nacional de Educación Sexual, evidencia que existen insuficientes programas educativos dirigidos a púberes. El personal docente y las familias manifiestan una escasa preparación para asumir las respuestas a preguntas sobre sexualidad y evaden el diálogo acerca de las inquietudes en esta etapa. De ahí que, la institución elabore y valide una propuesta que brinde respuestas a las problemáticas que se presentan en este sentido, además de profundizar en el desarrollo psicosexual de los/as púberes de la Enseñanza Primaria.

3.- Violencias y construcción de identidades sexuales no hegemónicas. Salida del closet.

Alfonso Rodríguez, A.C.

Durante los últimos años el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX) ha desarrollado un trabajo sistemático y sostenido encaminado a sensibilizar a la población cubana en el respeto a la libre orientación sexual e identidad de género. No obstante, las quejas y solicitud de atención de mujeres y hombres por estigma, discriminación y vulneración de sus derechos se han ido incrementando al reconocer a CENESEX como un espacio amigable y de acompañamiento para la solución de sus conflictos. La investigación tuvo como objetivo identificar las diferentes formas de violencia asociadas a la salida del closet, la vida en pareja de las personas que deciden vivir en parejas del mismo sexo y/o en las que un miembro de la díada es una persona trans y por último, cómo el estigma y la discriminación como formas de violencia social y sexual favorecen la infección por VIH. Se utilizaron las siguientes técnicas: grupos de enfoque, entrevistas en profundidad, estudios de caso, observación participante. Se solicitó el consentimiento informado a cada participante para la utilización de la información con fines científicos.

La muestra quedó constituida por personas pertenecientes a las redes sociales del CENESEX y por profesionales de la salud que respondieron a una convocatoria abierta. Para el presente trabajo se extrajeron los resultados relacionados con la salida del closet y algunas de las lecciones aprendidas durante el proceso de investigación. Se constató que la violencia estuvo presente durante las diferentes etapas del curso de vida de los/as personas LGTI que participaron así como la necesidad de ampliar los marcos conceptuales de la violencia de género.

PALABRAS CLAVE: Violencia. Identidades sexuales. Poblaciones LGBTI. Salida del closet.

Mesa redonda: 5

Abuso sexual infanto- juvenil

López, F.; Sepúlveda, E.; Marega, O.; del Sueldo Padilla, A.

Contacto: ameliadelsueldo@hotmail.com

En este tema tratamos la Prevención del abuso Sexual infanto juvenil, abordando específicamente las habilidades de protección en la infancia mediante el uso de recursos didácticos que se adapten para tal fin.

Cotidianamente estamos en contacto con el abuso sexual infantil, siendo una constante en todas las culturas, aunque a veces se invisibilice o encubra. La infancia es una etapa de gran vulnerabilidad, por lo que es susceptible de sufrir daños por la inmadurez que la caracteriza. Por esta razón las personas responsables de cuidar a niños y niñas deberían asumir la responsabilidad de enseñar habilidades de prevención y protección para que puedan reconocer ciertas estrategias que personas inescrupulosas llevan a cabo para lograr una excitación erótica en su beneficio, utilizando la coerción y el engaño. El 85% de los abusos son intrafamiliares o institucionales (educativas, religiosas, deportivas).

La persona que abusa tiene la habilidad de seducir a su víctima, no sólo para involucrarla en cuestiones eróticas, sino también para comprometerla a guardar y sostener en el tiempo el secreto que hay entre los dos. La víctima, presa

de la confusión generada por la situación, se siente culpable, temerosa y con mucho dolor. Confusa porque la persona agresora es conocida, de su círculo de confianza y le tiene cariño, llevándola a realizar algo que debe mantener oculto. La víctima expresa su descontento y confusión de diversas formas.

Depende de la magnitud del impacto que el hecho cause en su mente frágil, del tiempo en el que se viene perpetrando el delito, de los recursos propios, del acompañamiento y sostén del medio, de la posibilidad de denuncia del hecho y que se juzgue al culpable, cómo esa persona pueda seguir con su vida y vivir su sexualidad en el futuro.

PALABRAS CLAVE: Prevención. Detección. Denuncia. Abuso. Sexual. Infantil.

Ponencias contenidas en esta mesa redonda

1.- Habilidades sociales y habilidades de protección ante el abuso sexual infantil

Marega, O.

Los niños y niñas desde edades tempranas deberían recibir recursos de protección ante situaciones de abuso debido a su vulnerabilidad.

Las escuelas y familias, instituciones responsables de su cuidado, protección y educación, deberían aprender las formas más efectivas de hacerlo. Aprender a hablarles sobre sexualidad con un lenguaje claro, concreto, fácil de entender, según la maduración de su edad psico-sexual y acompañado con una actitud segura y natural, para que sea creíble y respetado, sin usar nombres de fantasías ni actitudes aniñadas que confunden a lxs niñxs.

Hablar sobre las distintas partes de cuerpo haciendo mención a los genitales como partes intimas y privadas que solo ellos pueden tocar. Es importante empoderarlos desde edades tempranas con el respeto de la privacidad propia y de las demás personas, el respeto a la expresión de sus sentimientos y pensamientos. También enseñarles actitudes de buen trato y comunicación para favorecer una interacción saludable entre las personas. Favorecer el desarrollo de habilidades sociales que formen desde edades tempranas una personalidad sexuada, asertiva, saludable y respetuosa de la diversidad. Que aprendan a comunicarse sin agresión ni mal trato. Que sean capaces de escuchar, de halagar, de agradecer, de disculparse, de expresar una queja o lo que no les gusta en un marco de respeto.

Con respecto al aprendizaje de las habilidades de protección, consideramos de importancia informarles sobre las distintas formas de explotación sexual a las que pueden estar expuestos, según el nivel de comprensión adaptado a su edad. Niños y niñas desde edades tempranas conocen lo que es la coerción a través de juegos compartidos con otrxs niñxs. Teniendo este antecedente se les puede enseñar a reconocer las diferentes formas de presión, y a responder ante ellas; así como a reconocer los distintos disfraces que puede adoptar la coerción, cuando alguien desea obtener algo en contra de la voluntad de la otra persona. Y también a practicar estrategias para protegerse de ellas. Otra forma de protegerlos es enseñarles a reconocer ciertas estrategias que algunas personas utilizan para obtener algo en su beneficio. Como la adulación, la sorpresa, el engaño, etc.

Enseñarles a reconocer los buenos y malos secretos según a quien beneficien; enseñarles sobre los distintos tipos de caricias y contactos corporales. Ayudarlos a diferenciar los diferentes niveles de intimidad que se puede experimentar con las demás personas, y ayudarlos a que puedan expresar el nivel deseado, que a veces no es el mismo que desea la otra persona.

Ayudarlos a que aprendan a identificar y practicar respuestas efectivas ante diferentes situaciones de presión.

Enseñarles los tres pasos para decir "¡NO! Que puedan decir: no. Por qué no, y qué es lo que desean.

Consideramos que el docente de edad preescolar es quien debería tomar la iniciativa para capacitarse en educación de la sexualidad infantil para poder realizar idóneamente esta tarea.

Cuenta con la población infantil más vulnerable y expuesta a situaciones de abuso.

Además contaría con los recursos didácticos adecuados para realizar educación grupal a través de juegos, muñecos sexuados, canciones, cuentos etc.

2.- Infecciones de transmisión sexual como diagnóstico presuntivo de abuso sexual infantil.

Urbandt, P.

Las situaciones de maltrato y abuso sexual infantil deben ser identificadas y detenidas de manera eficaz y decidida a fin de evitar que el niño continúe siendo dañado.

Frente a la sospecha siempre será necesario actuar de forma inmediata, preventiva y protectora para clarificar la situación.

La mayoría de la literatura se ve enfocada fundamentalmente en la información, educación, prevención y estrategias para identificar al posible agresor y evitar el acontecer de dichas situaciones, así como a desculpabilizar a la víctima.

Lo que resulta aún más difícil de abordar es el abuso de menores de corta edad (menores de tres años) dado que habitualmente no es ese el motivo de consulta, sino el hallazgo de infecciones de transmisión sexual (ITS) orales, genitales y/o perianales.

Estos hallazgos pueden encontrarse algunas veces en la consulta efectuada por la madre al observar "algo extraño" en su bebé o la mayoría de las veces en el control rutinario del pediatra.

Por eso es tan importante tener en cuenta que la presencia de lesiones compatibles con condiloma acuminado, herpes, molusco contagioso, úlceras no dolorosas, así como secreciones que nos hagan sospechar una vaginosis; nos obligan a presuponer que el/la paciente ha sido pasible de abuso sexual.

El hallazgo de una ITS en niños posterior al período neonatal deberá sugerir siempre la posibilidad de un abuso sexual. La presencia postnatal de una infección por gonococo, sífilis o VIH (no asociada a transfusión o a transmisión vertical) es considerada habitualmente como patognomónica de abuso sexual.

La investigación y manejo del menor deberá ser siempre efectuada por personal debidamente entrenado y calificado en el diagnóstico y tratamiento del abuso sexual infantil, así como su seguimiento por un equipo multidisciplinario que pueda abordar también las secuelas físicas, psicológicas y sociales a mediano y largo plazo.

Ësto que parece una obviedad debe ser muy tenido en cuenta ya que la mayoría de los servicios de guardia de las instituciones sanitarias, no cuentan con personal calificado para realizar estas intervenciones y a veces se pierde la primera oportunidad de hacer el diagnóstico.

Síntomas tales como dolor genital, prurito, irritación y mal olor en genitales, síntomas urinarios y signos como flujo vaginal patológico, úlceras u otras lesiones vulvares y anales, evidencias de penetración, eyaculación genital, oral o anal deben hacer sospechar de forma inmediata en abuso sexual.

Las muestras deben ser tomadas en forma inmediata. De no ser posible, o en caso de que las mismas arrojasen resultados negativos, se deberá realizar una segunda consulta a las dos semanas y una tercera a las 12 semanas de acontecido el hecho.

Se deberá tener siempre presente la posibilidad de un abuso sexual crónico ante el hallazgo de la presencia de una ITS en un menor; sólo así seremos capaces de realizar un diagnóstico y tratamiento temprano y alcanzar el objetivo de prevenir la aparición de daños irreversibles o por lo menos minimizar sus consecuencias.

3.- **Deteción de los abusos a menores**

López, F.

Detectar significa que personas del entorno de la víctima, familia, amigos, profesionales de la educación, salud o seguridad, acaban sabiendo que se ha dado un determinado caso de abusos. Pueden saberlo porque la propia víctima lo

comunica o porque, de una u otra forma, es conocido o inferido. Es el primer paso para poder hacer la denuncia. En algunos casos, es la propia denuncia de la víctima lo que inicia el proceso. En otros es la familia, algún conocido, un amigo o un profesional.

¿Qué podemos hacer para aumentar las detecciones?

En el mundo anglosajón ponen el acento en los indicadores o síntomas asociados a los abusos. Pero la lista de éstos es tanta y, con frecuencia, tan inespecífica, que no nos parece la estrategia adecuada. Esos listados incluyen muchas cosas que pueden tener otras muchas causas. No nos parece una buena práctica profesional porque se cometen muchos errores y aumenta la ansiedad de las familias y la confusión en los profesionales.

Nuestra propuesta, de forma escalonada, es la siguiente:

En primer lugar, hay que tener en cuenta que la mejor manera de detectar los abusos es haciendo prevención, en el sentido indicado en el apartado anterior.

En los programas de prevención, una vez explicado con historias u otras metodologías lo que es el abuso sexual se le dice a los menores: "estas conductas que hemos explicado, los abusos sexuales, pueden ocurrirle a niños y a niñas. Algunos no lo cuentan, pero eso es un mal secreto, porque muchas veces no pueden defenderse solos y los abusos son peligrosos y dañinos. Es necesario decirlo para recibir ayuda y pararlos, stop a los que abusan. Para que no lo vuelva a hacer con uno o con otros menores. Incluso para que él, el abusador, sea detenido, sí, pero también ayudado. Porque quien hace esto necesita ayuda urgente. Sea vuestro padre, hermano, un profesor, un vecino, un amigo de la casa, un desconocido… siempre hay que decirlo, para parar estas conductas. Por favor, decírselo a mama o a papá o a un profesor o a una persona mayor en quien confíes. Además, debes saber que te vamos a creer, te vamos a hacer todo el caso del mundo, y te vamos ayudar. Te vamos a garantizar que no te va a volver a pasar.

Si un compañero tuyo te dice que han abusado de él, pero te pide que le guardes el secreto, debes convencerle de que éste es un mal secreto, es un secreto que no hay que tener. Insístele para que lo diga a algún adulto de confianza. Y si no lo hace, debes saber que debes hacerlo tu, porque si quieres de verdad a tu amigo o amiga, la mejor ayuda, aunque te insista en que le guardes el secreto, lo mejor para él es que un adulto de confianza lo sepa".

Después se hacen tareas de simulación en las que los menores ensayan cómo harían esta comunicación, haciendo de víctima, en unas, y de amigo en otras.

Si el programa es con púberes y adolescentes, deben dársele teléfonos de ayuda ensayando comunicaciones con ellos. Incluso puede venir al programa algún policía, fiscal o profesional de protección de menores para hablarle de lo que pueden y deben hacer.

En segundo lugar, en los programas de prevención con padres decirle a los padres, especialmente a la madre: "algunos padres y algunas madres silencian los abusos o hacen lo posible por no enterarse. A veces se ponen de acuerdo para mantener el secreto en la familia. Esto es terriblemente grave. Las madres y los padres, juntos o por separado, tenemos la obligación de proteger a los hijos de forma incondicional. Nada justifica el ocultamiento de estos hechos. Uno tiene que estar dispuesto a todo por los hijos. Si ha habido a hay abusos sexuales en la familia eso no se puede mantener en secreto. Los daños de los abusos por un familiar son más graves aún y los efectos pueden ser devastadores, tanto por la violación del tabú del incesto, como porque ese secreto familiar amenaza la destrucción de todos los vínculos. Sea cual sea el costo o los temores es inaceptable, cruel, muy destructivo mantener este secreto. El afrontamiento, de estos casos, debe empezar por la denuncia; es la mejor forma de que no vuelvan a ocurrir con la víctima, otros hermanos o hermanas, otros familiares, etc. Incluso es mejor para el agresor, porque éste también necesita ayuda y es importante no dejarle caer en una cadena de actos perversos y peligrosos. Tu hijo o hija va a recibir ayudas y vosotros, si las necesitáis también. No hay otra forma de afrontar estos

hechos, tanto si se dan en la familia, como fuera de ella".

En los cursos con profesionales de la infancia es necesario dejarle claras algunas cosas muy importantes referidas a la obligación de denunciar. "Estáis obligados a denunciar los abusos a menores si los comunican o los habéis detectado..

¿Qué estrategias concretas pueden servirnos para detectar casos de abusos que no son comunicados por la víctima?

Nuestro primer consejo a padres y educadores, las personas que mejor conocen a los menores y que pasan más tiempo con ellos es tener en cuenta, ésta es nuestra idea preferente y la expresión concreta que usamos, que los problemas en los niños y niñas "siempre dan la cara. Dedique tiempo a comunicarse, observar, mirar la cara, porque los problemas siempre dan la cara". ¿Y qué debe preocuparles? Los cambios bruscos que no tienen aparente explicación. Esto lo pueden hacer especialmente bien los padres y los educadores, porque los menores pasan muchas horas con ellos. Por ello les propongo una especie de "eslogan": "usted mire a la cara a sus hijos (o alumnos) porque los problemas dan la cara", se manifiestan. Y cuando se dan de golpe y son importantes hay cambios bruscos que parecen inexplicables si el menor no dice nada. Pero el problema se estará manifestando de mil formas diferentes como la tristeza o ansiedad, el aislamiento social, el rechazo a ir al colegio o ir solo o a montar en el ascensor o autobús, mantenerse en silencio, dormir mal, llorar, no aceptar las caricias, tener miedos que parecen irracionales, etc.

Cuando esto sucede no quiere decir que necesariamente la causa sea un abuso sexual, sino que ésta puede ser una entre las miles de posibles causas.

¿Y qué hacer una vez detectado el cambio brusco e inexplicable? Este es proceso que proponemos:

(a) Buscar un momento y espacio de tranquilidad y privacidad y, creando un clima de confianza y comunicación, decirle abiertamente qué le notamos cambiado, qué nos gustaría saber lo que le pasa, que ya sabe que puede contar con nosotros, etc.

(b) Si la respuesta es negativa, aumentar la observación y vigilancia. Incluso puede hablarse con su tutor o un profesor que le conozca bien o con los padres, si la iniciativa es del educador, y preguntándole cómo encuentra a su hijo o hija.. Ambos, padres y profesores pueden establecer una alianza de colaboración para observarle más y mejor, a la vez que le ofrecen la ocasión para hablar y explicarles la causa de esos cambios..

(c) Si aún así no hay forma se saber lo que le pasa, aconsejamos preguntas que ponen la respuesta "en bandeja". Por ejemplo decirle, "vamos a ver, te notamos cambiado y no sabemos si te pasa algo o no. Te queremos entender y ayudar: ¿hay alguien que te has hecho algo, que te está haciendo daño, que tal vez te amenaza también y te dice que no lo digas a nadie…" Porque si es así, te vamos a creer y te vamos a ayudar, sea quien sea, le pararemos los pies."

(d) Si aun no recibimos respuesta satisfactoria podemos decirle: "bueno, que sepas a veces hay personas que hacen daño a otras, también a los niños o niñas. Que sepas que si es así nos lo puedes contar, te vamos a creer y te vamos a ayudar. Pero nos lo tienes que decir tu, cunado quieras, mejor cuanto antes. Ya sabes que no debes guardar malos secretos, cuando te sucede algo de lo que no te puedes defender sólo. Ya sabes, si es así espero que nos lo cuentes y podamos ayudarte"

El lector habrá observado que no hablamos explícitamente de abusos sexuales, sino de la causa, sea cual sea. Puede tratarse de un caso de acoso escolar, amenazas de un igual, maltrato de un profesor, etc. Lo importante es tener en cuenta que entre las muchas causas, también pude tratarse de un abuso sexual.

A esta forma de proceder de padres y educadores se debe añadir la práctica adecuada de profesionales de la salud y clínica psicológica o psiquiátrica infantil. Los profesionales que hacen entrevistas clínicas a los menores por unas u otras razones, deben incluir en estas entrevistas esta temática porque los abusos son muy frecuentes y

porque en las muestras clínicas aun lo son más. Pero no aconsejamos centrar las preguntas en los abusos sino, buscar un momento de especial confidencialidad una vez que la entrevista esté avanzada. Y abrir las puerta a una temática olvidada, los sufrimientos causados por otras pe otras personas, las diferentes formas de maltrato. Para ello proponemos, según especialidad, elaborar una o varias preguntas sobre estos sufrimientos que otras personas puedan haberle causado o estar causándoles en el presente. Son los sufrimientos que están catalogados de maltrato y también otros olvidados, como señalábamos en el primer capítulo de este libro.

Cada profesional tiene que encontrar la forma de preguntar. De lo que se trata no es de buscar obsesionados los abusos sexuales, sino de que todas las formas de maltrato puedan ser comunicadas, los abusos son una más entre ellas. Sugerimos preguntas como la siguiente: "a veces otras personas nos hacen sufrir por unos u otros motivos. Mucha gente tiene suerte y no le ha pasado nunca, pero no son pocas a las que les pasa, especialmente a niños y a niñas. Por eso te pregunto: ¿Alguien en tu familia o fuera de ella, sea quien sea, te ha hecho o te está haciendo sufrir, te hace o pide cosas que no debiera. Alguna persona te ha hecho o hace daño de verdad. Te dice, tal vez, que no lo digas a nadie? Estamos para escucharte y ayudarte, si fuera así. Te vamos a creer y ayudar y sea quien sea no podrá volver a hacerlo, te lo garantizo. A muchas personas no les ha pasado, pero te lo pregunto porque es importante que aquellas a las que les pasa no guarden este mal secreto". "Si no ha sucedido o no está pasando ahora, mejor, pero si te cuesta tanto decirlo que aun te lo callas, que sepas que estamos aquí para ayudarte, puedes recurrir a mi cuando quieras. Bueno, también sabes que hay un teléfono al que puedes llamar y pedir ayuda, si alguien te ha hecho daño o amenaza".

Los profesionales sanitarios pueden y deben tener en cuenta otros posibles indicadores en sus exploraciones. Unos son muy precisos, otros requieren que la víctima u otras personas confirmen que se trata de abusos sexuales.

Más difícil es el tratamiento profesional de los indicadores sexuales. De ellos se ha abusado y abusa con frecuencia, persiguiendo la sexualidad infantil normalizada. Por eso, estos indicadores se han de usar con gran cuidado y ponderación, porque no siempre están asociados al hecho de haber sufrido abusos sexuales. El apartado sobre sexualidad prepuberal, anteriormente expuesto, puede servir a los profesionales para manejarse sin excesos con estos indicadores. ¿Qué manifestaciones de la sexualidad infantil pueden usarse como indicadores de posibles abusos?

Las conductas sexuales precoces, conductas que no se le pueden ocurrir por sí mismo a los menores. Por ejemplo, "el sexo oral" en prepúberes , prácticamente siempre ha sido introducido por una víctima de abusos o por consumo de pornografía.

La obsesión por la sexualidad ajena o propia, hablando, mirando, tocando de forma continua y obsesiva.

Las agresiones sexuales a otros menores. No es infrecuente que las víctimas de abusos transfieran sus experiencias a los iguales

La seducción de otras personas menores o adultas. Los menores no son seductores sexuales, pero las víctimas pueden haberse "maliciado" y hacerlo; o pueden buscar abiertamente beneficios secundarios.

La tendencia a tener muchas conductas sexuales con otros menores.

El lenguaje muy sexuado o conversaciones impropias de su edad. El origen pueden ser experiencia de abusos sexuales directas o el vivir en contextos en los que otros iguales o los adultos tiene un lenguaje hopersexualizado, soez sexualmente, etc.

Veamos un caso de abusos con conducta precoz y transferencia a otros: Una madre me cuenta que un domingo por la mañana, día que se levantan los padres más tarde, se encuentra a su hija de cinco años y su hermano de tres desnudos, en la cama, haciéndole la niña al niño sexo oral.

Cuando ésta niña de cinco fue interrogada pudimos establecer una cadena que era la siguiente: la niña transfería a su hermano lo que había aprendido en el centro infantil, durante la siesta; en la siesta,en el centro infantil, un niño –

que ella identificó-, también de cinco años, había enseñado a la niña está práctica sexual; el niño estaba sufriendo abusos en la familia por parte del padre.

En todo caso, en relación con los indicadores sexuales, decir que en no pocos libros y cuestionarios sobre indicadores de abusos se incluye la masturbación. Creemos que esto es un ejemplo de práctica incorrecta que persigue la sexualidad infantil, porque la masturbación puede ser descubierta por los propios menores y practicarla como una conducta natural.

¿Hay otros indicadores que se haya demostrado que están asociados con el hecho de haber sufrido abusos? En el mundo anglosajón y, por su influencia entre nosotros, se citan numerosos indicadores conductuales por el hecho de que en investigación se ha demostrado que están significativamente asociados con el hecho de haber sufrido abusos. Por ejemplo, se ha encontrado más frecuencia de abusos entre los que hacen un fracaso escolar. Esta asociación es cierta, pero no indica que necesariamente haya una relación causa-efecto entre abuso y fracaso escolar, puesto que éste, como es sabido, tiene múltiples causas. Aunque puede haber casos concretos, claro está, que abuso sea la causa fundamental, por ejemplo si se trata de un abuso continuado y grave que descentra totalmente a la víctima.

Por eso, en relación con estos indicadores, lo que aconsejamos no es que se establezca una clara sospecha de que haya habido abusos, sino que se tenga en cuenta que entre las numerosas causas y asociaciones que se pueden encontrar también están los abusos. Es decir, no debe haber una obsesión y priorizar la hipótesis de los abusos, pero tampoco deben olvidarse los abusos como uno de los posibles factores asociados o una concausa de estos problemas. No se trata de dar prioridad obsesivamente a esta explicación, pero tampoco de silenciarla, olvidarla o no tenerla en cuenta.

¿Cuáles son los indicadores más citados? Un sin fin, una lista interminable entre la que destacamos síntomas de ansiedad, depresión, labilidad emocional, fobias, culpa, vergüenza, huida de casa o conflictos polarizados en personas concretas, conductas antisociales, hostilidad, rechazo del contacto corporal "normal", miedos a ir sólo, ir a un lugar, miedos que antes no tenía, problemas del sueño, falta de interés o concentración,, problemas escolares, consumo de drogas, etc. .

4.- Ttulo por determinar

Sepúlveda, E.

Mesa redonda: 6

Pornografía y salud sexual

Villegas, P.; Contreras, M. Villena, A.

Contacto: villegas.pedro@gmail.com

Ponencias contenidas en esta mesa redonda

1.- El uso de la pornografía en los adictos al sexo: una nueva droga.

Contreras Chicote, M.

La adicción al sexo está caracterizada por el aumento en la frecuencia e intensidad de fantasías relacionadas con el sexo, excitación recurrente, impulsos y actividad sexual no parafílica, asociada a un componente de impulsividad, que provoca un malestar significativo o un deterioro social u ocupacional mantenido en el tiempo. La agenda de trabajo de la DSM-5 propuso los siguientes criterios:

1. Consume excesivo tiempo en fantasías e impulsos sexuales, planificando y participando en conductas sexuales.
2. Repetidamente desarrolla esas fantasías, impulsos y conductas sexuales como respuesta a estados de ánimo disfóricos (por ej: ansiedad, depresión, aburrimiento, irritabilidad).

3. Repetidamente desarrolla fantasías, impulsos y conductas sexuales como respuesta a eventos estresantes de la vida.

4. Repetitivos e infructuosos esfuerzos por controlar o reducir significativamente esas fantasías, impulsos y conductas sexuales.

5. Repite el comportamiento sexual sin tener en cuenta el riesgo de daño físico o emocional a sí mismo o a otros.

En nuestra práctica clínica, el estudio de una muestra de 107 personas con conducta hipersexual, nos muestra que el tipo de conducta hipersexual más frecuente que refieren los pacientes con adicción al sexo es el excesivo consumo de pornografía, heterosexual y homosexual, junto a la masturbación, acompañado de consecuencias personales, de pareja, legales, económicas o laborales, afectando de forma diferente a hombres y mujeres.

Estudios actuales muestran que el consumo de pornografía puede llevar a una conducta de estilo adictivo, aunque también se han observado comportamientos compulsivos, impulsivos y aprendidos.

Cuando una persona ve pornografía disminuye el volumen de materia gris del núcleo caudado derecho, zona involucrada en el aprendizaje y la memoria y disminuye la conectividad funcional entre este núcleo y la corteza prefrontal dorsolateral izquierda. Por otro lado, el cerebro se sobreexpone a ciertas sustancias químicas, principalmente la dopamina, la misma sustancia que el cerebro produce cuando se consume droga. Por esto se hipotetiza que la pornografía podría actuar, tanto conductual como neuroquímicamente como una droga.

2.- Consecuancias de la pornografía en la educación sexual de los jóve

nes españoles.

Villegas Suárez, P.

Algunas consideraciones sobre la sexualidad humana

- La conducta sexual humana, como la alimentación, no viene escrita en los genes, es una conducta que requiere del aprendizaje social y del entorno medioambiental
- La visión de otros congéneres manteniendo una relación sexual constituye un estímulo natural gratificante y está organizado entre las diferentes estructuras cerebrales, generando posibilidades de repetición de lo "aprendido" en el individuo.
- La pornografía cumple todos los requisitos para ser considerada un educador sexual y con capacidad de generar:
  - conductas de búsqueda de recompensas,
  - comportamiento de búsqueda de novedad
  - conducta adictiva
- El estilo de lo que enseña la pornografía es coitocéntrico, hoy sabemos que el 85% de las mujeres jamás obtienen orgasmos con la penetración. Es machista, con un altísimo grado de degradación de la mujer, estimula la violencia y no considera a la mujer como persona sino como objeto penetrable y nada más. No hay espíritu en esas mujeres, ni afectos, son solo agujeros.
- La pornografía ha abandonado los sitios reservados a su consumo para adultos, para entrar en las casas con el consiguiente aumento de su uso. Se estima que el 50% de todo el tráfico de Internet está relacionado con el sexo. A los 15 años el 96% de los españoles tiene acceso a Internet.

- Los hallazgos de múltiples investigaciones apoyan el supuesto de que la pornografía tiene un impacto en el comportamiento y la cognición social de sus consumidores y los altos niveles de exposición dan como resultado una regulación a la baja o a una habituación de la respuesta neuronal en la red recompensa. Es decir, genera adicción y por tanto daño en la vivencia normalizada del individuo con su vida sexual en soledad o en pareja.

3.- Los costes sociosanitarios de la pornografía.

Villena Moya, A.

El consumo de la pornografía online a nivel mundial suma más de 21.000 millones de visitas anuales. EEUU ocupa el primer puesto, España está entre los 20 primeros. El dinero generado supera los combinados de industrias deportivas como el futbol, beisbol o baloncesto, o la facturación conjunta de televisiones como la NBC, CBS o ABC.

La pornografía afecta directamente al consumidor, produce un mayor deseo de consumo, con carácter adictivo, y daña diferentes áreas: personalidad, sexualidad, emociones o pensamientos.

La disponibilidad de pornografía en internet, la accesibilidad y el anonimato, unidos al modo de usar las redes sociales; los medios de comunicación, los spots publicitarios y las novelas de temática erótica, convierten en rutinario el contacto con pornografía y sexualizan la sociedad, generando un hedonismo que dificulta ver más allá de la gratificación inmediata y minimiza el perjuicio y las consecuencias.

Desde los años 90 diversos estudios muestran los efectos adversos que la pornografía puede producir: facilita las conductas agresivas en el ámbito sexual incluyendo violación o acoso; existe una relación entre un alto consumo de pornografía y disfunciones sexuales; crea expectativas irreales sobre las relaciones sexuales; es perjudicial para la estima, el conocimiento personal, la aceptación del propio cuerpo, la satisfacción sexual y aumentan las prácticas sexuales de riesgo.

Además de que la pornografía en sí es un problema, su contenido muestra comportamientos agresivos y degradantes y aleja del carácter emocional o sexual de una relación. Habitualmente está dirigida a la satisfacción del hombre, desprecia a la mujer y jerarquiza las relaciones sexuales. El fácil acceso de los adolescentes pone en riesgo a toda una generación

Es de interés indagar más sobre las consecuencias psicológicas y médicas y el coste socio-sanitario que origina la pornografía y desarrollar programas de formación y preventivos.

Mesa redonda: 7

Nueva tipología del maltrato sexual infantil

López Sánchez, F; Granero, M; Núñez MA; Fridman CT; Iznajar A; Añó I.

Contacto: flopez@usal.es

El discurso actual sobre el bienestar y el buen trato en la infancia y adolescencia, siendo coherentes, nos obliga a reconocer algunas formas de maltrato infantil silenciadas.

Cuando, a partir de los ochenta, se hicieron múltiples investigaciones sobre abusos sexuales, los datos fueron tan alarmantes que, con razón, se incluyó un nuevo tipo de maltrato, el abuso sexual. Esto supuso un gran avance y ha ayudado a romper el silencio sobre este problema, que puede afectar a un 10% de niños y un 20% de niñas aproximadamente, en diversas sociedades estudiadas.

Lo que proponemos, desde la teoría de las necesidades y el enfoque de buen trato en la infancia, es que, por coherencia conceptual y buscando el bienestar sexual de menores y personas adultas, se amplíe el concepto de este cuarto tipo de maltrato y se señalen subtipos.

Proponemos, por tanto, completar la clasificación existente incluyendo una nueva tipología general etiquetada como "maltrato sexual", entendiéndola como cualquier acción intencionada, no accidental, u omisión que pueda hacer daño a la sexualidad infantil y a su desarrollo sexual y amoroso posterior.

A partir de la categoría general "MALTRATO SEXUAL" proponemos los siguientes subtipos:

1.- Las mutilaciones o daños físicos en órganos de claro significado sexual, como la mutilación del clítoris, los labios menores o mayores; así como la mutilación de mamas o la presión con objetos que impidan su crecimiento, etc.

Estas prácticas son un atentado contra la propiedad del cuerpo y la libertad, amenazando el desarrollo sexual y la vida sexual y amorosa de las personas para toda su vida.

Como ocurre en otros muchos casos las mutilaciones son también, a la vez, una forma de maltrato físico y emocional, pero es importante que sean reconocidas como un atentado específico a la vida sexual y amorosa de las mujeres.

2.- Los matrimonios concertados de menores prepúberes o adolescentes por parte de personas adultas, con frecuencia, aunque no solo, niñas que son entregadas como esposas por la propia familia.

Las formas son muy variadas, pero siempre son un atentado a la propiedad de su cuerpo y la libertad para decidir su vida sexual y amorosa, truncando, además, su desarrollo en numerosos aspectos, como el académico y profesional.

3.- Abusar sexualmente de una persona menor que no puede consentir, dada su edad (o sus limitaciones mentales y sociales) o que es sometido/a a cualquier conducta sexual sin su consentimiento.

Las formas de abuso y las estrategias de los abusadores son muy diversas, incluyendo acciones a través de internet como el sexting y el grooming, entre otras.

La persona que abusa suele servirse de su asimetría de edad (por su mayor poder y conocimiento) y de diferentes formas de coerción o engaño. Los abusos sexuales son un atentado contra la vida sexual y amorosa de las personas menores, su libertad y su infancia, con efectos que, en algunos casos, duran toda su vida.

4.- Las diferentes formas de explotación sexual comercial de menores, con dos formas bien específicas, la mal llamada prostitución infantil (porque en ningún caso puede considerarse una decisión libre) y la pornografía infantil.

Estas formas de maltrato sexual deben figurar separadas de los abusos sexuales, porque su naturaleza comercial, contexto social, motivación, etc., es muy distinta.

En el primer caso, se trata de la venta o compra de servicios sexuales de menores o de la participación en cualquier tipo de mediación comercial en esta actividad.

En el segundo se trata de involucrar a menores en la producción, comercialización, venta, compra, difusión o uso de contenidos con pornografía infantil-adolescente.

5.- La no aceptación de la identidad sexual, incluidas la transexualidad y transgénero de un niño o una niña.

Es un atentado a su identidad personal, no reconociendo lo más específico de una persona, su yo más auténtico que, como es sabido, puede conllevar numerosos sufrimientos y efectos muy negativos en la vida sexual y amorosa, familiar, escolar y social.

6.- La no aceptación de la homosexualidad o la bisexualidad en la infancia o la adolescencia.

Estas personas tienen las mismas necesidades sexuales y amorosas que el resto de la población, necesidades que desean resolver con personas de su propio sexo o con ambos sexos. No acceptarlas atenta contra su identidad como persona, toda su vida sexual y amorosa, la pareja o familia que puedan desear tener, etc., pudiendo ocasionarles graves daños psicológicos, sociales y profesionales.

7.- La negación a las personas con discapacidad de la educación sexual y los derechos sexuales que podrían hacer efectivos si recibieran las ayudas adecuadas.

El principio de la integración y mayor normalización posible de las personas con discapacidad también debe extenderse al campo sexual, afectivo y amoroso. Lo contrario es un atentado a derechos fundamentales de estas personas, que no deben tener más limitaciones que las derivadas de su grado de discapacidad, si fuera el caso.

8.- Las diferentes formas de negligencia sexual, como no ofrecer información y educación adecuada en la familia y escuela para su salud sexual.

Diferentes formas de negligencia sexual como negar informaciones básicas, dejando de hacer una adecuada educación sexual positiva, impedir

a profesionales en la escuela o en los servicios sanitarios y sociales que informen a la población infantil y adolescente y les ayuden a evitar riesgos es una forma de negligencia que puede tener graves consecuencias personales y sociales bien conocidas.

9.- La violencia de género y todo tipo de violencia intrafamiliar puede tener graves consecuencias para niñas, niños y adolescentes, por lo que debe ser considerada también una forma específica de maltrato a la infancia que afecta muy especialmente a la mala socialización como hombre o como mujer.

Además de las consecuencias directas de la violencia manifiesta, los modelos educativos no igualitarios perpetúan las desigualdades e impiden el sano desarrollo de hombres y mujeres, socializando para la discriminación de las mujeres desde la infancia y provocando carencias que dificultan la vida sexual y amorosa de ambos sexos.

PALABRAS CLAVE: Maltrato sexual infantil. Mutilación genital femenina. Matrimonios en menores. Abuso sexual infantil. Efectos emocionales. Violencia sexual.

Ponencias contenidas en esta mesa redonda

1.- Matrimonios con niñas menores de edad.

Granero, M.

La Academia Española de Sexología y Medicina sexual ha propuesto un documento sobre una nueva tipología del maltrato sexual infantil, Yo me referiré al matrimonio con niñas menores de edad -. Se refiere a los matrimonios concertados por parte de personas adultas con menores prepúberes o adolescente.

Los casamientos entre hombre adultos y niñas es una práctica arraigada entre los islamitas, en virtud de que el profeta Mahoma cuando tenía 52 años tomó como esposa a Aisha, una niña de solo seis o siete años.

Referente e esto existe el proyecto de **Ley de Familia presentado hace poco tiempo ante el Parlamento iraquí** por el gobierno de Al Maliki en el que se pide legalizar el matrimonio a cualquier edad. **La costumbre, machista, ha sido bendecida siempre por el Islam** porque entronca con la concepción mahometana del matrimonio, que exige a la mujer una docilidad completa al marido.

En la República Islámica de Irán se siguen consumando deplorables actos de pedofilia amparados en la fachada de matrimonios legales- Esto ocurre también en otros países comol a India.

Yo me pregunto, que estamos haciendo los sexólogos y las organizaciones feministas frente a la evidencia de este salvajismo?

Es muy difícil ir contra las leyes y dogmas de una religión y sobre todo de una cultura machista como es la musulmana. Porque la lucha debe ser contra la cultura, que menosprecia a la mujer quitándole todos sus derechosEl Centro Internacional de Investigaciones sobre Mujeres estima que actualmente hay 51 millones de niñas desposadas que viven casi todas en países musulmanes. En Egipto el 29 % son golpeadas y abusadas por sus esposos .. El 26% sufren similares abusos en Jordania.

No hay mucha diferencia entre estos matrimonios y la trata de blancas.

Se secuestra a una persona indefensa con visos de matrimonios legal y se la somete .

Propongo que desde este congreso salga una declaración en contra de estas formas de maltrato sexual infantil, que enviemos a organizaciones de derechos humanos y de defensa de la mujer., Que enviemos a autoridades de distintos países en el mundo, haciendo una gran cadena de denuncia.

Propongo además formar desde F LASSES un comité referido a estos temas. Estamos luchando por una Educaciòn Sexual Integral, defendiendo una educación sexual basada en los factores psicológicos de protección (asertividad, Autoestima, control del impulso, habilidades sociales, locus de control, etc. Felicito al Dr. Félix López por la iniciativa de realizar esta mesa.

2.- Matrimonios con niñas: Efectos emocionales del inicio precoz de las relaciones sexuales.

Nuñez, M.A.

Muchas sociedades son espectadores silenciosos de los matrimonios con niñas; escudados en la costumbre, en justificativos económicos y de supuestas protecciones a las niñas, estos matrimonios son una violación flagrante a los derechos humanos y de acuerdo a la OPS, son formas de abuso sexual.

Las niñas/ adolescentes son forzadas a un inicio sexual prematuro cuando no han completado su madurez biológica ni psicológica; son privadas de su infancia, de su derecho a un proceso evolutivo sano, pierden su salud, su derecho a la educación, a decidir sobre su propia vida. La gran mayoría de niñas son violadas, sufren de maltrato físico, psicológico y sexual, deben responder como adultas. Y aquí enfrentamos un problema adicional: los embarazos precoces.

El inicio tan temprano de relaciones sexuales causa serios trastornos en la personalidad y la sexualidad. Son víctimas de traumatismos complejos porque su aparato psíquico no ha terminado de evolucionar, viven experiencias violentas, dolorosas, llenos de estímulos que no comprenden; ante todo esto no pueden defenderse en forma operativa. Están en riesgo de una desestructuración psíquica, depresiones crónicas, angustia, pánico, a más de todos los problemas de orden físico.

Desde el lado del adulto, vive un convencimiento de normalidad y derecho, por lo que no tomará conciencia de su patología porque es un matrimonio legítimo. No hay estudios, pero podemos señalar que tiene las características de los abusadores sexuales. Ellos no tienen derecho sobre la vida de niñas / adolescentes.

Los programas de protección a las víctimas son muy importantes, pero al no trabajar con los hombres, los perpetradores del abuso y la violencia, poco cambio efectivo observaremos. Se requiere emprender campañas de educación y salud sexual para que hombres y mujeres vivan una sexualidad más sana, responsable, informados de sus verdaderos derechos sexuales.

Mesa redonda: 8

Enfermedades, trastornos o problemas sexuales. Abordaje desde la Psicología y la Medicina, dos caminos un mismo fin

Saffon Cuartas, J.P (Coordinador), López Peralta, E; Corredor Ayala, HA; Martinez Preciado, JM.; Pérez Conchillo, M.

Contacto: jsaffon@bostonmedical.com.co

La psicología y la medicina han sido vistas tradicionalmente como ciencias lejanas, donde muchas veces se perciben excluyentes. En esta mesa redonda vamos a debatir por qué combinando la terapia psicosexual y los tratamientos farmacológicos, se logra potenciar los resultados terapéuticos en personas que sufren una patología sexual como la eyaculación precoz.

PALABRAS CLAVE: Eyaculación Precoz. Tratamiento Farmacológico. Sexología. Psicología. Medicina.

Ponencias contenidas en esta mesa redonda

1.- El counseling como herramienta fundamental en la terapia sexual integradora.

Pérez Conchillo, M.

2.- Manejo de la eyaculación precoz, una perspectiva Médica.

Martínez Preciado, J.M.

La eyaculación precoz es uno de los motivos más frecuentes de consulta dentro de las disfunciones sexuales masculinas, siendo una frecuente causa de malestar emocional, ansiedad para los pacientes y generadora de discordia con su pareja.

Existen doctrinas que proponen que la eyaculación precoz tiene un carácter genético, se cree que ha evolucionado durante miles de años,

desde cuando se competia por la reproducción y un eyaculador precoz tendría más chance de procrear, cuando las posibilidades de un encuentro sexual eran limitadas, este carácter puede haberse transmitido a través del tiempo, generando una predisposición fisiológica de los hombres a la eyaculación precoz, creando un problema en el hombre actual donde el sexo tiene un fin lúdico principalmente, cumpliendo la meta reproductiva rápidamente.

Los medicamentos son una base importante para el tratamiento de los pacientes con EP, tienen altas tasas de efectividad, son seguros y muestran un claro aumento en los tiempos de latencia pre eyaculatoria.

En mi experiencia con gran número de pacientes con EP manejados con el esquema de uso de moléculas antidepresivas que modifican los niveles de serotonina a nivel de la unión presináptica en algunas zonas del cerebro, escogidas según la severidad del caso y adaptando el medicamento a las necesidades del paciente (fórmula magistral personalizada), he encontrado la mayoría logran un satisfactorio control de los tiempos pre eyaculatorios, en general con una baja incidencia de efectos secundarios que asociado al manejo de la terapia sexual; igualmente adaptada al paciente con un posterior retiro gradual de la medicación, logran en un porcentaje significativo de pacientes con un control de la eyaculación precoz, con elevadas tasas de satisfacción en cuanto a los resultados.

En esta Ponencia se comentará de manera práctica la experiencia Clínica con más de 1800 pacientes que consultaron durante los últimos 6 años por EP.

3.- Propuesta de manejo integral de la Eyaculación precoz (EP) por parte de un equipo multidisciplinario.

Corredor Ayala, H.A.

Cuando nos enfrentamos a un paciente que padece una alteración del tiempo de eyaculación, que es incontrolable por parte de quien la padece y que además genera un desasosiego en la persona y su pareja, nos enfrentamos a una situación compleja. Lo que observamos al revisar la literatura y la conducta usual de quien se enfrenta a la patología, es que cada uno desde su conocimiento y su arsenal de herramientas intenta de manera individual y con la mejor intención, llevar al paciente por un camino hacia la mejoría

Así, el urólogo o el médico sexólogo intenta desde el manejo de los fármacos de manera precoital o continua, prolongar los tiempos de latencia coital, con tan mala experiencia que en la mayoría de los casos los pacientes retornan a la enfermedad posterior a suspensión de la medicación. Los terapeutas sexuales con su experticia conductual y su excelente relación con el paciente generan esquemas de manejo que promueven el aumento del tiempo eyaculatorio en ocasiones obviando que en algunos casos de EP existen bases orgánicas que condicionan al paciente a padecer de la disfunción. Por último, los terapeutas físicos con énfasis en área perineal han mostrado que diversos esquemas de fortalecimiento y control autónomo o involuntario pero adecuado, de la musculatura del piso pélvico, genera un control y aumento del tiempo pre eyaculatorio.

En esta ponencia se comentarán los principales estudios relacionados al tratamiento de la eyaculacion precoz y las terapias combinadas publicados hasta la fecha, también se busca aportar desde nuestra experiencia porque un manejo conjunto e integrado de los tres actores mencionados, podría llevar al paciente a un mejor desenlace de la disfunción, planteando un esquema y una posibilidad para que el paciente tenga al final de su tratamiento un control autónomo y sin medicación de su tiempo de latencia pre eyaculatoria.

4.- Resolviendo situaciones prácticas en el paciente con eyaculación precoz.

López Peralta, E.

La terapia sexual, como cualquier otra forma de psicoterapia o tratamiento médico, tiene un aspecto artesanal. El terapeuta conoce recursos, a veces de diferentes escuelas en psicoterapia, y los organiza de modo tal que la técnica se adapta al

paciente, no al revés. Por otro lado la experiencia, la creatividad y el buen manejo de la relación terapéutica permiten improvisar planes de acción en situaciones en las cuales los protocolos no se pueden cumplir al pie de la letra.

Por citar algunos ejemplos, los casos de pacientes que no están en pareja, que tienen pareja y no la involucran en el tratamiento, con pareja del mismo sexo, que no aceptan o no toleran fármacos, o incluso los que por sus creencias religiosas no siguen determinadas indicaciones, requieren un abordaje diferente.

En esta presentación se plantea la importancia de la improvisación en psicoterapia, de una mente flexible en el terapeuta, de utilizar la alianza terapéutica a favor, y también se presentan casos clínicos puntuales.

Mesa redonda: 9

Juego, lenguaje erótico y deseo sexual

Marega, O.B.; Del Sueldo, A.; Urbandt, P.; Espitia De La Hoz, F.

Contacto: olgamarega@gmail.com

El deseo sexual tiene determinantes *biológicos, psicológicos, sociales y relacionales* o de pareja. Según como estos se ensamblen en las distintas situaciones de la vida de una persona, resonara de una manera positiva o negativa el despertar de su interés erótico. Entonces, según esta realidad, podríamos decir que es un mito creer que el deseo debería presentarse como espontáneo ante cualquier condición de la persona, de su entorno, o de su relación de pareja.

Según mi experiencia clínica, considero que es absolutamente necesario *educar a las personas sobre su responsabilidad para el placer*, es una estrategia muy efectiva para trabajar en terapia sexual y de pareja. Responsabilidad en crear condiciones adecuadas a sus gustos, responsabilidad en mantener relaciones saludables para que se pueda generar y mantener el deseo sexual. Se pueden ofrecer distintas posibilidades a las personas que nos consultan por desordenes del deseo sexual, que se adapten a cada necesidad individual.

El juego es un recurso terapéutico muy efectivo para trabajar en pareja en la resolución de disfunciones sexuales de la mujer y del varón. A continuación describiré algunas ventajas que mi experiencia clínica me permitió observar. Se pueden indicar tareas y el cumplimiento de consignas que podrán cumplir dentro de un clima relajado, innovador, y divertido.

Pueden darse la posibilidad de innovar los escenarios de seducción, crear otras formas de comunicación erótica. A través de representar distintos roles de seducción tienen la posibilidad de descubrir y expresar fantasías sexuales. También al representar otros personajes se pueden dar la oportunidad de mostrase mas audaces y desinhibidos, porque no se sienten ellos, sino los personajes quienes juegan ese rol. El juego los incentiva a estimular la creatividad encontrando nuevas formas de placer, mas allá de los límites de la genitalidad, en un entorno lúdico que invita a ser repetido.

El lenguaje erótico, otra herramientas muy efectiva a la hora de incentivar la excitación sensorio-sexual entre los miembros de una pareja sexual. Algunas ventajas de esta técnica: *incentiva la excitación, favorece la concentración en los estímulos, y exacerba las sensaciones* a través de un feed back continuo de palabras de connotación sexual. Esta corriente de expresiones eróticas creada entre los amantes, los moviliza a *focalizar la atención* en lo que están haciendo, y también se comporta como una sólida barrera a la hora de *distraer al distractor.* Considero "distractor" al pensamiento negativo y censurador, que aparece muchas veces de manera involuntaria en las mentes de las personas anticipándolas al fracaso, o controlando su performance sexual.

El lenguaje también les brinda la oportunidad de que puedan *halagar a* su pareja en un contexto íntimo, o *preguntarles sobre sus gustos, y fun*damentalmente les ofrece la posibilidad de *ser espontáneos y de jugar*.

Ponencias contenidas en esta mesa redonda

1.-Los placeres sexuales a través del tiempo.

Del Sueldo Padilla, Amelia.

Podemos comenzar cuestionándonos cómo nos constituimos como sujetxs deseantes, y a través de qué juegos y placeres nos reconocemos como tal.

A decir de Foucault hablar de la sexualidad como de una experiencia históricamente singular, suponía también disponer de instrumentos susceptibles de analizar según su carácter propio y sus correlaciones, abarcando los tres ejes que la constituyen: la formación de los saberes que a ella se refieren, los sistemas de poder que regulan su práctica y las formas según las cuales los individuos pueden y deben reconocerse como sujetxs de esa sexualidad.

Es interesante, revisando la historia, cómo el comportamiento sexual, las actividades, el placer y los juegos sexuales, son objeto de una preocupación moral, que por otra parte no involucra a otros aspectos que hacen al funcionamiento de la sociedad.

Es así como llega aún hasta nuestros días la lección aprendida durante los primeros años de vida: "No te toques, que es feo", "no la toques que es malo", "no lo toques que las niñas no hacen eso". Una disuasión permanente del toqueteo recíproco o individual. Muchas veces la transmisión del mensaje es silenciosa, y otras explícita. De todas formas la estimulación táctil, en estxs niñxs que crecen, y que les produce intenso placer, son reconocidas como prohibiciones de madres y padres mediante órdenes restrictivas.

Este código de puro y estricto placer sexual, que es más permisivo con respecto al varón, se lo traslada a la mujer igualándolo al amor. Por lo que no sólo la palabra amor se desvaloriza sino también el sentido del tacto y el placer en sí. Al internalizar esta idea de placer - pecado y la gratificación sexual del varón por parte de la mujer, a ella misma, le parece un misterio su sexualidad y se concentra en ser dadora de placer más que receptora del mismo. Y aunque la llegada de la píldora anticonceptiva, en la historia sexual de la mujer, le posibilitó expresar libremente sus deseos, todavía está en sus comienzos. Mientras continuemos empeñadxs en igualar *el acto de tocar y acariciar* como un medio exclusivo para el coito, seremos restrictivxs en nuestras posibilidades de goce.

El uso del *juego y del lenguaje erótico* en la comunicación intima de lxs amantes, también estimula la creatividad para la seducción con fines de gratificación sensual.

Jugar, decir, tocar y acariciar, explorar la textura de la piel, de los contornos del cuerpo; todos elementos que enriquecen el placer sensorial para extender los límites del placer genital. Este diálogo íntimo puede repetirse justamente porque resulta placentero, y en ese intercambio pueden despertar emociones que enriquezcan la relación con expresiones de intimidad, confianza y ternura.

Resulta importante incorporar a la vida sexual una *nueva visión de la comunicación humana,* entendiendo que *jugar, tocar y acariciar,* lo mismo que ver, oír, degustar y oler, representan la *necesidad de todo ser humano de contacto vital*; un goce que sólo nos permitimos por la posibilidad de estar vivxs, y que se manifiesta en un íntimo abrazo sexual.

2.- Psicoprofilaxis de la infidelidad.

Urbandt, P.

¿Qué es la infidelidad? ¿Qué es la fidelidad? ¿Es un concepto biológico, psicológico, religioso, amoroso, cultural, económico, o una construcción social? ¿Es atemporal o varía de acuerdo con el momento histórico? Fidelidad referido a qué, a quién, al otro, o a uno mismo? ¿Fantasear con otro/otra/otros está mal? ¿Cuánto puede ayudar o perjudicar a una relación? ¿Podemos considerar a la infidelidad como parte de un juego? ¿Es válido erotizarse con otro objeto deseado que despierta nuestras fantasías y concretarlo con nuestra pareja? ¿Es eso posible?

Las parejas con más de 20 años juntos, por lo general van perdiendo el deseo sexual, debido a múltiples factores.

Por ello, a mi entender, no se trata simplemente de recuperar el juego, el lenguaje erótico, la capacidad de seducir, el placer de hacer el amor;

sino en muchos casos de descubrirlo, aprenderlo, incorporarlo e instalarlo en la intimidad de la pareja, en síntesis, de reinventar el deseo.

Es fundamental para nosotros como terapeutas sexuales ante una consulta por pérdida del deseo ahondar respecto a la manera en que se inició y conformó dicha pareja y tratar de focalizar el momento en que comenzó a decaer el deseo.

Cómo empezaron a relacionarse, si fue a través de una atracción física, de una construcción intelectual, de una relación de amistad y compañerismo, de una obligación social o como condición para continuar con un negocio familiar.

¿De qué manera y por qué se eligieron para estar juntos, en qué momento de sus vidas, qué experiencias erótico-amorosas previas tuvieron, qué los llevó a formar una familia? ¿Qué idea preconcebida del matrimonio tenían? ¿Qué consideraban deberes conyugales?

Todas estas preguntas jamás se formulan, la mayoría de las veces ni siquiera se piensan al momento de "unir sus vidas" dos personas.

Ahora bien, imaginémonos cómo sería si en vez de jurarnos "amor eterno… fidelidad… acompañamiento… en las buenas y en las malas… hasta que la muerte nos separe", intentáramos auténticamente sincerarnos en cuanto a lo que realmente nos lleva a unirnos a esa persona, y ver realmente qué somos capaces de hacer para sostener ese contrato el mayor tiempo posible y de la mejor manera posible.

Por otra parte, también sería muy importante comprender que aún con una firme convicción y los mejores propósitos, no siempre éstos alcanzan para evitar lo tan temido: aceptar que los vínculos amorosos no necesariamente son para siempre o que al menos, el vínculo erótico en la pareja puede cambiar.

Cuando desviamos nuestra atención hacia otra persona que nos despierta el deseo, es lo diferente a lo que tenemos a nuestro lado lo que nos atrae? ¿Es lo semejante a lo que alguna vez nos atrajo de la persona que tenemos a nuestro lado? ¿Es porque nos hace sentir aquello que nos provocó otrora quien hoy nos acompaña? ¿O acaso nos provoca algo que tal vez no experimentamos nunca hasta ese momento? ¿Es lícito hablar de Psicoprofilaxis de la Infidelidad o sería más apropiado hablar de Psicoprofilaxis de la Pérdida del Deseo?

3.- Sexualidad lúdica en el climaterio.

Espitia de la Hoz, F.J.

La sexualidad, en el climaterio, debe seguir teniendo espacio, por ello es necesario recuperar *el beso, las caricias, los mimos, los juegos, y evitar las críticas*; es importante aprender a envejecer con dignidad, porque al hacernos viejos no dejamos de ser personas ni tampoco pasamos a ser asexuados.

A través de los juegos y la sexualidad lúdica, en el climaterio, se logran despertar las viejas experiencias. Una forma de jugar puede ser recuperar las citas eróticas (citarse en algún lugar diferente presentándose como si no se conocieran, e inventarse una vida diferente); también practicar el "sexting" (enviarse un mensaje "hot" o subido de tono o una foto sexy y seguir el juego); tratar de jugar al "slow sex" al olvidarse del único propósito del orgasmo y la eyaculación. También prolongar los preliminares, buscando de disfrutar el uno del otro durante el mayor tiempo con masajes, abrazos, besos, caricias, etc. *Jugar a las cartas con contenido erótico* le ponen un sabor agradable a la relación; acariciarse en las tinieblas es estimulante, ya sea usando un antifaz o apagando por completo la luz, tratando de darle cavidad a todos los sentidos; usar lubricantes de sabores u olores es provocador al imprimirle un poco más de variedad al juego erótico; utilizar afrodisíacos y jugar con ellos.

Por ejemplo hacer que la pareja le esparza sobre el cuerpo chocolate derretido para que luego pueda lamer, resulta una actividad muy seductora. Lo indicado es salir de la anafrodisíaca monotonía; recurrir al "Spinning sexual" (tratar de practicar el coito al ritmo de la música relaja las articulaciones); los masajes eróticos se convierten en una verdadera experiencia serena y

apasionante; utilizar espejos en la habitación, para verse mientras disfrutan de la sexualidad, es una excitante práctica que se fija en la memoria.

Utilizar literatura erótica ayuda a despertar el deseo y reavivar la pasión, al igual que el uso de juguetes sexuales y películas con material sexualmente explícito. Son todos elementos que favorecen a que los cuerpos se unan y se respiren uno al otro convirtiéndose en un solo ser.

Todas estas experiencias permiten entender que en el climaterio, el latir acelerado de un corazón, que se desborda de sus coronarias y una respiración entrecortada, que exhala pasión en cada expiración, es el modo y la manera de decirle al mundo que la mujer está viva; es otra peculiaridad en un mundo rico en placeres, más allá de la simple eyaculación o el orgasmo.

El climaterio es una transición hacia otra vida, no hacia la muerte; invito a las mujeres a enfrentarla con lúdica y dignidad, no muertas en vida (lejos de todo placer); las exhorto a que amen y deseen como a cualquier otra edad; es mi convicción que disfruten su sexualidad así tengan los 969 años de Matusalén.

Mesa redonda: 10

La promoción de la salud sexual en los nuevos medios de comunicación

Placer Noriega, E.; Fernández Infante, A.; Malnero Suarez, N.; Hernandez Cabadia, L.C.; Concepción Carpallo, S.

Contacto: info@saludplacer.com

La idea de esta propuesta se ha forjado en la importancia indiscutible que tiene la Promoción de la Salud Sexual, junto con la educación sexual correctamente orientada en la mejora de la vida sexual de las personas, incluso en la prevención de futuras patologías.

Los medios de comunicación tienen una parte de responsabilidad en esta tarea y los profesionales de la sexología oportunidad de hacerse visibles en los diversos medios.

Los medios clásicos: prensa escrita, televisión, radio...

Pero también los nuevos medios y redes sociales como son los canales específicos de Youtube, las cuentas en instagram, Facebook etc...

Para esta mesa hemos querido reunir a expertos en los diferentes ámbitos, para exponer nuestras experiencias con respecto a los cambios de los medios, la forma de comunicar y el futuro de la comunicación en promoción de la salud sexual.

PALABRAS CLAVE: Promoción. Salud. Sexual. Medios. Comunicación. Youtube.

Mesa redonda: 11

Salud sexual y medicina de familia: cómplices inevitables

Estepa Jorge, S.; Ferrández Infante, A.; Jurado López A.R.; San Martín Blanco, C.

Contacto: anarosajuradolopez@gmail.com

La medicina de familia es una especialidad médica clave en la detección, diagnóstico y tratamiento de los problemas sexuales. Se trata del primer contacto con el sistema de salud con el que cuentan los usuarios de dicho sistema y el que aglutina al resto de las especialidades.

Cada vez es más habitual que los pacientes consulten por problemas sexuales a su médico/a

de familia. En la mesa se comentan algunos de los cuadros clínicos que dentro de la sexología son más habituales en la consulta de cada día: La disfunción eréctil, la salud vaginal y los trastornos del deseo.

El médico de familia ha de contar con la suficiente formación sexológico como para poder abordar con solvencia la mayor parte de las disfunciones sexuales. Cuando esto no es posible, por la relevancia del trastorno o por sobrepasar este su capacidad de intervención, ha de saber derivar con criterio al especialista correspondiente, bien a otra especialidad médica, bien al sexólogo clínico.

Esta mesa está representada por un grupo de médicos que pertenecen al grupo de Sexología de Semergen, sociedad científica integrada por un gran numero de médicos/as de familia cuyos fines son la formación y la investigación.

PALABRAS CLAVE: Salud sexual. Medicina de familia. Disfunción eréctil. Vagina. Deseo sexual hipoactivo.

Ponencias contenidas en esta mesa redonda

1.- Importancia de la salud sexual en atención primaria.

Estepa Jorge, S.

Los derechos sexuales deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades, y entre ellos el derecho a la atención de la salud sexual, que los profesionales de Atención Primaria no deben pasar por alto si se quiere conseguir un abordaje integral de la salud de nuestros pacientes.

A lo largo de la vida, hombres y mujeres expresarán su sexualidad de manera diferente y es este el que va a acompañar, y a ayudar, desde niños hasta ancianos, como seres sexuados, y no sólo en la edad reproductiva.

Se debe aprovechar la situación privilegiada de la Atención Primaria como puerta de entrada al sistema sanitario e incluso promover la investigación en este campo. Pero se necesita formación específica, y el desarrollo de habilidades de comunicación para mejorar el abordaje clínico y terapéutico de las dificultades y problemas sexuales.

Las dificultades para realizar anamnesis en atención primaria también parten del paciente, por sus temores y desconocimiento, y del sistema sanitario, pues de debe garantizar la privacidad, intimidad y confidencialidad, con naturalidad y sensibilidad, y respetando siempre la diversidad.

Si el profesional no tiene apuros para hablar de sexo/sexualidad, el paciente probablemente tampoco los tendrá. El objetivo es conseguir que el usuario de la Atención Primaria considere a los profesionales como referentes para la consulta sobre su salud sexual.

2.- Salud Vaginal y sexualidad.

Jurado López, A.R.

La vagina y la vulva son algunos de los órganos que más modificaciones físicas sufren en los diferentes momentos del ciclo vital de las mujeres, condicionadas por afecciones médicas y quirúrgicas, partos, y cambios debidos a la menopausia y al envejecimiento.

Durate mucho tiempo, el profesional de la medicina no ha prestado la suficiente atención a esta parte tan importante de la genitalidad de las mujeres, llevados por la inercia del diagnóstico precoz del cáncer cervical, de la evitación de dificultades en el parto o de la sintomatología y afecciones relacionadas con la menopausia que han sido más tenidas en cuenta desde el punto de vista sanitario. La mujeres tampoco han consultado cuando las alteraciones vaginales o vulvares afectaban a su desenvolvimiento sexual, por vergüenza, por no saber a quién consultar o por asumir y resignarse ante los cambios como parte necesaria del ciclo vital.

La sexología por su parte se ha centrado en la desgenitalización como forma de mejorar la calidad de la sexualidad de las personas y de disminuir la incidencia de disfunciones sexuales. Pero diversos estudios han mostrado cómo algunas afecciones sexuales pueden estar condicionadas por la alteración física de los genitales, sobre todo de la vulva y la vagina, en

base sobre todo a la autoimagen y la autoestima de la mujer.

En la actualidad se intenta minimizar el impacto iatrogénico sobre los genitales externos femeninos, se promueve la detección activa en las consultas médicas, y se investiga en relación nuevos recursos terapéuticos que permitan a las mujeres mantener una sexualidad satisfactoria.

3.- La disfunción eréctil en la consulta de medicina de familia.

Ferrández Infante, A.

La disfunción eréctil (DE) es, con diferencia, el motivo de consulta sexológica más frecuente en atención primaria, y en la actualidad afecta a más de 150 millones de hombres en todo el mundo. Esta disfunción tiene un impacto significativo en la calidad de vida, autoconfianza y relaciones interpersonales de los pacientes. La DE puede ser un síntoma centinela que indica una futura amenaza de enfermedades con alta mortalidad, como infarto de miocardio, enfermedad arterial periférica o ictus. Sorprendentemente, hasta el 70% de los pacientes con angina de pecho de nuevo inicio y enfermedad arterial coronaria verificada por angiografía tienen antecedentes de DE. Por ello, su papel como marcador de riesgo cardiovascular es similar al de trastornos como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipemia y tabaquismo, así como al aumento de la edad.

Dada la alta efectividad de los fármacos Inhibidores de la Fosfodiesterasa tipo 5 (IPDE5), el médico de familia es capaz de resolver la mayoría de los casos de disfunción eréctil. Asimismo, gracias a su posición privilegiada como puerta de entrada del sistema sanitario público, cercanía y confiabilidad, facultad para realizar una exploración física completa, capacidad para manejar y cambiar ágilmente la farmacoterapia del paciente, y sus habilidades para el manejo del riesgo cardiovascular global, el médico de familia es el profesional sanitario mejor capacitado para realizar un abordaje integral del paciente y se ha convertido en el principal protagonista en el manejo y tratamiento de la DE en España.

4.- Cuando el deseo sexual es el problema.

San Martín Blanco, C.

Uno de los temas más controvertidos dentro del ámbito de la clínica sexológica son los trastornos del deseo sexual tanto en varones como en mujeres.

Aunque cuando pensamos en problemas de deseo solemos hacerlo en relación al bajo deseo o deseo sexual hipoactivo, es cada vez mayor la demanda de atención sexológica ante problemas de hipersexualidad y adicción sexual.

La alta prevalencia de los trastornos del deseo y sus múltiples implicaciones y consecuencias son las responsables de poder encontrarnos con pacientes con esta problemática en distintos niveles asistenciales como es la atención primaria.

Por ello resulta esencial que los profesionales sanitarios dispongan de un conocimiento, al menos básico, en relación a las distintas tipologías de trastornos del deseo, sus características, causas, estrategias de evaluación, consecuencias y posibles abordajes, que le permitan afrontar la demanda de sus pacientes e incluso contemplar los problemas de deseo sexual como un aspecto condicionante de la calidad de vida y el bienestar de sus pacientes.

Mesa redonda: 12

Temas controversiales en sexualidad

Sapetti, A. A.; Valente, S.; Ghedin W.

Contacto: asapetti@websail.com.ar

Siempre se menciona que las disfunciones sexuales cuando son abordadas con terapias específicas conjuntamente con medicación adecuada a los diversos cuadros actúan sinérgicamente. Esto que puede ser cierto en muchos casos puede ser contraproducente en otros.

Se planteará la problemática asociación de los fármacos con las terapias sexuales y las

psicoterapias. Como objetivo se debatirá si no hay una excesiva medicalización en los tratamientos en la esfera de las problemáticas sexuales del varón y de la mujer, ya sean vistos solos o en pareja, dejando de lado la psicoeducación y las terapias específicas. El uso de fármacos con las terapias sexuales: ¿complemento, impedimento o encubrimiento?

La sexualidad femenina es compleja y depende de múltiples factores para desarrollarse en forma satisfactoria, que se modifican a lo largo de la vida, ya sea por estadios biológicos, como por experiencias, entorno, relaciones interpersonales, ideología, cultura, modas, entre tantos. Las disfunciones sexuales femeninas se constituyen cuando en algún punto se rompe el equilibrio que conseguía la experiencia satisfactoria de la sexualidad. En los últimos años, los avances en el conocimiento científico están aportando innumerable información acerca de la fisiología de la sexualidad femenina como de la fisiopatología de las disfunciones; concomitantemente la investigación farmacológica está intentando acompañar estos descubrimientos e intenta introducir distintas moléculas y preparados que reparen el equilibrio perdido.

En la práctica clínica se nos plantea cotidianamente el problema de mujeres que consultan con diferentes disfunciones sexuales, buscando una solución casi mágica, rápida y efectiva. Si bien, es interesante contar con fármacos que contribuyan en la terapia, pensar que estos podrían reemplazarla sea probablemente la tentación de las mujeres con este tipo de trastornos, pero no sería prudente que los profesionales nos apoyemos en esta línea de tratamiento. El conflicto entre lo posible y lo ideal es una delicada línea que debemos transitar junto con la paciente y es fundamental en el abordaje de los desordenes sexuales femeninos.

¿Cuándo utilizar un fármaco? ¿Cuál usar? ¿Cómo combinar el abordaje sexual con la terapia farmacológica? ¿Cuándo la búsqueda de una solución rápida encubre una resistencia a abordar la disfunción? ¿Es útil trabajar con la pareja? Son interrogantes que se nos presentan a los sexólogos clínicos habitualmente.

Profundizar los conocimientos en ambas terapias, conocer los alcances y asociar sus beneficios son objetivos fundamentales en nuestro consultorio.

Otro tema controversial es que con frecuencia asistimos a la aparición de ideas intrusas de temática sexual, fundamentalmente la obsesión de ser homosexual en una persona con orientación heterosexual. La duda y el miedo focalizados en la orientación sexual pueden establecer una alianza irreductible y perturbadora que condiciona la vida de la persona en todas sus áreas. Las ideas recurrentes de homosexualidad representan entre el 25 y el 32% de las preocupaciones obsesivas. Aparecen desde la adolescencia y se prolongan a la vida adulta. Muchas personas esconden su malestar y recién solicitan ayuda cuando éstas superan los mecanismos compensatorios. El diagnóstico sintomático, además de rasgos o Trastornos de la Personalidad, es fundamental para el abordaje farmacológico y psicoterapéutico.

PALABRAS CLAVE: Controversias. Disfunciones. Farmacoterapias. Terapias. Ideas homosexuales.

Mesa redonda: 13

Integración transdisciplinaria para la atención clínica de problemas sexuales

Varaschin, R.S.

Contacto: raquel_varaschin@hotmail.com

Ponencias contenidas en esta mesa redonda

1.- La sexualidad y los medios tecnológicos actuales.

Pietruszka de Lebel, D.M.

La historia de la SEXUALIDAD HUMANA se ha visto siempre acompañada de lo que dictan las religiones, las modas, las costumbres y las normas

de cada época. El modo en que la vivimos hoy en día ha recorrido muchas culturas, muchos puntos de vista y muchos lugares antes de llegar a las manifestaciones que conocemos en la actualidad.

En la época actual, accedemos a una gran metamorfosis, en la cual, en una enorme parte del mundo, cada vez se puede observar más una brecha entre el inicio de la vida sexual y el matrimonio.

Asimismo, viejos rituales de iniciación como el debut con una trabajadora sexual van perdiendo vigencia.

Los jóvenes que comienzan a mantener relaciones sexuales en pareja, tal vez ya han iniciado alguna forma de actividad sexual vía internet o alguna otra forma de tecnología.

Es así como en nuestra era, caracterizada por el desarrollo de la comunicación tecnológica, aparece una nueva forma de ejercer nuestra condición de seres sexuados, que es el sexo virtual.

El sexo virtual es una manifestación de la sexualidad humana en la cual dos o más personas se transmiten mensajes explícitamente eróticos utilizando alguna forma de tecnología.

2.- Lo que no sexólogos debe saber sobre la sexualidad femenina.

Brendler, J.

Las mujeres en relaciones a largo plazo con más frecuencia siguen el modelo de Basson del ciclo de respuesta sexual, a partir de la neutralidad sexual con el objetivo, entre otras cosas, aumentar la intimidad. Al inicio de las relaciones de pareja, el modelo más común es el Masters y Johnson Kaplan en la que la principal motivación de la sexualidad es el deseo sexual. En las relaciones a largo plazo mujer sana puede tener sólo "el deseo sexual receptivo" consecuencia positiva de la seducción iniciado por el hombre.

Se recomienda iniciar el proceso de seducción horas antes del coito (masages/toques sutiles, mensajes, llamadas telefónicas, provocación erotica). La investigación indica que los hombres en las relaciones duradoras no son seductora. Los hombres asocian la seducción a la vida del soltero y con el objetivo de conquistar otras mujeres. Un estudio muestra que las mujeres jóvenes asocian el sexo "prueba de amor para el hombre", entonces se recomienda invertir en el romance con el fin de obtener una buena calidad de vida sexual.

La investigación en el año 2014 muestra que el 33% de las mujeres piensan que los hombres no hacen sexo oral bien y aprecian los preliminares que comienzan con contacto no genital. La prevalencia de problemas sexuales es grande y un estudio de 2014, dice que el 63% de las mujeres niegan la existencia de problemas sexuales, entonces uno debe preguntar acerca de la salud sexual de las mujeres antes de indicar medicamentos que pueden facilitar el hombre erección.

Los profesionales de la salud deben alentar a la sexualización del condón ya que esto ayuda a los hombres no tener disfunción eréctil y el uso de condones para protegerse contra las enfermedades de transmisión sexual.

El hombre debe dividir las tareas del hogar (domésticas) y el cuidado de los hijos con su esposa, con el fin de evitar la fatiga extrema, una de las causas de la libido disminuida. Así, la mujer tiene más tiempo para pensar e invertir en la sexualidad y el romance.

Una investigación señala que la práctica coital asociada con la estimulación del clítoris es más adoptado por parejas, pero las prácticas que consigue tasas más altas del orgasmo son sexo oral, tocar el clítoris o la estimulación de la vagina.

Este conjunto de información va a enriquecer la consulta de los profesionales de la salud que no son sexólogos y ayudar mujeres a tener una mejor salud sexual.

3.- Hombre plural, realidades múltiples.
Varaschin, R.S.

Pensar en el individuo en su constitución plural es imprescindible, una vez que se se percibe la fragmentación y relatividad del concepto de

realidad. En una cultura de la especialización no se puede dejar de considerar al individuo como una entidad total: la plataforma en la cual esa pluralidad de la realidad está en acción. Nos enfrentamos a diario con individuos que llevan en su equipaje una acumulación de bienes simbólicos. Estos están presentes en su estructura de pensamiento, en sus patrones de comportamiento y actitudes, así como em su respuesta emocional, afectiva y sexual.

Los profesionales de salud sexual deben considerar una intervención y una formación integral e integrada, que asume la responsabilidad de la construcción efectiva de múltiples realidades. Se hace necesario tener una visión transdisciplinar de actuación para una interpretación holística de los hechos y fenómenos.

El desarrollo de los estereotipos segmenta uma evaluación del indivíduo de manera más amplia, promoviendo un reducionismo importante de las características de un individuo, que es, al mismo tiempo, singular y múltiple.

Los cambios en el funcionamiento sexual pertenecen a un universo que va más allá de la compreensión de los sintomas, de la queja y de los factores que intervienen. Determinar las variantes responsables por el trastorno, así como dar una indicación heterogénea, se convierte en una tarea difícil debido a las conexiones estrictas entre estas variantes.

Por lo general, vemos en la enseñanza de formación profesional que produce el aprendizaje de cómo hacer frente a los hombres, pero que no enseña cómo conocer a los hombres. Y si se produce un conocimiento del hombre, la compreensión del hombre se divide y se entiende de acuerdo con las áreas de conocimiento: sociología, filosofía, antropología, medicina, psicología, entre otros.

Por lo tanto, pienso en la importancia de "horizontalizar la verticalización, de manera que la visión compleja sea también profunda, y verticalizar la horizontalización de modo que la percepción profunda también sea compleja" (P. Dante, 1998). Supondo que cada professional tenga que conocerse primero como sujeto, con su multiplidad de componentes, con el fin de entender al otro como una constelación en un universo de las diversidades culturales.

PALABRAS CLAVE:

Bienes Simbólicos. Transdicisplinaridad,. Heterogeneidad. Diversidad.

Mesa redonda: 14

A vueltas con la disfunción eréctil

Arrondo, J.L.

Arrondo, J. L. ; Pérez Conchillo, M.; Prieto, R.; Luján, S.

Contacto: jlarrondo@telefonica.net

Mucho se ha hablado y escrito sobre la disfunción eréctil (DE), quebradero de cabeza que le ha acompañado al varón desde el inicio de su existencia. Hemos vivido, en nuestra larga historia profesional, como al hombre cuando venía a la consulta, le suponía un auténtico drama desnudarse por fuera, y más por dentro. Tal vez, como afirmaba el cómico y actor Robin Willians, porque: "Dios dio al hombre un pene y un cerebro, pero no sangre suficiente para usar los dos órganos a la vez.

Pero también debemos reconocer que, poco a poco, el hombre se ha ido humanizando, reconociendo como normales sus problemas en las relaciones sexuales y consiguiendo un progresiva desmitificación de la tan cacareada fanfarronería del colgajo multiusos.

La DE, disfunción sexual muy prevalente y, teniendo en cuenta el previsible incremento de la población añosa, se estima que para el año 2025 más de 320 millones de hombres en el mundo tendrán problemas con su rigidez peneana. (cita 12, p479)

Con mucha frecuencia, hemos utilizado demasiado esfuerzo, en tiempo y en dinero, intentando diferenciar entre la DE orgánica y

psicológica, sin enterarnos de que lo somático y lo emocional no son dos polos opuestos, sino que van de la mano en una influencia integradora sobre las alteraciones sexuales.

El prisma profesional de los que nos dedicamos a promover, prevenir y mejorar la salud sexual, no puede ser tan raquítico de estar centrado en el triángulo de la entrepierna, en poner el pene duro: ni el andrólogo únicamente recetando fármacos ni el sexólogo limitándose a aumentar la autoestima. Nuestra meta debe ser más ambiciosa preocupándonos de la salud sexual y, desde esta realidad, llegar a la salud global y la calidad de vida del paciente y su pareja, cuando exista. Y en este sentido, la DE no puede ser valorada como un fallo extracorpóreo, aislado de la cabeza y lo que le rodea. Hoy son muchas las referencias entre la DE y otras comorbilidades: cardiovasculares, metabólicas, endocrinas, psicológicas, psiquiátricas, relacionales, etc,. Evaluar y tratar el problema de erección como un síntoma, con frecuencia, centinela o avisador de muchas otras patologías orgánicas y/o psicoemocionales concomitantes, sobre las que debemos actuar.

En esta Mesa Redonda no hablaremos de definiciones, etiologías ni prevalencias…Insistiremos en el abordaje multifactorial, integrador y proactivo, recalcando los aspectos básicos, con mucha frecuencia olvidados, y adoptando distintas estrategias de prevención. También pondremos al día las nuevas terapias para tratar este problema.

Palabras clave: Disfunción eréctil, abordaje multidisciplinar, aspectos preventivos, novedades terapéuticas.

Ponencias contenidas en esta mesa redonda

1.- Lo primero que debemos hacer

José Luis Arrondo

Con demasiada frecuencia, (por falta de tiempo, interés crematístico o desinterés profesional,…) se plantea un tratamiento para la disfunción eréctil (DE) sin conocer la verdadera dimensión del problema e ignorando que, generalmente, estamos ante un proceso multifactorial. Y esto, no pensemos que requiere una evaluación compleja y especializada. Sería suficiente realizar una detallada historia clínica (vertiente sexológica y andrológica), exploración física y, en ocasiones, determinaciones analíticas básicas y hormonales.

Establecido el diagnóstico del problema y sus circunstancias, conociendo las motivaciones y expectativas del paciente y su pareja, si la hubiese:

a) Algunos no precisarán terapia

b) Y en la mayoría, antes de iniciar los clásicos tratamientos (psicológicos, farmacológicos, quirúrgicos, etc,.) será preceptivo tomar otras medidas que nos acerquen más a verdaderos profesionales de la salud sexual y global que al papel de meros expendedores de recetas.

Me centraré en los aspectos que considero primero y fundamental, en los factores de riesgo modificables o reversibles para la DE:

a) Modificar estilos de vida

-Ejercicio/dieta

-Tabaquismo

-Alcohol

-Otros hábitos tóxicos

b) Control de enfermedades concomitantes y que pueden repercutir decisivamente en la esfera sexual.

c) Ajustar posibles influencias farmacológicas.

d) Actuar sobre aspectos relacionales y psicoemocionales

Olvidar estos planteamientos, es olvidar los verdaderos fundamentos de la salud sexual y conseguir mayor probabilidad de fracaso terapéutico.

Actuar así, orientará mejor al paciente y su pareja y evitará estudios y tratamientos innecesarios.Dr.

2.- Aportaciones desde la sexología.

María Pérez Conchillo

3.- Nuevas terapias andrológicas para la disfunción eréctil.

Rafael Prieto

4.- ¿Qué papel le queda a la cirugía?

Lujan, Satur

La cirugía para la terapia de la disfunción eréctil (DE) se encuentra en el tercer escalón terapéutico en la vertiente de organicidad. Por ello, se trata del tratamiento de elección si han fallado los fármacos orales como el Sindenafilo (Viagra®), fármacos aplicados en los cuerpos cavernosos como el Alprostadil (Caverject®) o bien los dispositivos de vacío tipo vacuum. Solo en estos casos se debe plantear la cirugía. Existen dos grupos de técnicas, por un lado las que implican la inserción de una prótesis peneana y por otro lado las técnicas para recuperar la vascularización peneana. Estas últimas son extremadamente infrecuentes y están indicadas para lesiones arteriales, la mayoría de las cuales se producen tras traumatismo pélvico.

Hoy en día la cirugía protésica es la técnica quirúrgica más ampliamente empleada para corregir la DE. Los implantes están considerados como el método más efectivo para conseguir una erección artificial en pacientes con DE refractaria a otros tratamientos. Existen dos grupos de prótesis peneanas: maleables o inflables. Ambos dispositivos fueron introducidos hace más de 40 años y se han desarrollado mejoras significativas en su diseño. La selección del tipo de prótesis dependerá de la experiencia quirúrgica del urólogo, preferencias del paciente, cuestiones anatómicas, etc.

Las prótesis maleables consisten en dos cilindros que se insertan en ambos cuerpos cavernosos del pene. Una vez insertados el paciente podrá manualmente dirigir el pene con la prótesis hacia arriba con lo que permitirá la penetración y tras ella podrá colocarse hacia abajo. Existen diferentes longitudes y grosores de la prótesis en función del pene del paciente. Las ventajas de estos dispositivos es que son más fáciles de implantar, más económicos y más fáciles de usar, comparado con las prótesis inflables.

Las prótesis inflables están diseñadas para conseguir una función eréctil lo más próxima a la normalidad. Permiten una expansión tanto en longitud como en grosor durante su activación y un pene flácido al desactivarlas. Se trata de un mecanismo compuesto por dos cilindros que se rellenan de líquido (suero fisiológico) que procede de un pequeño reservorio o balón. La entrada o salida de líquido se producirá al manipular un dispositivo colocado dentro del escroto (bomba).

Aunque la cirugía es altamente efectiva con unas tasas de satisfacción elevada, se trata de un procedimiento irreversible con una serie de riesgos. Es por ello que una evaluación cuidadosa del paciente y una preparación adecuada son básicas. Tanto la evaluación preoperatoria como una información adecuada al paciente, nos ayudarán a asegurar que se trata de un buen candidato para insertar una prótesis peneana. Además, en esta evaluación identificaremos cual es la prótesis más adecuada.

Eid J.F. Surgery for Erectile Dysfunction En: Wein AJ, et al editores. Campbell-Walsh Urology. 11.ª edición. Philadelphia: Elsevier; 2016. p. 709-21.

Hatzimouratidis K, et al. Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. Eur Urol. 2010 May;57(5):804–14.

Mesa redonda: 15

Cuando el cuerpo habla

Coordinadora: Machín, D.

Fridman, C. T.; Jaimes, L.; Machín, D.; Carreras, S.; Rial, V; Murillo; M.; Vera. L

Ponencias contenidas en esta mesa redonda

1.- Historia de representaciones psicoculturales del pecho femenino.

Fridman, C.T.

La intención de este trabajo es reflexionar sobre los pechos de las mujeres. Para la mayoría, sobre todo para los hombres, los pechos son meros adornos sexuales.

Las joyas de la corona de la feminidad. Sin embargo, esta visión sexualizada del pecho no es en absoluto universal.

En distintas culturas, las mujeres han ido con los pechos al descubierto y éste no ha tenido el significado predominantemente erótico que alcanzó en Occidente. En cada caso, la parte del cuerpo que soporta la carga sexual, lo que el poeta Mallarmé denomina, ´´La veladura erótica´´ debe gran parte de su fascinación a este ocultamiento total o parcial.

Si uno analiza la historia del pecho observa, que es como un montaje cinematográfico que progresa y a veces se superpone, pero no es una película continua.

Por debajo de esta progresión hay una pregunta básica: A quién pertenece el pecho? Pertenece al lactante, al hombre o la mujer que lo acaricia, al artista que reproduce la forma femenina, al diseñador que elige los pechos grandes o pequeños según las exigencias del mercado, a la industria de la lencería, a los jueces que insisten que hay que cubrirse castamente los pechos, a la ley que ordena el arresto de las mujeres que lo exhiban, al médico que lo mamografía, biopsia, o extirpa, al cirujano plástico que lo transforma por razones estéticas, al pornógrafo que compra el derecho de exhibirlo, o pertenece a la propia mujer , para quien los pechos son parte de su propio cuerpo?

Hombres e instituciones han realizado variados esfuerzos por apropiarse del pecho femenino, Este trabajo forma parte de una investigación más extensa sobre los pechos femeninos. El tema que se especifica en particular comprende la historia de las aproximaciones de género desde la medicina a fin de que las mujeres den otra vuelta de tuerca a sus cuerpos, y al conocimiento que de ellos deriva en pos de una salud general y sexual que no admite demoras.

2.- Rehabilitación sexual en mujeres tratadas con cáncer de mama.

Jaimes, L.

En la historia de una mujer con cáncer de mama encontramos muchos indicativos de disfunción en su sexualidad, los factores son múltiples, por eso debemos aprender a como rehabilitarla a ella y a la pareja en este proceso tan complejo como son los tratamientos para este tipo de cáncer que abarca un porcentaje muy alto de mujeres.

Por supuesto en cada una los daños pueden ser reversibles algunos y otros irreversibles, dependiendo del abordaje si es químico, con radioterapia o cirugía.

Explicare el protocolo que seguimos acá en Venezuela con respecto al abordaje sexual.

3.- Las marcas del cuerpo femenino.

Machín, D.; Carreras, S.; Rial, V.

La presente investigación identifica marcas y modificaciones corporales entendidas como maquillaje, cirugías, tatuajeque se realizan las mujeres montevideanas, qué sentido adquieren e identifica si existe relación entre estos cambios del cuerpo y la vida sexual (búsqueda de una mayor atracción sexual, despertar del deseo o incidencia en el desempeño sexual).

La elección de estas prácticas afecta en diferente medida la vida cotidiana de las mujeres y su expresión de la sexualidad. Intentamos aproximarnos a una mirada de las mujeres uruguayas acerca de cómo interpretan, conciben, aplican, vivencian y se relacionan a través de estas prácticas.

La población con que se trabajó fueron mujeres de entre 18 y 70 años de Montevideo. Se realizó un abordaje de tipo interdisciplinario (antropología, psicología y sexología). Se utilizó como técnica principal la aplicación de una encuesta auto administrada, observación y registro en comercios del centro y en los shoppings, se realizaron entrevistas a especialistas y técnicos del área.

Se construyeron siete planos de abordaje del tema que sirvieron como eje: por un lado la motivación

que guía estas prácticas, por otra parte los espacios sociales para la puesta en escena de estas, asimismo las representaciones, creencias y simbolización que las mujeres les

dan; los niveles de alcance de la transformación, los fines del cambio, el impacto de estas

modificaciones en la vida sexual y la inversión en tiempo y dinero.

Partimos de la idea de que estar prácticas adquieren diferentes sentidos de acuerdo a cada

mujer, a su trayectoria de vida, a sus actividades, a su personalidad, a su vida sexual, al capital

cultural y a la educación recibida.

Se realizó un registro de influencia y modelos que han incidido en la sus elecciones, como ha afectado sus representaciones y vínculos. Se realizó una revisión bibliográfica en torno al uso a

través de las épocas y en particular en la actualidad y en nuestra sociedad de estas prácticas.

Las diferentes ópticas femeninas abarcan conceptos diversos; el espectro varía desde aquellas para quienes es un elemento utilitario vinculado a la presentación social, o puede ser parte a su vez del universo que rodea el erotismo y la sexualidad o convertirse en un objeto que adquiere sentido "fetichista" pudiendo bordear lo patológico.

4.- Sanando el cuerpo. Experiencias terapéuticas.

Murillo, M.

La utilización de un paradigma de vínculo y sexualidad expone situaciones emocionales que las personas viven. Utilizando técnicas que incorporan el cuerpo, promoviendo sensibilización hacia el cuerpo, procesos de carga y descarga de energía emocional se ha logrado obtener un mayor contacto de la persona con el placer, el deseo y el encuentro consigo y con el otro o la otra.

Se muestran enfoques terapéuticos, paradigmas teóricos y ejercicios de bioenergía como apoyo en las intervenciones en sexología.

5.- POR DETERMINAR

Ligia Vera

COMUNICACIONES LIBRES

Mesa 1: Educación sexual y programas

Mesa 2: Sexualidad y mujer

Mesa 3: Sexualidad y hombre

Mesa 4: Derechos sexuales, jóvenes y mitos sexuales.

Mesa 5: Psicología y sexualidad, espiritualidad , sexismo y apego.

Mesa 6: Intersexualidad, abusos sexual infantil, violencia sexual, formación en sexología y terapia sexual.

Mesa 1 de comunicaciones libres

Educación para la salud sexual y programas

Coordina: Jaqueline Brendler - jaqbrendler@cpvo.net

Las actitudes y compotamientos de la sexualidad en el desarrollo personal de niños, niñas y adolescentes con capacidades diferentes, de la "Fundación Jesús para los niños" de la provincia de Cañar, cantón Cañar, en el periodo quimestral marzo- julio 2015

Acero Casho, S. L.; Castiillo Castillo, A. T.; Maldonado Gavilánez, C. E.; Paredes Robalino, M. V.

Contacto: mvinicioparedesr@hotmail.com

El presente trabajo de investigación está enmarcado en la línea educativa y social partiendo de la premisa de que la Educación Sexual se ha constituido en un eje transversal en la vida de todo ser humano.

En esta ocasión será direccionada al Proyecto de vida que todo niño, niña y adolescentes deberían planificar y crear para el desarrollo de una vida plena y satisfactoria, por ello es importante identificar si los niños, niñas y adolescentes con discapacidades diferentes de la FUNDACIÓN JESÚS PARA LOS NIÑOS de la ciudad de Cañar han desarrollado actitudes, comportamientos y habilidades para la construcción de su desarrollo personal de manera que les permita ejercer una sexualidad sana y responsable.

Se inició, recopilando información bibliográfica sobre las variables de estudio, investigando los aportes de autores contemporáneos, así como el análisis de programas y proyectos que están siendo ejecutados en este campo; utilizándolos para la toma de criterios.

Se aplicó instrumentos de recolección de datos como las encuestas, entrevistas y observación, dirigidos a las y los docentes, padres, madres de familia o representantes;

basados en los indicadores previamente definidos, los que certifican la confiabilidad de la información obtenida.

Los resultados de las investigaciones demostraron que las y los adolescentes evidencian conductas de riesgo e implicaciones en sus actitudes,

comportamientos y prácticas sexuales, lo cual justifica el trabajo investigativo que beneficiará a los adolescentes varones y mujeres y la comunidad en general. Por lo que después de la investigación se pudo concluir que los niños, niñas y adolescentes que presentan capacidades diferentes demuestran su sexualidad de una manera muy diferente, pero cada persona siente y quiere llegar al mismo acto que otro persona sin capacidad diferente. Requieren mucho más trabajar con su autoestima, pues la sociedad misma lo ha discriminado y excluido de este tema que es necesario para su desarrollo persona, pero de diferente manera y con otros estímulos. Se ve la necesidad de que los niños, niñas y adolescentes, se informen sobre educación sexual ya que es muy importante para su desarrollo personal y social.

Que los padres de familia y/o representantes docentes acudan a charlas, talleres, acerca de educación sexual, Las instancias superiores deberían hacer hincapié sobre este tema, pues los niños, niñas y adolescentes de esta fundación tienen los mismos derechos que otra persona sin capacidad diferente.

PALABRAS CLAVE: Sexualidad. Discapacidad. Jóvenes. Cañar.

Todo lo que un especialista en sexología, no debe hacer durante su ejercicio profesional

Baena Andrade, B.

Contacto: brigittebaena@yahoo.com

Todo médico, psicólogo, educador, orientador en sexología, tiene el deber, la responsabilidad de respectar códigos, y reglas éticas y morales ante todo paciente o consultante sexológico.

PALABRAS CLAVE: Responsabilidad del médico sexólogo. La ética médica. Respeto al paciente.

Uso del modelo PRECEDE-PROCEDE para la implementación de acciones de promoción de la salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios ecuatorianos

Saeteros, R.; Sanabria, R.; Pérez J.

Contacto: rsaeteros@espoch.edu.ec

Introducción: Disponer de educación científica en sexualidad es un derecho humano que contribuye alcanzar un nivel elevado de salud sexual y reproductiva (SSR). La educación sexual presente en la vida de jóvenes universitarios es insuficiente y los programas no siempre responden a necesidades, ni están diseñados con rigor.

Objetivos: Generar una estrategia de educación sexual para estudiantes universitarios. Metodología Estudio de desarrollo tecnológico, realizado en la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo (ESPOCH) entre 2011 y 2015, se seleccionó y ajustó el modelo PRECEDE – PROCEDE de la autoría de Lawrence Green y Marshall Kreuter (1980). Las primeras fases permitieron realizar una investigación descriptiva con el uso de técnicas cuantitativas y cualitativas, para identificar las necesidades educativas en dos grupos de estudiantes de segundo semestre: de la Facultad de Salud Pública y del resto de las facultades, con el propósito de valorar la homogeneidad de las necesidades en los grupos y constituya el marco muestral para la implementación de la estrategia educativa a futuro. En las siguientes fases se diseñó la estrategia, con el uso de metodología de pares en la construcción e implementación de la misma, la producción de recursos didácticos, de promoción y utilitarios; la evaluación resultados se realizó mediante un estudio cuasi experimental con un diseño de antes-después con grupo control, se evaluó el proceso y se planifica a largo plazo evaluar el impacto.

Resultados: La necesidad de promoción y educación sexual para favorecer el logro de la SSR de jóvenes emergió como un problema global, la que no está ajena a la realidad ecuatoriana y su transcendencia en el contexto universitario. Continúa siendo objeto de investigación científica la búsqueda de modelos y metodologías que se ajusten a las características y escenarios de los jóvenes. Lo plantado, demandó elegir un modelo atinente a esta complejidad, que incorporen los enfoques necesarios ante la, amplitud y matices que requiere este estudio, que este provisto de aspectos que tomen en cuenta los determinantes con visión amplia, acorde a un modelo ecológico, que mire los detalles y provoque un análisis sistémico, sin aislar a la persona de su contexto, con una mirada que considere la esfera social, que no sea lineal, ni mecánico, sino flexible; con dichas características se encontró al modelo PRECEDE- PROCEDE sobre el cual se fundamenta la propuesta, es conocido como clásico para la planificación, diseño y desarrollo de actividades de promoción y educación para la salud, tiene dos etapas; la determinación de necesidades educacionales (PRECEDE) y el desarrollo del programa (PROCEDE), el modelo original tiene nueve fases, las cinco primeras orientan el desarrollo

de un amplio diagnóstico: el social para identificar el resultado final deseado, la fase 2 el epidemiológico, la fase 3 de comportamiento, estilos de vida y ambiente, la fase 4 corresponde al diagnóstico educativo y la fases 5 al administrativo; consecuentemente se propone el diseño y la implementación de las acciones; la fase 6, no es exhaustiva, pues no detalla cómo hacerlo, esto implicó la necesidad de volver la mirada a otros modelos como: de participación comunitaria del que se tomó énfasis en el empoderamiento; la teoría de difusión de innovaciones, para crear una tecnología previamente valorada como importante; la teoría de cambio organizacional, para contar con el apoyo de involucrados y de la teoría de la comunicación masiva, para el diseño de recursos.

De otras teorías existentes, se enfatizó en la participación activa de los estudiantes en el proceso de enseñanza - aprendizaje en grupo, idea que deviene de la teoría del aprendizaje social y pedagogía problematizadora; y la teoría del trabajo en redes, al utilizar la red social Facebook. Se realizó la evaluación de resultados y proceso en la fase 7 y 8 y la evaluación de impacto se llevará a cabo a largo plazo en la fase 9.

Conclusiones: La articulación metodológica entre modelos, procedimientos y técnicas; permiten ofrecer con calidad la educación sexual de jóvenes universitarios, para mejorar la SSR. Los modelos y teorías utilizadas en promoción y educación para la salud, no son camisas de fuerza, son susceptibles a adecuaciones o utilizar alternativas que pueden combinarse, los profesionales que asumen el reto de implementar estas acciones, están obligados a buscar la mejor forma de resolver un problema particular.

PALABRAS CLAVE: Modelo PRECEDE-PROCEDE. Salud Sexual y Reproductiva. Estudiantes Universitarios

---

Programa de educación de la sexualidad como política educacional en el Ministerio de Educación. (MINED). Experiencias y resultados. Cuba.

Roca Zayas, A.A.

Contacto: aaroca2015@gmail.com

Como parte de las prioridades actuales enmarcadas en los Lineamientos de la política económica y social del país, la 6ta Conferencia del Partido, el Programa Nacional de Educación y Salud Sexual (PRONESS) y la política educacional refrendada en los objetivos de trabajo del MINED, se aplica la R/M 139/2011; que legitima y normaliza la implementación curricular del Programa de educación de la sexualidad en el sistema nacional de educación. En este sentido, se han elaborado documentos teórico-metodológicos dirigidos a la preparación docente-metodológica y científica de los docentes y directivos, así como en la implementación de acciones educativas en el contexto institucional, que perfeccionan y consolidan el proceso de educación integral de la sexualidad en el sistema educacional.

PALABRAS CLAVE: Programa. Educación de la sexualidad. Política educacional. Orientaciones metodológicas. Preparación científica. Acciones educativas.

"Sexología sin complejos"

Necesidad de intervención del profesional de la sexología en el ámbito educativo, de la salud y de la comunicación

Cobo Soto, C.

Contacto: ccobosoto@cop.es

Durante el año 2015 por iniciativa de la Diputación Provincial de Jaén se ha puesto en marcha el programa "Avanzando en salud sexual" en la provincia de Jaén con un doble objetivo. Por un lado conseguir a través de

una educación sexual, abierta, democrática profesionalizada y, basada en el conocimiento científico, mejorar la salud y la calidad de vida de la población en general. Por otra parte buscando dotar a las personas del conocimiento y las habilidades tanto intra como interpersonales necesarios para vivir la sexualidad de manera saludable convirtiéndola en un factor de bienestar.

La información recogida en este trabajo muestra la necesidad de intervención del profesional de la sexología en el ámbito educativo, de la salud y en los medios de comunicación, en definitiva la necesidad de la presencia de la sexología en la sociedad actual.

Por un lado las intervenciones en educación sexual en el ámbito académico, son escasas y ausentes en el recorrido curricular, aunque hace años que, por ley, debería estar incluida en este. Las esporádicas intervenciones están siendo llevadas a cabo por profesionales del ámbito de la salud o de la educación que tienen escasa o nula especialización en el campo de la sexología. De todo esto se deriva que el modelo de educación sexual en el que están basadas estas escasas intervenciones siga siendo el modelo tradicional e higienista que trasmite una visión de la sexualidad limitada y centrada solo en los aspectos biológicos, procreadores y posibilitadores de ITS infecciones de trasmisión sexual.

Es necesario que la sexología insista en la implantación del modelo de educación sexual, profesionalizada, democrática, abierta y basada en el conocimiento científico que, exponga una visión globalizada y positiva de la sexualidad humana. Proponiendo el conocimiento del cuerpo y sus posibilidades como receptor y productor de placer. Posibilitando el cambio de actitudes y valores sobre sexualidad. Promocionando la calidad de vida teniendo la información necesaria para alcanzarla. Con este modelo se conseguirá respetar, proteger y ejercer los derechos sexuales de las personas hecho indiscutible para la consecución y el mantenimiento de la salud sexual. Es importante la presencia y participación de los profesionales de la sexología en la sociedad en general. La difusión en redes sociales, la participación y colaboración en medios de comunicación ayudara a la población en general a la toma de conciencia de las carencias en este ámbito y, la necesidad de adquirir tanto conocimientos como habilidades que consigan la mejora de la salud sexual. Por otra parte, es necesario que los profesionales de otras disciplinas, que están efectuando intervenciones en educación sexual, se formen e informen de la mano de los profesionales de la sexología y tomen conciencia de la limitada y reducida educación que están ejerciendo hasta ahora. La celebración de actos de divulgación y difusión sobre sexualidad humana para población en general. En definitiva es necesario que la sexología ocupe su espacio dentro de la sociedad que, además del ámbito académico y científico, sea capaz de acercarse a la población y, que las personas entiendan lo que la sexología les puede ofrecer, sobre todo, teniendo en cuenta la capacidad de la sexualidad para proporcionar bienestar, salud y felicidad a la persona.

Educación para la sexualidad con un enfoque erótico y afectivo en un contexto universitario

Erazo Santander, R.

Contacto: eres500@hotmail.com

Para el abordaje efectivo, entretenido, claro, incluyente, respetuoso y sin tabúes de una cátedra de Sexualidad Humana es necesario desarrollar una educación diferente, una pedagogía que permita el diálogo directo y constante con los estudiantes, un espacio de confianza que deje fluir fácilmente todo tipo de sentimientos y emociones sin miedo a la crítica; un espacio abierto a la expresión de la vivencia sexual tanto femenina como

masculina sin riesgos, estigma ni discriminación. Un momento para resolver todo tipo de dudas y profundizar en conocimientos relacionados con el placer sexual, la diversidad sexual, la promoción de la salud sexual y reproductiva, la prevención de infecciones de transmisión sexual, los embarazos no planeados, la prevención y el diagnóstico temprano de cáncer relacionado con las conductas sexuales riesgosas, manejo del conflicto amoroso y diálogos de pareja. Un espacio que propicie un diálogo de saberes, que desmienta toda clase de mitos y falsas creencias frente a la vivencia de la sexualidad. Una pedagogía que parta del ejemplo, desarrollada por docentes alegres, afectuosos, receptivos, sin ningún tipo de restricción, ni equivocado moralismo, autocríticos y muy creativos. Como pretender amar sino amamos lo que somos, seres humanos afectivos.

En la estrategia de educación entre pares desarrollada en la cátedra de Formación Humanística "Sexualmente responsables" y en las actividades de educación del Centro de Estudios en Salud CESUN de la Universidad de Nariño-Colombia con grupos de edad comprendidos entre los 16 a 35 años con estudiantes de pregrado que cursan la materia después de elegirla de manera voluntaria entre varias opciones de cátedra se logró que los aportes de los adolescentes, jóvenes y adultos contribuyeran a la construcción de conceptos unificados a la orientación de actitudes y comportamientos en la salud sexual y reproductiva a partir de la identificación de sus propias necesidades y realidades con una metodología lúdica y participativa, motivando las expresiones de arte y oratoria en las que los estudiantes son participes de su propia historia afectiva y receptivos de manera respetuosa y constructiva de las historias afectivas de los demás.

Las experiencias vividas con los estudiantes en este continuo proceso de educación reafirman la necesidad de establecer mecanismos y estrategias de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención más cercanas a la realidad y de esta manera consolidar acciones que respondan a sus verdaderos requerimientos dentro de un nuevo enfoque más realista, mas afectivo, mas de consciencia del placer contribuyendo de esta manera a disminuir los riesgos en la salud sexual y creando espacios permanentes de proyección social .

PALABRAS CLAVE: Educación. Sexualidad. Diálogo de saberes. Placer.

Análisis a través de tres films, de la sexualidad en los jóvenes adolescentes y su estrecha relación con el uso de las redes sociales: aportaciones a los programas de educación sexual

Jimenez Castelblanque, C.; Lafuente rodriguez, M.L.; Bataller Alberola, P.

Contacto: jimenezcastelblanqueconsuelo@gmail.com

Se analizará, a través (de espacios seleccionados) de tres películas, "Her", "Joven y bonita" y "Diario de una adolescente", la dificultad de los adolescentes de diferenciar adecuadamente la realidad de la fantasía en concepto de sexualidad, desglosando los elementos que facilitan dicha dificultad.

En segundo lugar se expondrá la facilitación que las redes sociales otorga a dicha dificultad.

Finalmente se aportarán sugerencias temáticas a tener en cuenta en los programas de educación sexual, hasta la fecha no atendidos.

PALABRAS CLAVE: Fantasía. Realidad. Internet. Sexualidad. Adolescentes.

Percepciones de adolescentes cubano/as sobre Educación Integral de la Sexualidad en el ámbito familiar

Peñate Leiva, A.I.; del Risco Sánchez, O.; SemanatTrutie, R.

Contacto: drisco@nauta.cu

La ponencia que se presenta responde a la investigación en curso que desarrolla el Centro de Estudios Sobre la Juventud (CESJ) titulada: "Adolescentes y jóvenes cubanos en los ámbitos de familia y pareja". En ella se revelan los resultados de los cuestionarios y grupos focales aplicados a adolescentes entre 12 y 14 años, permitiendo avizorar algunos comportamientos que, desde la perspectiva de esta población, caracterizan las interacciones con sus familiares adultos asociados a la educación para la asunción de una sexualidad responsable.

Los principales resultados permiten afirmar la presencia de comportamientos diferenciados en los y las adolescentes, vinculados a la existencia de estereotipos de género en las interacciones de muchachas y muchachos en el ámbito de la familia. Las temáticas que se dialogan en el espacio de la familia asociadas a la sexualidad, la edad de inicio de las relaciones sexo eróticas coitales, las concepciones respecto a los métodos anticonceptivos y su uso; así como las percepciones en torno a las interrupciones voluntarias de embarazo, son algunos de los temas donde se focalizan diferencias entre muchachas y muchachos.

Los resultados obtenidos denotan que las vivencias en el contexto de la familia poseen una alta significación para esta población con vistas a lograr una Educación Integral de la Sexualidad. De ahí la necesidad de identificar y contribuir a modificar aquellos modos de interacción que puedan, potencialmente, afectar el desarrollo integral del grupo objeto de estudio.

PALABRAS CLAVE: Adolescentes. Educación. Sexualidad. Familiares adultos.

Mesa 2 de comunicaciones libres

Sexualidad y mujer

Coordina: Aminta Parra Colmenarez - Correo: amintaparra@gmail.com

A sexualidade feminina no pós-parto remoto: O relato de experiências de mulheres adultas atendidas no serviço de ginecologia do Hospital Universitário Antônio Pedro, Brazil

Souza, T.M.; Mota, C.P.

Contacto: tina.portela@ig.com.br

A sexualidade, como expressão humana é uma experiência pessoal, fruto de uma construção única a cada ser e fundamenta uma representação cultural, que transparece no comportamento de cada pessoa como um todo. Essa sexualidade possui uma relação muito próxima ao sentimento, se expressa através das emoções, da sensibilidade, do jeito de ser de cada um e da representação verbal e não-verbal dos corpos e o puerpério é um período de grandes transformações no âmbito fisiológico, psicológico e sociocultural na vida da mulher. Sendo assim, a sexualidade feminina é tema amplo, que deve ser explorado frente à singularidade de suas vivências, em diversos momentos.

Objetivos: compreender a sexualidade feminina no pós-parto remoto, a partir do relato de experiência da mulher adulta e discutir a atuação do enfermeiro no pós-parto remoto.

Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e de natureza qualitativa em que se optou pela perspectiva hermenêutico-dialética. A hermenêutica é a busca de compreensão de sentido que se dá na comunicação entre seres humanos, tendo na linguagem seu núcleo principal. A dialética é a ciência e a arte do diálogo, da pergunta e da controvérsia. Os sujeitos da pesquisa foram vinte mulheres adultas, na faixa etária de 25 a 59 anos e que já tiveram filhos de parto normal e/ou cesárea, em que expressaram um desejo de participar da pesquisa e o cenário utilizado foi o ambulatório de ginecologia do Hospital Universitário Antônio Pedro. Para a coleta de dados, foi utilizado um formulário de entrevista individual semiestruturado, constituído de duas partes; a primeira contendo dados de caracterização sócio demográfica e história sexual e reprodutiva das mulheres adultas, e a segunda, dados relacionados com a sexualidade feminina no pós-parto remoto.

Resultados: A sexualidade feminina tem múltiplos significados e está integrada a todo novo processo que a mulher vivencia, seja em relação consigo mesma, com seu próprio corpo e feminilidade ou com o contato e comunicação com o parceiro. Ela é construída ao longo da vida do sujeito de diferentes formas e como parte constituinte do sujeito ela passará por transformações à medida que o indivíduo vivencia novas experiências. Urge o redirecionamento das práticas em saúde da mulher de modo que sejam dadas respostas ágeis e mais resolutivas segundo os princípios da política de atenção integral à saúde da mulher. A escuta, a responsabilização e a criação de vínculos com a inserção da abordagem da sexualidade oferecem à mulher possibilidades de serem sujeitos e devem fazer parte de um projeto de reorganização das práticas direcionadas pela integralidade do cuidado. Sendo assim, o desenvolvimento deste estudo aponta a necessidade de ampliá-las nesse campo, vislumbrando projetos para intervenções concretas no campo das práticas em saúde na abordagem dos direitos sexuais e reprodutivos. No âmbito da enfermagem, o enfermeiro deve atentar para a expressão da sexualidade nas diferentes etapas do ciclo vital; a diversidade das práticas sexuais; o comportamento sexual de risco, a

vulnerabilidade social e a redução de danos; as disfunções sexuais; a sexualidade em determinadas situações fisiológicas, como gravidez e puerpério.

PALABRAS CLAVE: Mulher. Sexualidade. Enfermagem.

Evolución del Ejercicio de la función sexual en mujeres con hijos y pareja estable a través de los años

Baena Andrade, B.

Contacto: brigittebaena@yahoo.com

El ejercicio de la funcion sexual puede varias en mujeres con años de casadas, con hijos grandes, su deseo sexual puede verse disminuido con el tiempo, el orgasmo puede que sea ocasional, la rutina en pareja puede ser una de sus grandes problemas.

PALABRAS CLAVE: Ejercicio de la función sexual. Madres con pareja estable.

Reacción de hombres heterosexuales de 25 años o más ante el empoderamiento sexual de la mujer

Fernandez Villanueva, A.; Padín Zamot, G.

Contacto: profgpadin@gmail.com

En la actualidad se han observados mujeres que han desarrollado un empoderamiento sexual en la intimidad y otras están en proceso. En estos casos los varones pudieran visualizar esto como un tipo de revancha como consecuencia del machismo. Es difícil entender para los varones que el empoderamiento que ha tenido las mujeres es el resultado de una internalización de los derechos sexuales que le permiten disfrutar a capacidad su sexualidad, y de la educación sexual recibida. No se han encontrado evidencias en cuanto a cómo los hombres heterosexuales reaccionan al encontrarse con mujeres que se han empoderado de su sexualidad y la manifiestan abiertamente en la intimidad. El empoderamiento sexual de la mujer ha invadido y sacudido el machismo y ha roto con los estereotipos sociales y culturales establecidos para la sexualidad de los hombres y las mujeres.

La sociedad ha construido una creencia de superioridad por parte de un género. Flavia A. Limone (2003) explica que la ideología patriarcal o machista contiene ciertas creencias: los hombres son racionales mientras que las mujeres son emocionales, los hombres están más capacitados para la vida pública y las mujeres más dotadas para la vida afectiva y privada, los hombres son más activos y las mujeres más pasivas, los hombres son más agresivos y las mujeres más pacíficas, los hombres tienen grandes necesidades sexuales mientras que las mujeres tienen poco o nulo apetito sexual (las mujeres aman, no desean), los hombres son físicamente fuertes mientras las mujeres son débiles, los hombres son ambiciosos; las mujeres conformistas, los hombres son egoístas mientras que las mujeres son abnegadas y sacrificadas, los hombres son psicológicamente fuertes y las mujeres vulnerables, los hombres son dominantes y las mujeres son sumisas, los hombres son independientes; las mujeres dependientes. Si partimos de éstas premisas podríamos decir que el hombre está capacitado para todo lo razonable en el mundo mientras que la mujer no. Estos pensamientos solo buscan mantener estable lo que para la sociedad es incuestionable; para mantener el orden jerárquico que se ha creado socialmente. La sociedad también ha creado valores que evalúan lo deseable y lo indeseable por la sociedad; parámetros que no están escritos,

pero restringen el libre comportamiento del ser humano sin ser oprimido por las masas que siguen fielmente lo establecido.

Los objetivos de este estudio fueron (1) identificar la diversidad de reacciones de los hombres como resultado de un encuentro intimo sexual con mujer(es) empoderada(s) sexualmente, (2) identificar áreas del hombre que se ven afectadas dentro del aspecto psicológico, físico y sexual, entre otras, como resultados de esos encuentros, (3) poder aportar a otras investigaciones a modo de referencia dado a la limitada información sobre las reacciones de los varones ante el empoderamiento sexual de las mujeres.

La pregunta es ¿Cómo reacciona un hombre heterosexual ante una mujer empoderada de su sexualidad? Para contestar esta pregunta, se realizó el análisis estadístico por cada una de las etapas del acto sexual utilizando el modelo del Ciclo de la Respuesta Sexual de Master y Johnson (1966). Los resultados obtenidos fueron los siguientes: en la primera fase, Deseo y excitación, el hombre experimente una excitación alta con un promedio de 4.29, en una escala de uno (1) a cinco (5), donde 1 es "nada de excitación" hasta 5 "Totalmente excitado." En cuanto a la segunda fase de la Meseta, los hombre expresaron que estaban de acuerdo a que la mujer tomara el control del acto sexual, expresando un promedio de 3.16 mucho más bajo que en la primera fase, de la misma manera ocurrió en la tercera fase Resolución con un promedio de 3.63 un poco más elevado que la segunda fase. Entendemos, que los aspectos que pueden incidir en la parte psicológica del hombre, son los relacionados con la disminución de la satisfacción en la fase de la Meseta. Lo cual se puede atribuir a la ansiedad e inseguridad provocada por la manifestación sexual de una mujer empoderada de su sexualidad.

En cuanto a los resultados en las combinaciones de las variables de edad y estatus civil y el comportamiento de los hombres en cada una de las fases, encontramos los siguientes resultados. Todos los rangos de edades presentaron consistentemente una reducción en la fase de Meseta. Sin embargo, es de notar que la edad de 51 año o más en todos los niveles aparece superior que en los otros rangos de edad. En cuanto al Estatus Civil el hombre casado es el que evidencia una satisfacción más baja en todas las fases.

Una de las hipótesis investigadas, fue examinar la existencia o no de correlación entre la variable edad y niveles de satisfacción mostrados en cada una de las fases por los hombres participantes. En el análisis correlacional ésta presentó una relación negativa y estadísticamente significativa $r= (27) = -.476$, $p=.001$. Es muy importante la dirección que presenta estos resultados, observamos que el resultado es negativo. Las implicaciones que tiene esta dirección es que a mayor edad el nivel de satisfacción disminuye en la fase de excitación y deseo. En otras palabras, que mientras aumenta la edad los niveles de satisfacción disminuyen estadísticamente. En las otras fases aunque existe alguna relación estas no son estadísticamente significativas.

En la investigación se planteó las diferencias que existen entre los promedios obtenidos en los niveles de satisfacción en las fases de Deseo y excitación y la Resolución. De esta inquietud obtuvimos la hipótesis de que los resultados obtenidos de satisfacción entre estas etapas no existían diferencias significativas. Esta hipótesis tiene el propósito de corroborar la fuerza o la consistencia entre ambas fases. En otras palabras, que el hombre experimenta una excitación alta de 4.29 y termina en la última fase con poca excitación. En la fase de resolución ya existe la saciación lo cual hace que baje la excitación considerablemente.

En conclusión, los resultados obtenidos en esta investigación, a nuestro juicio, plantean dos grandes retos que deben ser considerados. En primer lugar, el factor del cambio, dado a la apertura de educación sexual, derechos humanos y sexuales, a los movimientos feministas y al conocimiento de la mujer de su sexualidad, empoderándose de la misma y asumiendo un rol más activo en busca de su

satisfacción. En segundo lugar, la reacción del hombre antes este empoderamiento sexual de la mujer en donde ella está dispuesta a exigir, presenta una seguridad de lo que quiere y busca el disfrute y satisfacción de su sexualidad.

PALABRAS CLAVE: Empoderamiento sexual de la mujer. Derechos sexuales. Educación sexual. Estereotipos sociales y culturales. Fases del acto sexual.

Manejo farmacológico de la disfunción sexual femenina, en la postmenopausia, con tibolona y testosterona

Espitia De La Hoz, F.J.; Marega, O.B.; Orozco Gallego, H.

Contacto: espitiafranklin@hotmail.com

Introducción: La posmenopausia es el período comprendido desde del último período menstrual hasta la muerte de la mujer. En las mujeres posmenopáusicas es alta la prevalencia de síntomas urogenitales, la disminución del engrosamiento de los labios y la erección del clítoris, lo que resulta en un orgasmo más corto; que aunado al pobre control de la micción e infecciones recurrentes de las vías urinarias, suele afectar el ámbito de la esfera sexual.

Objetivo: conocer los cambios asociados al manejo farmacológico de la disfunción sexual femenina, en la postmenopausia, con tibolona y testosterona.

Material y método: Se realizó un ensayo clínico prospectivo en el tiempo (30 meses), con 80 mujeres mayores con diagnóstico de postmenopausia. El estudio se realizó utilizando el cuestionario Índice de Función Sexual Femenina (IFSF); se evaluaron los resultados clínicos y analíticos y la evolución de la esfera sexual en estas pacientes, posteriores al inicio de la terapia hormonal con tibolona o testosterona.

Resultados: La mejoría en la función sexual femenina fue significativamente más elevada en el grupo con tibolona (27 ± 7,8) que en el grupo con testosterona (25 ± 8,3) ($p < 0.002$).

Conclusiones: La tibolona tiene efectos positivos en la función sexual de la mujer postmenopáusica con libido disminuida. La testosterona como tratamiento único, de la libido baja femenina en la mujer postmenopaúsica, por si sola, no tiene ningún beneficio clínicamente significativo.

PALABRAS CLAVE: Climaterio. Disfunciones sexuales femeninas. Sexualidad. Tratamiento farmacológico.

Masturbación y eyaculación en una muestra de mujeres mexicanas y colombianas

Gonzalez Jimenez, C.

Contacto: carogonza02@hotmail.com

La sexualidad femenina ha sido investigada desde distintos enfoques, pero son pocos los estudios que se han centrado en el placer, la masturbación o autoerotismo y la eyaculación femenina, especialmente desde el punto de vista de las mujeres que lo viven.

El objetivo de este estudio mixto (CUAN-cual) fue explorar aspectos sobre la masturbación y la eyaculación en mujeres, en una muestra de mujeres colombianas y mexicanas. El total de mujeres que participaron en este estudio fue de 414 (44.9% colombianas y 55.1% mexicanas). El muestreo fue no aleatorio por conveniencia y la encuesta (de 21 preguntas en total, 5 abiertas) fue distribuido mediante la plataforma surveymonkey.com, la cual permite mayor difusión y anonimato de las participantes.

El 70.3% de las mujeres se ha masturbado alguna vez. En cuanto a la frecuencia de masturbación, el 22.7% refirió nunca hacerlo, el 32% lo hace de 1 a 3 veces al mes y el 19.6% lo

hace de 1 a 2 veces a la semana. El 35.8% habla sobre el tema con sus amistades y el 61.7% lo habla con su pareja. Del total de mujeres, el 40.6% ha tenido eyaculación (squirt) al masturbarse. Entre las mujeres que no se masturban, destacan las respuestas que hablan de no considerarlo necesario o placentero, sobretodo aquellas mujeres que expresan que no se masturban porque tienen pareja, aspecto que parece "anular" el autoerotismo.

Se discute la necesidad de continuar investigando el tema de masturbación y eyaculación femenina en mujeres latinoamericanas.

PALABRAS CLAVE: Sexualidad femenina. Masturbación. Eyaculación femenina. Placer.

Prácticas sexuales en mujeres mastectomizadas consulta externa del Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter

Guerrero Mateo, S.; Cruz García, H.; José, L.

Contacto: sunnyguerrero@gmail.com

Introducción: El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en el mundo. La OMS reporta para el 2004 1,200 casos nuevos de cáncer en el mundo, es una de la primera causa de mortalidad por cáncer en mujeres, debido a que la mayor parte de los casos se diagnostican en fases avanzadas, El cáncer de mama y sus tratamientos pueden afectar de manera adversa la sexualidad de una mujer. La enfermedad y sus terapias pueden afectar el funcionamiento hormonal vascular y neurológico necesario para que haya un interés y una respuesta sexual dentro de la normalidad (Waldman y Eliasof, 1997). En nuestra cultura los senos de una mujer se consideran a menudo como un símbolo de feminidad y, por lo tanto, una parte vital de su imagen corporal, Wang F, Chen F, : 2013. señala que el 50% de las mujeres con mastectomías sufren algún tipo de disfunción sexual. en este estudio se pretende investigar cuáles son las practicas sexuales de mujeres mastectomizadas que acuden a este hospital.

Objetivo General: Identificar prácticas sexuales en mujeres mastectomizadas que acuden al instituto Doctor Heriberto Pieter.

Objetivos específicos:

Identificar las prácticas sexuales según edad, procedencia, nivel de ingreso, estado civil, ocupación

Diseño Metodológico: Estudio descriptivo transversal, las variables estudiadas fueron edad, ocupación, procedencia, estado civil, nivel de ingreso, prácticas sexuales, a las cuales se datos se registraron en una base de datos en Excel, fueron analizados para ser presentado en tablas y gráficos. Definición de caso: Toda mujer que se haya realizado una mastectomía unilateral o bilateral por cáncer.

Criterios de Inclusión: Matectomizadas y que estuvieran de acuerdo en participar en la investigación.

Criterios de exclusión: Ausencia de cirugía de mamas y que no quisieran participar de la actividad

Resultados: para la investigación se encuestaron 50 mujeres mastectomizadas que acudieron a la consulta externa del hospital, encontramos que la edad más frecuente fue entre 51 y 70 años con un 42% de los casos, el 60% de las mujeres estaba casada con papeles, la procedencia de la mayoría era urbana con un 70%,; en relación al nivel socioeconómico el 60% pertenecía da niveles socioeconómico bajo, 76 %de las mujeres trabajaban como ama de casa, en lo relativo a las prácticas sexuales solo eran sexualmente 30 de las 50 mujeres entrevistada, correspondiendo a un 60%, en la frecuencia después de la cirugía, 30% una vez a la semana, 20% dos veces por semana antes de la cirugía 38% era activa sexualmente, 62% no tenía vida sexual activa.

En referencia al deseo sexual 72% tenía deseo sexual, resaltando que de las sexualmente el 90% tenía lubricación vaginal aunque el 78% tenía dificultad para desnudarse delante de su

pareja el 84% sostenía relaciones sexuales con la luz apagada, en cuanto a quien inicia las relaciones sexuales el 60% de los hombres es que inicia las relaciones sexuales.

Conclusiones:

1. La edad más frecuente el rango 51-70
2. El 60% de las mujeres eran casadas con papeles
3. El 76% de las mujeres eran de nivel socioeconómico bajo
4. Solo 30 de las mujeres mastectomizadas eran sexualmente activa
5. El 78% de las mujeres tenia dificultad en desanudarse
6. El 84% sostenía relaciones con la luz apagada
7. El 60% refiere que su médico no trato el tema de sexualidad de manera profunda

Recomendaciones:

1. Que se integre la evaluación por un sexólogo previo a la cirugía
2. Que sea un tema de agenda la educación sexual integral
3. Integrar a la pareja o compañero de vida al proceso de psicoterapia
4. Fomentar los grupo de autoayuda con los temas de sexualidad

---

Sexualidad en mujeres con Cáncer de mama integrantes del grupo "Mujeres Salvando Mujeres" en Gómez Palacio, Durango México

Arzola Castañeda, E.A.; Aguilera Aguirre, P.

Contacto: dr.edel.arcast@gmail.com

Las mujeres que padecen cáncer de mama, se enfrentan ante un gran reto al momento de recibir el diagnóstico de dicha enfermedad, los miedos a que se enfrentan estas mujeres van desde la incertidumbre en relación a la mortalidad de la enfermedad y el tratamiento, los efectos secundarios del tratamiento, el cambio en la imagen femenina y por ultimo y no menos importante los efectos sobre la sexualidad. Durante mi práctica profesional me he percatado que lo referente a la sexualidad tanto las prácticas como los conceptos, mitos y costumbres son una inquietud constante e la mujeres con Cáncer de mama.

Tales interrogantes van desde lo referente a cómo va a cambiar su sexualidad con los tratamientos sobre todo cuando existe la posibilidad de mastectomía pero también en relación a los medicamentos y quimioterapias.

La alopecia que se presenta con algunos agentes quimio terapéuticos y las mastectomía provocan en la mujer con Cáncer de mama cambios en la imagen corporal que tienen efectos importantes en la autoestima y el autoconcepto y por ende efecto sobre la sexualidad y prácticas sexuales.

Ha de tenerse en cuenta que en la sociedad occidental las mamas son un símbolo erótico de importante magnitud (belleza, feminidad, sexualidad y maternidad). Que las mamas desaparezcan supone romper con un gran número de esquemas difíciles de asumir. Así, muchas mujeres se sienten mutiladas o castradas y, en este contexto, un 50% va a presentar alguna disfunción sexual, como deseo sexual hipoactivo y dispareunia que con el desasosiego consecuente conduce a la separación a un 20% de las afectadas, el 52.1% de las mujeres conserva su interés por la vida sexual, pero en el 47.9% aparece algún grado de afectación psicológica, siendo la más frecuente la depresión, la ansiedad y el desinterés por la sexualidad (1).

Por otro lado a decir del Dr Francisco Cabello S, en la mayoría de las ocasiones, la práctica sexual durante la enfermedad crónica no solo resulta una clara señal de mejoría clínica, sino que a veces puede facilitar la mejoría del proceso, sic. Por lo tanto el hecho de que exista deseo sexual refleja una buena evolución de la enfermedad y al contrario la ausencia o

disminución del deseo sexual nos habla de una evolución tórpida (1).

Al evaluar el impacto del Cáncer de mama y sus tratamientos en la sexualidad de la mujer que padece dicha enfermedad nos permitirá conocer sus efectos y posteriormente diseñar estrategias para que a través de una sexualidad plena estas mujeres puedan mejorar su calidad de vida no sólo durante el tratamiento sino el resto de la misma.

Como hallazgo importante en éste estudio observo la relación que hay entre la percepción positiva y/o negativa de la identidad femenina y su repercusión en todos los ámbitos del desarrollo de la sexualidad humana, no solo a nivel del deseo, sino también en la relación de con la pareja como factor beneficioso o perjudicial para la relación de pareja.

También es de destacar la importancia del deseo sexual sobre la capacidad de alcanzar el orgasmo, la frecuencia de las relaciones sexuales pues al ser éste el primer componente cronológico en la respuesta sexual humana es determinante en la respuesta sexual y por ende en la conducta sexual de la mujer con cáncer de mama.

Contrario a lo comentado en la introducción sobre los efectos del cáncer en la sexualidad y vida de pareja en general de las mujeres con cáncer de mama, las mujeres que acuden al grupo de autoayuda "Mujeres Salvando Mujeres" reportan una menor proporción de disminución del deseo sexual, así también el efecto negativo tanto de la enfermedad como de sus tratamientos en relación a la identidad e imagen femenina es menor.

Podemos concluir que el hecho de una mujer acuda a estos grupos de autoayuda y tenga un soporte emocional y psicológico, donde haya asesoría de la sexualidad ayuda a mejorar la calidad de vida durante y posterior al tratamiento oncológico.

Por último con esta evidencia se destaca la importancia del beneficio de los grupos de autoayuda y del soporte emocional en la mujer con cáncer de mama, además de que una terapia de la sexualidad en ellas les ayudara a tener vivir una sexualidad ms plena, con el benefició que ello trae en las otras áreas de desarrollo de la persona, incluyendo un beneficio en el apego y éxito de su terapia oncológica.

PALABRAS CLAVE: Sexualidad. Cáncer. Mama. Grupos autoayuda.

Sexualidad, autoestima y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama

Cobo-Cuenca, A. I.; Carrillo, P; López de la Llave, A. Sampietro Crespo, A.

Contacto: Ana.Isabel.Cobo@uclm.es

Cuando una mujer padece un cáncer de mama, tiene que hacer frente a muchos cambios en su vida: modificaciones en su propio cuerpo, tratamientos (quirúrgicos, quimioterapia…), hospitalizaciones, familiares…Los efectos, derivados de los distintos tratamientos, pueden perdurar en el tiempo. Todos estos cambios, además de alterar la imagen corporal, también pueden deteriorar la relación de pareja y las relaciones sexuales

OBJETIVO. Conocer la calidad de vida, la autoestima y la función sexual de mujeres que tienen o han padecido cáncer de mama.

METODO. Se trata de un estudio observacional, transversal y correlacional realizado con 68 mujeres con Cáncer de mama. Muestreo no aleatorio, por conveniencia.

Las variables de estudio son: Edad, estado civil, tipo de intervención quirúrgica, tipo de tratamiento (quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia…), calidad de vida, nivel de autoestima, funcionamiento sexual antes del cáncer y después del cáncer. Mediante encuesta vía google form y previo consentimiento informado, se procedió a la recogida de datos utilizándose las siguientes escalas

autoinformadas: 1. Función sexual de la mujer (FSM), Escala de satisfacción con la vida de Fulg-Meyer (LISAT-8), escala de autoestima de Rosenberg.

RESULTADOS

De 68 mujeres de entre 31 a 66 años, el 67,6% (46) estaban casadas, 10.3% (7) separadas sin pareja estable, 5,9% (4) separadas con pareja estable, , 10.3% (7) solteras con pareja estable. Tratamiento quirúrgico recibido, 28 (41.2%) mastectomía, 14 (20.6%) mastectomía bilateral, tumorectomía 34 (50%). Quimioterapia 50(73.5%), radioterapia 52(76.5%) y tratamiento hormonal 50 (73.5%). El 58.8% (40) refieren no haber tenido nunca dificultad sexual antes del cáncer y el 38.2% (26) refieren que si han tenido alguna vez falta de deseo pero sin importancia. Tras el cáncer de mama el 13.4% (9) refieren no tener ninguna dificultad, el 34.3% alguna vez, el 10.4% (7) muchas veces, el 25.4% (17) casi siempre y el 16.4% (11) refieren que siempre. El 64.7 % (44) refieren tener menos lubricación, el 61.8 % (42) tienen menos deseo, el 30.9% (21) tienen miedo a que su pareja no les encuentre atractiva, el 30.9% (21) les da miedo a que le toquen el pecho, el 23.5% (16) refieren no conseguir excitarse y el 20.6% (14) no logran obtener orgasmo. Refieren tener una calidad de vida general, calidad de vida social y familiar bastante buena. La faceta que peor puntúan en es la vida sexual. El 19.1 % (13) puntuaron bajo en autoestima.

CONCLUSIONES. La sexualidad cambia en mujeres que han padecido cáncer de mama. Los principales problemas que suelen tener es falta de deseo, dificultad en la lubricación, miedo a que la pareja no les encuentre atractiva, dificultad en lograr excitación y en lograr el orgasmo. Aunque refieren tener una buena calidad de vida en la mayoría de las facetas, en la que puntúan bajo es en la satisfacción con su vida sexual. La autoestima de la mayoría de las mujeres de la muestra es buena, aunque hay un 20% que deben mejorar. Sería recomendable instaurar talleres sobre sexualidad y potenciación de autoestima en mujeres que han padecido el cáncer, incluyendo también a sus parejas.

PALABRAS CLAVES: Cáncer de mama, disfunción sexual, autoestima, calidad de vida.

Mesa 3 de comunicaciones libres

Sexualidad y hombre

Coordina: Antonio Casaubón Alcaraz - ajcasaubon@gmail.com

Comparación de dos técnicas quirúrgicas en el tratamiento de la enfermedad de la Peyronie avanzada. informe preliminar

Venegas Vera, J.A.

Contacto: juanandresv405@gmail.com

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de La Peyronie es una enfermedad significativa en la patología andrológica, con una prevalencia entre 7-8,9 % de población masculina entre 19-83 años. Esta condición puede representar una situación devastadora para el individuo y su vida sexual.

Múltiples terapias médicas, medicamentosas y quirúrgicas han sido diseñadas, lo que refleja la complejidad del proceso patológico mismo o la variabilidad de los resultados terapéuticos.

Se presenta un informe preliminar de dos técnicas quirúrgicas, comparando los resultados de dos tipos de parche autólogos para manejo de curvas mayores, y consideraciones respecto a los resultados de estas cirugías.

MATERIAL Y MÉTODOS: 13 pacientes, de entre 47-72 años, portadores de una enfermedad de la Peyronie compleja constituyen la muestra del presente trabajo. Todos se reconocían como potentes al momento de la consulta, a pesar del defecto peneano, pero imposibilitados para un coito normal por el defecto peneano. Se les realiza cirugía con incisión de placa dorsal e implante de parche autologo:8 con parche de vena safena (Grupo 1), y 5 con injerto libre de prepucio (Grupo 2).

RESULTADOS: Para los pacientes del grupo 1, 50% presenta quejas de erección no rígida al control tardío (seis meses), a pesar del uso asociado de fármacos vasoactivos. Para los pacientes del grupo 2, la evaluación mediata (90 dias) demuestra satisfacción con la erección (rectificación y rigidez útil) que persiste en todos al control a los 180 dias (tabla 3). Dos pacientes presentan una complicación menor: una deformación dorsal "aneurismática" en uno que no altera su satisfacción funcional; y el segundo, una celulitis local de pene que resuelve bien con tratamiento antibiótico.

DISCUSIÓN. El análisis detallado de los resultados al seguimiento tardío, permite apreciar que la edad y el tipo de parche son factores significativos en el resultado funcional final de la cirugía. No se han presentado complicaciones significativas con el uso del parche de prepucio al seguimiento a largo plazo (12 meses).

PALABRAS CLAVE: Peyronie. Disfunción sexual. Cirugía. Parche autólogo.

Fertilidad masculina en Chile. Evaluación del potencial fértil e en una población de alto riesgo de disfunción germinal

Venegas Vera, J.A.; Preda, O.; Nogales, F.; Venegas, D.

Contacto: juanandresv405gmail.com

INTRODUCCIÓN. Ha sido reportada una declinación de la salud reproductiva en el mundo occidental durante los últimos 50 años. En Chile existen reportes de tasas de infertilidad conyugal y potencial fértil masculino comparables a los de países

industrializaod sde hace 50 años atrás. En un intento de aclarar estos términos de la salud reproductiva en Chile, hemos investigado el potencial de fertilidad en hombres conconocido riesgo de disfunción germinal.

MATERIAL Y MÉTODOS. En un estudio prospectivo, dos series de pacientes (102 en la primera y 63 en la segunda) con cáncer testicular unilateral, fueron evaluados con biopsia testicular contraletarl obtenida al momento de la cirugía primaria. Las muestras fueron analizadas en el departamento de patología de nuestra institución y en el de la Universidad de Granada, España.

RESULTADOS. En nuestros primeros 102 pacientes, sólo 4% de pacientes tenían hallazgos histológicos consistente con infertilidad permanente, 14% infertilidad reversible y 82% de las muestras mostraban espermatogenesisi normal. En la segunda serie, 13% mostraban figuras histopatológicas compatibles con infertilidad irreversible, 28% infertilidad recuperable y 59% espermatogénesis normal. Comparamos nuestros resultados con aquellos reportados por Berthelsen sobre población danesa en una situación clínica similar. Entre las dos series chilenas, se hacen aparentes significativos cambios en el aumento del daño tubular moderado y severo ($p=<0,03$ y $p=0,027$ respectivamente) como también en la caída de la espermatogénesis normal ($p=0,012$) , pero aun superiores al los reportados en el estudio europeo.

CONCLUSIONES: Los hallazgos de este estudio refuerzan los reportes de un buen potencial de fertilidad en la población chilena. De otra manera, no podemos cegarnos ante la evidencia existente y significativa entre los dos grupos para una disfunción del epitelio germinal progresiva, razón para alertarnos sobre los efectos de la contaminación ambiental, la industrialización progresiva y este "ambiente de marea estogénica" presente en el mundo occidental actual.

PALABRAS CLAVE: Infertilidad masculina. Cáncer testicular. Biopsia.

Cirugía de implante de prótesis de pene en hombres en la novena década de la vida

Venegas Vera, J.A.

Contacto: juanandresv405@gmail.com

La población anciana mundial está aumentando aceleradamente, por lo que se prevee un aumento significativo de consultas por disfunción eréctil (D.E) dentro de este grupo etario. La D.E. del anciano es principalmente organogénica por lo que el implante protésico es una alternativa válida frente a la falta de respuesta a fármacos orales.

Se presenta la experiencia sobre ocho pacientes hombres mayores de 80 años en quienes se realizó el implante protésico.

Algunas consideraciones sicosociales y biológicas especiales deben tenerse presentes cuando se enfrenta este grupo de pacientes.

PALABRAS CLAVE: Disfunción erectil. Anciano. Cirugía. Implante prótesis.

Vasovasostomia: experiencia personal con una tecnica microquirurgica simplificada.

Venegas Vera, J.A.; Venegas Torres, D.

Contacto: juanandresv405@gmail.com

La vasectomía es el método de anticoncepción masculina más efectivo y estable, sin efectos

adversos en la sexualidad ni función gonadal. En países industrializados es de muy alta demanda, lo que conlleva también una relativamente elevada necesidad de reversión quirúrgica asociada a la inestabilidad de pareja que existe en la sociedad actual. En nuestro país, hasta muy reciente, la frecuencia de realización de la vasectomía era bastante baja en comparación a Europa y Estados Unidos, por lo cual la vasovasostomía también es de baja demanda.

Las técnicas de vasovasostomía descritas son complejas y obligan a un entrenamiento microquirúrgico siginificativo. Se describe aquí una técnica microquirúrgica simplificada y que conserva los resultados de permeabilización óptimos esperados. 18 enfermos son vasovasostomizados, de acuerdo a la técnica microquirúrgica sugerida, con recuperación espermática en semen en todos ellos. Esto nos alienta para insistir a nivel de programas de salud pública en fomentar la vasectomía como una forma fácil, sencilla, barata y reversible de contracepción masculina. Finalmente, se hace un análisis sobre la actitud de algunas parejas tras la cirugía.

PALABRAS CLAVE: Infertilidad masculina. Vasovasostomia. Azoospermia.

A escuta do sexólogo clínico deve estar disponível em qualquer ambiente que surja a demanda.

Meireles Alexandre, C.L.

Contacto: caumeireles@uol.com.br

Era apenas mais um momento de atendimento psicológico a um paciente internado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). De repente, o paciente fala que faria tudo que mandassem, menos ir aos Alcoólicos Anônimos (AA), pois não iria falar de seus problemas sexuais naquele lugar". Foi no leito da UTI que ele teve a oportunidade de falar sobre sua questão sexual, fato que o mobilizou e motivou a fazer a terapia, após a sua alta hospitalar. A experiência alertou essa recém-sexóloga para estar atenta ao seu papel como sexóloga clínica; o qual deverá ser exercido sempre que o paciente verbalizar seu pedido de ajuda, independente do tempo disponível, do espaço físico ser ou não favorável à privacidade desse sujeito; se "na UCI" ele verbalizou sua dor, será na "UCI" que ela será acolhida. O paciente teve alta da terapia sexual e encontra-se em terapia de redução de danos.

LA ESCUCHA DE LA SEXÓLOGA CLÍNICA DEBE ESTAR DISPONIBLE EN CUALQUIER ENTORNO QUE ES EVIDENCIA DE LA DEMANDA.

Fue un momento de atención psicológica a un paciente hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). De pronto, el paciente dice que haría todo lo que pudiera dar menos ir a Alcohólicos Anónimos (AA), no sería hablar de sus problemas sexuales allí. " Estaba en la cama de la UCI tuvo la oportunidad de hablar sobre su problema sexual, el hecho de que el movilizado y motivado para hacer la terapia después del alta hospitalaria. Experiencia advirtió este recién sexóloga estar atento a su papel como un sexólogo clínico; que debe ejercerse siempre que el paciente verbalice su solicitud de ayuda, sin tener en cuenta el tiempo disponible, el espacio físico o puede no ser favorable a la privacidad de este tema; si "la UCI" se expresa con palabras su dolor, estará en la "UCI" va a ser estimada. El paciente fue dado de alta de la terapia sexual y está en terapia de reducción de daños.

PALABRAS CLAVE: Sexologia no hospital. Sexologia na UCI.

Dificuldades na terapia sexual dos homoafetivos masculinos

Sarno, C.K.

Contacto: carlasarno@hotmail.com

Pouco se sabe sobre disfunção sexual (DS) em homens que fazem sexo com outros homens (MSM - Men who have sex with men). A maioria das publicações focam primariamente no comportamento sexual e a disfunção no risco de transmissão do HIV.

As disfunções sexuais em MSM têm sido associadas à fatores psicológicos, problemas mentais, uso de drogas e HIV.

Em uma revisão das publicações do período de 1980 a 1999, Boehmer, constatou que há um reduzido interesse na realização de trabalhos voltados para o público LGBT. Esta conclusão decorreu do fato de que, em uma amostra de 3.777 artigos, terem sido encontrados apenas 15 trabalhos que se referiam à disfunção sexual deste grupo.

Recentemente em 2013, Vansintejan, após realizar um estudo sobre Disfunção erétil (DE) em 1.752 homoafetivos belgas, alertou da dificuldade em se fazer estudos comparativos dos seus resultados face da limitação de publicações sobre o tema.

Acrescente-se a isso o fato de que a maioria dos escassos estudos que tratam da temática LGBT utilizam uma abordagem que não revela uma distinção clara entre a disfunção sexual de hetero e homossexuais.

Essas pesquisas preliminares, revelam uma escassez de informação sobre a ocorrência da DE no grupo dos homossexuais. Esses fatores podem estar vinculados ou não à orientação sexual, sendo muitas vezes comuns aos heterossexuais.

A dificuldade dos homoafetivos em enfrentar sua própria orientação ocorre inclusive entre os profissionais de saúde, como os médicos e farmacêuticos conforme pesquisa realizada por Vincke et al, entre 2004 e 2006, no norte da Bélgica. Apenas 61% dos entrevistados informaram sua orientação sexual. Destes, 25% não estavam satisfeitos com o conhecimento dos médicos relacionados aos problemas específicos dos homoafetivos e 94% gostariam de ser atendidos por médicos homoafetivos.

As queixas de disfunções sexuais em homoafetivos são frequentes, pouco discutidas e não existe tratamento específico para este grupo. Em revisão bibliográfica, com 72 trabalhos, destinados a avaliar a incidência e causas de disfunção erétil em homoafetivos observou-se que ela é uma desordens sexuais masculinas frequentes, sobretudo em homens acima dos 40 anos. A incidência variou de 15 a 55%.

De forma resumida, foram encontrados os seguintes dados:

ASPECTOS QUE INFLUENCIAM A DISFUNÇÃO ERÉTIL EM HOMOAFETIVOS

A: Sociais e psicológicos

1. "stress" por pertencer a um grupo minoritário
2. a necessidade de ocultar sua orientação sexual
3. experiências de discriminação e rejeição
4. homofobia internalizada
5. sentimento de vergonha por sua orientação sexual na ocorrência de DE.
6. o medo da intimidade e da rejeição pelo parceiro
7. ansiedade de desempenho

B: Práticas sexuais

1. stress e a ansiedade na busca de um novo parceiro
2. o maior número de parceiros,
3. a utilização de preservativos, a qual está associada à redução do prazer sexual22
4. a dor decorrente de hemorróidas causadas pela dilatação do plexo venoso anal16

Segundo Vasintejan e al, a incidência de disfunção erétil é reduzida com o aumento das relações com o mesmo parceiro.

C: Infecção pelo vírus HIV

1. tratamento farmacológico para HIV
2. pacientes com a doença AIDS
3. portadores do vírus HIV

D: Físicos e biológicos

Não há diferenças encontradas entre grupos formados por homo e heterossexuais no que concerne aos fatores físicos e biológicos que interferem positiva ou negativamente na DE.

1. Idade
2. Doenças crônicas
3. Obesidade
4. Tabagismo

A realização de trabalhos com os homoafetivos tem demonstrado que não existe diferença entre causas e ocorrências de disfunção erétil entre homo e heterossexuais. Isto tendo em vista uma visão moderna da sexualidade, que respeita as especificidades deste grupo social e que rejeita o estudo da incidência da DE com fundamento exclusivo na heterossexualidade.

PALABRAS CLAVE: MSM. Gay. Sexual dysfunction. Erectile dysfunction.

Ondas de choque de baixa intensidade uma nova pespectiva para tratamento da disfunçaõ erétil

Tourinho, J. P.

Contacto: drjeronimo@lifemen.com.br

A disfunção erétil é uma condição em que o homem não consegue ter ou manter uma ereção firme o suficiente para uma relação sexual satisfatória . Pode ter como causas fatores psicológicos e / ou físicos , dentre estes últimos podemos citar os hormonais , neurológicos e vasculares , dentre os vasculares podemos ter alterações arteriais e venosas , dentre estas a mais frequentes são as arteriais . Uma grande mediadora da insuficiência arterial é a chamada disfunção endotelial , processo de deposição / acumulo de gorduras na parede da artéria fazendo a sua camada mais intima (endotélio) perder/diminuir a sua função / elasticidade natural , tal processo tem como fatores comcausais o Diabetes , a Hipertensão , o Tabagismo , a Obesidade , a Poluição , o Sedentarismo e fatores genéticos entre outros.

A disfunção erétil tem vários possíveis tratamentos de acordo com as suas causas e com a forma de abordagem terapêutica , observando sobre o ponto de vista vascular , que é a de maior causa de incidência , temos o uso dos chamados iPDE5 (inibidores de fosfodilesterase 5) drogas que favorecem a obtenção e manutenção da ereção por um maior acumulo de óxido nítrico , estas são as drogas de primeira escolha e estão representadas pela Sildenafila , Vardenafila , Udernafila e Tadalafila entre outras , mas nem sempre elas podem ser utilizadas ou tem realmente um efeito satisfatório . Neste caso temos drogas vasoativas que são aplicadas diretamente no corpo cavernoso , as quais são a Prostaglandina , Papaverina , Fentolamina entre outras , mas mesmo estas podem falhar ou não ter uma adesão satisfatória do paciente , neste caso ainda temos a cirurgia para colocação de prótese peniana.

Nesta seara surge uma nova opção , mais promissora , sem o uso de drogas , sem cirurgia e com pouquíssimos efeitos colaterais , as Ondas de Choque de baixa intensidade (LI-ESWT).

O termo ondas de choque se trata de uma onda sonora originada de uma detonação de energia semelhante a uma miniexplosão. A ação das ondas de choques resulta num processo chamado cavitação, definido como formação e movimentos de bolhas em um fluido . O processo biológico por ação mecânica das ondas de choque é a base teórica para neovascularização e de outras alterações

teciduais mas ele ainda não está totalmente explicado.

Quando é aplicado a um órgão, interagem com os tecidos profundos segmentados onde causam stress mecânico e microtraumas (também conhecida como tensão de cisalhamento) induzindo uma cascata de reações biológicas que resultam na liberação de fatores angiogênicos que por sua vez desencadeia a neovascularização do tecido com a subsequente melhoria do fornecimento de sangue.

O uso das ondas sonoras de choque já está presente na medicina há aproximadamente 03 décadas , primeiro utilizada para tratar litíase renal depois em ortopedia tratando dor crônica , processos inflamatórios crônicos e até mesmo tentando ajudar no tratamento de feridas crônicas e osteomielite . Em urologia ela já é utilizada para tratamento de prostatite crônica , doença de Peyronie e mais recentemente sendo utilizada para tratamento de Disfunção erétil.

Para tratamento da disfunção erétil observamos uma série de estudos que avaliaram homens em diferentes idades , raças , com ou sem patologias concomitantes e sua resposta a terapia por ondas de choque de baixa intensidade e a grande maioria dos estudos mostra uma melhora circulatória peniana , com uma melhora da satisfação sexual , inclusive temos estudos que demonstram um percentual relevante de abandono do uso de iPDE5 após o uso do LI-ESWT em pacientes respondedores ao iPDE5 e que também um alto percentual de pacientes não respondedores ao iPDE5 tornam-se respondedores após o tratamento com o LI-ESWT . Por trata-se de um tratamento novo , mas promissor uma nova gama de trabalhos devem validar o uso do LI-ESWT e demonstrar suas melhores indicações.

PALABRAS CLAVE: Ondas de choque de baixa intensidade. Disfunção erétil.

Disfunção erétil: Queixa do adolescente nos consultórios de sexologia clínica

Jereissati-Rodrigues, T. M.

Contacto: triciamelo@hotmail.com

A evolução cientifica, tecnológica e cultural propaga o acesso a informações a partir de um simples clique, disseminando e propagando conhecimento sem restrições, inclusive de assuntos que ficavam apenas nos bastidores das conversas, como o sexo e a sexualidade. Contudo, o que tem se observado nos consultórios de sexologia clínica é que informação sem orientação adequada pode desencadear danos ao desenvolvimento saudável da sexualidade, tendo em vista que o número de adolescentes que supõem sofrer de disfunção erétil é preocupante.

Assim, este artigo se propôs a estabelecer um paralelo entre a influência de mitos e crendices fomentados pela internet e a disfunção erétil entre adolescentes. Para tanto, utilizou-se como recurso metodológico a revisão bibliográfica de livros e artigos científicos, após leitura e análise, realizou-se uma descrição sucinta do que é sexo, sexualidade, ciclo da resposta sexual e disfunções sexuais, antes de adentrar na disfunção erétil e suas particularidades.

Ao concluir este artigo, confirmou-se a hipótese de que a informações não fidedignas, amplamente veiculadas na internet, associada a ausência de orientação sexual adequada constituem fatores desencadeantes da disfunção erétil, de cunho psicológico, em adolescentes.

PALABRAS CLAVE: Sexualidade do adolescente. Disfunção erétil em

Mesa 4 de comunicaciones libres

Derechos sexuales, jóvenes y mitos sexuales

Coordina: Ligia Vera Gamboa -vgamboa.uady@gmail.com

La Boca y el Sexo

Villalba, C.; Cedrés, S.; Castillo, F.

Contacto: carovillacaro@yahoo.com.ar

Realizamos un trabajo de investigación en interdisciplina, psicología, medicina y odontología en busca de un concepto integrador de la construcción de una sexualidad saludable en el ámbito biológico, psíquico y social.

Trabajamos con casos de pacientes odontológicos que evaluamos en busca de relacionar la ansiedad frente a la consulta odontológica y la ansiedad sexual.

También la importancia que le da el paciente odontológico a la estética y salud oral en relación a la seducción de su pareja y contacto oral sexual.

Así mismo evaluamos el impacto de la falta de información respecto a el contagio de Enfermedades de transmisión sexual por vía oral descubriendo un mundo de mitos que afectan la salud física y emocional de la vivencia sexual del individuo.

PALABRAS CLAVE: Sexología clínica. Interdisciplina. Odontologia. Investigación de casos.

Desmistificando las dificultades para preguntar sobre sexualidad

Venegas Vera, J.A.;Novik, V,; Pizarro, P.;Wenger, D.y Venegas, D.

Contacto: juanandresv405@gmail.com

INTRODUCCIÓN. La prevalencia de las disfunciones sexuales masculinas y femeninas es elevada, pero la consulta de parte del paciente y el interrogatorio por parte de los médicos es mucho más baja que la prevalencia descrita. Dificultades para esta conversación tanto de parte del médico como del paciente han sido propuestas para explicar estas discrepancias. El análisis de un estudio de nuestro grupo para confirmar la dsifunción eréctil como marcador de salud endotelial nos ha permitido replantear la noción de la dificultad en iniciar una conversación sobre sexualidad como una limitante del prestador de salud más que una condición del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS. La muestra consistió en 100 hombres admitidos en la Unidad de emergencia del Hospital G Fricke de Viña del Mar, Chile. 50 pacientes admitidos por síndrome coronario agudo y 50 admitidos por cualquier otra causa fueron entrevistados sobre su función eréctil previo a la hospitalización actual. Estos hombres tenían antre 40 y 70 años, y las entrevistadoras, mujeres, estudiantes del ultimo grado de la carrera de medicina, de 24 años. La entrevista oral fue hecha usando una entrevista validada de evaluación de la disfunción eréctil.

RESULTADOS. De los 100 hombres seleccionados, ocho fueron descartados debido a su problema de salud. De los restantes 92, solo dos rechazaron responder directamente la entrevista sobre función sexual.dando una tasa de respuesta a ésta de 97%. Alrededor de la mitad de todo el grupo (44) eran pacientes hospitalizados por síndrome coronario agudo.

CONCLUSIONES. De manera notable hubo una elevada tasa de respondedores a la entrevista sobre función sexual aun en condiciones extremas de salud. Igualmente notable, la ausencia de limitaciones a responder a pesar de las diferencia edad/sexo entre

entrevistador/entrevistado. Este reporte confirma que un elevado porcentaje de pacientes encuentran apropiada la conversación sobre temas sexuales en un contexto médico. Esto nos presenta al proveedor de salud como el responsable primario de no iniciar una conversación sobre salud sexual con el consultante. Estos resultados nos alientan a continuar nuestra línea de trabajo académica de educación y entrenamiento de los estudiantes de medicina y los médicos jóvenes a interesarse en evaluar esta área de la salud de sus pacientes

PALABRAS CLAVE: Sexualidad. Interrogación. Mitos. Dificultades.

Direito da mulher, obrigação de todos

Meireles Alexandre, C. L.
Contacto: caumeireles@uol.com.br

Este trabalho surgiu da necessidade de não concordar com as práticas de violências perpetradas contra as mulheres, ainda no século XXI, fatos que ferem o Direito Universal da Dignidade Humana, uma vez que "todos os direitos humanos são universais, indivisíveis e interdependentes e estão relacionados entre si". Ele objetiva mobilizar a comunidade científica para a importância de promover ações efetivas, para discutir estratégias para o desenvolvimento e implementação de programas de inclusão das questões relacionadas com o exercício dos direitos das mulheres, a saber direitos sexuais e reprodutivos, direito à igualdade e dignidade, nos conteúdos da educação básica e média dos países do continente; defender e insistir no cumprimento dos direitos humanos, conforme fixado pelas convenções e tratados internacionais.

DERECHO DE LA MUJER, OBLIGACIÓN DE TODOS LOS HOMBRES

Este trabajo surge de la necesidad de no estar de acuerdo con la violencia que se ejerce contra las prácticas de las mujeres, incluso en el siglo XXI, hechos que perjudican a la ley universal de la dignidad humana, ya que "todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre si". Su objetivo es movilizar a la comunidad científica a la importancia de promover acciones eficaces, para discutir estrategias para el desarrollo y la aplicación de la inclusión de cuestiones relacionadas con el ejercicio de los programas de derechos de la mujer, a saber, los derechos sexuales y reproductivos, el derecho a la igualdad y la dignidad, los contenidos de la enseñanza primaria y secundaria del continente; defender y exigir el cumplimiento de los derechos humanos, según lo establecido por las convenciones y tratados internacionales.

Juventud por el cambio social en Cuba. Experiencias y reflexiones

Díaz Figueroa, Y.
Contacto: yasdiaz@gmail.com

Es evidente el protagonismo de la juventud en los procesos de cambio, ya sea de índole social, político o económico, sino además en aspectos que atañen su educación, su salud y el ejercicio de sus derechos sexuales. Ser joven supone comenzar a asumir una concepción propia del mundo, tener mayor apertura para comprender e incorporar "lo nuevo", en una constante contradicción con lo aprendido y su medio, que debe tributar necesariamente al desarrollo.

Visualizar una sociedad libre de expresiones de violencia, de respeto a la diversidad humana, comprometida con un mundo mejor, ha de llevar una inversión en las generaciones más jóvenes. Trabajar con ellos y ellas, no debe ser un slogan o una tendencia de moda, sino un proceso donde se les acompañe y facilite herramientas e información; donde se tenga en cuenta la responsabilidad que se genera con en el futuro de la sociedad, desde el

empoderamiento, la participación real, el diálogo y la concientización.

Es importante retomar lecciones aprendidas y buenas prácticas, sin imposición y reajustándolas a la realidad existente. Develar pistas que interfieren con el proceso de asumir papeles más protagónicos, posicionar el valor de la juventud y la importancia de contar con espacios más participativos, inclusivos y heterogéneos, son temas a debate. Con ello estaremos apostando por un futuro mejor, donde las juventudes se sientan sujetos y no objetos de un verdadero cambio social en materia de educación, salud y derechos sexuales.

PALABRAS CLAVE: Juventud. Cuba. Participación. Buenas práticas. Lecciones aprendidas.

Vulnerabilidades de la heteronormatividad masculina

Díaz Álvarez, M.T

Contacto: diazalvarezm51@gmail.com

El abordaje de desafíos en el tema de las masculinidades, constituye una urgencia contemporánea en la agenda de trabajo de instituciones académicas y organizaciones sociales cubanas.

En los últimos tiempos la visualización del tema de la diversidad sexual y en especial de las masculinidades no heterosexuales ha tenido una fuerte articulación con los temas de vulnerabilidad social. En tal sentido esta última se nos presenta como una categoría de gran valor analítico en el examen de estas realidades.

Este trabajo pretende dar cuenta de algunos vulnerabilidades de esta heteronormatividad para los hombres que viven, piensan y sienten su sexualidad con otros hombres y que los colocan en situaciones de desventaja dentro del tejido social, al tiempo que destacará cómo la tradición autoritaria de las masculinidades hegemónicas ha conducido a la discriminación y marginación de hombres alejados de los que prescribe la pauta heterosexual.

Finalmente se refiere la manera en que esta marginación ha impactado en los ámbitos económicos, sociales, políticos, culturales, familiares, laborales y religiosos, al tiempo que ha supuesto un número importante de exclusiones, expropiaciones, carencias, pérdidas, violencias e inequidades.

PALABRAS CLAVE: Masculinidades Heteronorma-tividad. Vulnerabilidadades. Discriminación. Margina-ción. Exclusión social.

Manejo asertivo ante el conflicto homofóbico.

Concienciar e instruir a los participantes con las técnicas necesarias para el manejo asertivo de conflicto

González Luciano, S.

Contacto: santagl@hotmail.com

La Homofobia es el término utilizado para describir el miedo, prejuicio, repudio o discriminación hacia hombres o mujeres que se identifican como homosexuales. Como es natural, el nivel de desconocimiento nos hace tomar posturas herrones ante los temas que no manejamos, con especialidad en el ámbito de la sexualidad. *La asertividad* es una habilidad que nos permite expresar nuestros deseos u opinión de manera clara y con libertad sin causar daños o perjuicios a los demás, no obstante carecemos de esta a la hora de hablar de homosexualidad, lesbianismo y temas relacionados, sin que se genere un *conflicto*, circunstancia en la que dos o más personas tienen intereses incompatibles generando un contexto confrontativo de permanente oposición. Es de ahí la importancia de instruir con las técnicas necesarias, a fin de hablar de forma asertiva de temas sexuales focalizados a aclarecer las posturas de diversos grupos acerca de la homosexualidad sin que se

genere un conflicto. La homosexualidad (del griego antiguo ὁμός, 'igual', y el latín *sexus*, 'sexo') es una atracción romántica, atracción o comportamiento sexual entre miembros del mismo sexo o género. Como orientación sexual, esta es "un patrón duradero de atracción emocional, romántica y/o sexual" hacia personas del mismo sexo.

Las técnicas son aplicables a todas las áreas de la vida. Los participantes analizaran lo siguiente:

¿Son homofóbicos quienes no apoyan la homosexualidad?

¿Es aplicable el termino homofobia de forma correcta?

¿Quiénes nos están educando en el área sexual?

¿Cómo identifico si soy homofóbico?

La respuesta a estas interrogantes, está en lo interior de cada uno de nosotros y su reacción ante las personas homosexuales, puesto que muchos actúan siguiendo reacciones ajenas y opinión de terceros.

En nuestra práctica profesional hemos trabajado tanto homosexuales como lesbianas, postura que nos permite hablar con propiedad y experiencia acerca de este tema que puede resultar inusual para muchos. Detrás de cada caso hay una historia digna de conocer.

Para lograr un manejo asertivo ante el conflicto Homofóbico plateamos las siguientes técnicas:

- Respetar la individualidad.
- Fomentar el respeto por la diferencia.
- Ser educados sexuales.
- Amar a las personas a pesar de su condición o preferencia sexual.
- Desarrollar la empatía.

Las técnicas son aplicables y efectivas en todas las áreas de la vida, puesto que la sencillez y eficacia son comprobadas en la vivencia del día a día.

PALABRAS CLAVE: Educación sexual. Homofobia. Manejo asertivo. Homosexualidad. Conflicto.

Adolescencia y sexualidad: una aproximación socioafectiva al estudio del comportamiento sexual y los riesgos asociados al mismo

Luque-Martínez, B.; Gómez-Zapiain, J.; Ortiz, M.J. y Eceiza, A.

Contacto: borjaluquemartinez@gmail.com

La adolescencia es un periodo de transición en el que se dan una serie de cambios como el surgimiento del erotismo puberal, la búsqueda de nuevas sensaciones y la reestructuración de los vínculos afectivos.

Unido a esto y en el contexto del desarrollo de la propia sexualidad, muchos adolescentes se ven impulsados a experimentar relaciones sexuales compartidas. La integración del comportamiento sexual es una fuente de salud y bienestar aunque también puede estar asociado a la exposición a riesgos. Como consecuencia de la exposición a los mismos, encontramos las infecciones de transmisión sexual (ITS) o los embarazos no deseados.

El presente trabajo aborda el tema tomando en consideración principalmente variables de corte afectivo. Así pues, tiene como principal objetivo aportar un mayor conocimiento de las conductas sexuales y las relaciones afectivas de los y las adolescentes y analizar en qué medida ciertas variables afectivas se relacionan con el desarrollo de una sexualidad libre de riesgos. En concreto se ponen en relación con las variables criterio (1. Disposición a asumir riesgos asociados al comportamiento sexual y 2. Conductas sexuales de riesgo) las siguientes variables predictoras: 1. Estilo de apego, 2. Calidad de la relación afectiva con el padre, la madre y los amigos, y 3. Consumo de alcohol y otras drogas.

Las hipótesis de partida son que a mayor seguridad en el apego de los individuos menor disposición al riesgo mostrarán. Se hallará una asociación positiva entre la disposición al riesgo y la asunción de riesgos asociados a las relaciones sexuales. A su vez, los sujetos que consumen alcohol y otras drogas antes de mantener relaciones sexuales poseerán mayor

disposición al riesgo así como mayores conductas sexuales de riesgo.

Para la aplicación de la investigación se realizó un muestreo estratificado y proporcional de los centros de E.S.O. y Bachillerato en relación con la población escolarizada en el País Vasco, y en el mismo participaron un total de 1911 adolescentes de entre 15 y 20 años (54.6% varones, 45.4% mujeres).

Los datos arrojados indican que la disposición a asumir riesgos en las relaciones sexuales es significativamente superior en varones que en mujeres en población sexualmente no activa, no así en el caso de las personas sexualmente activas.

Entre los sujetos sexualmente activos, tanto en varones como en mujeres, se halló una relación significativa entre la disposición a asumir riesgos en las relaciones sexuales y la asunción efectiva de dichos riesgos.

Por otro lado, el apego al padre, a la madre y a los amigos se asocian de manera inversa con la "disposición al riesgo".

En esta misma línea, los datos muestran una asociación positiva entre las dimensiones ansiedad y evitación en el apego y la disposición al riesgo. En el caso de los varones, esta asociación es mayor con la evitación que con la ansiedad tanto en los activos como en los no activos sexualmente

Utilizando estas mismas dimensiones se establecieron cuatro grupos o perfiles de apego: seguros (baja ansiedad – baja evitación), ansiosos (alta ansiedad-baja evitación), evitativos (alta evitación-baja ansiedad) y evitativo-miedosos (alta evitación-alta ansiedad).

Comparando la disposición al riesgo en adolescentes sexualmente no activos en función del estilo de apego que muestran, se pueden observar diferencias significativas entre los seguros y el resto de categorías. Siendo estos quienes menor disposición muestran, seguidos por: ansiosos, evitativos y miedosos. Sin embargo, en el caso de los sujetos sexualmente activos, únicamente se encuentran diferencias significativas entre los grupos con apego seguro y miedoso.

En cuanto a los niveles de experiencia sexual, los evitativos serían quienes mayor experiencia han mostrado tener, siendo ésta significativamente superior a la de los ansiosos y miedosos. Los seguros por su parte, configuran el segundo grupo con mayor experiencia, siendo significativamente superior al grupo de los miedosos. Por último quienes menos experiencia sexual manifiestan son los miedosos y ansiosos.

Los adolescentes sexualmente activos que consumen a veces drogas previamente a mantener relaciones sexuales muestran significativamente más disposición al riesgo que aquellos que no consumen nunca. No ocurre lo mismo con el consumo de alcohol.

En mujeres activas con apego evitativo se produce una asociación significativa entre la disposición al riesgo y el consumo de alcohol y en las evitativas-miedosas una asociación alta de otras drogas y la disposición al riesgo sexual. Asimismo ambos grupos mostraron una asociación entre el consumo de alcohol y el de otras drogas en el contexto de las relaciones sexuales. Por otra parte, el 54,8% de las mujeres de la muestra consumían "alguna vez" alcohol previamente a mantener relaciones sexuales, siendo este porcentaje del 20,5 para otras drogas. Mientras que en los varones este fenómeno se da en un 22,9% y un 11,3% respectivamente.

Los resultados obtenidos en esta investigación aportan evidencia empírica acerca de la importancia de considerar las variables de corte afectivo, emocional y social en el diseño de estrategias de intervención en educación sexual. De esta manera, la promoción de la salud sexual y reproductiva debe tomar en consideración el trabajo con padres y madres dado el papel afectivo y regulador que desempeñan sobre todo en la etapa previa al inicio de la actividad sexual. Sumado a esto, reabre la reflexión acerca de la gravedad de que jóvenes, en su mayoría menores de edad, consuman alcohol y otras drogas y sobre todo,

que lo hagan en el contexto de las relaciones sexuales. Aspecto que también debe ser abordado en los programas de promoción de la salud sexual. Con la inclusión de estos aspectos en tales programas se pretende que el o la adolescente desarrolle las competencias necesarias para gestionar situaciones de alta carga emocional y erótica y sopesar la influencia que sobre sí mismo o misma tienen sus vínculos afectivos. Para poder, de esta a manera, vivir y desarrollar su sexualidad de una forma positiva y libre de riesgos.

PALABRAS CLAVE: Adolescencia. Conductas sexuales de riesgo. Estilos de apego. Calidad afectiva. Consumo de alcohol y drogas. Nivel de experiencia sexual.

Miradas a la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes cubanos

Peñate Leiva, A.I.; Semanat Trutie, R.; del Risco Sánchez, O.

Contacto: raida0201@nauta.cu

La ponencia que se propone muestra algunos de los resultados obtenidos durante la segunda etapa de aplicación del proyecto: ""Adolescentes y jóvenes cubanos en los ámbitos de familia y pareja"", que desarrolla un equipo de investigadoras del Centro de Estudios Sobre la Juventud (CESJ), de Cuba. Los objetivos trazados son caracterizar algunos modos de interacción de adolescentes y jóvenes cubanos en el ámbito de la pareja. De igual forma, comparar estos modos de interacción atendiendo a sexo, grupos etarios y zonas de residencia.

Para el desarrollo del estudio se diseñaron tres cuestionarios, distribuidos por grupos de edades (12-14 años, 15-24 años y 25-34 años). Los mismos constituyeron la principal fuente de información de la investigación. Se realizaron además, entrevistas a expertos y grupos focales, como técnica complementaria, los que contribuyeron a sustentar lo recopilado en los cuestionarios. Estos tuvieron el propósito de identificar y profundizar en los modos de interacción de adolescentes y jóvenes cubanos en torno a: relaciones afectivas, información/orientación y participación en el ámbito de la pareja.

A partir de la aplicación de los instrumentos, emergieron resultados relevantes en torno a las concepciones y percepciones de adolescentes y jóvenes respecto a la pareja y sus dinámicas. Se visualizaron algunos de los modos de interacción que actualmente caracterizan este espacio, desde la perspectiva de los más jóvenes. Los modos en que viven sus dinámicas de pareja poseen puntos de continuidad y ruptura con generaciones precedentes.

Se exponen algunos elementos en torno al inicio de las relaciones sexuales en estos grupos poblacionales, así como el empleo de métodos anticonceptivos. También se abordan sus percepciones sobre la terminación voluntaria del embarazo, la toma de decisiones reproductivas y la planificación familiar. La existencia de estereotipos sexistas, la baja percepción de riesgo ante las ITS/VIH-sida y embarazos no deseados, entre otros aspectos, están presentes en las interacciones que establecen. El estudio patentiza la necesidad de continuar potenciando espacios que promuevan acciones más efectivas para la educación integral de la sexualidad de adolescentes y jóvenes cubanos, elemento esencial en los modos de interacción en sus relaciones de pareja.

PALABRAS CLAVE: Adolescentes. Jóvenes. Sexualidad. Salud sexual y reproductiva.

Mesa 5 de comunicaciones libres

Psicología y sexualidad, espiritualidad, sexismo y apego

Coordina: María de los Ángeles Núñez - angelesnunez@andidanet.net

Apego parental y relaciones de pareja

Mantini, L.

Contacto: lidia.mantini@gmail.com

Este trabajo muestra a través del pensamiento de diferentes autores que han consolidado en los últimos 50 años la teoría del apego, los diversos factores psicológicos vinculados con el desarrollo que juegan un papel central en la forma en la que los seres humanos se relacionan sexualmente mientras la evitación como estilo de apego o como rasgo de personalidad, se vincula a la incomodidad, rechazo y en ocasiones ansiedad ante la presencia cercana de otros, lo que va en detrimento de la satisfacción sexual y de conductas positivas durante la interacción con la pareja.

El trabajo se ha desarrollado partiendo de analizar, el apego parental en la infancia, y las relaciones existentes entre esos patrones de apego y la satisfacción marital en la vida adulta.

En el análisis se tomó una muestra no probabilística de 63 personas heterosexuales con dos o más años de convivencia, de la Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires. El 52% son del género femenino y el 48% masculino, con una edad promedio de 43,8 El 54% está casado/a y el 46% en pareja.

Para el análisis cualitativo se seleccionaron cuatro individuos, dos de cada género, y se les tomó una entrevista en profundidad, analizada con el método comparativo constante.

Se encontró que los varones tienden a una mayor satisfacción con el cónyuge cuanto mayor ha sido la sobreprotección de la madre. Por su parte, las mujeres propenden a una mayor satisfacción con el cónyuge cuanto menor ha sido la sobreprotección del padre.

Se puede concluir que el apego parental está relacionado con el tipo de satisfacción marital en las relaciones de pareja. Existen diferencias en función del género en el impacto del apego parental en los tipos de satisfacción marital, y que el apego parental de sobreprotección es el que mayor efecto tiene en la satisfacción marital.

PALABRAS CLAVE: Apego. Satisfacción marital. Padres. Pareja.

Sexualidad y liderazgo progénero legitimando paridad. Plataforma alternativa para la modificación de patrones culturales sexistas

Rodríguez Galera, J.R.; Alava Mieles, J.L.

Contacto: rgalera1964@gmail.com

Sexualidad y liderazgo progénero legitimando paridad (Sex LPLP), surge como proyecto de investigación social (PIS) para ofrecer respuesta al Plan Nacional para el Buen Vivir (PNBV) 2013-2017, en tanto, se asegura información veraz, orientación precisa y educación de la sexualidad científicamente fundamentada en relación a una plataforma alternativa no sexista para la construcción social sexo-género.

Toda vez, impulsando acciones de promoción y prevención para la modificación de patrones

socioculturales sexistas, estigmatizaciones y estereotipos relacionados con la sexualidad y los géneros. Dinamizar sensibilidad sobre bases de paridad de género e intergenérica, favorece equilibrio humano coherente. Transmutar hacia relaciones de "comunión oportuna de los elementos viriles y femeniles del espíritu", sin renuncia a la masculinidad y femineidad, hará emerger a la persona en transmisión género sensible cuidado salud (GSCS). Desde caracterización oportuna de situación y necesidad, diseñando etapas de trabajo y componentes integrados para el despliegue de estrategia progénero de intervención formativa en gestar promotores líderes progénero (PLP), cuya instrumentación favorezca influencia y transmisión hacia la sociedad. Para lo cual, se precisa de diagnóstico socio psicosexuado en la muestra identificada desde un sistema de indicadores e instrumentos que permitan entre realidad y expectativa la configuración objetiva para la aproximación a una modelación de la Facultad de Educación como unidad de recursos profesionales, científicos, metodológicos y prácticos en correspondencia con la estructura y funcionamiento de sus procesos, los que tendrán un soporte en la capacitación, el postgrado, el asesoramiento, el acompañamiento y la gestión, mediante los sistemas de coordinación de las personas involucradas.

PALABRAS CLAVE: Progénero. Sexualidad. Salud. Sexismo. Prevención. Bienestar.

Estrategia de intervención progénero. Una alternativa para mitigar el sexismo

Rodríguez Galera, J.R.

Contacto: rgalera196 4@gmail.com

No solamente se pretende conocer cómo se construyen las relaciones sexistas entre las personas, sino además, su implicación al hacer coincidir en el devenir como persona sexuada, los criterios externos e internos en la configuración de la personalidad sexuada de género. También, develar la importancia y funciones de la categoría relacional género social sexista y cuáles son las discrepancias explícitas que dan lugar a la crisis manifiesta de género y entre los géneros.

En tanto, se propone una plataforma académica alternativa o plan de igualdad pensando diferente, para mitigar la manipulación sexista como única opción ideológica en la domesticación humana. De modo que favorezca los cambios necesarios hacia la igualdad de género, entre los géneros y la autonomía de la mujer, en relaciones de poder androcéntrico, en gestar ideología progénero emergente "por el igual, no por el contrario", para ejercicio de liderazgo género sensible cuidado salud.

PALABRAS CLAVE: Sexismo. Sexualidad. Liderazgo progénero. Género sensible. Salud sexual.

Sexualidad y espiritualidad. Reflexiones que extienden los márgenes de la Sexología

Musso, S.

Contacto: silvanamusso2004@yahoo.com.ar

Se entiende la espiritualidad como la posibilidad de vivenciar la disolución del Ego y sentirnos parte de una totalidad mayor que nos engloba Experiencias relatadas por personas comunes, monjes, ´místicos y chamanes ha sido sumamente desarrollada y contemplada tanto en la cosmovisión de las culturas Orientales como de los Pueblos originarios, desde la disciplina de la meditacion y la contemplación y desde Occidente la Sexualidad se entiende desde lo profano y necesario de sublimar en post de deseos más elevados, hasta considerarla hoy como un derecho, una condición inherente al ser humano, hasta encuadrarla como un producto

de consumo a través de todo un contexto que la promueve.

La Sexualidad , esa posibilidad única del ser humano de disfrutar de sí mismo y de otro/os a través del cuerpo, no se restringe solo a los parámetros medibles de la Respuesta Sexual Humana, sino que involucra también una dimensión emocional a partir de la cual puede abrirse la puerta para explorar lo espiritual. Ahondaré a través de este trabajo en distintos autores y en mi propia experiencia a fin de que cada uno pueda cuestionar y reflexionar. sobre este tema ya que considero que la Sexología necesita replantearse la dimensión espiritual de la Sexualidad. PALABRAS CLAVE: Sexualidad. Espiritualidad

---

Do inconsciente à sexualidade: notas introdutórias a partir da Psicologia Sócio-Histórica

Montreozol, J. R.; Kahhale, E. M. S. P.

Contacto: psicojeferson@yahoo.com.br

Pesquisar sobre a sexualidade e, particularmente, sobre as relações estabelecidas com os conteúdos inconscientes não é tarefa das mais fáceis. Isso porque tal temática sempre esteve envolta em indagações, proibições, preceitos e ardores de toda ordem, especialmente nas ciências humanas e sociais. Acrescente-se a isso o imperativo daquilo que hoje em dia se convencionou chamar de politicamente correto, e percebe-se que teremos uma via bastante estreita por onde caminhar: qualquer pequeno desequilíbrio para um lado ou para outro, coloca-nos imediatamente em uma área sujeita a censuras. Neste contexto, nosso tema se pauta em considerar as relações entre os conteúdos inconscientes e a sexualidade, as quais permeiam o desenvolvimento da consciência humana e, respectivamente, dos processos psicológicos superiores dos sujeitos, dentre eles a identidade sexual.

Compreendemos que a construção de quaisquer processos identitários está permeada também pelos valores éticos e morais de determinada sociedade, que podem ou não serem apreendidos pelo sujeito e permeiam o desenvolvimento de sua consciência e inconsciente. Portanto, cabe resguardarmos umas das características essenciais para a compreensão do ser humano, que é seu caráter histórico, o que implica em seu desenvolvimento ocorrer sob a determinação de uma série de fatores culturais, tais como o contexto social, cultural e econômico, e estes fatores sofrem os condicionantes do período histórico em que estão circunscritos. Compreendemos então que existe uma ampla relação entre o desenvolvimento do psiquismo e a sexualidade. No entanto, consideremos ainda que o psiquismo humano engloba os aspectos conscientes e, também, as questões inconscientes.

Cabe esclarecermos que Vigotski, ao desenvolver as bases da Psicologia Sócio-Histórica, buscava encontrar uma forma de superar a dicotomia presente em toda a ciência psicológica. O autor buscou nos pressupostos epistemológicos do Materialismo Histórico-Dialético as bases sólidas para essa construção, gerando um intenso debate entre as vertentes idealistas e materialistas, o que permitiu o desenvolvimento de uma psicologia não reducionista e não mecanicista. Rompeu-se então com a visão de homem incapaz de alterar sua realidade, submetido a formas internas ou externas, e que tinha no dualismo mente-corpo, indivíduo-sociedade, o esfacelamento da sua constituição.

Nessa concepção, existe uma relação dinâmica e permanente, pautada na realidade objetiva, em que consciente e inconsciente são compreendidos como qualidades diferentes do mesmo objeto, uma relação em que um não se dilui no outro, mas, também, em que um não existe sem o outro. Nossa tese inicial, por mais provisória que seja, compreende que o inconsciente se relaciona com a sexualidade através das estruturas e processos não-verbais (sentimentais-emocionais), permitindo ao

sujeito desenvolver suas identificações sexuais mesmo sem compreendê-las, isto é, impossibilitando-o de desenvolver abstrações para compreender como a realidade exterior está afetando-o. Portanto, se a consciência representa a síntese da relação estabelecida entre os significados (enquanto processos sóciosexuais) e os sentidos pessoais, é a ausência destes dois que caracteriza o inconsciente na subjetividade. Esse, por sua vez, é formado primordialmente por tônus emocional, como um direcionamento da intensidade dos estados sentimentais (afeto-prazer) que orientam o sujeito a dado objeto, sinalizam seu interesse, mas que ele pode não compreender (e, por conseguinte, explicar), mesmo que interfiram na forma como ele desenvolve sua identificação com a sexualidade.

Porém, os sentidos podem ficar inconscientes porque não ganham representação na forma de um signo como, por exemplo, uma imagem, uma palavra, os quais possibilitariam suas representações na consciência. Neste caso, mesmo não sabendo a qual emoção se refere o tônus que me impulsa a algo (ou alguém – enquanto desejo), em um segundo momento posso ter a consciência que foi um sentimento específico em relação ao outro (distinto de mim), mas que não me recordava.

Logo, o sentido que construí é inconsciente, devido à impossibilidade de representá-lo plenamente: com sentido e significado. Uma vez que o inconsciente é passível de ser descoberto, torna-se necessário que o sujeito adquira novos elementos que permitam a ele atribuir um sentido mais elaborado ou desenvolvido e, destarte, amplie sua consciência. Essa mudança circunstancial de inconsciente para consciente possibilita ao sujeito que se insira na realidade de forma a dominá-la, permitindo assim sua emancipação enquanto humano. Se não possuo instrumentos para compreender e lidar com a realidade, esta me domina e me impossibilita de executar uma ação efetiva que permita minha libertação, minhas reais escolhas e identificações sexuais, mantendo assim meus conteúdos (ou ainda os conteúdos sociais) inconscientes. Assim, geramos algumas suposições que não objetivam apontar uma identidade normal ou patológica, mas sim compreender o desenvolvimento desse processo identitário.

Compreendemos que a identidade sexual é a síntese de um processo dialético entre consciência e inconsciente que se aporta na base biológica, em específico no corpo, e a partir do qual o sujeito desenvolve uma estruturação psicológica iniciada pela socialização em seu grupo social. Em decorrência, o sujeito pode ou não se identificar com determinadas características psíquicas e sociais referenciadas para o seu sexo anatômico, dependendo dos elementos mediadores que estarão disponíveis e possibilitarão a conversão do inconsciente em consciente (vice-versa). Ou seja, a forma como o tônus emocional presente no inconsciente irá guiar suas escolhas objetais conscientes conduzirá o sujeito a um posicionamento e uma identificação frente à esfera da sexualidade.

Outras questões fazem referência ao desenvolvimento contínuo de uma identidade sexual, e não a fixidez dessa estruturação, pois a relação consciente e inconsciente será sempre dinâmica; a não apropriação exclusiva de atitudes e comportamentos masculinos ou femininos; ao desenvolvimento de uma identidade sexual que abarca tanto os aspectos sociais e histórico, como também os elementos constituintes da consciência e do inconsciente do sujeito (Funções Psicológicas Superiores e mediadores); à revalidação da esfera do prazer, como possibilidade para direcionamento dos aspectos emocionais ou, ainda, do tônus emocional; e as balizações impostas pela sociedade capitalista perante o desenvolvimento das identidades sexuais. Isso significa considerar que os pressupostos dialéticos da contradição e da dinamicidade permitem trabalharmos com a existência de uma realidade contraditória, múltipla e pluridéterminada, que é evidenciada na relação entre o sujeito e o objeto no processo de desenvolvimento psíquico, resguardado pelos elementos conscientes e inconscientes.

PALABRAS CLAVE: Inconsciente. Sexualidade. Psicologia. Psicologia Sócio-Histórica.

Identidade Sexual: metamorfose-emancipação a partir do materialismo histórico-dialético

Montreozol, J. R.; Kahhale, E. M. S. P.

Contacto: psicojeferson@yahoo.com.br

Partindo dos pressupostos do materialismo histórico-dialético, o presente trabalho tem por objetivo proporcionar uma discussão sobre a identidade sexual utilizando as teorizações sobre identidade-metamorfose desenvolvidas por Antônio da Costa Ciampa e colaboradores. Para tanto, apresentamos uma discussão a partir do desenvolvimento da ciência psicológica, enfocando que esta ciência tem reproduzido em suas teorias uma organização positivista de conhecimento, findando apenas na descrição de processos psicológicos. Buscamos analisar como o materialismo histórico nos permite compreender o desenvolvimento das relações entre sexo, sexualidade e gênero, que engendram o desenvolvimento da identidade sexual dos sujeitos em um determinado contexto sócio-histórico.

E, neste ínterim, discutimos o processo de desenvolvimento da identidade e, em específico, da identidade sexual, apontando determinados processos que cristalizam a identidade no formato de um fetichismo dos personagens sexuais. Por fim, reiteramos a necessidade da alteridade como fundamento primordial para que possamos romper com os pressupostos de não-movimento, permitindo assim uma síntese dialética que produza movimentos emancipatórios e o desenvolvimento de identidades políticas sexuais.

PALABRAS CLAVE: Identidade Sexual. Metamorfose. Emancipação. Materialismo Histórico-Dialético.

A Ambiguidade da Educação Escolar: negação e possibilidades frente à travestilidade

Montreozol, J. R.; Leão, I. B.

Contacto: psicojeferson@yahoo.com.br

Partindo dos pressupostos da Psicologia Sócio-histórica, teoria Psicológica de orientação Materialista Histórico-dialética, buscamos apresentar a relação entre a identidade sexual travesti e a educação escolar. Para tanto, primeiramente realizamos uma pesquisa bibliográfica que indicou uma concepção de travestilidade a partir dos pressupostos pós-modernos.

Porém, como tais teorias se mostraram vazias de significação, construímos um entendimento a partir dos pressupostos da dialética, conservando a base biológica como representante da materialidade, o momento histórico como elemento contingente ao entendimento de sexualidade, e as apropriações e interiorizações individuais como estruturação da identidade, em específico uma identidade sexual travesti. Resguardamos ainda as considerações sobre a sociedade capitalista na compreensão da sexualidade, o que nos conduziu ao entendimento de uma reprodução ideológica, machista, que tem na heterossexualidade seu principal mecanismo de manutenção da ordem social. Tal embasamento possibilitou a compreensão da desistência, pelos sujeitos travestis, do processo de escolarização.

Porém, compreendemos que, como qualquer processo social, a educação escolar contém em si a contradição, o que possibilita à alguns sujeitos, mesmo frente os processos de discriminação social, continuarem seus estudos

até concluir o nível superior de escolarização. Portanto, para que pudéssemos explicar a influência que a educação tem na constituição destes conteúdos, buscamos a compreensão da educação como mediadora entre o homem e a sociedade.

Exploramos as particularidades da educação institucionalizada, e a sua influência no desenvolvimento das Funções Psicológicas Superiores. Concluímos que a educação formal, por ser desenvolvida através de uma instituição social, reproduz o heterossexismo colaborando na estruturação de uma cultura machista. Porém, cotejamos ainda que apenas esta educação formal conduz ao desenvolvimento mais refinado do ser humano, e possibilita maior compreensão do mundo objetivo e da identidade subjetiva. Dessa forma, é na/pela escolarização que os sujeitos travestis podem tomar a atividade de estudo como estruturação subjetiva, e buscar na escola o entendimento das relações sociais e da própria identidade sexual travesti com vistas à superação das contradições, originando a elaboração de novas sínteses que permitam o desenvolvimento da consciência e, consequentemente, sua afirmação enquanto sujeito social.

PALABRAS CLAVE: Ambiguidade. Educação. Escolar. Negação. Possibilidades. Travestilidade.

A Dialética da Sexualidade: o que pensamos a partir da Psicologia Sócio-Histórica

Montreozol, J. R.; Kahhale, E. S. P.

Contacto: psicojeferson@yahoo.com.br

A psicologia é uma ciência recente, e por este motivo traz em seu bojo teorias que lançam esforços para compreender e explicar fenômenos e processos advindos ora das ciências humanas e sociais, ora das ciências biológicas e da saúde. Neste ínterim, a constituição do aspecto humano se mostra urgencial para esta ciência que, na secularidade de suas produções, cindiu o sujeito em corpo e mente, objetividade e subjetividade.

Trazemos então à discussão a necessidade de resguardar na materialidade os referenciais para a estruturação de uma sexualidade pautada sobre o sexo biológico, mas também resguardamos a historicidade e a dialética para uma construção que avance em uma compreensão eminentemente social e histórica da base sexual.

Perante a Psicologia Sócio-Histórica compreendemos que a sexualidade representa a síntese de um processo dialético que se aporta na base biológica, em específico no corpo, e a partir do qual o sujeito desenvolve uma estruturação psicológica que é iniciada pela socialização em seu grupo social. Para tanto, consideramos uma continuidade, isto é, o desenvolvimento contínuo de uma identidade sexual, e não a fixidez dessa estruturação; a não apropriação exclusiva de atitudes e comportamentos masculinos ou femininos; o desenvolvimento de uma identidade sexual que abarca tanto os aspectos sociais e históricos, como também os elementos constituintes da consciência e do inconsciente do sujeito (Funções Psicológicas Superiores e mediadores); à revalidação da esfera do prazer, como possibilidade para direcionamento dos aspectos emocionais ou, ainda, do tônus emocional; e as balizações impostas pela sociedade capitalista perante o desenvolvimento das identidades sexuais.

Este quadro permite compreendemos que os pressupostos dialéticos da contradição e da dinamicidade possibilitam trabalhar com a existência de uma realidade contraditória, múltipla e plurideterminada, que é evidenciada na relação entre o sujeito e o objeto no processo de desenvolvimento psíquico e sexual.

PALABRAS CLAVE: Dialética. Sexualidade. Psicologia. Psicologia Sócio-Histórica.

Mesa 6 de comunicaciones libres

Intersexualidad, abuso sexual infantil, violencia sexual, formación en sexología y terapia sexual

Coordina: Rafael García Álvarez - Correo: raf.garcia@hotmail.com

A criança intersexual sob a ótica do enfermeiro: Repercussões para o cuidado do cotidiano da criança e da família

Farias,T.M.S.; Mota, C. P.; Rocha, R.M.; Cursino, E. G.

Contacto: tina.portela@ig.com.br

A intersexualidade humana é um fenômeno presente em diversas civilizações ao longo da história, no entanto seu significado modificou-se de acordo os saberes, crenças e discursos dominantes em contextos socioculturais específicos.

Este fenômeno é de alta complexidade, considerado como uma urgência médica e social a partir do nascimento de uma criança, devido aos riscos e aos impactos na vida. Objetivo: analisar a intersexualidade em crianças entre 3 a 6 anos de idade sob a ótica do enfermeiro e a repercussão deste fenômeno para o cotidiano do cuidado da criança e da família.

Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo exploratório, de abordagem qualitativa, utilizando a metodologia hermenêutica-dialética através do núcleo de sentidos. O instrumento da pesquisa foi um questionário semiestruturado dividido em duas partes: caracterização sociodemográfica dos participantes e roteiro de entrevista individual. Os sujeitos da pesquisa foram dez enfermeiras e a coleta de dados ocorreu no setor de cirurgia pediátrica de uma instituição pública de saúde do município do Rio de Janeiro, Brazil.

Resultados: As diferenças biológicas entre os corpos não determinam o comportamento social das pessoas nem sua performatividade. O gênero e o desejo não estão na aparência dos genitais, fato já largamente comprovado pelas pesquisas científicas de âmbito nacional e internacional. O envolvimento da academia, da sociedade e do Estado na garantia de direitos a esta população deve incluir como princípios fundamentais: a) a equidade no plano dos direitos humanos e do acesso a serviços; b) a integralidade das práticas do campo social e de saúde; e c) a preservação da dignidade humana.

Neste contexto, qualquer produção científica, ainda que não empírica, se torna responsável tanto pela estigmatização quanto pela inovação e ruptura de antigas normalizações dos corpos, gênero e sexualidade humana. O cuidado culturalmente adequado é um conceito que deve nortear a atuação da enfermeira que presta cuidado às crianças intersexuais e suas famílias. A enfermagem se torna imprescindível na facilitação da aproximação da criança e da condição do mesmo com os pais e as ações de saúde por parte dos serviços de saúde devem reciclar os seus conhecimentos, reaprendendo o trabalho de atenção em saúde a partir de dinâmicas relacionais, somando entre si os diversos conhecimentos, superando, assim, suas limitações ideológicas.

PALABRAS CLAVE: Criança. Enfermagem. Anormalidades congênitas.

Aflições de uma recém-sexóloga atropelos, insucessos e redenção

Meireles Alexandre, C. L.
Contacto: caumeireles@uol.com.br

A escrita desse trabalho se baseia na trajetória de uma recém-sexóloga, a qual segue a linha racional, emotivo, comportamental e faz uso de um prontuário semi-estruturado. Ela sabe de tudo teoricamente e até teve uma aplicação bastante razoável durante as supervisões na academia, mas com o paciente real, nos limites de seu próprio consultório, esquece tudo. Uma trajetória de erros, ajustes e acertos. Por fim, com base em seus atropelos, insucessos e redenção ela sugere 14 passos imprescindíveis para atuar na sexologia clínica sem tantos atropelos.

PALABRAS CLAVE: Erros de uma recém-sexóloga.

Avaliação das prioridades de treinamento em sexualidade para profissionais de enfermagem: Construção e validação de um instrumento de medida

Cesnik-Geest, V. M; Zerbini, T.
Contacto: vmcesnik@gmail.com

A literatura evidencia que os profissionais de enfermagem não estão capacitados para lidar com questões de sexualidade no contexto hospitalar. Como a educação sexual pode auxiliar nesta demanda? Como saber qual conteúdo é prioridade para oferecer em treinamento? É importante investigar inicialmente quais competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) são necessárias para o bom desempenho dos profissionais de enfermagem na temática da sexualidade. Em seguida é possível identificar quais são aquelas que necessitam de treinamento. A metodologia da área de Avaliação de Necessidades de Treinamento (ANT) da Psicologia Organizacional e do Trabalho mostra-se como uma estratégia adequada para investigar essas lacunas de competências que serão foco de ações educacionais. Dessa forma, o presente trabalho teve como objetivo construir um instrumento de avaliação de Necessidades de Treinamento de profissionais de Enfermagem na área da Sexualidade (NTES). Os itens do NTES foram elaborados a partir de entrevistas semiestruturadas com profissionais de enfermagem dos níveis técnico e superior de um hospital-escola de alta complexidade do interior do estado de São Paulo, no Brasil.

Orientações psicométricas da literatura foram seguidas para construção de itens com maior precisão, validade e confiabilidade. As entrevistas individuais tiveram duração média de 30 minutos nas quais houve registro simultâneo das informações. Esta estratégia metodológica foi realizada com amostra de 20 profissionais de enfermagem das diversas áreas da organização hospitalar alvo durante o horário de trabalho. Nestas entrevistas foi apresentada a tarefa para o participante descrever as competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) necessárias ao atendimento eficaz dos pacientes em relação às questões ligadas à sexualidade. Em seguida, os itens foram submetidos à validação semântica por outros profissionais de enfermagem que avaliaram cada item quanto à precisão, clareza e objetividade, bem como quanto à adequação das instruções da escala. As modificações sugeridas foram avaliadas e os itens, então, reelaborados.

A versão final do conjunto de itens de avaliação de necessidades de treinamento de profissionais de enfermagem na área da sexualidade foi submetida à validação por juízes, que consistiu na avaliação por

especialistas das áreas de enfermagem, sexualidade e psicologia organizacional e do trabalho para adequação do instrumento produzido. Após os ajustes sugeridos no processo de validação semântica e por juízes, cumpriu-se o objetivo da construção do instrumento em questão e este foi aplicado em 223 profissionais de enfermagem da mesma organização hospitalar. O instrumento apresenta uma lista de competências ligadas à sexualidade (para profissionais de enfermagem) e duas escalas para serem pontuadas: 1) Importância (quão importante é aquela competência para o seu trabalho); 2)Domínio (quanto domínio tem naquela atividade). Competências pontuadas com alta importância e domínio baixo são prioridades de treinamento para os participantes. Esta metodologia para identificação das prioridades de treinamento pode ajudar no desenvolvimento de programas de educação sexual para toda a área da saúde.

PALABRAS CLAVE: Educação Sexual. Avaliação de Necessidades de Treinamento. Formação Profissional. Sexualidade. Saúde.

Consumo de pornografía online y violencia sexual. Evaluación de la evidencia científica

López-del Burgo, C.; Guinea Barrilero, E.; Osorio, A.; Lupo, C.; de Irala, J.

Contacto: cldelburgo@unav.es

Introducción: La violencia de pareja es un grave y prevenible problema de salud pública que afecta a millones de personas en todo el mundo. Se define como el uso de la violencia física, sexual, acoso o agresión psicológica por parte de una pareja. La violencia sexual comprende todo acto sexual, o tentativa de consumar un acto sexual, cometido por otra persona sin el libre consentimiento de la víctima o contra alguien que es incapaz de consentir o rechazar.

En España, según la Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015, el 15,5% de las mujeres >16 años refiere haber sufrido violencia física, sexual o miedo de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida.

Según el World Report on Violence and Health, de la OMS, y los CDC (Centers for Disease Control and Prevention) de EEUU, existen factores de riesgo asociados a la violencia sexual de tipo individual, relacional y social. Entre los factores de riesgo individuales se encuentra el consumo de pornografía.

En la actualidad existen >200 millones de páginas web de acceso a material pornográfico. Según un estudio, la mayoría de las películas pornográficas más populares contienen agresiones sexuales dirigidas fundamentalmente hacia las mujeres, sin que reaccionen a ella o incluso respondiendo con placer (Bridge et al, 2010). Diversos investigadores advierten sobre el efecto perjudicial de la pornografía en los pensamientos, actitudes o comportamientos de los consumidores especialmente si incluye contenidos de tipo agresivo (Malamuth et al, 2000; Mulac et al, 2002; Vega&Malamuth, 2007).

Objetivo: Analizar la literatura científica disponible sobre la relación entre el consumo de pornografía online y la violencia sexual.

Métodos: se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed, Google Scholar, y Web of Science. Se obtuvieron artículos procedentes de revisiones sistemáticas recientes, bibliografía de algunos estudios, editoriales y páginas web. Tras la identificación de los artículos, se valoró la calidad de los estudios tanto de los que encontraban asociación como de los que no, siguiendo los criterios de la calidad de la evidencia del U.S. Preventive Services Task Force.

Resultados: de todos los resultados obtenidos, se preseleccionaron un total de 49 artículos por su contenido directo o indirecto con la temática de estudio. Se encontraron 6 metaanálisis, 13 revisiones cualitativas, 5 estudios descriptivos,

6 estudios longitudinales, 1 estudio experimental, 2 artículos de opinión y 1 artículo que contenía 2 estudios transversales y 1 experimental.

Los metaanálisis publicados hasta la fecha, tanto de estudios longitudinales como transversales, concluyen que el consumo de pornografía se asocia con actitudes partidarias de la violencia sexual y con agresiones, tanto en delincuentes sexuales como en población general.

Los estudios transversales mostraron en su mayoría asociación entre el consumo de pornografía y la violencia sexual, asociación mediada en parte por rasgos de personalidad específicos.

Los estudios longitudinales, realizados en adolescentes y universitarios, encontraron una asociación significativa entre el consumo de pornografía y la probabilidad de cometer una agresión sexual.

Discusión: Se han propuesto diversos modelos y teorías del comportamiento sobre cómo se llega a la agresión sexual. En todos ellos la pornografía se presenta como un factor de riesgo, ya que interviene en la manera de ver a la mujer y en las relaciones sexuales (Malamuth, 2003; Thompson et al, 2011). Aunque existen ciertas limitaciones metodológicas que dificultan la investigación sobre los efectos de la pornografía (como el sesgo de inaceptabilidad social), cada vez son más numerosos los estudios científicos acerca de los problemas asociados a su consumo (Suris et al, 2014; Chang et al, 2014; Voon et al, 2014; Love et al, 2015; Hald&Malamuth 2015; Wéry&Billieux 2016).

Ante estas evidencias, podría plantearse que los programas de prevención de la violencia sexual incluyeran medidas educativas sobre el consumo de pornografía, explicando sus consecuencias y proponiendo estrategias preventivas. Sin embargo, un inconveniente para implementar estas medidas es la gran aceptabilidad que tiene la pornografía en la sociedad y el desconocimiento de sus efectos negativos tanto a nivel personal como en las relaciones de pareja. Actualmente existen plataformas de divulgación general sobre los riesgos reales de la pornografía (por ejemplo, www.yourbrainonporn.com).

Conclusiones: La evidencia científica indica la existencia de una asociación entre el consumo de pornografía y la violencia sexual, que estaría influenciada por factores personales y ambientales. Para prevenir eficazmente la violencia sexual es necesario trabajar sobre los diversos factores de riesgo que conducen a ella, aportando a la población las herramientas necesarias para evitar dichos riesgos, o en su defecto, para minimizar sus efectos. El consumo de pornografía es uno de esos factores de riesgo sobre los que habrá que poner atención.

PALABRAS CLAVE: Violencia sexual. Violencia de pareja. Violencia de género. Pornografía.

Utilización de artículos eróticos (juguetes sexuales) como herramientas para la intervención en terapia sexual

Godoy Peña, P. S.

Contacto: scarllett.godoy@gmail.com

Desde la edad temprana, el ser humano ha recurrido al juego, utilizando artículos, utensilios o juguetes, además de la fantasía, para divertirse y desarrollarse, siendo una actividad inherente en las personas (Pérez, 2010). En un Artículo publicado el 2006, Bellester y Gil, mencionan que a medida que los niños crecen, también comienzan a explorar, demostrando curiosidad sobre las partes del cuerpo y temas referentes a sexualidad; los niños expresan su sexualidad a través de la masturbación y de experiencias o contactos sexuales con otros niños, a veces del mismo

sexo. Además buscan la excitación a través de las fantasías sexuales y del uso de material erótico.

Cuando comenzamos nuestra vida sexual, exploramos formas más eróticas y sensuales al jugar, con el fin de aumentar nuestra imaginación y encontrar así el placer, por lo que, el juego sexual permite conocernos y, cuando éste autoconocimiento se traspasa y se comparte con la pareja, a través de una comunicación sexual efectiva, puede contribuir de manera positiva a la calidad de las relaciones sexuales (Nina, 2008).

Cuando existen disfunciones o dificultades tanto en el autoconocimiento, autosatisfacción sexual o para encontrar placer con el otro, es cuando los artículos eróticos, y su posible uso, hacen una invitación a ampliar el repertorio de herramientas clínicas actuando como medio facilitador. (Rubio, 2014).

A través del siguiente estudio, se darán a conocer los tres artículos eróticos sexuales más comúnmente utilizados y recomendados por profesionales en el área de la salud física, mental y sexual; los cuales son: el dildo a veces llamado consolador o vibrador, las bolas chinas, y el anillo peneano, junto con los beneficios de la utilización de lubricantes íntimos.

Es importante señalar la urgencia de derribar tabúes, y prejuicios por parte de los profesionales que trabajan en el área de la psico-educación y de terapia sexual, en relación con los adminículos mencionados, y la obligación que se tiene, como profesional, de mantenerse informado y actualizado para ofrecer un abanico de posibilidades reales y efectivas de ayuda a sus dificultades, sobre todo, cuando éstas pueden aminorar considerablemente el período de tratamiento o aumentar su efectividad, abarcando los intereses propios de los pacientes o incorporando en ellos un nuevo lenguaje y bagaje de cultura sensual y sexual como forma de autoconocimiento, autoexploración y/o ejercitación. Así mismo, es necesario estar informado de forma objetiva, efectiva y fehaciente para dar respuesta a posibles inquietudes de los mismos pacientes consultantes en cuanto a alternativas, formas de uso, recomendaciones y/o contraindicaciones de los juguetes sexuales, respetando de este modo los intereses personales y utilizando, en favor de la terapia, la diversidad de alternativas existentes.

A continuación, se describen los artículos mencionados, conocidos popularmente como "juguetes sexuales" que, pueden o no ser utilizados en conjunto con lubricantes íntimos.

Satisfacción sexual y esquemas maladaptativos tempranos del área de la autovaloración en adultos jóvenes de la ciudad de Medellín

Díaz Soto, C.M.; Álvarez Posada, J.

Contacto: cecilia.diaz.soto@gmail.com

La presente investigación describe la relación entre la presencia de esquemas mal adaptativos tempranos del área de la autovaloración y el índice de satisfacción sexual en adultos jovenes, hombres y mujeres con preferencia heterosexual, del área metropolitana de Antioquia. La investigación fue de tipo no experimental, de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 302 sujetos entre los 18 y los 39 años. Para la medición de las variables se utilizó el índice de satisfacción sexual ISS y el Cuestionario de esquemas de Young, encontrándose relaciones estadística y clínicamente significativas entre los esquemas maladaptativos tempranos del área de la autovaloración y la satisfacción sexual, principalmente el de Defectuosidad /Inamabilidad en las mujeres y el de Pena/Vergüenza en los hombres.

La satisfacción sexual es un tema de interés de estudio propio de la psicología, pero que ha sido abordado por la medicina ginecológica y urológica en nuestro país, debido a la falta de profesionales en psicología que se dedican a la consulta sexológica, según el reporte, de una población de aproximadamente cuarenta y cinco mil psicólogos que laboran en este país el 0,4% trabajan en psicología sexológica. (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2012).

La prevalencia de disfunciones sexuales femeninas en Medellín- Colombia es de un 30% aproximadamente (Echeverri , Arango, Castro , & Raigosa, 2010), siendo una queja frecuente en la consulta ginecológica (Londoño & Echeveri, 2012) Y EN hombres se conoce que entre los 30 y los 85 años, el 54.33% de la población puede presentar alguna disfunción sexual.

La psicología cognitiva en la actualidad tiene interés en abordar las dificultades relacionadas con la sexualidad, para ello se han generado escalas de medición psicológica en los que se valora aspectos asociados a la relación de pareja y la vida sexual. Así mismo los postulados teóricos cognitivo afectivos están permitiendo la comprensión de fenómenos relacionados con el vínculo entre seres humanos y las interacciones sociales los cuales están predispuestos no sólo por las experiencias tempranas, sino por la manera como se construye la realidad y como se instauran esquemas cognitivos que modulan la conducta.

PALABRAS CLAVE: Esquemas mal adaptativos tempranos. Autovaloración. Satisfacción sexual,. Psicología cognitiva-afectiva. Sexología.

POSTER

1

Abuso sexual intrafamiliar na adolescência

Rex, K. M; Tavares, E. F.

Contacto: marlirex@yahoo.com.br

Introdução: O abuso sexual intrafamiliar é um problema de saúde pública e desafia a ciência psicológica, por apresentar-se de forma multifacetada e envolver abusadores do espaço doméstico e relações e vínculos afetivos muito próximos.

Objetivo: Este estudo tem por objetivo apresentar fragmentos de um caso clínico de uma adolescente que sofreu abuso sexual intrafamiliar e que passou por atendimento psicológico. Este trabalho possui contribuições e o olhar da prática clínica psicológica, fundamentado em teorias da psicologia, com discussões a partir da abordagem qualitativa. Metodologia: Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin para descrição dos conteúdos manifestos, linguagem e entrelinhas.

Os instrumentos utilizados foram: entrevistas, observações do comportamento, diálogos ocorridos com os membros familiares e sessões de psicoterapia com a adolescente. Os resultados foram interpretados a partir da construção de três categorias temáticas: 1ª) Cuidar e abusar; 2ª Poder e abuso e, 3ª) Abuso e rompimento de laços familiares.

Resultados: Na primeira temática, o abuso sexual produz um dano psicológico irreparável na vítima, uma vez que o padrasto abusador aproveita-se da situação dizendo para a adolescente que ela precisa respeitar e fazer o que ele pede e, enquanto cuidador aproveita para amolestar e abusar, principalmente, na ausência da mãe. Neste sentido, observamos que o abusador dá carinho e aproveita-se da situação, dizendo para a adolescente que está ensinando ela, como neste relato: "você já está mocinha e, eu vou te ensinar coisas de namoro [...], se você for querida comigo, vou mostrar coisas que a tua mãe não te conta". A adolescente também referiu várias vezes que o abusador dizia ser pai e que podia ensinar sexo, pois estava educando ela. O abuso sexual intrafamiliar perpetrado por padrastos, também se configura como uma relação incestuosa e, é uma forma ativa de maltratar os adolescentes, expondo-os à estimulação sexual, muitas vezes ocorre de forma silenciosa e tende a ser contínua e progressiva, iniciando por atitudes como carícias até chegar ao coito.

Na segunda temática sobre poder e abuso, é nítida a violência que a adolescente enfrenta quase que diariamente, o poder de pai/padrasto na ausência da mãe sobre a adolescente é claramente observada nestas falas "se você não for bonzinha comigo e não fazer o que te peço, quando a tua mãe chegar do trabalho, vou dizer que você não fez nada em casa e só me desrespeitou [...], mas se você fizer tudo direitinho e deixar eu dormir contigo, te abraçar, fazer carinho, vou ser bem bonzinho, vou elogiar você pra tua mãe, mas você não pode contar nada, isso é um segredo, eu cuido de você". Aqui cuidar e abusar são duas facetas difíceis para a adolescente, o abusador gera a síndrome do segredo e da adição, que ao mesmo tempo, gera proteção do agressor à criança, mas proporciona que o abusador a use para obter excitação sexual.

A terceira temática trata do abuso e rompimento de laços familiares, neste caso citado, houve o rompimento quando o próprio abusador coloca a mãe contra a filha, pois em momentos que ela não aceitava a relação com o abusador, este falava mal da adolescente, dizendo que a mesma não fazia nada, como neste depoimento: "se você for boazinha comigo e deixar eu ficar com você, vou te elogiar pra tua mãe, e se você não me obedecer, vou falar pra ela que você apronta e sai por ai enquanto ela trabalha. Na frente da mãe, era uma coisa e quando ela ia trabalhar, ele ficava em casa, colocava música e vinha na minha cama se esfregar, tinha nojo". Nesta outra fala a adolescente diz: "ele mentia pra minha mãe e ela brigava comigo, até que sai de casa". Aqui o abusador rompe os laços entre mãe e filha, causando consequências irreparáveis, a adolescente passa a ser a causa da separação e

rompimento dos vínculos familiares, ao invés de ser o abusador apontado como culpado, quem termina com o sentimento de culpa é a adolescente.

Conclusões: Conclui-se que a mãe era passiva e ausente, falhou em não proteger a filha, o padrasto oportunista mantinha uma relação de poder familiar e a tinha como objeto de satisfação sexual. A dor, o medo e a rejeição levaram a adolescente a uma fuga do lar. As sessões de psicoterapia, possibilitaram a vítima uma recuperação da autoestima, porém as consequências psicológicas do abuso sexual comprometerão a vida desta menor. A complexidade do problema exige intervenções mais complexas com acompanhamento da família e dos órgãos de proteção para minimização dos prejuízos psicológicos. Por fim, este estudo tem a intenção de disponibilizar aos profissionais de saúde, vítimas e familiares, maior acesso ao universo sombrio do abuso sexual.

PALABRAS CLAVE: Abuso. Sexual. Intrafamiliar. Adolescência.

2

Adaptación de la Encuesta Nacional de Salud Sexual (2009) para personas con discapacidad física

Ponsa Masana, M; Botella García del Cid, L.; Sánchez Ruiz, E.

Contacto: myriampm@blanquerna.url.edu

La Encuesta Nacional de Salud Sexual (ENSS 2009) fue la primera encuesta poblacional de salud sexual española y supuso dos saltos cualitativos, en relación a otras encuestas existentes como la de Irlanda, Francia o Suecia: la inclusión de género en el diseño y una visión menos globalizadora de la sexualidad. El Observatorio de Salud de la Mujer (OSM) fue el encargado de crearla, a partir de la revisión de estudios realizados por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), el Instituto Nacional de Estadística (INE) y otros estudios de la Comunidad Valenciana o países como Irlanda, Gran Bretaña y Francia.

El objetio principal de la ENSS (2009) es la obtención de información en relación a la salud sexual de la población española para poder identificar, cuales son las necesidades, y plantear acciones, dentro del eje de Salud Sexual de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Sistema Nacional de Salud.

La ENSS (2009) se presenta como un cuestionario dirigido a la población mayor de 16 años que consta de 69 preguntas divididas en 6 bloques temáticos: diagnóstico sobre el tipo de información sexual que la población desea y los canales a través de las cuales le gustaría obtenerla; las experiencias sexuales de las persones entrevistadas, sus motivaciones, expectativas, sentimientos y situaciones de violencia; la información para deconstruir la dicotomía en torno a la identidad de sexo-género y las opciones sexuales desde el modelo de la socialización diferencial de género; el nivel de deseabilidad y fantasías sexuales, las posibles fuentes de satisfacción e insatisfacción sexual; y las consultas realizadas a personas de entorno y/o profesionales del ámbito socio-sanitario en relación a la salud sexual. Las preguntas se sitúan en la primera relación sexual y las relaciones sexuales durante los últimos 12 meses. En relación a las variables sociodemográficas se recogen las propias de los estudios del CIS y las propuestas por la OSM, consideradas necesarias desde un enfoque de género como: trabajo no remunerado, labores de cuidado de otras personas sin remuneración, número de horas dedicadas a estas labores, y apoyo afectivo y personal.

La ruta de aplicación de la ENSS (2009) partió de la formación de coordinadores territoriales que, a su vez, formaron a los encuestadores que aplicaron el cuestionario en los hogares. Debido al carácter íntimo y sensible de las preguntas y buscando la mayor sinceridad, se realizó un método mixto de administración: una parte

exclusivamente realizada por encuestadores y otra autocumplimentada en papel. Una de las limitaciones fue la necesidad de la presencia de otra persona (encuestador) para el cumplimento del cuestionario, pudiendo disminuir el nivel de sinceridad en las respuestas.

Dentro de la ENSS (2009) se hace referencia a la discapacidad únicamente en las pregunta 9 y 46. En la pregunta 9, sobre si la persona se ha sentido discriminada, respondieron afirmativamente 34 (0,7%) hombres y 25 (0,5%) mujeres por padecer una discapacidad. En la pregunta 46, sobre qué tipo de trastornos o enfermedades padecen, declararon tener alguna enfermedades neurológica (ej.: esclerosis múltiple), 48 (1%) y 110 (2,2%), respectivamente.

Según las cifras de la Base Estatal de Datos de Personas con valoración del Grado de Discapacidad, el 6,2% de la población española presenta un grado igual o superior al 33% de discapacidad; estos datos ponen de manifiesto la poca representatividad de dicho colectivo en la ENSS (2009).

Por estas razones, se creyó necesario ampliar y modificar la ENSS (2009) adaptándola a la población con discapacidad física. Dado que la encuesta se llevaría a cabo en Cataluña, se decidió realizar el proceso de traducción y retro-traducción, a la lengua catalana. El resultado fue la Enquesta de Salut Sexual per a Persones amb Discapacitat Física (ESSPDF 2016).

Uno de los primeros puntos a modificar en la ENSS (2009) fue que los enunciados de las preguntas permitieran que el sujeto, para responder, se situara en el momento de la adquisición de la limitación, ya que se hablaría de una nueva vivencia sexual. En relación a los datos socio-demográficos y clínicos, se amplió con: tipo de lesión, momento en que se adquirió, y grado de autonomía y de sensibilidad. En el bloque de obtención de satisfacción sexual se incluyó la masturbación.

En relación a la metodología de aplicación de la ESSPDF (2016) se utilizó exclusivamente el autocumplimiento, para mantener la intimidad y aumentar la sinceridad de los sujetos. El cuestionario se digitalizó y se envió el acceso (enlace web) por correo electrónico a la población de estudio, permitiendo a los sujetos con limitaciones motoras poder responder con sus propios dispositivos.

PALABRAS CLAVE: Salud Sexual. Discapacidad. Diversidad funcional.

3

Agomelatina: un antridepresivo sin deterioro de la respuesta sexual

Sapetti, A; Sehikman, M; Ghedin, W.; Ravassi C.

Contacto: asapetti@websail.com.ar

Este es un estudio abierto, naturalístico, observacional sobre al acción de la agomelatina en la respuesta sexual. Las disfunciones sexuales debidas al uso de antidepresivos son comunes y pueden llevar a la no aceptación del fármaco o a la deserción del tratamiento. Pacientes medicados con diferentes antidepresivos consultan por libido disminuida, retardo orgásmico (en ambos sexos), disfunción eréctil o menor lubricación vaginal, pudiendo empeorar en pacientes con historias previas de disfunciones sexuales.

Agomelatina por su diferente acción farmacológica (agonista de los receptores melatoninérgicos MT1 y MT2 con propiedades antagonistas de los receptores 5-HT2C; no posee afinidad por los receptores α-adrenérgicos, β-adrenérgicos, histaminérgicos, colinérgicos, dopaminérgicos ni benzodiazepínicos) no produciría efectos secundarios en el área sexual según reportan diferentes trabajos clínicos.

PALABRAS CLAVE: Agomelatina. Disfunciones sexuales. Antidepresivos. Eventos adversos.

4

Comportamiento sexuales de riesgo en universitarios, motivos y situaciones biológicas y sociales relacionadas

Cruz Bojórquez, R.M., Ávila Escalante, M.L., Santana Carvajal, A.M.; Solís Pérez, R.

Contacto: cruzr465@yahoo.com.mx

Introducción: Los jóvenes experimentan cambios a nivel psicológico y social (Lumbreras, et al., 2010). En esta etapa de la vida, suele aumentar el interés por el sexo y darse las primeras relaciones sexuales. Como se ha reflejado en diversos estudios (Gonzáles y Pérez, G, et al., 2010; Pérez, D. y Fonseca, C., 2011; Hurtado de Mendoza, M.T. Y Olvera, J., 2013; Cortes, A., García , R. y Ochoa, R., 2015) el inicio temprano de las relaciones sexuales está relacionado con el mayor número de Infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados, que actualmente afectan a un porcentaje importante de jóvenes, siendo la principal vía de prevención la práctica de relaciones sexuales con protección, la cual no sucede en muchas parejas, debido mayormente al desconocimiento, falsas creencias, el no tener una pareja estable y en otros casos al rechazo en el uso de los mismos por las barreras sociales, psicológicas y de comportamiento, los cuales son causados mayormente a la falta de comunicación por parte de los padres y maestros.(Valdez Montero, C., et al., 2015)

Objetivo: Identificar los comportamientos sexuales de riesgo de estudiantes universitarios, los motivos y las situaciones biológicas y sociales relacionadas.

Metodología: Estudio descriptivo con estudiantes universitarios que aceptaron participar respondiendo el Instrumento para la Evaluación de Variables Psicológicas y Comportamientos Sexuales de Riesgo, elaborado y validado en población mexicana por Piña, J.A., Robles, S. y Rivera, B.M.(2007).

Resultados: Participaron 221 estudiantes universitarios del primer año de las licenciaturas de Medicina (75.1%), Nutrición (12.7%) y Rehabilitación (12.2%) de la Facultad de Medicina, de la Universidad Autónoma de Yucatán. Con una media de edad de 18.68 años, de los cuales el 51.1% fueron del sexo masculino y el 48.9% del femenino.

Se encontró que la primera conducta sexual de riesgo (CSR) identificada fue la edad de inicio de las relaciones sexuales con penetración (RSCP), (27.7% de la población) ya que fue en promedio a los 16.7 años, con mayor proporción en los hombres (60.0%) que en las mujeres (30.1%).

El motivo más determinante para tener RSCP fue tener una relación afectiva con la pareja con el 42.7% y en segundo término la atracción física con 24.6%.

La situación biológica más determinante fue estar excitado(a) fue del47.3% tanto en hombres como en mujeres. Y estar a solas en un lugar privado con la pareja, fue la situación social más determinante con el 73.2% para el inicio de su vida sexual activa tanto en hombres como en mujeres.

La segunda CSR encontrada fue el no utilizar preservativo en su primera RSCP. Si bien la mayoría de los estudiantes que participaron (81.8%) mencionaron si hacerlo, sin embargo el 18.2% de los jóvenes todavía arriesgan su vida.

El motivo más determinante para que los estudiantes utilizaran el preservativo en sus RSCP fue evitar una enfermedad de transmisión sexual (ETS) que fue del 52% y en segundo término, evitar un embarazo (44%). Para los que no utilizaron preservativo, el motivo más determinante fue no contar con uno en ese momento (45.8%), en segundo término, porque le resta sensibilidad y placer a la relación (18.5%).

La tercera CSR fue haber tenido RSCP con múltiples parejas; el 52.6% de la población que mencionó haber iniciado su vida sexual reconoció haberlo hecho con varias parejas; más de la mitad de ellos (52.8%) lo ha hecho con

parejas ocasionales, es decir que no conocían o conocían poco, en mayor proporción los hombres que las mujeres (37.3% y 86.2% respectivamente).

El sentir atracción física por la persona (52.7%), fue el motivo más determinante, mientras que en segundo término, fue la oportunidad de tener relaciones sexuales (6.0%).

De las situaciones biológicas, el 70.7% de los universitarios eligieron como la más determinante el estar excitado(a) y en segundo término las mujeres (11.7%) reportaron estar bajo los efectos del alcohol. La situación social más determinante fue estar a solas con la persona en un lugar privado, situación que se da tanto en los hombres como en las mujeres, 41.4% y 23.4% respectivamente.

El 96.0% de la población mencionó haber utilizado preservativo en sus RSCP con parejas ocasionales, sin embargo el 6.0% mencionó nunca haberlo utilizado, siendo del sexo femenino.

El 78.4% mencionó que el motivo más determinante para utilizar siempre preservativo con parejas ocasionales fue evitar ETS, mientras que el 28.7% escogió como segundo plano evitar un embarazo. Los motivos para no utilizar preservativo con parejas ocasionales tanto en hombres como en mujeres (33.3% en ambos sexos) fue que no disponían de uno en ese momento.

El 72.3% de los universitarios participantes afirmó no haber tenido RSCP, de los cuales, el 32.9% fueron hombres y 39.4% mujeres. El motivo más determinante (61.8%) para no hacerlo fue porque quieren tener relaciones con quien estén enamorados y en segundo plano (1.4%) para no adquirir ETS.

De la población de estudio que afirmó no haber tenido RSCP, el 8.2% mencionó haber tenido relaciones sexuales de tipo oral, con su novio(a) o amigo(a).

La cuarta CSR se identificó cuando el 84.6% de los universitarios que tuvieron relaciones sexuales tipo oral no utilizaron preservativo, situación que fue más frecuente en los hombres con un 50.9%, que en las mujeres con un 30.7%.

Conclusiones: La población universitaria del estudio se encuentra en riesgo, a pesar de tener el conocimiento de cómo protegerse. Sin embargo, se exponen, cuando los motivos y las situaciones biológicas y sociales son factibles de prevenir. Por la tanto es importante establecer estrategias en las Instituciones de Educación Media Superior y Superior para apoyar a los estudiantes con el control de manejo de sus emociones y de su sexualidad.

PALABRAS CLAVE: Comportamientos. Sexualidad. Universitarios. Riesgo.

5

Diversidad sexual desde la perspectiva del discurso de jóvenes universitarios(as) chilenos(as)

Charnay Rebolledo, M.; Contreras García, Y.; Donoso Orellana, C.; Bascur Castillo, D.; Alvarado Figueroa, D.; Pérez Wilson, P.

Contacto: mcharnay@udec.cl

Introducción: Contribuir al cumplimiento de los objetivos del milenio implica considerar un enfoque de derechos desde la perspectivas de género, de interculturalidad, de diversidad en su sentido más amplio, es por lo anterior que es imperioso conocer el pensamiento de los jóvenes involucrados directamente en esta necesidad reconocida mundialmente.

Objetivo: Analizar los elementos centrales que surgen en el discurso de jóvenes universitarios frente a la temática de diversidad sexual.

Metodología: estudio cualitativo con análisis de discurso de 37 estudiantes universitarios, n= 25 mujeres (68%); n= 12 hombres (32%) participantes de una asignatura semestral de sexualidad y autocuidado.

El análisis se realiza en base a un foro propuesto en plataforma virtual de carácter

obligatorio, la participación de los estudiantes se gatilla con la lectura de un documento en donde se relevan conceptos claves como son: sexualidad, orientación sexual, diversidad y contexto sociocultural. Se recoge la participación de cada uno de los estudiantes, cinco docentes de la asignatura realizaron un análisis de contenido de manera independiente, luego se determinaron las categorías emergentes observadas en la discusión. Posteriormente se realiza una fusión de los resultados preliminares a partir de la concordancia de las dimensiones.

RESULTADOS:

En la primera etapa de análisis, se trabajó con 11 categorías que son destacadas por los estudiantes para la discusión grupal, sin embargo en un segundo análisis bajo la evaluación de las docentes se reconocen tres grandes dimensiones; la sexualidad como constructo social; la educación sexual y en tercer lugar: diversidad, homosexualidad y entorno social.

1.- La sexualidad como constructo social. La sexualidad se define como "Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales". (OMS); en la discusión los y las jóvenes definen la sexualidad como constructo social, la reconocen en un sentido amplio y complejo dentro de su contexto cultural, enfatizando que "…la dimensión social y cultural en la sexualidad constituye un factor fundamental, ya que prácticas sexuales que en nuestro país nos pueden parecer "anormales" simplemente porque escapan a los patrones de comportamiento que consideramos socialmente correctos, en otras culturas son considerados normales y aceptados por la sociedad". En este mismo sentido perciben los cambios generados en las percepciones sociales al respecto: "Creo que nuestra sociedad cada vez más se ha ido abriendo en aceptar y respetar las identidades de género (…) y debo señalar que las nuevas generaciones, niños y jóvenes aceptan de mejor manera la orientación sexual de los demás".

2.- La educación sexual se define como "un enfoque culturalmente relevante y apropiado a la edad del participante, que enseña sobre el sexo y las relaciones interpersonales a través del uso d información científicamente rigurosa, realista y sin prejuicios de valor. La educación en sexualidad brinda a la persona la oportunidad de explorar sus propios valores y actitudes y desarrollar habilidades de comunicación, toma de decisiones y reducción de riesgos respecto de muchos aspectos de la sexualidad" (UNESCO et. al. Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad, 2010)

Los y las jóvenes reconocen su limitada formación en este ámbito lo que se explica por una deficiente educación sexual: "al leer los textos de este tema, me di cuenta que habían muchas definiciones que desconocía, tal como la diferencia entre identidad sexual e identidad de género, nunca pensé que serían dos cosas distintas y que una incluía la otra, y esto se debe a que en mi colegio, nunca se le dio importancia a estas definiciones y solo se habló de ellas en la enseñanza media en un par de charlas y nada más". En ese mismo sentido, reconocen la urgente necesidad de mejorar la educación sexual en Chile.

3.-Diversidad sexual , homosexualidad y entorno social: La sexualidad como aspecto básico de la vida humana, considera distintas dimensiones. Los y las jóvenes reconocen esta diversidad y la necesidad de transformar las percepciones sociales.

Asimismo, los y las jóvenes reconocen un impacto negativo de los medios de comunicación en la mantención de los estereotipos y prejuicios hacia la diversidad sexual: "si bien han disminuido su discriminación directa, considero personalmente que lo siguen haciendo a través del uso del estereotipos". Además identifican la participación de instituciones y fuerzas

sociales como la religión, la ciencia y el Estado como agentes que han contribuido históricamente y a través de prácticas concretas a la estigmatización de la homosexualidad.

Es relevante hacer notar que ellos plantean que el respeto y la tolerancia debiera ser algo dado y que es lamentable que se deba legislar al respecto. En relación a esto, hacen también un llamado a la tolerancia y aceptación señalando que "es de gran importancia que como país avancemos en materia de tolerancia a las personas que presentan una identidad de género distinta a su sexo biológico o una orientación sexual que no sea la heterosexual, de la misma forma en que hemos aprendido con el tiempo a que se debe respetar a quienes piensan distinto a nosotros".

CONCLUSIONES. En general se encontró en los y las estudiantes un discurso homogéneo en torno a los temas abordados en el foro, lo que da cuenta de un cambio generacional en que la sexualidad está adquiriendo nuevos significados. Los estudiantes poseen una visión holística de la sexualidad y en su ejercicio se muestran respetuosos de las diferencias. Describen la sexualidad como construcción sociocultural sujeta a una gran variabilidad. Llama la atención en nivel de reflexividad y de fundamentos de sus intervenciones o discursos que reflejan una preocupación por estudiar y construir argumentos en torno a este tema.

PALABRAS CLAVE: Diversidad. Sexualidad. Educación sexual. Entorno sexual.

6

El embarazo en adolescentes como causa de deserción escolar en México

Villanueva Garciacano, A.

Contacto: adrianavillanueva2509@gmail.com

Los estudiantes de Bachillerato en México, comprenden una población entre los 15 y 19 años. Para ingresar al Bachillerato es necesario que los estudiantes hayan concluido con la educación secundaria que les expide un certificado de acreditación. Existen diferentes tipos de Bachillerato en México: El bachillerato general o propedéutico y el bachillerato tecnológico.

En México la Secretaría de Educación Pública (SEP), define a la deserción escolar como: "El abandono de las actividades escolares antes de terminar algún grado educativo" (SEP, 2012) (Ruiz, 2014). Dentro del sexto informe de labores de la SEP (2012), Se tuvo que en el ciclo escolar 2011-2012, más de 620 mil jóvenes abandonaron la Educación Media Superior en México. Ello representa una pérdida de un promedio de 3,120 personas por cada día del calendario oficial.

En la Encuesta Nacional de Deserción en la Educación Media Superior realizada en el 2012, se reportó que al 15.8% de los desertores y al 2.7% de los que no lo son, dejaron sus estudios por haber embarazado a alguien o porque tuvieron un hijo. En particular, el 23.8% de las jóvenes se embarazó o tuvo un hijo mientras estudiaba el nivel medio. El 15.2 se casaron cuando estudiaban la Educación Media Superior. El 4.7% de los desertores menciona que embarazarse, embarazar a alguien o tener un hijo fue la principal razón para desertar, mientras que el 17.5%, la consideran entre las tres principales razones.

Es importante destacar que mientras los jóvenes estudian el Bachillerato deben obtener una educación sexual de calidad para poderla llevar a práctica en su vida cotidiana, debido a que se encuentran en un periodo de desarrollo cognitivo y sexual. De acuerdo con Rice (1999), se le ha prestado mayor atención al tema de la reproducción humana pero se ha dejado de lado lo que hay en torno a la sexualidad, se debe partir de la idea que sexualidad no es sinónimo de reproducción, y que es deber de los docentes a cargo enseñar este tipo de conocimientos.

La cuestión a preguntar es. ¿Por qué los estudiantes de bachillerato se embarazan?

¿Saben usar correctamente los métodos anticonceptivos? Dentro del contexto familiar, ¿Hay suficiente información sobre educación sexual? ¿Cuál es el papel de la educación sexual en la vida de los estudiantes?

En México en la "Ley General de los derechos de niñas, niños y adolescentes" publicada el 4 de Diciembre del 2014, en el artículo 58 fracción VIII se menciona lo siguiente:

Artículo 58. La educación, además de lo dispuesto en las disposiciones aplicables, tendrá los siguientes fines: VIII: Promover la educación sexual integral conforme a su edad, el desarrollo evolutivo, cognoscitivo y madurez, de las niñas, niños y adolescentes que le permitan a niñas, niños y adolescentes ejercer de manera informada y responsable sus derechos consagrados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en las leyes y los Tratados Internacionales de los que el Estado mexicano sea parte.

A pesar de lo anterior y a través de búsquedas en los diferentes planes y programas de estudio de las materias de Psicología, Higiene mental y Orientación educativa que se existen en el nivel medio superior de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y de la Dirección General de Bachilleres DGB, no se encuentran temas específicos en torno a la enseñanza de la sexualidad, aparecen apartados con dicho nombre pero sólo como un tema general, vistos como complemento de unidad de las diferentes asignaturas.

Los planes vigentes de la Escuela Nacional Preparatoria (ENP) 1996, del Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) 1996 y de la Dirección General de Bachillerato (DGB) 2011, cuyo nombre designado para la institución en el nivel medio es Centro de Estudios de Bachillerato (CEB), tanto en Psicología como en Orientación educativa, le dan poca importancia dentro de sus planes de estudio al tema de sexualidad, retomándolo desde una manera superficial, en la que sólo es un subtema que hay que tratar.

Los estudiantes pasan aproximadamente de 7 a 8 horas en la escuela, esto equivale a un tercio del día, los alumnos asisten a diferentes clases en donde la mayor carga académica la tienen las materias de Matemáticas y Español, por el contrario, Psicología y Orientación Educativa (en donde de manera breve se abordan los temas de sexualidad) no forma parte de la currícula con mayor porcentaje de créditos.

El Instituto de Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), dio a conocer que en año 2012, el 19.2% de los nacimientos en el país fueron de mamás adolescentes. De acuerdo con Fainsod (2005), el que un estudiante de Bachillerato se embarace (tomando en cuenta ambos sexos) es sinónimo de rezago educativo, teniendo como consecuencias, problemas de salud, económicos y sociales. Tomando en cuenta que las posibilidades que los estudiantes se reincorporen a sus estudios son escasas.

Propuesta para mejorar la educación sexual

Con base en los trabajos de (Atienzo, 2014), (Puentes, 2011) y (Villalobos, 2015) Se buscará dar talleres de 10 horas a los estudiantes dentro de los primeros cuatro semestres de Bachillerato que son donde se presentan los mayores casos de embarazos, cuyo objetivo será: Diseñar y evaluar una estrategia de enseñanza para el estudio de la sexualidad, que promueva la toma de decisiones informada para ejercer una sexualidad segura.

Metodología:

Talleres de 25 personas.

Se dará al inicio un cuestionario diagnóstico en donde se evalúe si el estudiante cuenta con los conocimientos suficientes sobre sexualidad para su edad y nivel académico

Será para grupo máximo de 25 alumnos de la materia de Orientación Educativa (es en esta materia donde se abordan de manera breve los contenidos en torno a sexualidad)

Procedimiento: Se trabajará en el salón de clases en el horario de la materia de Orientación Educativa.

Se realizará una evaluación inicial de los conocimientos de los alumnos.

Se trabajará con la propuesta de enseñanza diseñada. Se evaluará el aprendizaje de los alumnos a lo largo de las sesiones de trabajo y al final del tema.

Posteriormente se llevará acabo segunda evaluación al siguiente semestre para conocer el impacto del trabajo realizado en los estudiantes.

PALABRAS CLAVE: Embarazo. Adolescentes. Deserción. Bachillerato. Educación. Sexual.

7

El placer, la comida y la sexualidad

Placer Noriega, E.; Flores García, Y.; López de la Llave Rodriguez, A. y Pérez-Llantada Rueda, M. C.

info@saludplacer.com

Resultados del estudio piloto basado en una investigación donde tratamos de conocer las preferencias de los participantes en cuanto a qué alimentos o bebidas tienen para ellos un cierto interés sexual. Indagar sobre la posible relación entre estos alimentos o bebidas, con las actitudes y comportamientos sexuales

8

Estado de la función orgásmica en mujeres adscritas al programa de regulación de la fecundidad en el Cesfam Tucapel de la ciudad de Concepción, Chile

Parra Villarroel, J.; Acuña Calderón, C.; García Zunino, L.; Moya Garrido, K.; Stuardo Estrada, V.; Villalobos Lermanda,C.

Contacto: jaimeparra@udec.cl

Según la "U.S National Library of Medicine" se define orgasmo como una sensación placentera que ocurre tras la liberación de la tensión o excitación sexual, ocurre tanto a nivel físico como a nivel mental y tiene características propias en cada sexo.

De acuerdo con the National Health and Social Life Survey la alteración de la función orgásmica en mujeres norteamericanas alcanza al 35% Se puede considerar dos tipos de anorgasmia 1) Primaria: que hace referencia a las mujeres que nunca han tenido un orgasmo y 2) Secundaria, que hace referencia a mujeres que habiéndolo conseguido una vez, en la actualidad no es posible. La revista NIH Medicine plus, publicó que la estimación de anorgasmia primaria es 15 de cada 100 mujeres que tienen actividad sexual.

Objetivo: Conocer el estado de la función orgásmica en las mujeres sexualmente activas adscritas en el programa de regulación de la fecundidad del CESFAM Tucapel, Concepción, Chile, en el año 2015.

Material y método: Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se aplica una encuesta autoadministrada diseñada para esta investigación a la que se que se le agrega el dominio Orgasmo de los Dominios Evaluadores de Actividad Sexual (DEAS) el cual clasifica la alteración de la función orgásmica en trastorno moderado y severo, a una muestra correspondiente a 124 mujeres de 20 a 34 años, adscritas al Programa de Regulación de Fecundidad del Centro de Salud Familiar de Tucapel, Concepción, Chile. Se evalúa la función orgásmica y se describen otras variables sociales y demográficas, incluyendo edad y estado civil (o relación de pareja).

Resultados: De las 124 mujeres el 83,1% presenta una función orgásmica normal, el 7,3% una alteración moderada, el 0,8% una alteración severa y el 4% una anorgasmia primaria. Un 69,75% manifiesta tener un orgasmo casi siempre o siempre. Un 89% de las mujeres que tiene pareja estable tiene una función orgásmica normal. El 91% de quienes tienen una función orgásmica normal refieren estar sexualmente satisfecha. El 52% de las mujeres con una

función orgásmica normal tiene una función del deseo sexual regular.

Conclusiones: La prevalencia en alteraciones del estado de la función orgásmica en la población en estudio es baja. La satisfacción sexual se relaciona estrechamente con una función orgásmica normal. La función orgásmica se relaciona con una relación de pareja estable. A una mayor alteración del deseo sexual, mayor probabilidad de encontrar una alteración de la función orgásmica.

PALABRAS CLAVE: Orgasmo. Satisfacción sexual. Función sexual. Deseo sexual. Anorgasmia.

9

Estudio del Estado de Salud Sexual en consulta de ginecología

Pérez Martínez ,I; López de la Llave, A; Sánchez Sánchez, F; Villalobos Bécares, C; Santacruz Martín, B.

Contacto: carogonza02@hotmail.com

Dificultades para disfrutar de una vida sexual sana es un motivo de consulta frecuente en las consultas de ginecología general.

La sexualidad es un aspecto fundamental de la calidad de vida de la mujer y es el reflejo de su bienestar físico, psicológico y social.

OBJETIVO: Aplicar en el área sanitaria del Hospital Universitario de Torrejón, en la Comunidad de Madrid, el cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FMS). Conocer, a partir de esta muestra, la prevalencia de disfunciones sexuales en nuestra población con el objetivo de crear una consulta específica para este fin.

PALABRAS CLAVE: Valoración. Estado de salud. Consulta. Ginecología.

10

Experiencia de utilización de metodología B-LEARNING para educar en sexualidad y autocuidado, en pregrado

Charnay Rebolledo, M.; Contreras García, Y.; Donoso Orellana, C.;Bascur Castillo, D.; Alvarado Figueroa, D. y Pérez Wilson, P.

Contacto: mcharnay@udec.cl

Introducción: La asignatura "Sexualidad y Autocuidado" se dicta en la Universidad de Concepción, Chile dando respuesta a una necesidad país y al actual modelo educativo que adscribe la Universidad. Su objetivo es favorecer el aprendizaje activo de los estudiantes, apuntando al fortalecimiento de las competencias genéricas del perfil de egreso de los(as) estudiantes: responsabilidad social y compromiso ciudadano, habilidades para buscar, analizar y procesar información de fuentes diversas, capacidad crítica y autocrítica, compromiso con su medio socio-cultural, valoración y respeto por la diversidad y multiculturalidad.

Es una asignatura de carácter transversal que contextualiza e invita a discutir el desarrollo de la sexualidad y sus conductas fortaleciendo la capacidad de autocuidado individual y colectiva, fomentar el autoaprendizaje en sexualidad y transversalizar la formación de estudiantes en la temática de autocuidado en sexualidad.

La asignatura es de carácter semipresencial y su metodología contempla actividades de lectura dirigida, estudio independiente, preparación de respuesta a foros, por parte de los estudiantes, con interacción en plataforma y tutoría virtual; además se realiza una integración de los contenidos a través de talleres presenciales.

Los objetivos de este estudio son:

1. Conocer la evaluación de la asignatura realizada por los alumnos participantes

2. Analizar el proceso y resultados para reconocer fortalezas y debilidades del programa para establecer mejoras al mismo

METODOLOGIA Y SUJETOS

Estudio cualitativo, de la evaluación realizada por estudiantes que cursaron la asignatura "sexualidad y autocuidado" año 2016. Estos 35 estudiantes cursan diversas carreras de pregrado, como educación, ciencias sociales, ingeniería y ciencias de la salud

RESULTADOS

De la evaluación realizada por las/los estudiantes, se observa que en general existe una alta valoración de las actividades del curso.

De un total de 35 estudiantes que respondieron el instrumento de evaluación aplicado en el año 2016; un 88% señala que la metodología fue atractiva:

"Encuentro que la organización semanal que tuve y el tiempo dedicado a la asignatura fue el adecuado, sobre todo me gustó la participación en foros donde podía compartir mis opiniones y leer las de mis compañeros enriqueciéndome de distintas visiones. Por último este curso me permitió ampliar bastante mis conocimientos en el área de sexualidad y autocuidado"

Un 97% señala haber aumentado sus aprendizajes en el ejercicio de una sexualidad responsable:

"Me gustó mucho la calidad de la información, realmente puedo decir que aprendí bastante".

Un 91% evalúa como adecuada la metodología implementada en los talleres.

"Creo que el taller fue bastante interesante y educativo, logré aprender nuevas cosas y reforzar conocimientos que ya tenía sobre sexualidad y autocuidado",

"fue una asignatura muy buena y dinámica,"

Un 100% señala que los contenidos fueron pertinentes.:

"Considero que éste taller es muy necesario y útil para lo cual debiera ser tomado por la mayoría de los estudiantes."

" Debo mencionar que siento que pude mejorar bastante mis conocimientos en torno a todos los temas tratados, puesto que las lecturas recomendadas contaban a mi parecer con información clara y en buena cantidad, además con lo que busque por mi cuenta, siento que ahora estoy preparada y tengo la información necesaria para ser un aporte a la salud de todos mis cercanos, y personas que me toque tratar en general"

.En relación a la retroalimentación entregada por los estudiantes se observa que en general los estudiantes valoran el uso de una plataforma virtual para el desarrollo de las actividades del curso.

Algunos estudiantes señalan problemas técnicos tales como el poco tiempo establecido para la realización de los test en la plataforma y la necesidad de que exista un sistema de "alerta" que les permita mantenerse informados de las actividades de la misma.

Asimismo, algunos valoran la instancia de los foros virtuales para poder expresar sus puntos de vista y debatir con otros estudiantes.

En general, se aprecia que quienes declaran motivación y gran interés por el tema señalan haberse beneficiado del material y las actividades propuestas en la plataforma

CONCLUSION

Se concluye que la metodología b-learning aporta importantes ventajas que pueden ser aprovechadas para la educación en autocuidado de la sexualidad, en especial porque la plataforma ayuda a mantener un contacto y tutoría permanente con el estudiante por parte de los tutores, permitiendo aprovechar de mejor manera las actividades presenciales que son muy apreciadas y las actividades en plataforma que pueden ser desarrolladas con mayor flexibilidad de tiempo

11

Factores de riesgo asociados a la violencia intrafamiliar y la violencia homicida de mujeres: el caso de Yucatán, México

Oliva Peña, Y.; Santana Carvaja, A.; Andueza Pec, M. G.e; Hoil Santos, J.; Ojeda Rodríguez, R.; García Gil, G.; Rodríguez Angulo, E.M.; Ordóñez Luna, M .

Contacto: opena@correo.uady.mx

Introducción.- La violencia de género como problema de salud pública en México lleva a las mujeres a situarlas en condición de vulnerabilidad y riesgo de muerte feminicida en cada vez mayores áreas geográficas. En esta investigación partimos del entendido de la violencia de género como una construcción social, que en la actualidad requiere ser analizada y comprendida desde diferentes perspectivas dadas las influencias que el contexto social, histórico e ideológico ejercen sobre ella. La identificación de la violencia en parejas como problema de salud pública ha representado un avance social, político e ideológico; sin embargo sus características han significado un verdadero reto conceptual y metodológico porque dependiendo de la perspectiva teórica o ideológica adoptada para su explicación, prevalecerán factores individuales, estructurales o culturales y, aunque la investigación en cuestiones de violencia ha ido en aumento en los últimos años, no sucede lo mismo con los consensos conceptuales ni metodológicos.

Metodología.- Se realizó una investigación con el objetivo de determinar la asociación de áreas geográficas y factores de riesgo de las violencias a las mujeres ocurridas en el estado de Yucatán durante 1997 a 2014, mediante la revisión de estadísticas y otras fuentes de información directas. Se analizaron las variables: violencia intrafamiliar, delitos sexuales homicidios y feminicidios y el riesgo de acuerdo con el grado de marginación, tamaño de localidad y porcentaje de población Maya.

Resultados.- Los principales hallazgos de la investigación muestran la presencia de hechos de violencia en 49 de los 106 municipios. Los homicidios de mujeres en el Estado observan un repunte a partir del año 2011, para encontrar una cifra similar a la registrada en el año 2007. (Gráfica 2). La distribución por edades de las muertes registradas en el año 2013 muestra que el 40% tenían entre 25 y 34 años. Asimismo el 33.33% de ellas ocurrieron a causa de violencia intrafamiliar, el 80% en este rango de edad. Los feminicidios tipificados muestran en un 33% ocurrieron en mujeres entre 15 y 24 años y un 12% más entre 30 y 34 años, lo que permite apuntar que ocurre en relaciones desde el noviazgo hasta la vida en pareja y que son los feminicidios prevenibles. Asimismo se encontró asociación para los casos de violencia intrafamiliar, delitos sexuales y homicidios con la condición urbana para homicidios, feminicidios y delitos sexuales, mientras que para la violencia intrafamiliar se obtuvo como factor de riesgo la condición maya hablante. La distribución geoespacial muestra zonas de alta violencia principalmente en el sur y oriente del estado. La tasa media de homicidios y violencia intrafamiliar, muestra en tasas altas respecto a la tasa media nacional y estatal.

Conclusión: El manejo de la información estadística ha sido clave para catalogar al Estado como de baja violencia de género y minimizar la magnitud y tendencias de los feminicidios y violencias contra las mujeres, con la presencia de zonas geográficas extensas de alto riesgo para la vida de las mujeres, que requiere política pública intersectorial para su atención.

PALABRAS CLAVE: Violencias de género. Feminicidio. Factor de riesgo. Delito sexual. Homicidio. Violencia. Distribución geoespacial.

12

Impacto del embarazo en la sexualidad de las gestantes del eje cafetero

Espitia De La Hoz, F.J.

Contacto: espitiafranklin@hotmail.com

Objetivo: evaluar el impacto del embarazo en la sexualidad de las mujeres del eje cafetero, así como determinar la prevalencia de disfunciones sexuales entre las gestantes, evaluadas mediante el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI).

Sujetos y métodos: estudio analítico, prospectivo y longitudinal, que se realizó en 1440 gestantes. Se incluyeron mujeres gestantes desde el primer trimestre del embarazo; atendidas entre enero del año 2010 y enero del 2015 en la Clínica La sagrada Familia, Armenia, Quindío, Colombia, Suramérica. La investigación se realizó trimestre a trimestre hasta seis semanas posparto. El instrumento estandarizado empleado fue el Índice de Función Sexual Femenina (Female Sexual Function Index o FSFI, por sus siglas en inglés).

Resultados: Las gestantes encuestadas presentaron un promedio de edad de 24,9 ± 6.57 años (rango de 18 a 42 años). El embarazo no fue planeado en el 57,29% (825) de las gestantes, pero deseado en el 100%. Las semanas de gestación al ingreso tuvieron una media de 6,3 ± 4,8 semanas (rango 6 a 13 semanas). El inicio de las relaciones sexuales estuvo en los 19,8 ± 2.79 años y la y paridad fue de 1,2 ± 0,6 hijos por mujer. Las gestantes obtenían el orgasmo con la sola penetración en un 26,04% (375), el 53,75% (774) lo lograba a través de la asistencia con el estímulo del clítoris y el resto 20,21% (291) mediante la masturbación. El deseo sexual disminuyó en cada uno de los trimestres del embarazo, 2,79 ± 1,05 en el primer trimestre, 2,82 ± 1,17 en el segundo trimestre y 2,91 ± 1,38 en el tercer trimestre respectivamente (p=0,0015); en el segundo trimestre el dolor presentó una diferencia significativa respecto a los otros trimestres, mostrando su mayor pico (2,58 ± 1,92); el orgasmo se hizo más difícil de alcanzar en el primer trimestre del embarazo 1,59 ± 1,83 (p=0,000), y un 6,04% (87) manifestaron no haberlo experimentado nunca; la satisfacción sexual fue el dominio que mostró el mayor pico (2,97±1,74), ya que la mayoría siguieron considerando satisfactoria su vida sexual a lo largo del embarazo. La lubricación y la excitación no mostraron cambios significativos a lo largo de cada uno de los trimestres. La frecuencia de los coitos también disminuyó de forma significativa en el transcurso del embarazo (p=0,000), mostrando que lo excepcional era tener más de tres encuentros a la semana; disminución que fue más pronunciada en el tercer trimestre. La prevalencia de la disfunción sexual en el primer trimestre fue del 39,6%, 34,5% en el segundo trimestre y, 78,95% en el tercer trimestre. El dominio más alterado fue el deseo, mostrando disminución en el 71,94% (735); el segundo dominio más alterado fue la alteración del orgasmo, se observó en 573 mujeres (39,79%); posterior en frecuencia estuvo la presencia de dolor, que se presentó en 381 mujeres (26,45%); la excitación estuvo alterada en 378 (26,25%); la presencia de insatisfacción sexual fue referida por 297 (20,62%) y la disminución de lubricación, presente en 216 (15%).

Conclusiones: en las mujeres gestantes se afecta la salud sexual, lo que puede tener efectos negativos sobre el bienestar general y en la relación de pareja.

Las mujeres embarazadas están más propensas a presentar pérdida del deseo sexual a medida que avanza la gestación, y mucho más, de forma significativa, que en las mujeres no gestantes.

PALABRAS CLAVE: Sexualidad. Disfunción. Embarazo. Mitos.

13

Influencia del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en la sexualidad de las pacientes

Rodríguez Fernández M.

Contacto: mirian.rodriguez.fernandez@gmail.com

El cáncer de mama es uno de los más frecuentes en mujeres a nivel mundial. Su diagnóstico precoz y los avances en los tratamientos han aumentado la supervivencia de las pacientes significativamente. De manera paralela, los problemas sexuales secundarios a dichas terapias han ido incrementándose, convirtiéndose en un problema frecuente e infraestimado.

Varios estudios han demostrado que la prevalencia de las disfunciones sexuales en pacientes de cáncer de mama, es mayor en mujeres jóvenes y con pareja estable, siendo las más frecuentes la dispareunia y la falta de deseo. Aunque en muchos casos la actividad sexual no se vio modificada, si se redujo de manera importante el placer.

A pesar de que la información y asesoramiento sexual en estos casos ha demostrado ser de gran utilidad mejorando la calidad de vida de las pacientes, la mayor parte de las mujeres manifiesta no haber tenido la información suficiente sobre los cambios en la sexualidad que pueden experimentarse a causa del tratamiento o del impacto psicológico del diagnóstico, y sienten que este tema se ha evitado en las consultas.

Conocer cómo puede verse afectada la sexualidad de una mujer con cáncer de mama puede ser de gran ayuda a la hora de enfrentar el problema y mejorar su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: Sexualidad. Cáncer de mama. Mujeres. Calidad de vida. Imagen corporal.

14

Intervención grupal breve mediante educación sexual, y su incidencia en las actitudes, mitos y fantasías sexuales en estudiantes universitarios

Ruiz, A.; Ojeda, M.A.; Jiménez, O.; Rando, M.A.; Martínez, F.L.

Contacto: marando@uma.es

Han participado en este estudio 51 personas de distintas edades, sexo y orientación sexual. En su mayoría eran mujeres (68.6%) y la orientación sexual predominante fue la heterosexual (88.2%). Los participantes estaban matriculados en un curso de extensión universitaria en psicología clínica.

El objetivo del presente estudio es determinar si una intervención breve (4 horas), es una opción eficaz para generar cambios a nivel actitudinal. Para la evaluación se emplearon cuestionarios para medir actitudes, mitos y fantasías sexuales (EROS –Encuesta Revisada de Opinión Sexual–, SFQ –Cuestionario de Fantasías Sexuales– y NAMI –Inventario de actitudes negativas hacia la masturbación–). Esta evaluación se realizó antes del primer taller y después del segundo. Los talleres tenían como objetivos: Aumentar el grado de erotofilia, reducir actitudes negativas, prejuicios y mitos hacia la sexualidad y explorar y fomentar los gustos y fantasías sexuales. Los dos talleres de sexualidad tuvieron una duración de 4 horas entre los dos, repartidas en dos días contiguos. Se emplearon dinámicas de grupos que incluían interacciones por parejas, tríos, etc. y gran grupo para que de manera experiencial pudieran trabajarse dichos objetivos. Se trabajó el contacto físico mediante el baile y contacto físico directo del cuerpo con caricias y juegos que fomentaban el contacto; anatomía sexual y zonas erógenas; actividades, gustos y fantasías sexuales; mitos sexuales mediante discusiones; y, finalmente, puestas en común de las percepciones, opiniones, fantasías y miedos que surgieron en los grupos.

Para comprobar si existen diferencias antes y después de los talleres, se ha realizado una prueba t para muestras relacionadas con un criterio de relevancia de $p < 0.05$ sobre las variables. El análisis muestra diferencias estadísticamente para: EROS Erotofobia [t(46)= 2.74; d=0.4; p<0,005], siendo la media de EROS Erotofobia mayor tras los talleres (M=52.8, SD=7.60 vs M=51.3, SD=7.33); EROS Erotofilia [t(46)= 1.82; d=0.27; p<0.005], siendo la media de EROS Erotofilia mayor en el postest (M=29.51, SD=4.18 vs M=28.88, SD=5.37); SFQ Fantasías íntimas [t(46)= 2.69; d=0.39; p=0.005], siendo la media de SFQ Fantasías íntimas mayor tras la intervención (M=19.17, SD=5.78 vs M=17.36, SD=4.74); SFQ Fantasías sadomasoquistas [t(46)= 3.33; d=0.48; p=0,001], siendo la media de SFQ Fantasías sadomasoquistas mayor en el postest (M=8.57, SD=5.4 vs M=6.83, SD=4.63); SFQ Total [t(46)= 4.45; d=0.65; p>0.001], siendo la media de SFQ Total mayor en el postest (M=42.45, SD=14.45 vs M=37.47, SD=13.86); NAMI Actitudes positivas hacia la masturbación [t(46)= -2.85; d=0.41; p>0.005], siendo la media de NAMI Actitudes positivas hacia la masturbación mayor en el pretest (M=20.87, SD=4.66 vs M=18.94, SD=4.65); NAMI Falsas creencias acerca de la naturaleza nociva de la masturbación [t(46)= -3.12; d=0.46; p>0.005], siendo la media de NAMI Falsas creencias acerca de la naturaleza nociva de la masturbación menor tras los talleres(M=16.40, SD=5 vs M=14.47, SD=4.59); NAMI Afectos negativos en experiencias personales con la masturbación y en la escala total de este mismo cuestionario [t(46)=-1.9; d=0.28; p>0,005], siendo la media de NAMI Afectos negativos en experiencias personales con la masturbación y en la escala total de este mismo cuestionario menor tras los talleres (M=11.40, SD=4.33 vs M=10.55, SD=3.60); NAMI Total [t(46)= -3.70; d=0.54; p>0.001], siendo la media de NAMI Total menor tras los talleres (M=52.89, SD=11.27 vs M=48.31, SD=10.09).

En suma, se han encontrado cambios con significación estadística en los cuestionarios en algunas de sus subescalas y en escalas totales. Hemos encontrado en el EROS reducción en la subescala Erotofobia e incremento en la subescala Erotofilia, aunque no se mostraron cambios estadísticamente significativos en las subescalas Homofobia, Sexo no convencional ni en la escala total del cuestionario. En el SFQ se incrementan de forma estadísticamente significativa las fantasías del tipo Íntimas y Sadomasoquistas, así como en la escala total de este cuestionario; aunque no se hallaron cambios significativos en fantasías Exploratorias ni fantasías Interpersonales. Y, por último, en NAMI encontramos cambios estadísticamente significativos en todas las subescalas y en la escala total. En la subescala Actitudes positivas hacia la masturbación aumenta en el post su puntuación y se reduce en las subescalas Falsas creencias acerca de la naturaleza nociva de la masturbación, Afectos negativos en experiencias personales con la masturbación y en la escala total de este cuestionario. Se constata que una intervención breve mediante talleres de educación sexual tiene incidencia sobre las actitudes hacia la sexualidad, mitos, actitudes hacia la masturbación y en las fantasías sexuales. En tres meses se realizará un seguimiento a través de Internet para comprobar si los cambios se mantienen o se modifican pasado el tiempo desde la finalización de la intervención realizada.

PALABRAS CLAVE: Actitudes hacia la masturbación. Mitos sexuales. Fantasías sexuales. Taller de Sexualidad. Educación sexual. Erotofilia.

15

Jóvenes Mayas y educación de la sexualidad. Abordajes y estrategias en la UADY

Santana Carvajal, A.M.; Oliva Peña, Y; Vera Gamboa, L.; Andueza Pech M.G.

Contacto: asantanacarvajal@yahoo.com.mx

Introducción: De acuerdo de la ENSANUT 2012, en Yucatán el 19% de los adolescentes

encuestados de 12 a 19 años de edad ya habían iniciado su vida sexual (18.5% de los hombres y 19% de las mujeres de 12 a 19 años). Estas cifras aunque resultan menores a la media nacional (23% de los adolescentes) indican un aumento con respecto a los datos obtenidos en encuestas de años anteriores. Del total de los adolescentes que habían iniciado su vida sexual en el año 2012, un 19.2% no utilizó ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual; el 80.1% de los que utilizaron algún método mencionaron haber utilizado el condón masculino. (2)

Objetivo: El presente trabajo tiene por objeto presentar un análisis comparativo de trabajos de investigación realizados entre 1998 y 2015 en la temática de educación sexual de la juventud Maya de Yucatán.

Metodología: Se analizaron 10 trabajos de investigación, 9 de corte cuantitativo y uno cualitativo, del área rural, del centro-oriente y poniente del Estado de Yucatán, que abarcan a un total de 1760 sujetos estudiados. Las variables consideradas fueron: a) Conocimientos sobre sexualidad; b) comportamientos y prácticas de riesgo a la salud sexual y reproductiva.

Resultados: los sujetos estudiados eran jóvenes entre 10 y 19 años, en contextos distintos. El promedio de participantes por estudio fue de 176 jóvenes. Se encontró una prevalencia de 14.9% que manifestaron ser sexualmente activos, mientras que el porcentaje menor fue de 8% y el mayor de 29.7%. La edad de inicio promedio fue de 17 años, con una mínima de 14 años y máxima de 20. Se observa reducido conocimiento de métodos anticonceptivos, en cuanto a variedad y el más conocido es el condón. En cuanto a la sexualidad, se registró una concepción limitada, al asociarla en forma limitada a la vida reproductiva.

Conclusiones: Entre los jóvenes rurales el acceso a la información es deficiente y prevalecen prácticas culturales que son factor de riesgo a la salud sexual integral. Las variaciones en el comportamiento sexual se observan ligadas a la ubicación geoespacial y el contexto cultural que lleva a suponer la necesidad de un programa educativo acorde a las particulares de las comunidades rurales.

PALABRAS CLAVE: Educación sexual. Jóvenes. Jóvenes de pueblos originarios. Salud sexual y reproductiva. Conocimientos sobre sexualidad. Conductas sobre sexualidad.

16

La Asertividad Sexual: Percepciones, creencias y experiencias de hombres y mujeres en Ecuador

López-Alvarado, S; VanParys, H; Enzlin, P.

Contacto: silvia.lopez@ucuenca.edu.ec

El presente estudio tuvo como objetivo explorar las percepciones de, creencias sobre y las experiencias con la asertividad sexual de hombres y mujeres en la ciudad de Cuenca (Ecuador). Este estudio se llevó a cabo utilizando una metodología cualitativa en la que 17 mujeres y 18 hombres (en edades comprendidas entre 20 y 30 años) participaron en seis grupos focales basados en género. Las expresiones de los participantes revelaron diferencias en la forma cómo interactúan con sus parejas cuando se trata de actividad sexual. Estas diferencias parecen estar fundamentadas en los guiones sociales y sexuales que prescriben la forma cómo hombres y mujeres deben comportarse dentro de las relaciones de pareja. En sus historias, el doble estándar sexual estaba claramente reflejado debido a que expresaron, por ejemplo, que las mujeres pueden rechazar libremente las relaciones sexuales mientras los hombres no deberían decir que no. Además, cuando se trata de uso de anticonceptivos, las mujeres pueden usar cualquier método a excepción del condón, sugiriendo que el uso del condón depende de la pareja masculina. Como conclusión, vamos a presentar las implicaciones de este estudio para

futuras investigaciones en asertividad sexual en un contexto Latinoamericano.

PALABRAS CLAVE: Asertividad Sexual. Estudio cualitativo. Doble estándar sexual. Ecuador.

17

La experiencia de los niños durante el tratamiento para niños institucionalizados expuestos a violencia de género

Dumitrache, L.

lorena.dumitrache@gmail.com

El hecho de ser testigo de violencia de género entre los progenitores y el riesgo que este supone para los que lo experimentan se ve incrementado durante la niñez. Las consecuencias de ser testigo de violencia de género durante la niñez tienen un efecto muy negativo sobre el desarrollo y la salud física y mental de los niños, mientras más jóvenes más severos son los efectos. Existen muchos tratamientos e intervenciones muy eficientes cuando se tratan a niños que han sido expuestos a/o víctimas de violencia de género pero hay pocos estudios cualitativos que analicen y evalúen la efectividad y la experiencia subjetiva que estos niños tiene durante y después del tratamiento. El propósito de este estudio es contribuir a la evaluación de los tratamientos designados para la mejora de la salud mental de los niños después de haber experimentado violencia de género en el ámbito familiar a partir de analizar y evaluar la experiencia de los niños que han participado en el estudio. Quince niños con edades entre 9 y 16 años han sido entrevistados después de participar en diferentes grupos terapéuticos de intervención para niños testigos o víctimas de violencia de género en el ámbito familiar.

Los instrumentos utilizados han sido entrevistas semi-estructuradas con preguntas abiertas donde los niños eran guiados , por los profesionales que llevaban a cabo las entrevistas, a explorar y sacar sus propias conclusiones, opiniones y experiencia subjetivas de haber participado en la terapia de grupo. Las entrevistas así como los registros utilizados para recoger datos de la conducta observada han sido transcritos y analizados utilizando el análisis interpretativo fenomenológico de las conductas, para asegurar que la atención estaba enfocada en las impresiones y experiencias propias de los niños.

Se han identificado cinco conceptos factoriales abarcando las experiencias de los niños¨:

ALEGRIA: experiencia emocional positiva de haber participado

SEGURIDAD: el sentirse a salvo

PERTENENCIA: las relaciones interpersonales grupales

LA OPORTUNIDAD DE EXPRESARSE, HABLAR: enfoque externo sobre la violencia

NUEVAS COMPTENCIAS: la ganancia de nuevos conocimientos y habilidades.

Se han expuesto y discutido implicaciones clínicas y teóricas así bien como la ventaja de incluir las experiencias y opiniones de niños en esta investigación.

18

La eyaculación femenina como fenómeno posible

Espitia De La Hoz, F.J.

Contacto: espitiafranklin@hotmail.com

Objetivos.. Evaluar las características bioquímicas del fluido uretral expulsado durante el orgasmo femenino, en un grupo de trabajadoras sexuales, y determinar la prevalencia de eyaculación en estas mujeres.

Material y métodos. Estudio observacional, descriptivo de corte transversal, prospectivo y

de base poblacional. Se enrolaron mujeres entre 18 y 39 años que asistieron a la consulta ambulatoria, especializada en ginecología y obstetricia, de la oficina del investigador; del 01 de enero del 2012 al 30 de junio del 2016; se extrajeron las dedicadas al trabajo sexual.

Las mujeres de la investigación, debían masturbarse hasta alcanzar el orgasmo por estimulación manual o asistido con juguetes sexuales no vaginales, para evitar la contaminación de los fluidos uretrales con los fluidos vaginales, previo aseo de genitales y de las manos sin el uso de jabones o similares, y no habiendo tenido relaciones sexuales coitales al menos tres días antes de la obtención de la muestra. La muestra se tomaba en una habitación cerca del laboratorio, y se procesaba de inmediato.

Resultados . Se reclutaron 105 mujeres que accedieron al estudio. De estas, 21 fuero. n excluidas de este estudio por presentar inconformidad con el estímulo económico, y otras 6 por presentar incontinencia urinaria, quedando en 78 las seleccionadas para este reporte. La edad promedio en años era 32.6±8.2. La prevalencia de la presencia de fluido uretral relacionado con el orgasmo fue del 69,23%. En el análisis bioquímico del líquido uretral se encontró que el color varió entre nacarado y gris opalescente, con una osmolaridad de 269.3±3.57 mOsm/Kg, pH de 5,4, densidad de a 1.032 g/L, la viscosidad fue de 12,75 mm para el filamento y un volumen promedio de 29,73 cc; las sustancias más comunes fueron PSA 0,75 ng/ml con una concentración promedio de fructosa de 12 mmol/L y de ácido cítrico de 729 mg/L. Las mayores concentraciones emitidas se asociaron con un mejor dominio en el uso de los juguetes que estimulaban el clítoris y con la visualización de material sexualmente explícito.

Conclusión

La eyaculación femenina es una realidad en nuestra población (69,23%). En este estudio se confirma que las mujeres sexualmente activas, con el estímulo adecuado, pueden liberar, durante el orgasmo, un fluido bioquímicamente diferente a la orina.

19

La perspectiva de género. análisis de la situación laboral del personal en el centro de investigaciones regionales "Dr. Hideyo Noguchi", unidad biomédica UADY.

Andueza Pech, M.G.; Hoil Santos, J.J.; Rodríguez Angulo, E.M.; Oliva Peña, Y.; Santana Carvajal, A.; Ordóñez Luna, M.; Ojeda Rodríguez, Ricardo.; Cambranes Puc, L.

Contacto: opena@correo.uady.mx

La situación de hombres y mujeres en el ámbito de las universidades es un tema que ha tomado interés. Zapata y col. (2001) afirman que la educación formal es un factor importante en la movilidad social de los grupos más desfavorecidos de la sociedad; señalan a las mujeres, como aquellas quienes durante décadas se limitaron a ver cómo sus hermanos avanzaban en sus proyectos de vida mientras que para ellas, sus únicas opciones eran el matrimonio y el cuidado de una familia. Sin embargo, estos mismos autores también manifiestan que en los últimos años la educación ha sido promovida como un derecho humano universal y como un elemento clave en los procesos democráticos y que los temas relativos a género y educación formal han aportado un acervo sustancial en la investigación.

Chávez (2001) señala indicadores cuantitativos y cualitativos para evaluar el avance de las mujeres en las instituciones académicas. Los primeros incluyen: 1) la representación numérica general de las mujeres dentro de la institución; 2) la distribución de género por disciplina; 3) el tipo de contrato firmado por los hombres respecto a las mujeres y diferencias resultantes en los ingresos; 4) los puestos de poder y prestigio de las mujeres en la estructura académica. Asimismo, los indicadores cualitativos se refieren a 1) los conflictos de las mujeres entre el trabajo académico y las responsabilidades domésticas y 2) las

identidades profesionales y de género de las mujeres. Esta autora señala que los indicadores cualitativos son importantes ya que la evidencia numérica por sí sola no describe las condiciones de las mujeres que trabajan en las universidades y que la información surge mediante la experiencia continua, la interacción permanente y la construcción diaria de la vida profesional, que es donde se revela el grado en que las mujeres son valoradas en su papel de profesional en las instituciones de educación superior.

En este trabajo el objetivo es describir, a partir de las experiencias y percepciones de las y los trabajadores, la situación del personal académico, administrativo y manual que labora en el Centro de Investigaciones Regionales-Biomédicas (CIR) en los ejes de inserción, clima laboral y políticas universitarias bajo tres dimensiones de análisis: equidad, derechos humanos y no discriminación, a fin de contribuir al fortalecimiento de la perspectiva de género en nuestra dependencia.

PALABRAS CLAVE: Perspectiva de género. Situación laboral. Personal UADY.

20

Manifestações do ciúme na sexualidade de casais

Graffitti, F. L.; Rex, M. K.

marlirex@yahoo.com.br

O ciúme é um sentimento que se apresenta desde a antiguidade, assumindo as mais diversas concepções ao longo do tempo e, algumas vezes, está atrelado à ideia do amor e à sua manutenção, em outros momentos, como algo prejudicial para o relacionamento, trazendo vários tipos de sentimentos negativos. O principal objetivo deste estudo foi investigar como a manifestação do ciúme pode afetar a sexualidade dos casais. Este trabalho utilizou-se da abordagem qualitativa, descritiva. Participaram três casais e a amostra foi por conveniência. Os nomes são fictícios para resguardar a identidade dos participantes. Para a análise e interpretação dos dados, optou-se pela técnica de análise de conteúdo de Bardin. O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário com perguntas abertas. Os resultados demonstram que dependendo do manejo do casal em relação ao ciúme, este influenciará na sexualidade dos casais.

Palavras-chave: Ciúme. Sexualidade. Intimidade. Casal.

21

O Trabalho e as relações de casais

Angela Rifel Stockmann, A. R.;

Badalotti Tavares, M. L.

Contacto: luciapsc@hotmail.com

Introdução: Este trabalho procurou analisar como ficam as relações de casais diante do estresse laboral, já que muitos casais acumulam na contemporaneidade uma multiplicidade e sobrecarga de papéis sociais impostos por um estilo de vida que tenta conciliar vida pessoal, conjugal, familiar e as demandas do mundo do trabalho. Objetivos: O objetivo geral foi descrever como e de que modo a excessiva e exaustiva rotina de trabalho e o estresse laboral interferem sobre a qualidade de vida conjugal. Como objetivos específicos buscou-se: Verificar a importância da comunicação entre o casal e de que forma ela pode ajudar para a redução de possíveis conflitos. Descrever quais os sintomas emocionais e comportamentais podem ser percebidos na relação do casal que trabalha em excesso. Observar se a sexualidade e o desejo sexual nos casais que tem uma carga de trabalho excessiva são alterados. Metodologia: Através de um estudo de campo com entrevistas semi estruturadas e por meio do

método fenomenológico de nível exploratório buscar-se resultados a nível qualitativo e quantitativo para a pesquisa. A amostra foi constituída por dez casais heterossexuais, totalizando vinte pessoas (dez homens e dez mulheres) independente de terem ou não filhos e classe social, com mais de cinco anos de casamento. Resultados: Quanto aos resultados encontrados na pesquisa podemos destacar: Cem por cento dos casais entrevistados relatam perceber alterações de comportamento no parceiro(a) quando este trabalha em excesso, Os comportamentos descritos e observados pelos casais quando estes trabalham em excesso foram: mau humor, estresse, nervosismo, desânimo, ansiedade, distração, cansaço, isolamento, insônia e baixa do desejo sexual principalmente nas mulheres. Cem por cento dos casais acreditam que o diálogo é importante na relação do casal para resolução de conflitos, porem nem sempre ele está presente na relação. Oitenta por cento das mulheres entrevistadas e 90% dos homens afirmam que o diálogo existe na relação e o restante afirmou que ele não existe. Cinquenta por cento das mulheres e 60% dos homens afirmam que o nascimento de um filho contribui para que o casal permaneça junto mesmo diante de conflitos enfrentados na relação e do stress laboral e do desejo diminuído. Cem por cento das mulheres e 90% dos homens percebem alterações na manifestação do desejo sexual quando trabalham em excesso. Somente dez por cento dos homens disseram que a rotina exaustiva de trabalho não influencia na manifestação do desejo sexual já para 90% das mulheres o desejo sexual quando trabalham em excesso apresenta-se diminuído. Quanto a rotina de trabalho os casais descreveram ser bastante atribulada, estressante cansativa. As mulheres destacaram que além do trabalho realizado por elas fora do lar consideram ter mais obrigações que os homens pois, além da atividade profissional, necessitam cuidar das tarefas de casa e dos filhos. Conclusões: Constatou-se a partir das entrevistas que a exaustiva e excessiva rotina de trabalho refletem diretamente no relacionamento conjugal, sendo que a falta de diálogo, cumplicidade e o cansaço físico e emocional são reflexos da rotina de trabalho colocando em perigo ou alerta o desejo sexual a qualidade de vida e a harmonia conjugal.

22

O uso da história das ciências na formação de professores de ciências no campo da educação sexual: reflexões a partir de uma experiência

Santiago da Cruz, I; Magalhães Madeira, A. V.; Oliveira de Almeida, R

izaura.cruz@gmail.com

Os primeiros registros sobre a Educação Sexual no Brasil e, mais especificamente na Bahia, se destacam no início do século XX com a apresentação das teses de Raul Mendes de Castilho Brandão, intitulada "Breves Considerações sobre a Educação Sexual", em 1910 e da médica Ítala Silva de Oliveira, "Da Sexualidade e da Educação Sexual" em 1927, ambas na Faculdade de Medicina da Bahia (FAMED). Além das teses médicas, outros textos sobre Educação Sexual circulavam na Bahia e no Brasil nas primeiras décadas do século XX, demarcando que essa era uma temática importante no campo da educação. Em relação à formação docente, essa preocupação ficou mais evidente nos Boletins de Eugenia com a publicação de um número específico sobre essa questão, no qual foram discutidas as respostas de um "inquérito sobre Educação Sexual" proposto pelo editor do boletim, o médico Renato Khel no Boletim de Eugenia Nº 24 de dezembro de 1930 . Um trabalho de pesquisa sobre os Boletins de Eugenia feito por mim, já como parte da pesquisa do doutorado, apontou para a emergência da discussão da Educação Sexual neste período, como parte importante de um projeto de nação que, calcado em fundamentos das teorias

evolucionistas bastante divulgadas na época, tinha como prioridade a produção de descendentes saudáveis, evitando assim a "degeneração" da raça. Desse modo, a análise dos documentos apontou que essa ideologia perpassava as concepções sobre formação de educadores sexual deste período. Evidenciou-se, portanto, que desde o início do século já haviam preocupações com a regulação da sexualidade, principalmente das crianças e das mulheres, expressas através de campanhas de saúde, caracterizando nesta abordagem, o imperativo daquilo que Foucault chamou de scientia sexualis. Neste sentido, o presente artigo discute questões relativas à abordagem da sexualidade na formação de professoras e professores de ciências, propondo o uso da História das Ciências como um elemento importante nas reflexões e discussões acerca da sexualidade e da Educação Sexual. Para tanto, toma como referência a experiência da formação em sexualidade desenvolvida desde 2012 com os bolsistas e supervisoras do PIBID Ciências Naturais da Universidade Federal da Bahia.

23

Prevalencia de disfunción sexual en mujeres del Eje Cafetero

Espitia De La Hoz, Franklin J.

Contacto: espitiafranklin@hotmail.com

Introducción: Las disfunciones sexuales son alteraciones en las fases del ciclo de respuesta sexual que impiden o dificultan disfrutar satisfactoriamente de la sexualidad. Las mujeres pueden presentar trastornos del deseo, de la excitación, del orgasmo o de dolor; aunque es frecuente la coexistencia de dos o más disfunciones.

Objetivo: Determinar la prevalencia de disfunción sexual femenina, en una población del Eje Cafetero colombiano.

Material y métodos: Es un estudio prospectivo, trasversal, descriptivo y aplicativo, se aplicó y se midió el Índice de función sexual femenina (IFSF), a 20268 mujeres de 18 a 84 años de edad; que consultaron en seis de los principales centros de salud de las ciudades del Eje Cafetero (una región, geográfica, cultural, económica y ecológica de Colombia, localizada entre los departamentos de Caldas, Risaralda y Quindío, y el noroccidente del departamento del Tolima; cuenta con una población de, aproximadamente, 2.7 millones de habitantes, cuyas mujeres representan alrededor del 51%).

Resultados: Respecto a la prevalencia de las diferentes disfunciones sexuales, en la población general, la más frecuente fue el trastorno del deseo sexual (34.91%), seguida de ausencia o infrecuencia en el orgasmo (28.52%), falta de lubricación (19.52%), trastorno de la excitación (20.21%) y el dolor en la relación sexual (8.49%). Las mujeres en edad reproductiva mostraron una prevalencia del 27.41% de trastornos del deseo; mientras que en las mujeres en etapa menopáusica los rangos mostraron una prevalencia del 42.91% de trastornos del deseo. La disfunción del deseo sexual se asoció a menor satisfacción en la relación sexual y de pareja, y con estados emocionales negativos ($p<0,001$).

Conclusiones: En el Eje Cafetero, existe una proporción importante de mujeres con disfunción sexual (34,94%). "Disfunción sexual; Epidemiología; Hábitos sexuales.

24

Reconquistando tu sexualidad por medio de la Rueda 4D de la Experiencia Sexual

Simich Muñoz, E.; Perez, Y.

Contacto: estefaniasimich@yahoo.com

Esta propuesta es con el fin de presentar un nuevo modelo de interpretación de la sexualidad humana desde una perspectiva

holística utilizando como fundamento el modelo de la Rueda4D, originalmente desarrollado por la Doctora Gina Ogden, psicoterapeuta de sistemas de familia, terapeuta sexual, escritora e investigadora en Cambridge, Massachusetts.

La propuesta de modificación de la Rueda 4D es considerar los factores culturales de los latinoamericanos que afectan las dinámicas en la identidad sexual del individuo, tales como el patriarcado, machismo, marianismo y religión.

El modelo original Rueda 4D provee un principio organizativo el cual toma en cuenta cuatro dimensiones que influyen en la sexualidad del ser humano. Las dimensiones consideradas en este modelo terapéutico son los aspectos: espiritual, mental, físico y emocional. A través de estas cuatro dimensiones, el modelo abre la puerta para que el individuo pueda explorar sus historias sexuales desde una perspectiva holística. De esta manera, el individuo puede identificar los factores que influyen en su identidad sexual e ir más allá de la idea de que el sexo es solo acerca del desempeño físico.

Dimensión espiritual: Comprende un profundo sentido de conexión con uno mismo, con nuestra pareja y con el concepto de algo superior. Incluye visiones internas, comunicación con fuerzas divinas, sentir que uno es parte de todo lo que es sagrado. Experiencias de éxtasis, incremento de energía, satisfacción duradera y transcendente o un profundo sentido de desconexión.

Dimensión mental: Comprende creencias y mensajes acerca de la sexualidad incluyendo mensajes religiosos. Imaginación, intuición, memoria y sueños. Deseos, intenciones, anticipaciones, expectativas, mensajes negativos y juicios acerca de lo que el sexo debería de ser.

Dimensión física: Comprende un amplio rango de experiencias sensoriales como olor, sabor, tacto, visión y audición, excitación sexual, orgasmos, otros placeres físicos y dolor.

Dimensión emocional: Comprende un amplio rango de sentimientos como amor, pasión, anhelos, cólera, miedo, empatía, compasión, confianza, desilusión y aburrimiento.

El centro: Comprende la conexión de todos los cuadrantes donde los opuestos se unen. Este es el lugar donde el individuo vuelve a definir su sexualidad, sin que exista el pasado ni el futuro, solo un presente mucho más vasto. Es un lugar de claridad y visión, de amor incondicional o de angustia.

La efectividad de dicho modelo es respaldada a través de evidencia neuropsicológica que se enfoca en la actividad neurológica durante el proceso de la exploración de sentimientos, pensamientos y sensaciones con relación a la sexualidad del individuo. De acuerdo con el Doctor Daniel J. Siegel, un renombrado psiquiatra en el campo de la neuropsicología, describir nuestras experiencias sexuales en las cuatro dimensiones (física, emocional, mental y espiritual) es un ejemplo del "núcleo mecánico en el cultivo del bienestar". Este tipo de exploración diferencia aspectos cruciales de nuestra experiencia y expande nuestra toma de conciencia acerca de nuestras historias sexuales – nuestras experiencias sensuales de ellas, lo que pensamos de ellas, qué emociones nos producen y su significado en nuestras vidas, incluyendo las memorias.

En su libro "Come as you are", Emily Nagoski nos muestra que el factor más importante para la mujer en crear y mantener una vida sexual plena no es lo que se haga ni como se haga en la cama, si no como se siente uno con respecto a ello. Esto significa que el estrés, el estado anímico, la confianza e imagen corporal no son factores periféricos del bienestar sexual de una mujer, si no que están en el centro mismo de ello. Nagoski explica que una vez que uno comprende estos factores, y cómo influir en ellos, uno puede crear una mejor experiencia sexual y un placer mucho más intenso de lo que nunca uno imaginó.

El trabajo de la Dra. Ogden y la rueda 4D otorga a los individuos un modelo para explorar estas partes multifacéticas y dinámicas de su propia sexualidad. Este modelo nos permite comprender lo que Nagoski describe

como crucial para el bienestar sexual y una mejor experiencia sexual. Durante este proceso, un individuo tiene la oportunidad de literalmente entrar en la rueda y expresar los diferentes aspectos de si mismo y explorar los múltiples aspectos de la historia lo cual les permite comenzar a cambiar e influenciar la experiencia.

Es así, que dicho modelo de la rueda 4D provee una perspectiva innovadora la cual pretende ser un método complementario para la terapia sexual, facilitando de esta manera la reconquista de la identidad sexual del individuo.

PALABRAS CLAVE: Holístico. Terapia sexual. Reconquistado identidad sexual.

25

Respuesta y satisfacción sexual femenina en personas mayores

Gil-Juliá, B.; Gil-Llario, M.D.; Giménez-García, C.; Ballester-Arnal, R.; Ruiz-Palomino, E.

Contacto: dolores.gil@uv.es

La sexualidad es un aspecto central de la calidad de vida de la mujer y es el reflejo de su bienestar físico, psicológico y social. A pesar de reconocerse su importancia podemos considerar que la sexualidad sigue siendo un tema poco atendido y en especial entre las personas mayores. Por ello este estudio pretende analizar la función sexual femenina en un rango de edad en el que se presupone que puedan aparecer diversos problemas o condicionantes que afecten a la sexualidad de estas personas. Los participantes fueron un total de 35 mujeres asistentes a la Universitat per a Majors organizada por la Universitat Jaume I de Castellón (España) con edades comprendidas entre los 51 y los 79 años (Media= 59,5 años; DT= 5,2). El instrumento utilizado en este estudio ha sido el Índice de la Función Sexual Femenina (IFSF). Este cuestionario consta de 19 ítems. Tiene propiedades psicométricas adecuadas y pretende evaluar seis dimensiones de la sexualidad femenina: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor en las relaciones sexuales.

Los resultados relativos al IFSF muestran una puntuación media total de 21,74 (DT= 10,44). Analizando cada uno de los dominios podemos observar que la mayor puntuación media corresponde al dominio de satisfacción (Media= 4,12; DT= 1,69) seguida por la puntuación correspondiente a dolor (Media= 3,33; DT= 2,53), deseo (Media= 3,15; DT= 1,38), orgasmo (Media= 3,11; DT= 2,26), excitación (Media= 2,74; DT= 2,15) y por último lubricación (Media= 2,59; DT= 2,19).

Analizando los resultados en términos de frecuencias, si bien los porcentajes en satisfacción son considerables, no podemos despreciar el porcentaje de mujeres que refieren estar muy insatisfechas con su vida sexual en general (12,9%) y entre moderadamente y muy insatisfechas con la relación sexual con su pareja (13,3%). En cuanto al deseo sexual los resultados reflejan que un 48,5% de las mujeres refieren tener bajo o muy bajo deseo sexual. Al preguntar sobre la frecuencia con la que se han sentido excitadas durante sus relaciones sexuales, el 28,6% de las mujeres se han sentido pocas veces o casi nunca excitadas, evaluando el 22,8% de las participantes el nivel de excitación durante la actividad sexual entre bajo y muy bajo. En referencia a la capacidad de lubricación, el 25,7% de las mujeres refiere haber presentado problemas, llegando a lubricar pocas veces o casi nunca durante la relación sexual. En cuanto a la capacidad para alcanzar el orgasmo, el 45,7% de las mujeres se muestran entre moderadamente y muy satisfechas. El 42,8% han llegado al orgasmo muchas veces o casi siempre cuando han tenido una estimulación o relación sexual, resultándoles en un 45,7% poco o nada difícil llegar al orgasmo. No obstante, nada despreciable es el porcentaje de mujeres a quienes les ha resultado entre difícil o

prácticamente imposible llegar al orgasmo (25,8%).

Finalmente, en referencia a posibles problemas en la penetración vaginal, cabe señalar que pocas veces o casi nunca han experimentado dolor o molestias durante la penetración (41,2%) y después de la misma (47,1%). En este sentido destaca que ninguna de las mujeres ha valorado su nivel de malestar o dolor durante o después de la penetración vaginal como alto o muy alto. Estos resultados muestran que las mujeres mayores presentan problemas en la función sexual tanto de manera global como en distintos aspectos relacionados, siendo éstos más evidentes en el deseo, la capacidad de excitación y de lubricación. Todo ello refleja la importancia de implementar programas de prevención y/o intervención ajustados de manera particular a las necesidades que puedan aparecer en estas edades, permitiéndoles seguir disfrutando de su sexualidad.

PALABRAS CLAVE: Función sexual. Mujeres. Satisfacción sexual. Mayores.

26

Retando las perspectivas sobre la trata sexual: basado en historias de vida de trabajadoras sexuales

Simich Muñoz, E.

Contacto: estefaniasimich@yahoo.com

Introducción . La trata sexual es un delito que ha sido definido bajo un protocolo internacional que determina las bases legales para la penalización y criminalización del delito. El debate sobre la determinación del delito de trata sexual continúa siendo un tema importante, ya que muchas trabajadoras sexuales se ven afectadas por las políticas y penalizaciones impuestas. Tal como lo demuestra un estudio llevado a cabo por Sloane Sawtell (2008), la mayoría de las mujeres no se identifican a sí mismas como víctimas de un delito debido a su percepción de haber dado consentimiento antes de que el delito ocurriera, así como el contexto en el cual el delito sucedió. A pesar de ello, ningún estudio realizado demuestra la conexión entre las mujeres que no se identifican a sí mismas como víctimas en base a su identidad cultural. Estudios tal como el de Shifman (2003) hablan de la importancia de la cultura en la trata sexual, pero dicho estudio no profundiza en cómo la cultura da forma a la percepción sobre la trata sexual.

Es así que existe una gran necesidad de delinear claramente las diferencias entre el trabajo sexual y la trata sexual. Ya que al considerar la diferenciación del delito antes de condenar a alguien o al etiquetar a una víctima, uno debe comprender el ambiente y creencias culturales de los actores.

Objetivos. El objetivo de este estudio fue investigar la asociación entre el medio cultural en el cual la mujer fue criada y su adaptación psicológica a un entorno hostil durante la migración para el trabajo sexual. Es así, que la importancia de tomar en cuenta factores culturales es una parte esencial para la comprensión de este fenómeno.

El reto propuesto por esta investigación fue demostrar por medio del uso de historias de vida, la dinámica y cambios de personalidad de perpetrador a víctima de trata sexual o a trabajadora sexual. El marco teórico se enfoca en cómo la percepción psicológica de un individuo durante la victimización se forma por diversos factores ambientales e innatos que pueden hacerlos aceptar o participar del proceso de trata. A lo largo del desarrollo de la vida de un individuo éste comienza a adquirir y procesar información que le ayuda a procesar situaciones negativas y positivas dentro de su ambiente. Aprendiendo como vivir en dicho ambiente, se obtienen habilidades que eventualmente nos ayudarán a enfrentar o sobrevivir en diferentes situaciones. Este mismo proceso de adaptación psicológica nos enseña cómo comportarnos en situaciones específicas. En el caso de las mujeres que han vivido en ambientes en los cuales han aprendido a

aceptar el abuso y la victimización, éstas se han adaptado y creado un sistema irracional de creencias que las han ayudado a sobrevivir su ambiente, por lo tanto adaptarse a una situación de trata sexual puede ser percibido como el uso de esos mecanismos previamente aprendidos. Este proceso puede ser visto como el proceso de re-victimización.

El estudio propone tres preguntas específicas respecto a este fenómeno. En primer lugar, ¿qué factores culturales son importantes tomar en cuenta cuando se describan los casos de trata sexual de las mujeres de Latinoamérica? ; en segundo lugar, ¿cómo influyen los factores culturales en la percepción de trata sexual entre las mujeres de Latinoamérica?; y, en tercer lugar, ¿por qué es importante redefinir la trata sexual desde una perspectiva cultural?

Metodología. La investigación se basó en historias de vida de mujeres latinoamericanas que trabajan en dos distritos de la zona roja en los Países Bajos y mujeres peruanas actualmente presas en cárceles en Perú. La principal contribución de este estudio es proporcionar un punto de vista holístico de estos casos específicos para una mejor comprensión de las dinámicas culturales que abarcan el desarrollo de la identidad de las supuestas víctimas de trata sexual. Dichos puntos de vista se desarrollaron basados desde la perspectiva de las mismas protagonistas.

Resultados . Los resultados de la investigación arrojan que de las 33 mujeres entrevistadas con el propósito de este estudio, ninguna se identifica como víctima de trata sexual por más que visto desde una perspectiva jurídica el caso sea etiquetado como un delito de trata. Es así, que el sistema de creencia de las mujeres entrevistadas ha sido creado basado en factores culturales. Algunos de dichos factores, se remontan a la colonización de América Latina, tales como el machismo, el marianismo, el patriarcado, la aceptación de violencia y el desconocimiento de los derechos humanos. Es así, que dichos factores influyen en la definición creada por la "víctima" sobre lo que conlleva al delito de trata sexual.

Más allá de eso, los resultados sugieren que es de suma importancia considerar que cada país pueda crear códigos penales sobre el delito de trata sexual basado en factores culturales y/o sociales, y no solo crearlos basados en un protocolo de trata internacional, lo cual es esencial para la identificación de dichos casos.

PALABRAS CLAVE: Trata sexual. Trabajo sexual. Perspectivas.

27

Trastorno hipersexual y apego

De Jesús, G., Díaz, M., Villena, A., Contreras, M., Chiclana, C.

mcontreraschicote@gmail.com

El Trastorno Hipersexual (THS), conocido actualmente como adicción sexual, se caracteriza por el aumento en la frecuencia e intensidad de fantasías relacionadas con el sexo, excitación recurrente, impulsos y actividad sexual no parafílica, asociada a un componente de impulsividad y de estrés personal, que provoca un malestar significativo o un deterioro social u ocupacional mantenido en el tiempo (Kafka, 2010).

La agenda de trabajo de la DSM-5 lo propuso como un nuevo diagnóstico psiquiátrico (Kafka, 2013), denominándolo Trastorno Hipersexual (THS).

Finalmente, el THS no fue incluido en la clasificación DSM-5 (APA, 2013), ni siquiera en la Sección III como una entidad a investigar. Se critica que no existen suficientes investigaciones, que podría dar lugar a la "psiquiatrización" de conductas "normales", que justificaría con argumentos médicos conductas inmorales o que generaría un mal uso de este diagnóstico como atenuante en los peritajes legales (Kafka, 2014).

Recientemente, se ha encontrado que muchos individuos con hipersexualidad cuentan con experiencias tempranas en la infancia de abusos

sexuales, físicos y emocionales (Reid y Wooley, 2016). Estas experiencias pueden provocar en la persona una alteración en el desarrollo del apego.

Leedes (2001) propuso que las dificultades encontradas en establecer relaciones interpersonales sanas, sería una variable necesaria para poder diagnosticar de hipersexualidad. Además, este autor propuso, que en las personas que presentasen un comportamiento sexual fuera de control, los profesionales deberían centrarse en primer lugar en los procesos de apego más que en el comportamiento.

Nuestro trabajo tiene como objetivo estudiar el estilo de apego en una muestra de pacientes con conducta hipersexual.

Se realizó una entrevista clínica inicial de una hora y media de duración realizada por un psiquiatra y una exploración específica en aquellos que demandaron ayuda por presentar una conducta sexual egodistónica por la frecuencia, intensidad, consecuencias o malestar generado.

Para la evaluación de la conducta hipersexual se aplicaron los criterios diagnósticos propuestos en la agenda de trabajo del DSM-5 y la conducta se describió por parte del clínico, según sus características psicopatológicas, como impulsiva, compulsiva, adictiva o aprendida conductualmente. Se recogieron los datos clínicos, epidemiológicos y sociodemográficos de la historia clínica.

Tras la entrevista clínica, realizada por el mismo profesional en todos los casos, se diagnosticó la patología del Eje I y del Eje II, con los criterios de la CIE 10, y la descripción psicopatológica con los criterios de la Association for Methodology and Documentation in Psychiatry (AMDP).

Para estudiar el apego utilizamos el "Cuestionario de Apego Adulto" (Melero y Cantero, 2012). Está formado por 48 ítems respuesta tipo lickert de 6 puntos: 1 nada de acuerdo, 6 muy de acuerdo. Los resultados se agrupan en cuatro escalas:

-Escala 1. Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo.

-Escala 2. Resulción hostil de conflictos, rencor y posesividad.

-Escala 3. Expresión de sentimientos y comodidad en las relaciones.

-Escala 4. Autosuficiencia e incomodidad con la intimidad.

Obteniendo, según las puntuaciones sacadas en cada escala, cuatro tipos de apego:

1.Temeroso- hostil.

2.Preocupado.

3.Seguro.

4.Huidizo-alejado.

Participaron en el estudio 26 pacientes diagnosticados de hipersexualidad, veintidós (81,5%) eran hombres y cuatro (14,8%) mujeres. La edad media era de 35,46 años. De estos, siete (25,9%) habían sufrido abuso sexual en la infancia y nueve (34,6%) otro tipo de trauma.

El CAA mostró que el 85% presentaba un apego inseguro: trece (50%) temeroso hostil y nueve (35%) huidizo-alejado. Tres (15%) presentaron un apego seguro.

Según la teoría de Bowlby, el apego se define como un vínculo especial de intensidad emocional entre dos personas, y es una condición necesaria para el desarrollo de la salud psicológica (Bowlby, 1969).

El desarrollo de la infancia y adolescencia conforma un estilo de apego en la edad adulta, que configura la forma de relacionarte y establecer relaciones íntimas. Los estilos de apego influyen en numerosos aspectos en las relaciones interpersonales: el enamoramiento, la atracción, la elección de pareja, la sexualidad…

Un apego inseguro en la infancia correlaciona con conductas delictivas en la adolescencia y problemas con la pareja, siendo más vulnerable a tener un problema psicológico (Shaver y Hazan, 1987), entre ellos, se podría clasificar la adicción al sexo.

28

Uso del vibrador y exploración de cambios en la función sexual de la población femenina en chile

Charnay Rebolledo, M.; Godoy Peña; S.; López Saavedra, K.

Contacto: mcharnay@udec.cl

INTRODUCCION. La OMS define la Salud Sexual como un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales.

A través de la historia, las creencias religiosas inhibieron la expresión sexual de la mujer, considerándola como un simple objeto sexual, cuyo único objetivo era perpetuar la especie.

La sexualidad femenina se percibía desde una perspectiva de anatomía y utilidad, considerándolo como un cuerpo ""para otros"", para la procreación o para el goce del hombre.

Con la creación de la píldora anticonceptiva, la mujer se hace cargo progresivamente de la decisión de separar la reproducción de la sexualidad.

En Chile existen falencias en temas de educación sexual relacionados con el placer, ya que, se enfatiza en la planificación familiar y la prevención de infecciones de transmisión sexual, lo cual vulnera lo que promueve la OMS; "la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia".

Desde hace más de 1000 años se han utilizado elementos externos que permiten la estimulación sexual llamados Dildos, fabricados de distintos materiales.

Hoy en día los avances de la tecnología nos permiten tener a disposición Dildos con motor, denominados "vibradores". Estos están siendo utilizados como herramienta terapéutica para tratar disfunciones sexuales.

Actualmente existen muy pocos estudios sobre la efectividad y la influencia en la función sexual del uso del vibrador.

Es por esto que las investigadoras consideran significativo explorar la efectividad del uso del vibrador en mujeres chilenas.

OBJETIVOS

Explorar el impacto que genera el uso del vibrador mediante el índice de función sexual femenina.

Analizar los elementos centrales que surgen de los discursos de mujeres que utilizaron el vibrador.

Metodología y sujetos:

Es un estudio mixto, cuali-cuantitativo de tipo exploratorio. La muestra, es seleccionada por conveniencia, constituida por 18 mujeres. Cada participante contestó una encuesta auto administrada, para determinar así el perfil sociodemográfico, aplicándose luego el Indice de Función Sexual (IFS). Se les indicó que debían utilizar el vibrador 2 a 3 veces por semana durante 4 semanas. Posterior a esto, se les aplicó nuevamente la escala (IFS), mas una pregunta abierta relacionada con su experiencia. Las investigadoras determinan las categorías emergentes observadas en los discursos, para llegar a los resultados preliminares.

RESULTADOS:

Las características sociodemográficas son; edad promedio 44 años, todas con pareja sexual, 56% con escolaridad técnica y 44% universitaria. El 50% declara haber adquirido conocimientos sobre sexualidad de sus amigos, el 67% aprendieron solas, el 67% conocían los vibradores, pero solo el 22% lo había utilizado, el 100% consideró grata o positiva la experiencia de utilizarlo en el estudio, el 94% menciona que cumplió con las expectativas y que seguirán utilizándolo. El resultado del IFS -1(pre uso vibrador) es de 18.68 puntos y el resultado del IFS-2 (post uso vibrador) 22.86, dando un p de 0,063 evidencia que no hubo diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, se encontraron

diferencias significativas en los dominios de deseo (p=0.0188), satisfacción (p=0.0521), orgasmo (p=0.0042) y dolor (p=0.0379), al existir una variación positiva en la respuesta de las mujeres encuestadas en los dominios del pre y post test..

En relación a la pregunta abierta ¿Quieres comentar sobre tu experiencia en este estudio? Las respuestas se han agrupado en las siguientes dos categorías:

I.- Empoderamiento y autoconocimiento del placer a través del Autoerotismo.

Esta categoría la entendemos considerando que una mujer empoderada sexualmente, es aquella responsable de su propio placer.

Se visualiza a través de los discursos; el reconocimiento de una autoestima sexual disminuida y el reconocimiento de que la autosatisfacción sexual femenina es un tema tabú que les genera sentimientos de culpa, vergüenza y temor. El ejercicio de utilización del vibrador les permitió conectarse con sensaciones placenteras en torno a su cuerpo y autoerotismo.

"Me encontré con un espacio de confianza donde pude ver que por desconocimiento y prejuicios no me atrevía a probar; prefería obviar mi sexualidad y femineidad para casi no pensar siquiera en sexo"

"Que importante es que todas las mujeres nos mantengamos conectadas con nuestra sexualidad y nos reconciliemos en algunas cosas con ella"

"Logre sentir algo que no había logrado sentir con alguna pareja, una libertad que nos hace sentir más libre en una relación"

"Anímicamente me sentí súper bien, a la semana siguiente me pinte las uñas, me volví a maquillar"

"Mi experiencia fue grata y agradable, conocer mi clítoris, me ayudo con mi pareja, yo le podía decir que me gustaba. Me cambio la mentalidad ya que creí que era yo la que estaba mal"

II.-Necesidad de mayor educación sobre el uso de vibrador.

La mayoría de las mujeres valoran positivamente el estudio en el que participaron y consideran el uso del vibrador como una experiencia de aprendizaje al cual no se habían enfrentado,y que este estudio generó un espacio de confianza en el que podían utilizar el vibrador con un respaldo profesional.

"Me gustaría continuar participando de este tipo de estudios y aprender mucho más sobre sexualidad"

"Valoro la propuesta de investigar este tema poco explorado para tener estudios serios de la población femenina chilena"

"Me parece inmensamente bueno tener la posibilidad de que a mujeres de nuestra edad se nos enseñe a utilizar el vibrador"

CONCLUSIONES

Este estudio exploratorio deja en evidencia que el uso de vibrador da como resultado una variación positiva en 4 de 6 de los dominios de la función sexual. Revela una necesidad imperante de información y conocimiento sobre el uso de elementos que estimulan la sexualidad femenina, develando un desconocimiento de las mujeres sobre su propio cuerpo y placer. Esto se evidencia ya que, a pesar de que solo 4 mujeres lo habían utilizado previamente, luego del estudio 17 de 18 respondieron que seguirían utilizándolo.

Finalmente concluimos que la utilización de vibradores en forma sistemática permite lograr y/o mantener el placer sexual en la mujer, lo importante es tener acceso a la información de que es un elemento de ayuda para el logro del mismo.

PALABRAS CLAVE: Función sexual femenina. Índice de función sexual. Vibrador.

29

Vida Sexual de los Adolescentes de la Ciudad de Panamá y el Distrito de San Miguelito

Martínez Lasso, V.

Contacto: vinnylasso@hotmail.com

En Panamá hablar de educación sexual, y principalmente de la educación sexual en jóvenes adolescentes es un tabú, tanto por parte de los padres de familias como en los colegios oficiales y particulares. La falta de información, la alta tasa de embarazo en adolescentes, el incremento de enfermedades de transmisión sexual, entre otros problemas, se ha venido incrementado en los últimos años en nuestro país.

Para el año 2015 en Panamá se reportaron 10,976 casos de adolescentes embarazadas y en los 5 primero 5 meses del año 2016 ya van 1,880 casos en jóvenes adolescentes de 10 a 19 años, según cifras proporcionadas por el Ministerio de Salud de Panamá.

En Panamá entra a la palestra pública el Proyecto de Ley 61 del 28 de agosto de 2014, el cual es un nuevo intento por parte de la Asamblea Nacional de Diputados de reglamentar y proporcionar a nuestros adolescentes y jóvenes un modelo de educación sexual, cónsono con la realidad actual que viven estos, en torno a su sexualidad.

Este Proyecto de ley ha creado un debate público en la cual han aflorado posturas antagónicas, en la que las ideas religiosas, moralistas y conservadoras han tomado las ventajas en este debate, opacando casi a las posturas científicas y realistas de lo que debe manejarse en tema de sexualidad para nuestros adolescentes y jóvenes. Ya han pasado 2 años desde que se presentaran este anteproyecto y todavía no ha entrado en la discusión por parte de nuestra asamblea de diputados, debido a las presiones de las iglesias y grupos conservadores, que exigen que este proyecto se baje a primer debate para seguir discutiéndolo.

En realidad, la vida sexual de nuestros jóvenes adolescentes es un tema que afecta a una población muy importante de la sociedad, los cuales, en la actualidad, se encuentras en una situación de vulnerabilidad y desinformación en lo referente a temas sexuales, debido muchas veces a presiones sociales, culturales, de roles, status, género y muchas otras.

Los jóvenes adolescentes son muy susceptibles a los cambios que ocurren dentro de la sociedad y que le afectan tanto a nivel personal como social. La sexualidad, satanizada por muchos y valorada por pocos, hace ver a nuestros jóvenes adolescentes que la misma es mala y los modelos sociales de educación sexual que hay en nuestro país, así lo ratifican.

El objetivo principal de esta investigación consiste en Examinar la vida y experiencia sexual de los jóvenes adolescentes del Distrito de la Ciudad de Panamá y el Distrito de San Miguelito, desde una perspectiva psico - socio cultural, con el fin de proporcionar insumos para la generación de políticas públicas en materia de educación sexual.

Este estudio en su primera fase aborda la opinión de los jóvenes sobre su vida sexual en general, pero haciendo énfasis en los temas de: relaciones humanas, masturbación, actos sexuales, coito, juegos eróticos o sexuales, fantasías sexuales, orientación sexual y educación sexual.

Esta investigación es de tipo mixto (la integración del método cuantitativo y cualitativo), debido a la naturaleza del fenómeno al estudiar, y la misma tiene un carácter de tipo explicativa – etnográfica.

Para recabar estas vivencias y opiniones se aplicó (en el mes de marzo de 2016) una encuesta auto administrada a una muestra de 1862 jóvenes adolescentes de ambos sexos, entre las edades de 12 a 18 años de edad, perteneciente a 11 colegios, tanto oficiales como particulares. Esta muestra fue calculada

para un nivel de confianza del 97% (Z=2.17), con un grado de error (margen de error) del 2.5% (e=0.025) en la normal. Este muestreo formó parte de la primera etapa de la investigación, puesto que para la segunda etapa (que empieza a mediados del mes de agosto del presente años) se trabajará con grupos focales y entrevistas a profundidad con otra población de jóvenes.

Este avance de investigación nos ha permitido obtener algunos datos sobre la vida sexual de nuestros jóvenes adolescentes y los mismo están siendo presentados a las autoridades políticas, sociedad civil, padres de familias y público en general en Panamá.

La experiencia obtenida hasta a ahora, ha sido muy valiosa y en el marco de este congreso de Sexología y Educación Sexual seria brindar una visión de la experiencia en de Panamá sobre este tema, y dar algunos datos relevantes que hemos obtenidos en nuestra investigación y poder brindar un vistazo, aunque sea muy general de la vida sexual de nuestros jóvenes adolescentes.

VIDEO COMUNICACIONES

1

Abordaje sexológico en el tratamiento del cáncer de mama.

Pastor Muñoz, Patricia; Hernández Sánchez, Minerva; Salmerón Gualda, Nazaret Mª.

Contacto: p.pastor2010@gmail.com;

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente entre las mujeres de todo el mundo, tanto en países desarrollados como en países en vía de desarrollo. En España se diagnostican alrededor de 22.000 casos al año. La franja de edad está comprendida entre 35 y 80, con un máximo entre 45 a 65. Se estima que el riego de padecer un cáncer de mama a lo largo de la vida es de, aproximadamente, 1 de cada 8 mujeres.

La cirugía es la primera opción de tratamiento en los cánceres de mama en estadios localizados. La mastectomía es una cirugía mayor que consiste e la extirpación de toda la mama y tiene como efecto secundario inmediato la alteración de la imagen corporal y psicológicamente la reacción es vivida muy negativamente y con fuerte impacto emocional.

OBJETIVO: El objetivo de este póster es describir, mediante una revisión bibliográfica las características y los problemas sexuales en pacientes mastectomizadas. Y concienciar de la necesidad de un sexólogo en el tratamiento, para una total curación de las mujeres con cáncer de mama.

MATERIAL Y MÉTODO: Hemos realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos de Scielo, Dialnet, PubMed, Cuiden. Seleccionamos los artículos publicados en revistas con estudios realizados en España y de 5 años de antigüedad como máximo.

RESULTADOS:

1 .Mujeres que refieren problemas de pareja tras las mastectomía.

2. Autoestima afectada tras la extirpación de la mama.

3. Disminución de la frecuencia en el número de relaciones sexuales por parte de la mujer.

4. Desistimiento de una vida sexual.

5. Pérdida de la pareja.

6. Disminución del deseo.

CONCLUSIONES:

1. El cáncer de mama influye, al igual que su tratamiento, de manera significativa en aspectos psicológicos. Cabe destacar dentro de estos aspectos que se producen en la imagen corporal, la autoestima y la sexualidad.

2. La extirpación de la mama conlleva una alteración de la imagen corporal que afecta negativamente a la mujer y lo manifiesta en su vida sexual desarrollando disfunciones. Estos trastornos repercuten en el entorno familiar, ya que en algunos casos puede llevar a la separación de algunas mujeres con sus parejas.

3. Durante el tratamiento, los profesionales sanitarios pueden asesorar sobre la eficacia y existencia del sexólogo que completaría y conseguiría con terapia, solucionar los problemas que han aparecido como consecuencia de la enfermedad y ayudar a la adaptación del día a día de la mujer.

2

Abordaje enfermero del patrón rol-sexualidad en lo que respecta a la disfuncion erectil en esclerosis múltiple.

Pallarés Martínez, R.; Cervilla Moreno, F. y Montoya Alcaraz, T.

tamaramontoya20@hotmail.com

Introducción: La sexualidad es una parte importantísima de la vida diaria. La función sexual depende de vías nerviosas por lo que enfermedades neurológicas pueden afectar la función sexual de hombres y mujeres.3 Desde el momento mismo del diagnóstico algunas

personas con EM dan por terminada su vida sexual. La Esclerosis Múltiple(EM) se caracteriza por la presencia de múltiples áreas de inflamación y desmielinización en el SNC 2,3,4,5. La disfunción sexual (DS), en concreto, disfunción eréctil (DE) de causa neurológica se produce como consecuencia de las alteraciones de las vías nerviosas y de los componentes cerebrales que inducen la erección.4

Metodología: Revisión bibliográfica en la base de datos: CIBER INDEX, MEDLINE. Los descriptores en Ciencias de la Salud: Enfermería. Disfunción sexual. Esclerosis Múltiple. Criterios de Inclusión: Artículos científicos de revistas posteriores al año 2007. Restricción respecto al idioma, sólo literatura en español. Se tienen en cuenta criterios de exclusión.

Objetivos: Identificar las alteraciones sexuales más frecuentes según sexo, y la sintomatología en la EM. Identificar factores de impacto negativos en la función sexual de estos pacientes. Identificar si la DS afecta a la calidad de vida. Analizar si enfermería tiene un papel relevante para abordar la disfunción eréctil en EM.

Resultados: Las alteraciones en la disfunción sexual más frecuentes en hombres son: la disfunción eréctil y eyaculatoria, y en mujeres: alteraciones orgásmicas, disminución de la lubricación y sensibilidad vaginal. Tanto hombres como mujeres presentan disminución de la libido 2,3. Los Factores con impacto negativo sobre la función sexual de estos pacientes son: el sexo masculino, la edad, el bajo nivel de educación, el mayor tiempo de evolución, el curso/evolución progresivo, la depresión o ansiedad, la disfunción urinaria/esfinteriana, la fatiga, las alteraciones urinarias o efectos secundarios de los fármacos 5. Mencionar entre las causas cerebrales de DE, la esclerosis múltiple por supuesto 4. Los problemas relacionados con la sexualidad no son fáciles de abordar. 1 La sexualidad supone serios problemas de salud para la EM, por ello, es necesario la intervención de un equipo multidisciplinar bajo la coordinación de enfermería. La valoración enfermera, se centraría en circunstancias que interfirieran en la situación de salud/enfermedad. El diagnostico enfermero del tipo NANDA-NOC-NIC sería: DISFUNCIÓN SEXUAL r/c: alteración de la función corporal m/p: percepción de alteración en la excitación sexual 1. Los cuidados enfermeros para este diagnóstico proporcionan una excelente oportunidad para mejorar la calidad de vida del paciente 4,5.

Conclusiones: El 80% de hombres y 70% de mujeres con EM refieren algún cambio en su vida sexual desde el inicio de la enfermedad, que afectan a su calidad de vida. El abordaje multidisciplinar sanitario, incluyendo a la pareja sexual, aumentará las posibilidades de éxito, siempre que se incluyan los cuidados enfermeros enfocados al diagnóstico de DS. Las intervenciones de enfermería van encaminadas a ayudar a los pacientes en la búsqueda de estrategias de afrontamiento para lograr una mayor aceptación de los cambios en su sexualidad. Es un tema de salud sexual relativamente nuevo, por lo que necesita ser más investigado.

PALABRAS CLAVE: Disfunción eréctil. Esclerosis múltiple. Diagnóstico enfermero. Calidad de vida.

3

Alteración de la sexualidad por la influencia de las drogas

Montoya Alcaraz, T.; Cervilla Moreno, F.; Pallarés Martínez, R.

Contacto: tamaramontoya20@hotmail.com

Introducción. Las sustancias psicoactivas o drogas, van a ser capaces de alterar la sexualidad. Todas tienen en común la excitación inicial, pero dificultan las relaciones sexuales. Entre ellas podemos destacar: El alcohol, anfetaminas, alucinógenos, cannabis o marihuana, cocaína, nicotina, opiáceos, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y las drogas de diseño.

Metodología: El presente estudio está basado en el análisis de datos secundarios obtenidos de otras investigaciones en relación con el tema. Se ha realizado una revisión bibliográfica de las

principales bases de datos nacionales e internacionales PubMed, Cochrane…

Los descriptores utilizados fueron: "sexualidad"; "drogas"; "enfermería"; "orgasmo".

Se aplicó un filtro de idioma (trabajos publicados en castellano) y período temporal (2011-2016). De un total de 30 referencias encontradas tras la búsqueda, fueron seleccionadas 20 para su análisis.

Objetivos:-Identificar como afecta a la sexualidad el consumo de drogas. Analizar los diferentes tipos de drogas que existen, y como van a alterar la sexualidad en el ser humano.

Resultados: El tabaco: Podemos destacar el mal aliento (halitosis) o del olor a tabaco de su pareja, lo que puede afectar de forma severa al deseo sexual e incluso provocar un rechazo al encuentro. El alcohol: Facilita la aparición del impulso sexual, pero además inhibe partes del SNA implicadas en la erección, dificulta que ésta se alcance y en consecuencia también la penetración y el coito. Cannabis: Tiene efecto depresor y sus posibles efectos de relajación física, mental y de bienestar es probable que se deban a su acción desinhibidora. La heroína y los opiáceos: En el hombre provocan alteración en el interés sexual, fracaso eréctil y retraso en la eyaculación. En la mujer es frecuente la alteración en el interés. La cocaína: Sus efectos eufóricos pueden cambiar la percepción de uno mismo y de las propias experiencias o interacciones sexuales. Pero, por otra parte, tras los momentos de euforia aparecen los de depresión y su uso prolongado puede producir un deterioro del SNC que conduce a una mengua importante de la función sexual. Las drogas de diseño: Provocan euforia y desinhibición, y desde el punto de vista sexual, pese a generar un aumento del deseo, repercuten de forma negativa. En la mujer dificultan la excitación y producen problemas para alcanzar el orgasmo; en el hombre actúan de manera similar y provocan dificultad para mantener la erección y producen retraso en la eyaculación.

Conclusiones: El consumo de drogas tanto esporádico como habitual va a afectar negativamente a las relaciones sexuales. Su efecto será mayor según la frecuencia con la que se tomen las drogas.

La mayoría de las drogas tienen un inicio estimulante a nivel SNC, pero está demostrado que a la hora del orgasmo e incluso la penetración se produce el efecto contrario, produciendo un efecto depresor del SNC. Estas situaciones pueden a su vez provocar baja autoestima.

4

Atuação profissional versus crenças pessoais: Reflexões para a Educação Sexual

Cesnik-Geest, V. M.

Contacto: vmcesnik@gmail.com

Estudos indicam que profissionais de saúde apresentam dificuldades para lidar com questões de sexualidade no contexto hospitalar. Desde estudantes do último ano, recém-formados a profissionais vinculados a uma organização hospitalar a mais tempo relatam desconforto, constrangimento e medo da reação do paciente ao abordar a temática sexual, sentindo-se despreparados para atender as necessidades dos pacientes.

De acordo com estudos realizados no mundo todo, a oferta de conhecimentos em sexualidade humana nos currículos da área da saúde é insuficiente para atender as demandas variadas dos pacientes. Diante desta dificuldade a experiência pessoal de muitos profissionais se torna o principal norteador da abordagem de questões sobre sexualidade dos pacientes e não uma conduta padronizada de maneira profissional. Para se prevenirem destes problemas, autores recomendam a preparação de programas de treinamento e capacitação para profissionais de saúde na área da sexualidade que contenham informações suficientes para cobrir esta lacuna de competência. Porém que assuntos abordar nessas ações educacionais? Existe a demanda do paciente em receber cuidados nesta área, o que torna necessária a abordagem dessas questões, independentemente dos valores do

profissional sobre esse assunto. Assim, é importante discutir sobre o entrelaçamento entre os domínios cognitivo (oferecer informações) e afetivo (incorporar valores) no caso de treinamentos na área da sexualidade. Por outro lado, dificilmente separam-se as práticas de uma pessoa de suas crenças e valores. Deste modo, os treinamentos ofertados nesta área devem buscar a integração destes dois domínios, de modo que, ao menos profissionalmente, os valores destes profissionais sejam alinhados às necessidades dos pacientes e não apenas às suas crenças pessoais. Questionamentos importantes para a criação dessas ações educacionais: Em que se baseiam as atitudes do profissional de saúde com questões de sexualidade do paciente? Onde os profissionais obtêm informações extracurriculares sobre questões de sexualidade? Quais atitudes e crenças pessoais norteiam sua atuação profissional? Existem diretrizes claras sobre as atitudes que os profissionais de saúde devem tomar diante de situações relacionadas à sexualidade? Como nós, sexólogos, podemos contribuir para essa demanda?

PALABRAS CLAVE: Educação Sexual. Sexualidade. Crenças.

5

Como vive la mujer su sexualidad durante el embarazo y el postparto

Salmerón Gualda, M.N.; Hernández Sánchez ,M.; Pastor Muñoz,P

Contacto: buganvill@hotmail.com

Objetivo :Describir como vive la mujer su sexualidad en pareja durante embarazo y postparto. El motivo es porque en nuestra práctica clínica hemos observado un vacío en el que ni pacientes ni profesionales hablamos sobre este tema que consideramos de gran importancia.

Metodología :Se trata de un estudio observacional descriptivo.

Ámbito de estudio: Consulta de Atención Primaria de medicina y enfermería de un centro de salud rural.

Población de estudio : Mujeres que acuden al centro de salud con al menos un hijo menor de un año, por cualquier motivo.

Muestra:26 mujeres

Instrumentos: encuesta con recogida de datos de once ítems.

Resultados : Media de edad 32 años

Número de hijos 1,4

Con respecto a la sexualidad y el embarazo:

-En un 90% de las encuestadas su vida sexual en pareja se vio afectada en algún momento de la gestación.

-Motivos principales:

Primer trimestre :

1_Falta de apetito sexual. Malestar físico

2_Respeto /Miedo a perjudicar de algún modo la evolución de la gestación/cero

3-Indicación médica (amenaza de aborto. ..)

Tercer trimestre :

1-Falta de apetito sexual

2-Sentirse incómoda

3-Por su pareja

En un 70%de las encuestadas en algún momento del embarazo el sexo supuso un conflicto en la pareja

Durante el postparto

-La media de inicio de las primeras relaciones sexuales del tipo que fuesen fue a los tres meses tras el nacimiento del bebé .No observando diferencias con respecto a partos vaginales versus cesáreas

-Motivos de iniciar en este momento y no antes las relaciones: -Falta de tiempo, cansancio, cambios de humor...

-Miedo a la posibilidad de sentir dolor

La mayoría de las encuestadas vio afectada su vida sexual durante los primeros meses tras el nacimiento de su hijo.

En el 80 %de las encuestadas supuso en algún momento un conflicto con su pareja.

Tan sólo un 20%de la muestra consultó con un profesional por temas relacionados con su sexualidad en pareja durante el embarazo.

Conclusión :

Los profesionales debemos formarnos más en este tema y fomentar una vida sexual plena durante el embarazo y el postparto, erradicando falsos mitos o creencias.

PALABRAS CLAVE: Mujer. Sexualidad. Embarazo. Postparto.

6

Comparación del grado de vulnerabilidad y riesgo de abuso sexual en niños y niñas pertenecientes a dos instituciones educativas de diferentes estratos socioeconómicos de Sucre

Bravo García, L.Y, Martinez Ortega, D.M.

Contacto: leslie.bravo@cecar.edu.co

El abuso sexual infantil es una forma de maltrato que se da en todos los espacios donde interactúan los niños y niñas dejando consecuencias físicas y psicológicas, por lo cual, es importante destacar que la problemática del abuso presenta una alta complejidad, donde no se identifica una causa única, por el contrario la interacción de varios factores puede posibilitar el hecho, sin embargo, el tipo de abuso sexual más predominante y de mayor objeto de estudio es el generado en el núcleo familiar, debido al daño psicológico que produce las contradicciones de creencias, la ruptura de vínculos afectivos y otras formas de relación. Paralelamente existen determinadas características propias del desarrollo evolutivo del niño que lo hacen vulnerable al abuso sexual, como por ejemplo, la inmadurez cognitiva, emocional y física que pueden ser asociadas a limitaciones en los procesos sanos de socialización, incapacidad de diferenciar las interacciones afectivas de las abusivas y la imposibilidad de reconocer los acercamientos inadecuados. Debido a todos estos aspectos, es importante estudiar a fondo la vulnerabilidad y riesgos que se presentan en la población infantil. Por tal motivo esta investigación comparó el grado de vulnerabilidad y riesgo de abuso sexual en niños y niñas de 6 a 13 años pertenecientes a dos instituciones educativas de diferentes status socioeconómicos; mediante la utilización de una encuesta sociodemográfica y un software denominado NOABS, que recopila información de forma inmediata y la arroja en porcentajes estadísticos, discriminado una escala en cuanto al nivel de riesgo y vulnerabilidad del sujeto objeto de estudio. siguiendo un paradigma positivista, de corte transversal, tipo comparativo y diseño cuantitativo, conformado por una muestra de 220 niños y niñas de la muestra 130 corresponden a niños y niñas de estatus 4 y 5 (72 niños y 58 niñas) y 90 de estatus 1 y 2 (42 niñas y 48 niños), los resultados obtenidos evidencian que existe un mayor riesgo de vulnerabilidad ante el abuso sexual en niños y niñas del status 1 y 2 con un porcentaje de 15,6%, en comparación con el 5,4% del status 4 y 5. De igual forma, según el desarrollo evolutivo de los niños y niñas se puede establecer que quienes se encuentra entre los 6 a 9 años de edad con un porcentaje de 14,2% son más propensos y tienen mayor riesgo que quienes están entre los 10 a 13 años (1,3%), lo cual se puede asociar a que estos niños se encuentran algunos en un estadio de desarrollo evolutivo superior y los niños de diez a doce años están a punto de culminar la etapa, por lo cual su pensamiento no están concreto como el de los niños de 6 a 9 años y por tanto tienen mejores herramientas de defensa.

Por otra parte, según el contexto, los status 4 y 5 presentan mayor vulnerabilidad en el familiar y social con un porcentaje igual a un 15,4%, y en el status 1 y 2 se presenta mayor vulnerabilidad en el contexto social con un porcentaje de 38,9%, lo cual está relacionado con el ambiente y formas de comportamiento de la sociedad. De igual forma, Faller (1.998) en su modelo multifactorial, define que los contextos donde se desarrolla el niño o niña constituyen un riesgo en el cual se puede dar una situación de abuso, pero que no necesariamente el ambiente lo provoque. Otro

factor que incide en la vulnerabilidad y riesgo de niños y niñas para ser abusados sexualmente son los cuidadores, puesto que en el estudio se evidencio que en los contextos sociales y familiares los cuidadores son abuelos, tíos, vecinos, niñeras, entre otros, hallándose en última instancia los padres como cuidador principal, independientemente del estatus socio económico. De esta forma queda visto que al contrastar la información sociodemográfica del niño y los resultados obtenidos en el software NOABS, es notorio que en estos contextos sean vulnerables, puesto que sus padres no son los cuidadores principales, si no terceros, encontrándose estos mayormente desprotegidos.

De la misma forma es imperioso denotar que considerando que las niñas de estatus socioeconómicos altos son más vulnerables en el contexto familiar y cruzando esta información con el tipo de familia que se caracteriza por ser multifamiliar y que en su mayor parte indican tener hacinamientos, aumenta el riesgo y vulnerabilidad en ellas. No obstante no se puede dejar de lado que en los estratos bajos en su mayoría las familias son muy extensas y deben compartir los niños las habitaciones, lo cual también aumenta el riesgo y vulnerabilidad en ellos.

Todas estas características familiares y desarrollo evolutivo de las personas con quienes viven estos niños se consideran estas también como factores de riesgo y vulnerabilidad de abuso en los niños y niñas. Por todo lo anterior se infiere que tanto en la escuela, como en la familia en vez de ser factores protectores para prevenir el abuso sexual infantil, estos se convierten en un factor de riesgo, por consiguiente se considera que la mejor forma de mitigar esta problemática que atañe tanto los niños y repercute en su ser y a la sociedad en general, es enseñando a los niños y niñas estrategias para defensa para prevenir el abuso sexual, que abarque desde el conocimiento de su propio cuerpo, reconocimiento de situaciones de riesgo, actitudes de los abusadores, entre otros. Los estudios de indicadores sociodemográficos, los riesgos de vulnerabilidad dan cuenta de los peligros a lo que están expuestos estos menores, por tal razón esta población necesita ser atendida de acuerdo a las políticas públicas de seguimiento de los entes territoriales de cada país.

PALABRAS CLAVE: Abuso Sexual Infantil. NOABS. Vulnerabilidad. Estatus Socioeconómico. Indicadores Sociodemográficos.

7

Conductas y actitudes frente al VIH en estudiantes universitarios de ciencias de la salud al sur de Chile

Contreras García, Y; Carrasco-Portiño, M; Manríquez-Vidal, C; Alcaíno Garrido, J; Donaide García, V; Guzmán Salas, G; Valdivia Martínez, T; Ceballos Morales, A.

Contacto: mecarrasco@udec.cl

Introducción: A nivel mundial, el número de nuevas infecciones por VIH en el año 2011 fue de 2,5 millones, de los cuales el 41% corresponden a jóvenes entre 15 y 24 años, éstos forman parte de la población más expuesta a contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo VIH. Esto pudiera explicarse porque en la primera relación sexual aproximadamente el 51,4% declara haber usado algún método de prevención, como la actividad sexual bajo la influencia de alcohol u otras drogas que disminuyen la capacidad de percepción del riesgo.

Considerando que el equipo de salud estar preparado permanentemente para la prevención y atención de personas con ITS se espera que durante su formación profesional, los/as estudiantes desarrollen las competencias suficientes, tanto en conocimiento y actitudes, para evitar conductas de riesgo.

Objetivo: Relacionar los conocimientos, actitudes y conductas sexuales de estudiantes de carreras de ciencias de la salud en Chile.

Métodos: Estudio observacional de corte transversal correlacional en una Universidad del sur de Chile (año 2013). Población: estudiantes de 3er año de 8 carreras de ciencias de la salud (Obstetricia y Puericultura (OyP), Nutrición y

Dietética (NyD), Tecnología Médica (TM), Kinesiología (K), Fonoaudiología (F), Medicina (M) y Enfermería (E)) de la Universidad de Concepción (n=417; 80,2% del total de estudiantes).

La encuesta incluyó 4 dimensiones: aspectos sociodemográficos, conducta sexual, conocimiento de VIH y la escala de actitudes hacia el SIDA para adolescentes (Espada y cols.). La prueba piloto del instrumento se realizó en 30 estudiantes de 1er año de las mismas carreras. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina. Las variables independientes fueron: nivel de conocimiento y actitudes frente al VIH, carrera, consumo de alcohol o drogas. La variable dependiente fue conducta sexual determinada por el número de parejas sexuales, edad de inicio de la vida sexual, práctica sexual, promiscuidad, gestión de riesgo.

El análisis de datos se realizó con el programa estadístico SPSS v. 19. Para la asociación entre variables cualitativas se aplicó prueba de X2 o test exacto de Fisher según correspondía (valor p < a 0,05).

Resultados: Finalmente se analizó a 386 personas (265 mujeres;121 hombres) que completaron todas las preguntas, con una pérdida de 26%. La media de edad fue de 21,4 años (mín.: 20; máx.:30; D.E.:1,36). En relación al conocimiento del VIH, el 79% de los hombres considera que era suficiente, y en las mujeres fue de 88%. Respecto de las actitudes de estudiantes frente al VIH, las estudiantes están más dispuestas a la abstinencia frente al no uso de preservativos (p=0,01) y a convencer a su pareja de su uso (p<0,001); en cambio ellos estarían más dispuestos a llevar preservativos (p<0,001). Los hombres señalan mayor incomodad (p=0,01) y distanciamiento frente a una persona VIH+ (p=0,04), aunque están más dispuestos a realizarse las pruebas de pesquisa de VIH frente a una práctica de riesgo que ellas (p=0,01). El 84% de los hombres y el 68% de las mujeres iniciaron su actividad sexual (Media edad: 17,4 y 18,2 años, en hombres y mujeres respectivamente). El 51,8% tenían pareja estable al momento de la encuesta. El 97% de las mujeres y el 89% de los hombres se declaran heterosexuales. Los hombres declaran tener en promedio 3,44 parejas sexuales y las mujeres 2,11 (p<0,001). En ambos sexos, se declara el uso de métodos anticonceptivos por sobre el 65% (p>0,05).

Respecto a las conductas sexuales, el sexo anal es practicado por ambos sexos aunque es mayor en hombres (33% v/s 18%; p=0,005). Ambos sexos reconocen tener relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol, cifra que es mayor en hombres (49% v/s 37%; p=0,025). No existen diferencias entre el consumo de alcohol (p=0,141) ni de sustancias ilícitas (p=0,058) en ambos sexos. En base a la escala de actitudes y conductas de jóvenes adolescentes frente al VIH se observa que las estudiantes se encuentran más dispuestas a la abstinencia frente al no uso de preservativos (70% v/s 51%)(p<0,001) y convencer a la pareja del uso de preservativos (91% v/s 77)(p<0,001); en cambio los hombres, estarían más dispuesto a llevar preservativos para su uso (99% v/s 86%)(p<0,001). Los hombres establecen mayor incomodad (22% v/s 11%) (p=0,01) y distanciamiento frente a una persona VIH positiva (8% v/s 6%) (p=0,04), aunque están más dispuestos a realizarse las pruebas de pesquisa de VIH frente a una práctica de riesgo (100% v/s 98%) (p=0,01). En relación a las diferencias percibidas por carrera de ésta escala observamos que: Entre el 90-100% de las 8 carreras estarían dispuestos/as a usar preservativo, a realizarse la prueba de VIH frente a una práctica de riesgo y recomendaría a sus amistades hacérsela en caso de conducta de riesgo. Cuatro (OyP,NyD,TM y E) de las ocho carreras están completamente dispuestas a reconocer estar a favor del uso del preservativo frente a sus amistades, y tres carreras (OyP, TM y E) admiten que intentarían convencer a su pareja si estas no están de acuerdo en usar preservativo. Destaca que el 84,1% de la carrera de F se negaría a tener relaciones sexuales sin preservativo, y que el 92,9% de la carrera de OyP no se incomodaría al tener un compañero/a con SIDA. Por otro lado, el 43,9% de la carrera de NyD no está de acuerdo en esperar tener preservativo para tener un contacto sexual, y del mismo modo el 19,5% no estaría dispuesta a llevar consigo preservativos. El 12,8% de la carrera de K no estaría dispuesta a defender públicamente el uso del preservativo, mientras el

25% de la carrera de F no besaría en la mejilla VIH+. Por último, el 100% de la carrera de OyP no se distanciaría si un amigo se infecta con VIH, mientras que el 18% de la carrera de O si lo haría.

Conclusiones: A pesar de que existen actitudes y conductas favorables frente a la prevención de VIH/SIDA, existe un desequilibrio entre las carreras de Ciencias de la Salud. Por tanto, es necesario desarrollar estrategias para fortalecer estas competencias transversales para su ejercicio profesional y autocuidado.

PALABRAS CLAVE: VIH. Estudiante. Sexo seguro. Conducta sexual. Actitudes.

8

Convirtiendo al porno en un mapa de calor mental

Del Barrio-Alvarez, E.

Contacto: elenadelbarrioalvarez@gmail.com

En una sociedad donde la academia no encuentra que tener un orgasmo en tiempos de crisis es una potencialidad/virtud psicológica; que diagnostica cualquier práctica no normativa como parafilia; y donde los discursos feministas se desencuentran en cuanto hay sexualidad explícita; es fundamental abordar el tema de la pornografía para comenzar a desmontar y reencontrar mentes.

Desde este paper se pretende proponer una metodología de procesamiento a nivel físico y semántico, desarrollada por el MIT, para el análisis del impacto de la pornografía mainstream en nuestra sexualidad.

Dicho modelo predictivo de memorabilidad se aplica a los 3 vídeos más vistos de los 2 portales más demandados en España, para entender el impacto de la pornografía más difundida, y reflexionar sobre qué realmente tendrá efecto y de qué depende. Dichos resultados podrán ayudarnos a gestionar la influencia de imágenes y acciones en base al conocimiento de su nivel de impacto.

PALABRAS CLAVE: Pornografía. Procesamiento de imágenes. Metodología. Feminismos.

9

Efectos del asma a la mujer embarazada, visto desde enfermería.

Cervilla Moreno, F.; Montoya Alcaraz, T.; Pallarés Martinez, R.

Contacto: p.cervilla@hotmail.com

Introducción: El asma es una enfermedad respiratoria crónica, se caracteriza por ataques repetidos de disnea y sibilancias, estos pueden ser más o menos severos y frecuentes, dependiendo de cada persona; los ataques se pueden repetir varias veces al día o a la semana y agravarse durante la realización de actividad física o durante la noche. Las embarazadas asmáticas deben ser controladas por un especialista ya que los numerosos cambios fisiológicos que se producen durante la gestación pueden influir negativamente en la evolución de la enfermedad.

Objetivos: Conocer los riesgos que comporta un asma mal controlada en la mujer embarazada, así como, analizar la incidencia que causa el asma en el feto.

Metodología: Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía, así, el análisis de datos secundarios obtenidos de otras investigaciones. Las bases de datos consultadas nacionales e internacionales fueron: Scielo, Cuiden, Google académico y Uptodate. Como términos destacados se utilizaron: asma, corticoides, embarazo, feto, inhaladores, riesgos. Se aplicó un período temporal (2007-2015) sobre artículos de revista científica y los estudios que relacionan el embarazo y el asma.

Resultados: Como se muestra en los resultados, entre el 4% y el 8% de mujeres embarazadas padecen asma, siendo bastante común que haya complicaciones del asma durante la gestación. Durante el embarazo el asma permanece estable en un tercio de las mujeres, en otro tercio empeora y mejora en el tercio restante, siendo alrededor de la semana 24 de gestación donde más exacerbaciones se detectan. Las mujeres asmáticas embarazadas deben seguir un control por el especialista, el objetivo principal es que el feto

tenga una correcta oxigenación siendo necesario prevenir la falta de oxígeno en la madre. Un mal control del asma durante el embarazo aumenta el riesgo de padecer una exacerbación asmática grave, causando una falta de aporte de oxígeno al feto pudiendo repercutir en abortos espontáneos, menor crecimiento de la placenta, bajo peso al nacer, malformaciones, parto prematuro, incluso un aumento de la mortalidad materna y fetal; como tratamiento del asma en la mujer embarazada se recomienda utilizar fármacos que habitualmente se emplean siendo estos los agonistas beta 2 adrenérgicos y los glucocorticoides inhalados; totalmente seguros para el feto.

Conclusiones: Podemos concluir que, como profesionales sanitarios debemos realizar una educación sanitaria a estas pacientes, explicarles cómo actuar durante las crisis y como realizar el tratamiento, si hay reajustes en la medicación…, también explicarles que no deben infratratar su asma por miedo a efectos secundarios de los medicamentos que se utilizan, ya que estos fármacos son seguros para el feto, siendo más peligroso llevar un mal control del asma o realizar un tratamiento tardío o de rescate de la crisis asmática, ya que esto podría conllevar a una disminución de oxígeno en sangre o dar lugar a una hipoxemia siendo perjudicial para el feto.

PALABRAS CLAVE: Asma. Corticoides. Embarazo. Feto. Inhaladores. Riesgos.

10

El abusador sexual infantil en Colombia: una evaluación neuropsicológica integral

Vásquez Amézquita, M.; Rodríguez Padilla, A.; Bonilla

milena_vasquez@hotmail.com

La teoría unificada del abuso sexual de Ward y Beech (2005) plantea que sobre la base de la interacción entre la biología y el aprendizaje social se desarrollan los tres subsistemas neuropsicológicos, motivación/emoción, percepción/memoria y selección de la acción/control, que a su vez se combinan entre sí, de diversas maneras en un individuo, para dar lugar a perfiles conductuales adaptativos o desadaptativos. Este trabajo presenta resultados descriptivos y preliminares del perfil neuropsicológico del abusador sexual en Colombia; en comparación con sujetos condenados por delitos no sexuales de carácter violento, partiendo de los componentes de la teoría unificada del abuso sexual. Uno de los factores biológicos que se presentan en la base del modelo es la influencia hormonal prenatal, para lo cual se realizó la medición de la proporción 2D:4D y desde el componente del aprendizaje social en interacción con la genética se evaluaron rasgos de personalidad. En el siguiente nivel explicativo se evaluaron algunos factores que componen cada subsistema neuropsicológico, así en el subsistema emocional/motivacional se tomaron medidas psicológicas de apego parental; para explorar el subsistema perceptivo/mnésico se utilizó la técnica de rastreo ocular, como indicador de sesgos cognitivos y preferencias sexuales hacia los niños; y en el subsistema de selección de la acción/control se evaluó el nivel de control inhibitorio través de la evaluación neuropsicológica de funciones ejecutivas. En una muestra de 41 sujetos, 15 abusadores de menores de 14 años, 12 condenados por acceso carnal violento y 14 condenados por homicidio sin antecedentes de delitos sexuales, se encontraron, en el primer nivel explicativo, indicadores de altos niveles de testosterona prenatal expresados en una ratio significativamente menor en comparación con el grupo de sujetos condenados por delitos violentos no sexuales y el grupo condenado por violación a mujeres adultas, así mismo se identificó el predominio de rasgos obsesivo-compulsivos y narcisistas en todos los grupos evaluados. En relación con el segundo nivel explicativo, en el componente emocional/motivacional se encontró un predominio de apego de tipo rechazante y preocupado, en los tres grupos evaluados. En el subsistema percepción/memoria se encontró una tendencia del grupo de abusadores de menores hacia un patrón de atención visual automático hacia los niños, especialmente hacia regiones

sexuales como pecho y pelvis de niñas, posiblemente ligado a un sesgo cognitivo hacia las características inmaduras reflejadas en éstas regiones y su asociación con las preferencias sexuales. Finalmente, en el sistema de selección de la acción/control se encontró un bajo control inhibitorio especialmente en los grupos de delitos sexuales, pero significativamente menor en el grupo de abusadores sexuales de niños reflejado en el bajo desempeño en la prueba de Stroop, con un mayor número de errores y mayores tiempos de respuesta y en la prueba de laberintos con un mayor número de errores en el respeto de las reglas y límites. Los resultados son aún una aproximación al establecimiento de perfiles del abusador sexual desde una mirada integral, teniendo en cuenta que se requiere ampliación de la muestra y una evaluación más extensa de cada subsistema neuropsicológico que incluya otras medidas psicológicas y neuropsicológicas, así como análisis predictivos por factores. Sin embargo, estos resultados preliminares dan luz de posibles factores predictivos de la conducta sexual desviada hacia niños y revela la importancia de hacer evaluaciones integrales que exploren todos los subsistemas con el fin de identificar perfiles específicos y orientar planes de tratamiento según sus características. Teoría Unificada, Abuso sexual infantil, Evaluación Neuropsicológica, Ratio 2D:4D, Rastreo Ocular, Inhibición conductual

11

¿El amor es ciego y la sexualidad?

Cruz, A.L.; Badalotti Tavares, M.L.

Contacto: luciapsc@hotmail.com

Introducción: Este trabajo, busca en su esencia, percibir cómo es la sexualidad en las personas con discapacidad visual de grado severo (ciego). Además de comprender la construcción del universo erótico de este sujeto. Sus anhelos, sus emociones, sus deseos y sus peculiaridades en las relaciones afectivo sexuales. Elucidando así, algunos de los mitos que rodean el erotismo en los discapacitados visuales.

Objetivo general: Comprender la experiencia subjetiva de erotismo en los discapacitados visuales.

Objetivos específicos: mapear como el discapacitado visual se percibe como sujeto erótico, bien como el funcionamiento de los sentidos y su relación con el erotismo. Analizar el contexto de lo discapacitado visual en la búsqueda de un compañero erótico. Identificar bibliográficamente aspectos psicoanalíticos en la sexualidad del discapacitado visual. Metodología: Método fenomenológico, pesquisa cualitativa descriptivo, estudio de campo, con entrevista semi-estructurada, juntamente con análisis de contenido. Resultados: El doble perjuicio, discapacidad y sexualidad, existe. Pero la curiosidad en relación a la vivencia erótica persiste. La falta del sentido de la visión, no impide que el discapacitado visual tenga citas, relaciones sexuales, darse cuenta de la belleza de las cosas y obtener placer. Se enamoran, salen y se diverten con los amigos, coquetean con una "buena conversación".

Conclusiones: Se puede observar, un erotismo construido por matices subjetivos, sentidos agudos, concepciones estéticas complejas, todo en función de un Eros activo y peculiar. Se encontró, sin embargo, que a pesar de los prejuicios y estigmas, la forma en que los discapacitados visuales experimentan su sexualidad y erotismo no es diferente a la de las personas no discapacitadas, e aún tornase más profunda sobre las miradas inconscientes de la sexualidad.

PALABRAS CLAVE: Sexualidad. Discapacidad. Ciego. Deseo. Placer. Erotismo.

12

Enfermedades más comunes de la tercera edad y afectación a la salud sexual

Hernández Sánchez, M; Salmerón Gualda, M N; Pastor Muñoz, P.

Contacto: minerhs79@gmail.com

Introducción Si hablamos de sexualidad la relacionamos con juventud y salud, cuando hay

alguna enfermedad o dolencia pensamos que el sexo afecta de negativamente, pudiendo ser lo contrario. El objetivo de nuestra revisión bibliográfica es determinar en las enfermedades crónicas mas comunes de la población mayor, el grado de disfunción sexual y su causa.

Objetivo. Detectar la afectación a la sexualidad de las personas mayores de 60 años con enfermedades crónicas comunes.

Metodología. Hemos realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Dialnet, ScieLo, MedLine y consultado manuales actuales de Sexológia y relevantes. Los estudios consultados están realizados en los últimos 10 años. Los descriptores de la salud con los que hemos realizado la búsqueda bibliográfica son, "sexualidad", "hipertensión", "diabetes", "cardiopatías" y "anciano".

Resultados. Las enfermedades crónicas mas comunes que sufren las personas a partir de los 60 años que pueden afectar a la sexualidad son:

Insuficiencia cardiaca: están limitadas porque su corazón no bombea la sangre igual, tienen limitada la actividad física y toman medicación que pueden incentivar las disfunciones sexuales.

Angina o infarto de miocardio: hay estudios que demuestran que las disfunciones sexuales postinfarto, son producidas por temor al dolor, a que se produzca un nuevo infarto y depresión, no por causas orgánicas. El riesgo de infarto agudo de miocardio en el coito es muy bajo.

Hipertensión: Prevalece la disfunción eréctil en el hombre y disminución de la lubricación vaginal y de la frecuencia de orgasmos. La causa es orgánica.

Diabetes Mellitus: En los hombre con frecuencia se da la disfunción sexual y va aumentando con la edad. En la mujer no se ha estudiado suficiente y hay controversias. Son muchas las causas orgánicas que provocan dices disfunciones.

Conclusiones. Las enfermedades crónicas afectan antes o después a la calidad y en concreto a la vida sexual, es por ello que el asesoramiento sexual a los pacientes que tienen una enfermedad crónica es básico, ya que puede mejorar la calidad de vida de las personas que la padecen." enfermedades más comunes de la tercera edad y afectación a la salud sexual.

13

Enfermera escolar como la voz de la educacion sexual en España

Pallarés Martínez, R.; Montoya Alcaraz, T.; Cervilla Moreno, F.

Contacto: remedios.pallares@gmail.com

El Ministerio de Sanidad en España, en cuanto a Atención Sanitaria en materia de salud sexual y reproductiva recomienda": Garantizar la adecuada atención sanitaria a adolescentes y jóvenes a través de dispositivos específicos, cercanos a sus espacios vitales. Se recomienda potenciar la creación de la "Consulta Joven" en centros de atención primaria, centros de planificación familiar u otros espacios". 1 Siguiendo esta línea, el Ministerio de Sanidad y Política Social establece unas Recomendaciones Específicas de protección de la Salud de los Adolescentes, en cuanto a la Atención Sanitaria, Educación y Salud Pública. Estas recomendaciones están relacionadas con: La salud sexual y reproductiva, la salud sexual y el consumo de alcohol. 1,3

La Salud Sexual queda definida por la WAS (World Association For Sexology) 5

La enfermera escolar se define como el profesional de enfermería que realiza su desempeño en el ámbito escolar, prestando atención y cuidados de salud a la comunidad educativa, y que para ello ha recibido una formación específica y complementaria en su proceso formativo. Su objetivo es contribuir al pleno desarrollo y máximo bienestar físico, mental y social de dicha comunidad, debiendo estar integrada en la misma, y en consecuencia, presente en el centro educativo durante todo el horario escolar. . 6

METODOLOGIA, Revisión bibliográfica en la base de datos: CIBER INDEX (Cuiden).

-Los descriptores en Ciencias de la Salud (DECs): Enfermería escolar (School nurse), Salud sexual (Sexual Health), España (Spain).

-Criterios de Inclusión:

Artículos científicos de revistas posteriores al año 2008

Describen relación entre salud sexual en españa y enfermeria.

Restricción respecto al idioma, sólo literatura en español

Se recuperaron los estudios completos originales (full text).

-Criterios de Exclusión:

Estudios que describan intervenciones médicas/ fisioterápicas.

Se excluyeron aquellos artículos que no se ajustaban a los objetivos.

Publicación anterior al 2008

OBJETIVOS. Objetivo general: Realizar una revisión bibliográfica sobre la importancia del enfermero/a escolar en salud sexual en España.

Objetivos específicos:

- Detectar que profesional o profesionales están llevando a cabo intervenciones en salud sexual escolar en España. Reflejar si la figura del enfermero escolar es relevante.
- Conocer la temática y que tipo de intervenciones de promoción de actitudes y actividades saludables se están llevando a cabo en materia de salud sexual.
- Dar a conocer para que población en concreto se está llevando a cabo intervenciones en salud sexual.

RESULTADOS. Se analizaron 4 artículos en total, y se descartan 15 artículos de los 19 encontrados en total, por no ajustarse a los objetivos. Para los objetivos planteados, se enumeran artículos con evidencia científica que nos conllevarán a una serie de resultados, estos son:

- En ningún artículo se habla de la importancia del desempeño de las actividades asistenciales de la enfermera escolar, orientadas a: Promocionar, proteger, mantener y rehabilitar la salud de la comunidad educativa e Identificar y valorar las necesidades de salud y los cuidados que requieren los individuos, considerando los aspectos biopsicosociales, dentro de las cuales se enmarcaría la salud sexual obviamente. 6. Sin embargo, si se habla de otras figuras como: La Enfermera del Programa Forma Joven y la Trabajadora Social como de relevancia en las intervenciones de salud sexual, esta última figura aparecería en el artículo dos solamente. 1,2. La importancia de las enfermeras de Atención Primaría de pediatría como agentes de los talleres de lo que se conoce como "Consulta Abierta", por la proximidad a los adolescentes, en coordinación con los pediatras, especialistas en medicina de familia del área y trabajadora social. 3. Es labor importante dentro de la cartera de Atención Primaria, haciendo alusión a la enfermera comunitaria pues, la promoción y protección de la salud sexual, a través de lo que se conoce como "Programa Forma Joven". 4
- Con respecto a la temática y que tipo de intervenciones de promoción de actitudes y actividades saludables se están llevando a cabo en materia de salud sexual: Que bien se denominan Programa Forma Joven, Consulta abierta… pero que en definitiva, lo que viene a realizar es: Una intervención en forma de una serie de talleres en los distintos centros de formación, con el objetivo de formar e informar a los jóvenes para que sus relaciones sexuales sean seguras y satisfactorias, contribuir a construir relaciones de igualdad entre ambos sexos, se habla del concepto de sexualidad y sexo, cambios hormonales, masturbación, fisiología y anatomía reproductora, métodos anticonceptivos, sobre métodos de contracepcion postcoital, de como prevenir Enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, se informa sobre las Interrupciones voluntarias de embarazos, se trabaja con las actitudes la mejora de educación afectivo-sexual. 1,2. Se dota de recursos efectivos a los adolescentes para que sean capaces de aumentar su autoestima y asertividad y afrontar las inevitables situaciones de riesgo, que relacionadas con su desarrollo personal y psicosexual, se encuentran en la adolescencia y se encontrarán con posterioridad. Se ayuda a los padres y profesores a promover la adaptación saludable de los adolescentes en esta

etapa de desarrollo personal y de afrontamiento de su autonomía y los riesgos inherentes que de esta autonomía se derivan . 1,3. Se ha elaborado un plan de actuación específico con las siguientes intervenciones: Consejo terapeutico individualizado en salud reproductiva relacionado con el manejo del preservativo y la información personalizada de los recursos anticonceptivos y seguimiento por la Trabajadora Social de las demandantes de Interrupcion Voluntaria del Embarazo. 2.

En definitiva, Talleres sobre intervenciones educativas bajo el epígrafe: "Sexualidad Positiva", y Campañas de promoción de la salud en temas prioritarios, integrados y coordinados con los objetivos y actuaciones de Salud Pública y/o institucionales. 3

- Respecto al tipo de población que afecta: Especialmente en los sectores de población más vulnerables, y en concreto, en el colectivo se encuentran los jóvenes adolescentes en la fase educativa ESO y Bachillerato (de los 14 a 16/17 años). 1,3,4.

Por otro lado, la población joven de la Zona con Necesidades de Transformación Social de la ESO.

CONCLUSION. A raíz de estas intervenciones, se ha producido un acercamiento de los jóvenes hacia el Centro de Salud a través de la consulta de orientación y planificación, se ha aumentado la colaboración entre las distintas instituciones y se han abierto nuevas líneas de cooperación en materia de salud sexual. 1

Los Institutos reciben muchas ofertas informativas en cuestiones de salud promovidas entre otros por campañas propias de los Ayuntamientos. Aún así, consideramos prioritario seguir con intervenciones educativas en la adolescencia en los aspectos de salud sexual, ya que en un porcentaje superior al 50 % quiere conocer más sobre alcohol, drogas anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual. 3

Es necesario el esfuerzo de profesores, y de la APA para hacer posible la identificación de la enfermera/o en el Instituto como parte integral de su formación. Permitiría una mayor coordinación con todo el agente implicados en su Educación Sanitaria básico para motivarles y mantenerles en hábitos saludables.3

Gracias al programa Forma Joven, las enfermeras tenemos ocasión de contactar con la población juvenil y pulsar sus inquietudes y tendencias, analizando situaciones que nos pueden ayudar en nuestra práctica asistencial sobre el comportamiento sexual juvenil y sobre los conocimientos que tienen de los anticonceptivos habituales y de urgencia. Estos datos nos ayudan a aportar conocimientos donde existen lagunas o a enderezar situaciones que detectamos están desviadas por desconocimiento o información errónea. 4. PALABRAS CLAVE: Enfermería escolar (School nurse). Salud sexual y reproductiva (Sexual and Reproductive Health). España (Spain).

14

Enfermería y salud sexual

Cervilla Moreno, F; Montoya Alcaraz, T; Pallarés Martínes, R.

Contacto: p.cervilla@hotmail.com

Introducción: se muestra la definición de salud sexual como el conjunto de actividades relacionadas con la enseñanza, la difusión y la divulgación acerca de la sexualidad humana, el aparato reproductor femenino y masculino, la orientación y relaciones sexuales, la planificación familiar y el uso de anticonceptivos, el sexo seguro, la reproducción, los derechos sexuales y los derechos reproductivos, los estudios de género y otros aspectos.

Objetivos: Dotar a los usuarios de los conocimientos, habilidades y actitudes para tomar decisiones sobre sexualidad, creando un espacio idóneo para debatir y dialogar sobre sexualidad, así como, promover la orientación y los planes de intervención de enfermería deforma participativa con la población.

Metodología: Se llevó a cabo una revisión bibliografíca sobre el tema, así como aquellas intervenciones de enfermería dirigida a promover un comportamiento sexual responsable. Las bases de datos nacionales e internacionales consultadas fueron: Scielo, Cuiden, Google académico y Uptodate. Como términos destacados se utilizaron: Educación sexual, intervención de enfermería, promoción de la salud. Se revisaron fuentes publicadas en un periodo temporal (2009-2014) sobre artículos de revista científica y los estudios que relacionan la enfermería y la educación sexual. Resultados: Como muestran los resultados, la intervención de enfermería va dirigida a promover un comportamiento sexual saludable; así como, los beneficios de una Educación Sexual Formal y Humanizada proyecta sobre el individuo.

Conclusiones: Concluimos que, la aportación que la enfermería profesional puede ofrecer asesoramiento sobre autocuidados, hacia una sexualidad responsable y saludable. La formación del profesional enfermero, así como su cercanía a la población y su función de promotor de la salud, hacen que su labor esté valorada por la sociedad. Las actividades de educación para la salud, resultan eficaces para que los ciudadanos posean un nivel óptimo de salud. Es aconsejable realizar y repetir talleres para reforzar conocimientos e intentar modificar conductas.

PALABRAS CLAVE: Educación sexual (sex education). Intervención de enfemrería (Nursing intervention). Promoción de la salud (Health promotion).

15

Identificación de preferencias sexuales a través de la técnica de Eye Tracking

Vásquez Amézquita, M.; Leongómez J.D., Bonilla, M., Rodríguez Padilla, A.

mvasquezam@unbosque.edu.co

Según la teoría de acoplamiento funcional, los movimientos oculares se encuentran anclados a los procesos de atención visual que permiten acceder a procesos cognitivos subyacentes. Las preferencias sexuales constituyen un fenómeno multifactorial que hace difícil su exploración únicamente a través de mecanismos subjetivos. Algunas personas presentan dificultades en la identificación de sus preferencias sexuales o responden según lo esperado socialmente. Teniendo en cuenta el poder de atracción de la atención de estímulos emocionales, especialmente de contenido sexual, se ha comenzado a explorar la utilidad de la técnica de rastreo ocular y paradigmas de atención visual en la identificación de preferencias sexuales típicas y atípicas.

El presente estudio tuvo como objetivo identificar variaciones en los patrones de atención visual automáticos y controlados hacia estímulos sexuales relevantes utilizando el paradigma de estímulos sexuales relevantes en competencia con estímulos irrelevantes desarrollado por Fromberger et al (2012) y la técnica de rastreo ocular en personas con orientación heterosexual y homosexual. Se replicó el diseño experimental de Fromberger et al (2012) y a una muestra de 90 estudiantes universitarios, 29 hombres heterosexuales (M= 21.45 años; SD= 3.15), 20 hombres homosexuales (M= 20.55 años; SD= 1.73), 23 mujeres heterosexuales (M= 19.09 años; SD= 1.08) y 18 mujeres homosexuales (M= 20.06 años; SD= 1.25) clasificados según la escala Kinsey, se les presentaron de forma individual 64 imágenes en blanco y negro dispuestas en parejas, hombres vs mujeres adultas y niños vs niñas, todos en ropa interior, las imágenes de correspondían a niños menores de 12 años según la escala Tanner (1948). Los estímulos se pseudoaleatorizaron en su aparición y localización de presentación.

Para el registro de los movimientos oculares se utilizó el programa Tobii Studio versión 3.3.4 tomando como variables dependientes el tiempo para la primera fijación que indica la orientación automática hacia el estímulo preferido sexualmente y la duración del total de fijaciones que indica la atención tardía o focalizada hacia el estímulo relevante sexualmente. Se analizó a través de un modelo lineal generalizado de medidas repetidas para cada variable dependiente y se realizaron análisis post-hoc.

Los resultados arrojan un patrón de orientación inicial especifico hacia el estímulo preferido sexualmente, especialmente en hombres heterosexuales y mujeres homosexuales, encontrándose un menor tiempo para la primera fijación sobre el estímulo preferido según la orientación sexual declarada del participante. Así mismo, la atención inicial parece interactuar con la atención tardía evidenciándose una atención focalizada específica hacia el estímulo preferido sexualmente según la orientación sexual de los participantes, sin embargo, la atención focalizada es especifica en todos los grupos, a diferencia de la atención automática que reveló sólo un efecto significativo según la orientación sexual de hombres heterosexuales y mujeres homosexuales.

Se concluye que las mujeres homosexuales muestran un patrón de atención automático masculinizado, al igual que los hombres homosexuales un patrón de orientación inicial feminizado, en quienes no parece haber una especificidad hacia el estímulo preferido sexualmente, es decir la atención puede orientarse automáticamente hacia estímulos de ambos sexos. Se soporta la técnica de seguimiento ocular como una herramienta útil en la identificación de preferencias sexuales típicas y atípicas, incluido las relacionadas con desviaciones sexuales como pedofilia, al encontrar en los cuatro grupos un patrón de atención automático y controlado marcado hacia personas adultas, confirmándose que en personas sin desviaciones sexuales pedófilas, los estímulos infantiles son sexualmente irrelevantes. Palabras clave: Orientación sexual, seguimiento ocular, atención visual, estímulos relevantes sexualmente.

16

Influencia del saos en la salud sexual

Hernández Sánchez, M.; Salmerón Gualda, M. N.; Pastor Muñoz, P.

Contacto: minerhs79@gmail.com

OBJETIVO. Detectar disfunción sexual y afectación matinal en los pacientes con Síndrome de apnea obstructiva del sueño. Averiguar si existen beneficios en el ámbito sexual tras el tratamiento con CPAP.

MATERIAL Y METODO. Hemos realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Dialnet, ScieLo, MedLine y consultado manuales actuales de Sexológia y relevantes. Los estudios consultados están realizados en los últimos 10 años. Los descriptores de la salud con los que hemos realizado la búsqueda bibliográfica son, “sexualidad”, “síndrome de la apnea del sueño”, “sueño”.

RESULTADOS. Numerosos estudios coinciden en la gran cantidad de complicaciones del SAHS, lo que hace que estos pacientes vean reducida significativamente su calidad de vida.

Alta tasa de comorbilidad psiquiátrica, referida sobre todo a trastornos de ansiedad y depresión.

Mayores niveles de somnolencia diurna que los roncadores crónicos.

Las erecciones y cualquier tipo de actividad sexual disminuyen a causa de la hipoxia intermitente. La disfunción eréctil es una situación prevalente en pacientes con SAHS

Alta prevalencia de disfunción eréctil en pacientes con síndrome de apnea obstructiva crónica (SAOS)

Tras el tratamiento con la CPAP:

Mejora el funcionamiento cognoscitivo de los pacientes con SAOS y se incrementa el número de dígitos recordados, en una tarea de memoria a corto plazo. Esto se puede deber a una mejoría en el nivel de somnolencia diurna o bien en la mejoría significativa en los niveles de saturación de oxígeno.

Mejoría en los trastornos neuropsicológicos que alteran las funciones cognitiva.

Aumento significativo de la comunicación verbal entre los cónyuges.

La mejora de la disfunción eréctil es uno de los efectos beneficiosos de la terapia CPAP.

Mayor satisfacción sexual tras el uso del tratamiento de la CPAP durante un mes.

En la mayoría de estudios sólo los hombres encuentra una mayor satisfacción marital tras haber usado el tratamiento CPAP durante un mes,

por otro lado las mujeres no encuentran una mejor satisfacción marital, refieren encontrarse igual.

CONCLUSIONES. El tratamiento CPAP sí es efectivo en mejorar la satisfacción sexual marital.

El sueño es un excelente indicador del estado de salud general y el bienestar y calidad de vida de las personas, ya que el bienestar de las personas afecta directa o indirectamente en su satisfacción sexual marital. PALABRAS CLAVE: Influencia del saos.

17

Inmigración, explotación sexual y crecimiento psicológico: Lo que se pierde Europa

Del Barrio-Alvarez, E.

Contacto: elenadelbarrioalvarez@gmail.com

Las políticas de inmigración están empezando a ser repensadas "gracias" a la crisis de personas que piden refugio en una Europa que desprecia lo desconocido. Sin embargo, estas políticas vienen perjudicándonos desde mucho antes, y afectando a supervivientes de la trata con fines de explotación sexual.

Tras el análisis del crecimiento postraumático de 109 mujeres supervivientes de la trata con fines de explotación sexual en Madrid, Sevilla, Las Palmas y Burgos, se analizan las políticas sociales que podrían modificarse para potenciarse aún más su desarrollo como ciudadanas promotoras de mejora social.

PALABRAS CLAVE: Trata con fines de explotación sexual. Inmigración. Crecimiento postraumático. Políticas sociales.

18

Intervenciones para la disfunción sexual en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Cervilla Moreno, F.; Montoya Alcatraz, T.; Pallarés Martínez, R.

Contacto: p.cervilla@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una enfermedad progresiva que produce dificultad para respirar, con tos y grandes cantidades de mocos, silibancias, falta de aliento y presión en el pecho. Uno de los problemas asociados con el EPOC son las disfunciones sexuales debido a cambios hormonales, fisiológicos o psicológicos.

OBJETIVOS:

Conocer la efectividad de las intervenciones para la disfunción sexual en los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema. Las bases de datos nacionales e internacionales consultadas fueron: DIALNET, CUIDATGE, CUIDEN y PUBMED. Como términos destacados: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, disfunción sexual, plan de cuidados. Se revisaron fuentes de un periodo temporal (2007-2011) sobre artículos de revista científica y estudios que relacionan enfermería y el patrón sexualidad.

RESULTADOS: Tal y como muestran los resultados encontrados, los pacientes varones con impotencia sexual y PO2 menor de 7,3, fueron elegidos para recibir oxigeno durante un mes, se observo que lo pacientes tratados con oxigeno recuperaron la potencia sexual, aumento el PO2 arterial, testosterona en suero y experimentaron una disminución de la globulina fijadora a hormonas sexuales.

En un estudio, pacientes con EPOC moderada o grave fueron elegidos para recibir 250 mg de testosterona o placebo intramuscular, se observo que la masa magra disminuyo, mejoro la función eréctil y la calidad de vida sexual mejoro en el

grupo que recibió testosterona pero no se encontró mejoría en la función pulmonar.

CONCLUSIÓN: Podemos concluir que la disfunción eréctil disminuye la calidad de vida de la persona que la sufre. Se debe desarrollar un plan de cuidados se consigue proporcionar una atención de calidad y que cubre las necesidades básicas alteradas por esta dolencia, aunque no existen datos suficientes que indiquen cual es la mejor opción para llevar a cabo acciones que mejoren la función sexual y la satisfacción sexual en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y sus parejas.

La disfunción eréctil disminuye la calidad de vida de la persona que la sufre. Con el desarrollo del plan de cuidados se consigue proporcionar una atención de calidad y que cubre las necesidades básicas alteradas por esta dolencia.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Disfunción sexual. Plan de cuidados.

19

La importancia de la salud sexual en los lesionados medulares

Pallares Martínez, R.; Montoya Alcaraz, T.; Cevilla Moreno, F.

Contacto: remedios.pallares@gmail.com

Introducción: En el lesionado medular: Se produce una desconexión en el Sistema Nervioso Central que trae consigo diferentes consecuencias. Estas alteraciones van a depender del nivel de lesión, del grado de afectación y extensión, así como de posibles complicaciones que pueden aparecer en la evolución de la misma. La lesión de la médula provoca: Trastornos motores manifestándose como paraplejia o tetraplejia, Trastornos de la sensibilidad o la perdida completa de ella (dificultad en percibir el orgasmo), Alteraciones en la función sexual (disfunción eréctil), Alteraciones en la función de la vejiga (control de esfínteres) y Alteraciones en la función intestinal.

En concreto, hay ciertas secuelas típicas en las lesiones medulares que, en mayor o menor medida, afectan a la actividad sexual y a la posible maternidad. Se trata de la parálisis motora voluntaria y la abolición de la sensibilidad de la zona infralesional, así como trastornos de la función vesical, gastrointestinal y sexual.

Los lesionados medulares constituyen una de las causas más frecuentes de discapacidad a escala mundial, y es la causa traumática la responsable del mayor por ciento de los casos. Se estima que entre 7000 y 10 000 personas sufren cada año lesiones medulares en el mundo. En países como Estados Unidos, España y Francia la incidencia es de 20 a 40 por un millón de habitantes, es cuatro veces más frecuentes en varones que en hembras. El 54 % de las lesiones medulares son completas y el 82 % son del sexo masculino. En la actualidad la esperanza de vida de los pacientes con déficit motor secuelar es similar a la del resto de la población, gracias al perfeccionamiento de los cuidados. 1

La Salud Sexual queda definida por la WAS (World Association For Sexology) como un "Estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfecho". 7

Metodologia: Revisión bibliográfica en la base de datos: CIBER INDEX (Cuiden), GOOGLE SCHOLAR, MEDLINE.

-Los descriptores en Ciencias de la Salud (DECs): Salud sexual (Sexual Health), Lesionado Medular (Spinal Cord Injury).

-Criterios de Inclusión:

Artículos científicos de revistas posteriores al año 2010.

Describen relación entre salud sexual desde la perspectiva enfermera en el Lesionado Medular.

Se recuperaron los estudios completos originales (full text).

-Criterios de Exclusión:

Estudios que describan intervenciones médicas/ psicológicas.

Se excluyeron aquellos artículos que no se ajustaban a los objetivos.

Publicación anterior al 2010.

Objetivos: General: Realizar una revisión bibliográfica sobre la importancia de la salud sexual en las personas con lesión medular.

Especificos:

- Reflejar si se trata de un colectivo vulnerable o no en lo que respecta a salud sexual, y conocer si estas personas se ven más limitadas por su personalidad...
- Mostrar si el proyecto educacional sobre asesoramiento en sexualidad destinado a los lesionados medulares, refuerza o no la labor del profesional enfermero/a.
- Destacar sobre que sexo principalmente se ha llevado a cabo los estudios y dónde se han llevado a cabo.
- Mostrar la temática y pretensión de los talleres y si se adquieren o no los conocimientos necesarios que promueven actitudes positivas hacia la sexualidad.

Resultados:

- Podemos decir que son un colectivo vulnerable, en el aspecto de que la mayoría de los lesionados medulares desconocen su capacidad sexual y reproductiva, porque la información que reciben los inhibe de explorar vías de gratificación posibles para ellos. 1 Aquellos que han tenido una personalidad premórbida con déficit en su imagen corporal y baja autoestima presentan más dificultades para reconectarse con la vida sexual tras sufrir una lesión medular.1

Los lesionados medulares perciben una calidad de vida general buena, siendo la vida sexual el aspecto con el que refieren estar menos satisfechos. Los lesionados medulares que tienen disfunción eréctil están menos satisfechos en su vida general y en su vida sexual en concreto. Todo ello, queda reflejado tras evaluarlo con una escala sobre satisfacción con la vida, y la escala de valoración de la salud sexual 2

- Se menciona a los sexólogos, como los encargados de la rehabilitación integral dónde se incluya el abordaje de la salud sexual1, en el artículo dos no se especificará ningún profesional en concreto.2

Se presenta a los enfermeros/as como los profesionales más adecuados para realizar programas de educación sexual, tras una valoración sistemática y adecuada de la sexualidad del paciente, aplicándo la taxonomía enfermera (North American Nursing Association (NANDA), Nursing Outcome Classification (NOC) y Nursing Intervention Classification (NIC)). 3 Así, se presenta la necesidad del abordaje de la sexualidad en personas con lesiones medulares por parte del profesional en Enfermería, que serían los más adecuados para la rehabilitación en este aspecto. 4 Se da importancia al cuidado educativo por parte del personal de enfermería. 5,6 Aunque también, se habla de tener en cuenta a otros profesionales de salud implicados, visto desde una perspectiva multidisciplinar. 4,6

- En Cuba, se realizó un estudio que tuvo como objetivo describir el comportamiento sexual varones lesionados medulares traumáticos. 1 Tambien, se han realizado estudios en el Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo con varones con Lesión Medular. 2,3 Por otro lado, en varones del equipo de baloncesto masculino de Moravia con lesión medular. 4 Habla de cuidadores por primera vez, y de lesionados medulares inscriptos en la atención de rehabilitación de un hospital escuela público de y residentes de un centro de convivencia de Rio de Janeiro, sin identificar sexos. 5

Así, en la mayoría de los estudios, se habla de la función sexual en hombres con lesión medular suele estar alterada, pudiendo existir problemas

en la erección, en la eyaculación y/o en la percepción orgásmica. 3

- La educación sexual en forma de terapia/asesoramiento/rehabilitación en salud sexual, desde la idea moderna del sexo es la guía para una modernización en el tema. 1 Casi la totalidad de los lesionados medulares, consideran muy importante el tema de la sexualidad en el proceso de rehabilitación; ya que existe un déficit de conocimiento en esta área. En concreto, se refleja una necesidad de información en temas específicos como los son: consejos para la genitalidad de las relaciones sexuales de pareja y expresión de sentimientos, como por ejemplo, la autoestima como componente esencial del desarrollo de la sexualidad del individuo. Las formas de abordaje más aceptadas para el desarrollo de éste temática incluye tanto las charlas como la terapia individual 4. Se habla de un modelo de cuatro niveles para la gestión de la salud sexual, que identifica la educación en este tema como de relevancia absoluta. 6

Conclusión:

- Todo ser humano es un "ser sexuado". En este sentido, debemos dar importancia a la actividad afectiva y sexual. El tema de la sexualidad es un punto relevante dentro del proceso de rehabilitación integral y así, es necesario la creación de programas de reeducación sexual, para que estas personas aprendan a admitir y a convivir con su "nuevo modelo de sexualidad". 1 Entre los principales problemas presentados por estos pacientes se encuentran, los trastornos de la esfera sexual, lo que convierte la rehabilitación de los mismos en una tarea compleja y prolongada.4

- Se infiere el escaso abordaje de la Sexualidad dentro del proceso de rehabilitación, ya que en ellos se obvía esta necesidad. Las personas con lesion medular se mantienen sexualmente activas tengan o no pareja, a diferencia de la creencia popular de que las relaciones sexuales se ven disminuidas en este tipo de poblacion.4 La recuperación de la función sexual es una prioridad después de una lesión de la médula espinal, con la mayoría de las personas que permanecen sexualmente activas con una vida sexual satisfactoria. Sin embargo, los programas de rehabilitación a menudo se centran en otras actividades y la salud sexual la relegan a una posición secundaria. 6

- El impacto de la lesión medular y sus secuelas suponen grandes esfuerzos de adaptación. En distintos estudios, las personas con lesión medular tienen cubierta la mayoría de sus necesidades, pero, manifiestan carencias en todo lo relacionado con el ámbito sexual. 1,3

- Es menester el abordaje de la sexualidad en las personas con lesión medular, además es pertinente la intervención educativa sobre sexualidad por parte de enfermería, en poblaciones a las que socialmente se les niega la expresión de la misma. 3,4 Cada individuo posee su propia estrategia de enfrentamiento a su nueva condición de parapléjico. El acceso a los sentimientos, explorando anhelos, expectativas, emociones, por parte de la Enfermería, ya que son los profesionales de la salud que más contacto directo y continuado tienen con los lesionados medulares es relevante, pues esta identificación proporciona una asistencia más humanizada, tornando el enfrentamiento a esa condición menos traumático. 5 Sin olvidarnos, de que conviene incluir en la preparación de todo profesional en salud la capacitación referente a la educación en sexualidad, específicamente dirigida a personas con lesiones medulares.4

- En los últimos años se ha aunado esfuerzos y talentos para la realización de programas de salud sexual que abren perspectivas de esperanza para miles de esos seres humanos. 1 Sería necesario diseñar más programas de educación sexual que incluyeran información afectiva y sexual.3 Ya que, el poco conocimiento sobre la sexualidad de los lesionados medulares y la limitada información relacionada con esta problemática es un hecho. 6

PALABRAS CLAVE: Salud sexual (Sexual Health). Lesionado Medular (Spinal Cord Injury).

20

La importancia de la salud sexual en los Sindrome de Down

Pallarés Martínez, R; Montoya Alcaraz, T.; Cervilla Moreno, F.

Contacto: remedios.pallares@gmail.com

Introducción: La Salud Sexual queda definida por la WAS (World Association For Sexology).

Síndrome de Down: trastorno genético causado por la presencia de una copia extra del cromosoma 21 (o una parte del mismo), en lugar de los dos habituales (trisomía del par 21), caracterizado por la presencia de un grado variable de retraso mental y unos rasgos físicos peculiares que le dan un aspecto reconocible.

Metodologia: Revisión bibliográfica en la base de datos: CIBER INDEX (Cuiden), GOOGLE SCHOLAR, MEDLINE.

-Los descriptores en Ciencias de la Salud (DECs): Síndrome de Down (Down´s Sydrome), Salud sexual (Sexual Health).

-Criterios de Inclusión:

Artículos científicos de revistas posteriores al año 2008

Describen relación entre salud sexual desde la perspectiva enfermera en el Síndrome de Down .

Restricción respecto al idioma, sólo literatura en español

Se recuperaron los estudios completos originales (full text).

-Criterios de Exclusión:

Estudios que describan intervenciones médicas/ psicológicas.

Se excluyeron aquellos artículos que no se ajustaban a los objetivos.

Publicación anterior al 2008

Objetivos: General: Realizar una revisión bibliográfica sobre la importancia de la salud sexual en las personas con Sindrome de Down.

Especificos:

- Reflejar si se trata de un colectivo vulnerable o no en lo que respecta a salud sexual, y conocer si estas personas se ven más limitadas por prejuicios durante alguna etapa de su vida en concreto.
- Mostrar si el proyecto educacional/ formativo sobre sexualidad destinado a los Sindrome de Down, refuerza o no la labor del profesional enfermero/a.
- Destacar a quienes (niños, padres…) van dirigidos estos programas/talleres.
- Mostrar la temática y pretensión de los talleres y si se adquieren o no los conocimientos necesarios que promueven actitudes positivas hacia la sexualidad.

Resultados: • El Síndrome de Down necesitan una educación sexual adecuada por ser un grupo vulnerable, ya que presentan un alto riesgo de sufrir abusos, de tener embarazos no planificados, y alto riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. 1

Existen numerosos prejuicios acerca de la sexualidad en los Síndrome Down,que los limitan ya desde la niñez, pero es en la adolescencia y adultez, cuando se incrementa y se hacen más vulnerables.6 Es importante entender que los adolescentes con síndrome de Down tienen los mismos intereses e inclinaciones sexuales que el resto de las personas. 3,6

- Los enfermeros tienen un papel especial en el abordaje de la salud sexual, creyendo necesario y justificado que aporten una herramienta educativa/ formativa encaminada a satisfacer las necesidades o patrones alterados de los Down. 1 Se habla aparte, de intervenciones psicológicas y clínicas respecto a la educación sobre sexualidad, sin especificar aparte de los psicólogos, que profesionales serían de relevancia para desempeñarla. 2
- Debido a las carencias informativas/educativas que presentan estas personas, existen programas/talleres de educación afectivo-sexual dirigidos a padres y a personas con Síndrome de Down, en los que se hace entender la vivencia de la sexualidad como un elemento de bienestar y preventivo de riesgos. 1,6

El tema de la sexualidad del niño con Síndrome de Down, es vivido en una manera más problemática desde punto de vista de los padres que desde el propio niño, por ese motivo se plantea la necesidad de planear intervenciones en educación a la sexualidad dónde se incluyan los padres. 2 Es importante que las familias de estos, reconozcan adecuadamente la expresión de sentimientos sexuales, aceptándola como normal. 3

- La temática y pretensiones de las que parte esa educación en salud sexual enfocada a este grupo, individualiza por supuesto, seria: fomentar una cultura de respeto hacia la sexualidad en personas, aumentar sus conocimientos , fortalecer la comunicación con los padres, prevenir embarazos no planificados y enfermedades de transmisión sexual 1 , que realicen relaciones sexuales seguras, que conozcan su cuerpo y sus emociones, que reflexionen sobre como debe ser sus relaciones en el entorno cultural y social. 3 Además en lo referente a educación sexual, se les debe enseñar métodos de anticoncepción, enseñar que se deben evitar muestras de afecto excesivo a extraños, diferenciar conductas que se pueden realizar en privado pero no de manera pública, enseñarles a que no aprueben tocamientos o conductas inadecuadas y si se produjeran informasen a sus padres, para prevenir las conductas sexuales de alto riesgo como son los abusos sexuales 4 Hacerles conocer la diferencia existente entre los contactos adecuados y los abusivos, y entre conductas públicas y privadas (por ejemplo, la masturbación), disminuirán las incidencias de actividades peligrosas o embarazosas. Es conveniente enseñarles que la sexualidad no es sólo sexo. Debe enfocarse no sólo en los aspectos de la reproducción. Incorporar temas de relaciones de pareja, planificación familiar. Fomentar su autonomía, permitiéndoles intimidad a los adolescentes/adultos con sus parejas, controlando según su edad. Fomentar su capacidad para expresar los sentimientos y enfatizar en términos de auto confianza y seguridad al decir "NO" por un lado, sin olvidar fomentar el desarrollo de la autoestima, para crear un conocimiento positivo de la sexualidad, el entendimiento de las relaciones sociales. 6

Conclusiones. • Actualmente hay que seguir trabajando mucho en el campo de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual ha sido y sigue siendo un aspecto falto de educación y cuidado, aunque nunca como hoy se han dado condiciones tan favorables para una Educación sexual de calidad para las personas con Síndrome de Down. Faltaría poder llevar a la practica los proyectos educacionales sobre salud sexual, y que aún están en pilotaje, de los que se auguran buenos resultados. 1

- La falta de información/educación sexual en la escuela y en casa, la tendencia a educar socialmente a las personas con discapacidad intelectual para ser afables y obedientes, la dependencia de otros que les prestan atención y apoyo, el sufrir aislamiento y soledad social son los factores de riesgo que les hacen más vulnerabes. 1 Sabiendo además, que el grupo de edad más vulnerable, sería la adolescencia. 6 A menudo, se trata a los niños y adolescentes con síndrome Down por las enfermedades asociadas o por las necesidades educativas especiales relacionadas con el retraso mental, y no se tienen en cuenta las necesidades en relación con la sexualidad. Existen numerosos estudios sobre dichas enfermedades relacionadas con el síndrome y no tantos sobre éste tema en concreto, la sexualidad, tan necesaria para su desarrollo emocional y personal. Se hacen necesarias más investigaciones sobre éste tema para poder llegar a conclusiones más basadas en la evidencia sobre la eficacia y la eficiencia de programas dirigidos a educación sexual. Al igual que todos los adolescentes, las personas con síndrome de Down, tienen la necesidad de aprender y educarse en torno a la sexualidad. Los jóvenes con síndrome de Down y con déficit intelectual pueden madurar hasta el grado de necesitar una relación emocional con otra persona. Los adolescentes con Down, con frecuencia y producto de un desconocimiento sobre el curso habitual de esta patología, ven postergado o denegado el acceso a una vida sexual sana. Las recomendaciones actuales se orientan a satisfacer

las necesidades de educación, aprendizaje, acceso a una intimidad acorde a su edad y derecho a vivir relaciones de pareja de manera similar a otros adolescentes, con la salvedad que se requiere mayor perseverancia y discusión explícita de algunos aspectos. 6

- En lo que respecta a la labor de enfermería en materia de salud sexual hay escasa documentación, a pesar de ser un profesional que tiene la capacidad para tener un mayor seguimiento de estos niños y su entorno. Así, el papel de enfermería en el síndrome de Down, es pequeño, a pesar de existir muchos campos en los que la enfermera puede actuar. Por lo general, estos niños se derivan a especialistas, psicólogos y otro personal clínico sin especificar. 1,2
- Los programas de educación sexual para Síndrome Down, son incompletos si no se cuenta con la comprensión y participación de los padres. Muchos de los problemas relacionados con las conductas incorrectas provienen de la falta de educación sobre sexualidad. Esencial es contribuir al conocimiento de los padres de estos niños sobre este tema, fomentar una cultura de respeto hacia la misma, para lograr el pleno disfrute de sus derechos sexuales.1, 3, 6
- Las escasas investigaciones encontradas sobre el Sindrome de Down, han sugerido que los programas formales de Educación sexual, ni estimulan la actividad sexual ni la restringen, ni si quiera concluyen en si promueven o no actitudes positivas hacia la sexualidad. Suelen aumentar el conocimiento, disminuir la conducta sexual de alto riesgo, fortalecer la comunicación con los padres y contribuir a una utilización más responsable y comprometida de la sexualidad, ya que casi todos los artículos encontrados abordan el tema de las pretensiones y temática que se debe abordar. 1,3, 4, 6. La importancia de la enfermera en estos casos, está en: Facilitarles la información y formación necesaria a través de educación sexual a padres y niños con Sindrome de Down, y estar disponibles y resolver las dudas, del niño y de los familiares. 1,2

PALABRAS CLAVE: Síndrome de Down (Down´s Sydrome). Salud sexual (Sexual Health).

21

Mitos de amor romántico en el marco relacional de amigos con beneficios: diferencias entre hombres y mujeres.

García Serrán, H.; Soriano Ayala, E.

Contacto: herenia2@hotmail.com

El modelo de amor basado en la simbiosis amor romántico-pasional (la atracción física y sexual) y la aceptación de las creencias generadas alrededor del mismo, se han considerado responsables en gran parte del fracaso de las relaciones amorosas (Sangrador, 1993; Yela, 1997; Gurman y Jacobson, 2002, Ferrer, Bosch y Navarro, 2010). Estos mitos románticos constituyen un obstáculo para el placer y la satisfacción, perpetúan la subordinación de las mujeres y son cruciales en el surgimiento y mantenimiento de la violencia contra las mujeres (Yela, 2003, 2005; Sanpedro 2004; Esteban, Medina y Távora, 2005). En la actualidad, los novedosos contextos de relación ponen en entredicho la representación de la sexualidad como un elemento esencial de la experiencia romántica (Illouz, 2009). Un ejemplo son los Amigos con beneficios (AMB), es decir, las relaciones sexuales que se establecen entre amigos, donde se apela al carácter lúdico del amor y se rehúye de cualquier forma de compromiso (Hughes, Morrison y Asada 2005). Estos individuos sostienen una visión pragmática y realista de las relaciones, donde existen diferentes oportunidades de conocer personas y enamorarse. De este manera, parece que son menos propensos a creer en los mitos románticos (Hughes et al., 2005; Puentes, Knox y Zusman, 2008). El objetivo de este estudio es comprobar si en AMB, dada su naturaleza transgresora y polígama, antagónica a la relación tradicional de pareja, se mantienen estos mitos, o por el contrario, se trata de una relación realmente innovadora, basada en los principios de igualdad y donde se superan esas creencias. Un total de 119 personas involucradas en amigos con beneficios cumplimentaron el cuestionario on-line sobre mitos de amor romántico. De estas, 31 fueron hombres (26,1%) y 88 mujeres (73,9%). Los resultados indican que,

aunque debilitados, los mitos de amor romántico se mantienen, por lo que AMB confluye hacia una visión romántica del amor, distanciándose de la perspectiva pragmática de las relaciones casuales (Puentes et al., 2008). En relación al género, las mujeres se muestran más celosas y necesitan sentirse especiales y únicas, corroborando la creencia de que el ideal romántico tiene un mayor efecto en las mujeres (Sanpedro, 2004). Por su parte, los hombres adoptan un rol activo y otorgan supremacía al sexo, separando los deseos sexuales de los sentimientos amorosos (Yela, 2003; Ferrer y Bosch, 2013). De este modo, la educación continúa reforzando las cualidades para desempeñar exitosamente el rol de esposa: cuidar el aspecto físico y la belleza, para mantener la atención y exclusividad del hombre, así como en el varón se sigue mostrando su inclinación por el sexo. Concluyendo, el amor romántico es parte intrínseca del proceso de socialización y pese a las transformaciones del mundo afectivo y sexual y el surgimiento de nuevos modelos de relación, continúa influyendo en el imaginario amoroso y sexual. De este modo, en AMB no se superan estas creencias y se se perpetúa la desigualdad entre hombres y mujeres.

PALABRAS CLAVE: Mitos de amor romántico. Amigos con beneficios.

22

Patrón rol-sexualidad como el gran olvidado en la gestante

Montoya Alcaraz, T.; Cervilla Moreno, F.; Pallarés Martínez, R.

Contacto: tamaramontoya20@hotmail.com

Introducción: El embarazo es una de las etapas más bonitas e importantes para las mujeres. Durante el embarazo la mujer se va a ver sometida a una serie de cambios físicos y hormonales que van a afectar a su vida y a su sexualidad.

El sexo también se va a ver afectado desde el inicio del embarazo. Los cambios aparecerán en la gestante con cambios fisiológicos como en la pareja a nivel psicológico.

La libido se puede ver alterada durante el embarazo y durante el postparto. En algunas ocasiones permanece igual, no se altera.

Los sanitarios, debemos de informar a la pareja de los cambios que pueden sufrir y asesorarles sexualmente sobre cómo actuar durante el embarazo.

Muchas embarazadas tienen miedo de mantener relaciones sexuales durante el embarazo, por lo que hay que tranquilizarlas.

Objetivos: • Analizar los temores y cambios que presenta la embarazada en su vida sexual.

• Fomentar una actividad sexual saludable en la gestante y su pareja.

Metodología: El presente estudio está basado en el análisis de datos secundarios obtenidos de otras investigaciones en relación con el tema. Se ha realizado una revisión bibliográfica de las principales bases de datos nacionales e internacionales (Pubmed, Cochrane). Los descriptores utilizados fueron: “embarazo”, “educación sexual”, “sexualidad”. Se aplicó un filtro de idioma (trabajos publicados en castellano) y período temporal (2011 -2016).

De un total de 52 referencias encontradas tras la búsqueda, fueron seleccionadas 20 para un análisis en profundidad, por cumplir con los criterios de inclusión establecidos. Resultados:: Las relaciones sexuales sufren una disminución a lo largo de todo el embarazo (en el número de coitos, orgasmos, auto-estimulación...). Es en el tercer trimestre cuando esta disminución se hace más marcada.

El deseo sexual disminuye sobretodo en el primer y tercer trimestre de gestación. En el segundo trimestre, sin embargo, la mayoría de las gestantes manifiestan que ese deseo aumenta. No obstante las embarazadas se encuentran satisfechas y conformes con su vida sexual.

La dificultad para alcanzar el orgasmo es ligeramente superior en el segundo trimestre. En general, la frecuencia de coitos a la semana

también se encuentra disminuida. La dispareunia es un factor importante a la hora de retomar las relaciones sexuales.

Las mujeres primíparas que practican lactancia materna a las 6 semanas posparto presentan cambios en la capacidad de excitación y menor apetencia e interés por mantener relaciones sexuales que las mujeres de lactancia artificial.

Se ha demostrado que un mejor nivel educacional disminuye hasta en un 40% el riesgo de presentar disfunciones sexuales antes, durante y después del embarazo.

Durante una gestación normal se puede mantener la actividad sexual habitual (siempre que no existan evidencias de infección genital u otra complicación) sin temor a que se produzca algún daño fetal. Los riesgos y beneficios de las relaciones sexuales al final del embarazo no se han establecido con claridad, no se ha logrado demostrar que influyan como causa de parto pretérmino, rotura de membranas amnióticas, hemorragias o infección.

Conclusiones: Durante el embarazo debido a la falta de información que poseen las parejas, la actividad sexual se ve alterada por miedo a sangrar o a poder abortar. Por ello, es muy importante la labor que realizamos los profesionales sanitarios, ya que es muy importante que estén bien informados, y no genere ansiedad y miedo en las embarazadas, además de poder mantener una vida sexual sana con su pareja. PALABRAS CLAVE: Educación sexual. Embarazo. Sexualidad.

23

Problemas de asma y sus efecto en la sexualidad, visto desde enfermería

Cervilla Moreno, F.; Montoya Alcaraz, T.; Pallarés Martinez, R.

Contacto: p.cervilla@hotmail.com

Introducción: Una vez satisfechas nuestras necesidades básicas el ser humano, se centra en otros aspectos, como el cariño, el amor y como no, el sexo. El patrón sexual, es uno de los patrones más difíciles de abordar, y muchas veces obviamos la importancia que puede tener este en la de vida de nuestros pacientes. Los pacientes asmáticos suelen relacionar sus limitaciones sexuales con su asma. Objetivos: Revisar cuales son las causas que desencadenan la crisis de asma en el acto sexual, así como, analizar la incidencia que causa el asma en las relaciones sexuales.

Metodología: Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía, así, el análisis de datos secundarios obtenidos de otras investigaciones. Las bases de datos consultadas nacionales e internacionales fueron: Scielo, Cuiden, Google académico y Uptodate. Como términos destacados se utilizaron: crisis de asma, patrón sexualidad, relaciones sexuales. Se aplicó un período temporal (2007-2014) sobre artículos de revista científica y los estudios que relacionan sexualidad y el asma.

Resultados: Como se muestra en los resultados hay una mayor incidencia de este problema en mujeres que en hombres. La mayor incidencia es mayor en pacientes con más de 40 años. Los desencadenantes del asma, o dificultad respiratoria pueden ser: •La propia actividad sexual y el coito, por los requerimientos físicos. •Desencadenante alérgeno, así como sensibilización al látex. •La hipersensibilidad al plasma seminal en mujeres. •Las dificultades respiratorias crónicas provocadas por el asma mal controlado. •Los factores psicológicos también justifican las asociaciones puntuales entre asma e impotencia en varones.

Conclusiones: Podemos concluir que, la sexualidad de los pacientes constituye un gran desafío para los profesionales, raramente se evalúa o se estudia. Según los artículos revisados, los pacientes asmáticos tienen dificultades en el funcionamiento sexual, lo que repercute en la calidad de vida relacionada con la sexualidad. Es un tema que irrumpe en la intimidad y el pudor de los pacientes, lo cual requiere un manejo delicado de determinadas habilidades para su exploración y tratamientos. Los enfermeros debemos de estar preparados para abordar preguntas relacionadas con la respuesta sexual de

los pacientes con asma. Es necesaria una visión positiva y respetuosa de la sexualidad, saber escuchar. Hacer una correcta historia de salud y proporcionar una educación sanitaria adecuada a sus necesidades, así como derivar a los profesionales correspondientes para mejorar su situación. Debemos mostrarnos receptivos antes los pacientes, escuchar tanto lo que nos dicen verbalmente, conocer las patologías y las demandas más frecuentes, y saber orientarlas dándole la importancia que merecen.

PALABRAS CLAVE: Crisis de asma. Patrón sexualidad. Relaciones sexuales.

24

Problemas de fertilidad asociadas a enfermedades de transmisión sexual, visto desde enfermería.

Montoya Alcaraz, T.; Pallarés Fernández, R.; Cervilla Moreno,F.

Contacto: tamaramontoya20@hotmail.com

Introducción: El aumento de las relaciones de riesgo, asociados a la no protección sexual y el aumento del número de parejas sexuales, han hecho que en los últimos años haya aumentado el número de personas que presentan alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS). Entre ellas cabe destacar, la clamidia, la gonorrea, el VIH.

La clamidia y la gonorrea, son las enfermedades de transmisión sexual, que tienen mayor relación con la infertilidad, según diversos estudios realizados a pacientes que se someten a pruebas de fertilidad. Estas enfermedades producen en la mujer, enfermedad inflamatoria pélvica (EIP).

Objetivos

- Enumerar los problemas que ocasionan las ETS, tanto en la fertilidad femenina como en la masculina.

- Analizar los factores que desencadenan en el aparato reproductor femenino y masculino ante la presencia de estas ETS.

- Identificar como actúa la enfermería, desde la prevención de ETS hasta la detección de éstas.

Metodología: El presente estudio está basado en el análisis de datos secundarios obtenidos de otras investigaciones en relación con el tema. Se ha realizado una revisión bibliográfica de las principales bases de datos nacionales e internacionales PubMed, Cochrane… Los descriptores utilizados fueron: “sexualidad”; “fertilidad”; “enfermedad de transmisión sexual”; “enfermería”.

Se aplicó un filtro de idioma (trabajos publicados en castellano) y período temporal (2011-2016). De un total de 80 referencias encontradas tras la búsqueda, fueron seleccionadas 20 para su análisis.

Resultados: Cuando una persona es contagiada con alguna de las ETS nombradas anteriormente, las bacterias que llegan al interior de las trompas de Falopio, pueden producir inflamación crónica, cicatrices… Obstaculizan el paso del óvulo hacia el ovario, por lo que se ve reducido la posibilidad de concepción. En el hombre, estas enfermedades producen inflamación de los conductos donde se producen los espermatozoides, disminuyendo la cantidad y la calidad de éstos.

Según diversos estudios, el número de contagios de ETS se suele producir más en verano, y en personas entre 16-35 años.

Conclusiones: A pesar de las diferentes campañas para la prevención de las ETS, hoy en día aún no estamos concienciados de los riesgos de mantener relaciones sexuales sin protección.

Desde el ámbito de la enfermería, con la realización de citologías, estudiando el moco cervical, podemos detectar a tiempo una ETS. En caso de imposibilidad de quedarse embarazada, se puede optar por la fecundación in vitro.

PALABRAS CLAVE: Sexualidad. Fertilidad. Enfermedad de transmisión sexual. Enfermería.

25

Sexualdad y demencia

Pastor Muñoz, Patricia; Hernández Sánchez, Minerva; Salmerón Gualda, Nazaret Mª.

Contacto: p.pastor2010@gmail.com;

INTRODUCCIÓN: El alzheimer es el tipo de demencia más común, se define como una enfermedad neurodegenerativa progresiva que no sólo afecta a la persona diagnosticada si no a todas las personas que conviven con ella, especialmente a su cónyuge. La sexualidad se puede ver afectada por cambios en la conducta que proclives a ser social y moralmente incorrectos.

OBJETIVOS: Realizar una revisión de la literatura existente, con evidencia científica, de las características del comportamiento sexual del enfermo de alzheimer.

Sensibilizar al personal sanitario de la importancia de abordar la faceta sexual del paciente diagnosticado de alzheimer y su pareja, además de ayudar a comprender, conocer y gestionar con inteligencia emocional los cambios fisiológicos, afectivos y de autonomía personal que se producen.

MATERIAL Y MÉTODO: Para llegar a dilucidar los objetivos propuestos, se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos (Cuiden, CINALH, MedLine, Lilacs, Dialnet y Scielo). La búsqueda fué llevada a cabo entre los meses abril y mayo de 2016. Se tuvieron en cuenta 20 artículos publicados con máximo de 10 años de antigüedad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:Las personas diagnosticadas de alzheimer pueden presentar, tanto un aumento, como una disminución del interés por el sexo. Cuando el resultado es un incremento del deseo, se producen conductas y comportamientos desinhibidos que provocan molestia y problemas en su entorno social y familiar.

Debería existir más información, para dar respuesta sobre este tema, que abarcara al paciente, la familia y al personal sanitario, consiguiendo que se hable de la sexualidad con un mayor conocimiento y claridad, así como que, de forma particular, pueda proponer este personal sanitario soluciones que se adapten a la progresión de la enfermedad.

Palabras Clave: Alzheimer; Ancianos; Cuidados de Enfermería; Vejez; Sexualidad.

26

Sexualidad durante el climaterio desde una visión enfermera

Montoya Alcaraz, T.; Cervilla Moreno, F.; Pallarés Martínez, R.

Contacto: tamaramontoya20@hotmail.com

INTRODUCCIÓN Las mujeres durante el climaterio sufren cambios hormonales que influyen en su vida sexual. Algunas alteraciones que van a sufrir las mujeres durante el climaterio son: Disminución de lubricación, disminución del deseo sexual, contracciones orgásmicas más débiles, excitación menos intensas, etc…

A su vez durante el climaterio, las mujeres van a sufrir una serie de cambios. Los podemos dividir en fisiológicos, psicológicos y culturales:

- Fisiológicos: Agotamiento folicular, cambios hormonales: aumento FSH Y LH, disminución de estrógenos y progesterona, modificaciones anatomo-fisiológicas a nivel genital, síndrome climatérico: síntomas vasomotores, insomnio y agotamiento físico, enfermedades crónicas y tratamiento. No sólo cambios a nivel urogenital: aumento de grasa corporal, por ejemplo.
- Psicológicos y culturales: Estilos de vida, relación con la pareja y autoestima.

OBJETIVOS

-Describir las actitudes y conductas sexuales en las mujeres mayores de 65 años.

-Identificar los cambios que aparecen e interfieren en la sexualidad de la mujer durante el climaterio.

-Conocer la actuación del profesional de enfermería a lo largo de la etapa climatérica, centrando dicha actuación en la sexualidad de la mujer.

METODOLOGÍA: El presente estudio está basado en el análisis de datos secundarios obtenidos de otras investigaciones en relación con el tema. Se ha realizado una revisión bibliográfica de las principales bases de datos nacionales e internacionales PubMed, Cochrane… Las palabras claves utilizadas fueron: "climaterio"; "enfermería";"menopausia"; "sexualidad".

Se aplicó un filtro de idioma (trabajos publicados en castellano) y período temporal (2011-2016). De un total de 60 referencias encontradas tras la búsqueda, fueron seleccionadas 20 para su análisis.

RESULTADOS: La Dispareunia o coito doloroso es el síntoma más frecuente dentro de las disfunciones sexuales en la mujer.

Aunque la causa más frecuente de su aparición es la disminución de la producción de estrógenos debido a la menopausia, como ocurre en el 30% de los casos en mujeres postmenopáusicas, hay otros trastornos sistémicos que pueden ser origen de esta alteración.

La atrofia vaginal postmenopausia, con disminución de la lubricación de la mucosa, convierte a la vagina en un órgano más susceptible a las lesiones por roce y también a posibles infecciones.

Cualquier enfermedad sistémica, como ocurre en el varón, que produzca debilidad, va a alterar la actividad sexual de manera inespecífica.

Otra molestia importante es la disminución o pérdida del deseo sexual, que parece asociada a una disminución de la producción de andrógenos que ocurre tras la menopausia.

La presencia de incontinencia urinaria, trastorno muy frecuente en mujeres mayores, generalmente multíparas, inhibe el deseo y la respuesta sexual. El 46% de las mujeres que presentan incontinencia urinaria reconoce que este problema altera su actividad sexual.

La histerectomía muchas veces es vivida por la mujer como una pérdida de la feminidad que secundariamente puede llevar a un trastorno depresivo y consecuentemente producir disfunción sexual.

CONCLUSIONES:: El climaterio es una etapa por la que pasan todas las mujeres mayores de 65 años. La sexualidad a esta edad se va a ver afectada por una serie de cambios fisiológicos, psicológicos y culturales. Estos cambios que influyen en la sexualidad de la mujer, no tienen porqué estar presentes en todas o por igual.

La enfermería tiene un papel muy importante, a nivel de atención integral, educando y orientando a las mujeres durante esta etapa.

PALABRAS CLAVE: Climaterio. Enfermería. Menopausia. Sexualidad.

27

Sexualidad tras prostatectomia radical: orgasmo y disfunción erectil

Montoya Alcaraz, T.; Cervilla Moreno, F.; Pallarés Martínez, R.

Contacto: tamaramontoya20@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: La prostatectomía radical consiste en la extirpación total de la próstata, principalmente debido al cáncer. Este tipo de cáncer es uno de los más frecuentes en el hombre. Normalmente suele aparecer a partir de los 55-70 años de edad. La cirugía radical es lo mejor opción al inicio de la enfermedad.

Tras la prostatectomía radical en estos pacientes, se va a presentar una serie de complicaciones tanto a nivel psicológico como a nivel sexual. En general la calidad de vida y la función sexual se va a ver alterada. El deseo sexual y la disfunción eréctil también van a ser unos de los principales problemas. El no poder complacer a la pareja con la penetración también supone un conflicto mental a estos pacientes.

La incontinencia urinaria es una de las principales complicaciones que van a aparecer sobre todo al principio de la intervención y a nivel sexual la disfunción eréctil.

OBJETIVOS: - Identificar los principales problemas que influyen en la vida sexual de los pacientes que han sido sometidos a prostatectomía radical.

- Enumerar otras técnicas sexuales que sustituyan a la penetración, así como que medicación se utiliza actualmente para el tratamiento de la disfunción eréctil.

METODOLOGÍA:El presente estudio está basado en el análisis de datos secundarios obtenidos de otras investigaciones en relación con el tema. Se ha realizado una revisión bibliográfica de las principales bases de datos nacionales e internacionales PubMed, Cochrane. Las palabras claves utilizadas fueron: "sexualidad"; "prostatectomía radical"; "complicaciones";"orgasmo"; "disfunción eréctil".

Se aplicó un filtro de idioma (trabajos publicados en castellano) y período temporal (2011-2016). De un total de 80 referencias encontradas tras la búsqueda, fueron seleccionadas 20 para su análisis.

RESULTADOS:: La climacturia es un síntoma que van a padecer la mayoría de los pacientes sometidos a esta cirugía, es decir, pérdida de orina durante el orgasmo. No necesariamente, es un síntoma negativo.

La disfunción eréctil y el deseo sexual, van a estar presentes en la mayoría de los pacientes sometidos a esta operación. Puede ir desde moderada, media a severa.

En cuanto a la medicación existente para el tratamiento de la disfunción eréctil, los inhibidores de la fosfodiesterasa ofrecen unos resultados insatisfactorios; sin embargo, la inyección intracavernosa iniciada de forma precoz es una opción mejor para la recuperación de las erecciones espontáneas.

El sildenafilo (Viagra), vardenafilo (Levitra) o tadalafilo (Cialis), se utilizan después de la cirugía. Estos medicamentos operan mediante el incremento del flujo de sangre al pene, lo que ocasiona una erección.

CONCLUSIONES: A la mayoría de los hombres les preocupa mucho que su vida sexual esté afectada, sobre todo en cuanto a la erección.

Se puede obtener placer sexual utilizando otras técnicas sin llegar a la penetración. Entre ellas podemos destacar: las caricias, el sexo oral, la masturbación aunque no llegue a estar el pene erecto totalmente. Estos pacientes pueden llegar a tener orgasmos sin erección completa de pene.

Existen medicación que ayudan a que éstos pacientes puedan llegar a mantener relaciones sexuales placenteras. A nivel psicológico, el papel de la pareja va a ser fundamental para que los pacientes asimilen mejor la nueva situación.

PALABRAS CLAVE: Sexualidad. Prostatectomía radical. Complicaciones. Orgasmo. Disfunción eréctil.

28

Sexualidad y estrés

Cervilla Moreno, F; Montoya Alcaraz, T; Pallarés Martínes, R.

Contacto: p.cervilla@hotmail.com

Introducción: Se muestra la definición de estrés como el conjunto de alteraciones que se producen en el organismo como respuesta física ante determinados estímulos repetidos.

Objetivos: Evitar la pérdida del deseo sexual. Favorecer una vida sexual plena y placentera. Conocer la importancia que tiene el estrés en nuestras vidas y su repercusión sobre la salud.

Metodología: Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía, así, el análisis de datos secundarios obtenidos de otras investigaciones. Las bases de datos consultadas nacionales e internacionales fueron: Scielo, Cuiden, Google académico y Uptodate. Como términos destacados se utilizaron: estrés, vida sexual, relación de pareja, relaciones sexuales. Se

aplicó un período temporal (2007-2013) sobre artículos de revista científica y los estudios que relacionan sexualidad y estrés. Resultados: Tal y como se muestran, el estrés puede afectar a la relación o ésta puede ser la causa de la disminución o aumento del estrés; en segundo lugar, el estrés genera la pérdida de libido, disfunciones sexuales y alteraciones en el ciclo menstrual; y, finalmente, el estrés nos afecta mental y emocionalmente; también viene acompañado de problemas físicos y sensoriales.

Conclusiones: Podemos concluir que, una vida estresada las relaciones sexuales pueden verse pospuestas hasta que no exista un control total de un estado interior. En este caso, la consulta con especialistas es necesaria, así como poder hablar abiertamente del problema con la pareja. Desde el punto de vista de enfermería, estos pueden ayudar a realizar un control del estrés mediante programas que permitan conocer los efectos personales del estrés, así como su relación con los demás cambios en los niveles de calidad de vida; además, adquirir y desarrollar habilidades de autoregulación emocional para enriquecer la capacidad de afrontamiento del estrés; también pueden aportar educación sexual mediante la intervención de enfermería para promover un comportamiento sexual responsable.

PALABRAS CLAVE: Estrés (stress). Vida sexual (sex life). Relación de pareja (relationship). Relaciones sexuales (sexual intercourse).

29

Sexualidad y Lupus Eritematoso Sistémico, visto desde enfermería

Montoya Alcaraz, T.; Cervilla Moreno, F.; Pallarés Martínez, R.

Contacto: tamaramontoya20@hotmail.com

El Lupus eritematoso sistémico (LES), es una enfermedad crónica, inflamatoria, auto inmunitaria que afecta múltiple sistemas orgánicos y causa daño en el tejido conectivo, vasos sanguíneos, superficies serosas y mucosas. Lo cual significa que el sistema inmunitario del cuerpo ataca por error al tejido sano. Esto lleva a que se presente inflamación prolongada (crónica). La artritis y la astenia, van a ser los dos síntomas más comunes en personas con LES.

La salud sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y hormonal social relacionado con la sexualidad; la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud".

Objetivos:

- Identificar los principales problemas que influyen en la vida sexual de los pacientes diagnosticados de LES.

- Analizar el papel de enfermería ante el cuidado y el asesoramiento de estos pacientes para una vida sexual sana.

Metodología

El presente estudio está basado en el análisis de datos secundarios obtenidos de otras investigaciones en relación con el tema. Se ha realizado una revisión bibliográfica de las principales bases de datos nacionales e internacionales PubMed, Cochrane…

Los descriptores utilizados fueron: “sexualidad”; “lupus eritematoso sistémico”; “enfermería”.

Se aplicó un filtro de idioma (trabajos publicados en castellano) y período temporal (2011-2016). De un total de 40 referencias encontradas tras la búsqueda, fueron seleccionadas 20 para su análisis.

Resultados

Los síntomas varían de una persona a otra. Casi todas las personas con LES padecen edema y dolor articular. Algunas desarrollan artritis. Las manifestaciones generales son cansancio fácil, pérdida de peso inexplicable, fiebre prolongada, que no se debe a infección, dolor e inflamación de las articulaciones... Las articulaciones

frecuentemente afectadas son los dedos de las manos, las manos, las muñecas y las rodillas.

En los diversos estudios, se observa que los pacientes con LES, presentan con respecto a las mujeres sanas, más estrés, rasgos psicopatológicos, presentan más disfunciones sexuales. En particular van a presentar alteraciones en la fase del deseo, excitación y orgasmo, así como alteración de la lubricación, la capacidad de disfrutar de su sexualidad o la prevalencia de dispareunia.

Conclusiones:

Podemos concluir, en que es escasa la formación en sexualidad y disfunciones sexuales por parte del personal sanitario.

Es necesario que un equipo multidisciplinar, a la hora de abordar a una paciente con LES, ya que la sexualidad pasa desapercibida, porque la mayoría de las pacientes no refiere sus problemas sexuales en la consulta.

PALABRAS CLAVE: Sexualidad. Lupus eritematoso sistémico. Enfermería.

30

Una propuesta de salud afectivo-sexual. La solución en nuestras manos.

Pastor Muñoz, Patricia; Hernández Sánchez, Minerva; Salmerón Gualda, Nazaret Mª.

Contacto: p.pastor2010@gmail.com

La felicidad es un indicador de buena salud y tras un estudio hemos podido evaluar cuánto felices somos mientras esperamos el nacimiento de un hijo.

El bienestar subjetivo o felicidad es una realidad formada por dos componentes, uno cognitivo (satisfacción con la vida) y otro de naturaleza afectiva (balance afectivo).

OBJETIVO: Describir la percepción del bienestar subjetivo en parejas durante el embarazo. Evaluar la satisfacción con la vida y el balance afectivo de las parejas.

MATERIAL Y METODOS: En este estudio epidemiológico transversal participaron 312 personas seleccionadas aleatoriamente al acudir a la cita de educación maternal en el centro de salud de referencia. Los criterios de inclusión para la cumplimentación de los cuestionarios fueron estar embarazada, dominar el castellano, ser padre del futuro bebe y/o pareja. Se les proporcionó un cuadernillo con dos escalas a estudio, la escala de satisfacción con la vida (ESV) y la escala de balance afectivo (EBA).

RESULTADOS: Los resultados difieren según el género, los hombres se encuentran más satisfechos con su vida que las mujeres. También hay diferencias si comparamos la satisfacción vital con la edad, los menores de 33 años se sienten más satisfechos. A medida que aumenta la edad disminuye la felicidad.

CONCLUSIONES: Las mujeres embarazadas reconocen áreas de insatisfacción. La afectividad de los hombres es más positiva que la de las mujeres durante el periodo de gestación. Los menores de 33 años presentan mejor afectividad durante el embarazo. El hombre mayor de 33 años se siente altamente satisfecho con su vida y la mujer reconoce áreas de insatisfacción. A medida que aumenta la edad disminuye la puntuación obtenida en las escalas de balance afectivo y de la satisfacción vital:

PALABRAS CLAVE: salud, embarazo, pareja, felicidad.

Citar este trabajo como: Trabajo presentado en el 18 Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación sexual. Madrid septiembre 2016. Modalidad de presentación VIDEOCOMUNICACIÓN.

31

Valoración del patrón sexualidad por enfermería.

Cervilla Moreno, F; Montoya Alcaraz, T; Pallarés Martínes, R.

p.cervilla@hotmail.com

Introducción: se muestra la definición de Patrones Funcionales como una configuración de comportamientos, comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan a lo largo del tiempo. También se define el Patrón Sexualidad-Reproducción: en el cual describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad y reproducción e incluye: satisfacción y trastornos de la sexualidad, problemas en etapa reproductiva y en la menopausia. Objetivos: Identificar las causas que dificultan la valoración del patrón sexualidad. Conocer las actitudes hacia la valoración del patrón sexualidad. Formación sobre las situaciones de cuidados para realizar una correcta valoración del patrón sexualidad. Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema. Las bases de datos nacionales e internacionales consultadas fueron: DIALNET, CUIDATGE, CUIDEN y PUBMED. Como términos destacados: Patrón sexualidad-reproducción, Valoración sexualidad, enfermería. Se revisaron fuentes de un periodo temporal (2007-2011) sobre artículos de revista científica y estudios que relacionan enfermería y el patrón sexualidad- reproducción. Resultados: Tal y como muestran, desde las instituciones sanitarias la sexualidad se ve desde el simple hecho de no ser contemplada hasta la prohibición expresa, en segundo lugar, enfermería no exploran suficientemente el patrón sexual de los usuarios, así como, no existe una disposición para la valoración del patrón sexualidad, en tercer lugar, no hay una formación clara sobre los cuidados en los que es necesario indagar, finalmente, el tratamiento de la sexualidad cuando se hace por parte de enfermería, se realiza cuando esa sexualidad está afectada directamente. Conclusiones: Concluye que, una valoración en profundidad, ayudará a poder ofrecer cuidados personalizados y de calidad. Pareciese que la sexualidad no forma parte de los cuidados básicos de enfermería, además, no parece haber una disposición para abordar la sexualidad de los pacientes, esto impide unos cuidados integrales y acrecienta la imagen de sexualidad como algo oculto.

32

Valoración enfermera del patron-rol sexualidad y la calidad de vida de la mujer con cáncer de mama.

Pallarés Martinez, R.; Cervilla Moreno, F. y Montoya Alcaraz, T.

p.cervilla@hotmail.com

Introducción: El cáncer de mama en la mujer, es el más frecuente en el mundo. En la actualidad, la esperanza de vida de la mujer enferma, dependerá fundamentalmente del momento en el que se efectúe el diagnóstico. Si este es precoz, las posibilidades de curación son máximas, pudiendo evitarse la mastectomía; intervención temida pues repercute en la sexualidad de forma integral, ya que es un ataque directo a las bases de la "feminidad". La OMS, define la salud sexual, como la aptitud para disfrutar de la actividad sexual-reproductora amoldándola a criterios de ética social.

Objetivos: Analizar las vivencias sobre sexualidad de las mujeres mastectomizadas. Identificar la calidad de vida percibida tras la pérdida de la identidad femenina, en el cáncer de mama. Corroborar si enfermería tiene relevancia a la hora de intervenir en los problemas de salud relacionados con este cáncer.

Metodología: Revisión bibliográfica en las bases de datos: Ciber Index, Cuiden. Los descriptores en ciencias de la salud: cáncer de mama y sexualidad. Criterios de inclusión: Artículos científicos de revistas posteriores a 2010. Solo literatura en español. Se recuperan artículos completos originales. Se tienen en cuenta diversos criterios de exclusión también.

Resultados: La temática de las vivencias con mayor relevancia para la mujeres que sufren

cáncer de mama son: problemas de pareja, imagen corporal mutilada, renuncia o disminución de las relaciones sexuales, rechazo a tocar la cicatriz tras mastectomía, sentimiento de vergüenza al desnudo. La calidad de vida se mide con cuestionarios QLQ-C30 y BR23, dónde las dimensiones más alteradas respecto al estado global de salud son: el funcionamiento emocional, la fatiga, el dolor, el insomnio, la preocupación por la perdida de cabello y por el futuro, los síntomas asociados al linfedema, y como no la disminución del placer sexual y del funcionamiento sexual. Los probemas de salud de mayor prevalencia sobre salud sexual y que deberíamos abordar desde el PAE (Proceso de atención enfermera) son: Patrón sexual ineficaz, Trastorno de la Imagen Corporal, Ansiedad y Disfunción sexual.

Conclusión: Mejorar la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama mastectomizadas, constituye un campo de actuación importante para enfermería, ya que son los profesionales más adecuados para escuchar los problemas, y prestan un contacto intimo y continduado. Tambien, su labor es importante en lo que respecta a la educación para la salud de las parejas afectadas, por ejemplo para recibir con cariño la nueva imagen al descubierto con la herida. En definitva, importante identificar los diagnosticos enfermeros del cáncer de mama, para contribuir a mejorar los cuidados enfermeros.

PALABRAS CLAVE: Cáncer de mama, Mastectomía, Sexualidad, Calidad de vida, Diagnósticos enfermeros.

33

Valoración del esclerosis sexualidad por enfermería

Cervilla Moreno, F; Montoya Alcaraz, T; Pallarés Martínes, R.

Contacto: p.cervilla@hotmail.com

Introducción: se muestra la definición de Patrones Funcionales como una configuración de comportamientos, comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan a lo largo del tiempo. También se define el Patrón Sexualidad-Reproducción: en el cual describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad y reproducción e incluye: satisfacción y trastornos de la sexualidad, problemas en etapa reproductiva y en la menopausia.

Objetivos: Identificar las causas que dificultan la valoración del patrón sexualidad. Conocer las actitudes hacia la valoración del patrón sexualidad. Formación sobre las situaciones de cuidados para realizar una correcta valoración del patrón sexualidad.

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema. Las bases de datos nacionales e internacionales consultadas fueron: DIALNET, CUIDATGE, CUIDEN y PUBMED. Como términos destacados: Patrón sexualidad-reproducción, Valoración sexualidad, enfermería. Se revisaron fuentes de un periodo temporal (2007-2011) sobre artículos de revista científica y estudios que relacionan enfermería y el patrón sexualidad- reproducción. Resultados: Tal y como muestran, desde las instituciones sanitarias la sexualidad se ve desde el simple hecho de no ser contemplada hasta la prohibición expresa, en segundo lugar, enfermería no exploran suficientemente el patrón sexual de los usuarios, así como, no existe una disposición para la valoración del patrón sexualidad, en tercer lugar, no hay una formación clara sobre los cuidados en los que es necesario indagar, finalmente, el tratamiento de la sexualidad cuando se hace por parte de enfermería, se realiza cuando esa sexualidad está afectada directamente.

Conclusiones: Concluye que, una valoración en profundidad, ayudará a poder ofrecer cuidados personalizados y de calidad. Pareciese que la sexualidad no forma parte de los cuidados básicos de enfermería, además, no parece haber una disposición para abordar la sexualidad de los pacientes, esto impide unos cuidados integrales y acrecienta la imagen de sexualidad como algo oculto. PALABRAS CLAVE: Patrón sexualidad-reproducción (patron sexuality- reproduction). Valoración sexualidad (valuation sexuality). Enfermería (Nursing).

34

¿Qué es antes la disfunción eréctil o la aparición de patología cardiovascular?: necesidad de atención enfermera en cualquiera de los casos.

Pallarés Martínez, R.; Cervilla Moreno, F.; Montoya Alcaraz, T.

Introducción: Los problemas cardiacos son un problema de salud pública mundial. La fisiopatología de la insuficiencia cardiaca contribuye a la disfunción sexual. Los pacientes relatan disminución de la libido y dificultad para llegar al orgasmo. 1 La disfunción sexual (DS): afecta a un gran número de personas y tiene alta prevalencia. La disfunción sexual y la DE son un fenómeno complicado en el que intervienen factores fisiológicos, psicológicos y sociales. 2 La disfunción eréctil (DE): es frecuente en pacientes con cardiopatía. La DE se define como la incapacidad de lograr mantener una erección para permitir una relación sexual satisfactoria. 3

Objetivos: Identificar si la DE es un factor predictor de problemas cardiovasculares. Mostrar si los pacientes cardiacos reportan una disminución de la DS en relación con la enfermedad. Corroborar si enfermería tiene un papel relevante para atender a estos pacientes. Identificar si la calidad de vida de estos pacientes se ve afectada.

Metodología: Revisión bibliográfica en la base de datos: CIBER INDEX, MEDLINE. Los descriptores en Ciencias de la Salud: Enfermedad cardiovascular, cuidados enfermeros, disfunción eréctil. Criterios de Inclusión: Artículos científicos de revistas posteriores al año 2008. Sólo literatura en español. Se tienen en cuenta criterios de exclusión.

Resultados: La DE se asocia con la patología cardiovascular, con la que comparte factores de riesgo y mecanismos de producción.3 Los pacientes con IC resaltan que la DS se da después de que aparezca la enfermedad/tratamiento, y comentan que no logran tener excitación sexua ni mantener la frecuencia sexual como antes. Por ello, es necesario abordar la disfunción sexual en varones y mujeres con enfermedades cardiovasculares. 2 La DE responde en la mayor parte de los casos a disfunción endotelial, y esto surge como una alteración precoz en esta enfemedad. Su detección precoz, podría permitir medidas terapéuticas que prevengan complicaciones cardiovasculares. 3 La evaluación de la DS debe ser incorporada a todas las consultas de enfermería para implementar intervenciones que mejoren la calidad de vida, ya que este profesional es el más adecuado por su labor para abordar aspectos referentes a la sexualidad, por medio de una comunicación minuciosa y contínua enfermera-paciente. 1,3

Conclusiones: La DE es, en general, más precoz que la cardiopatía isquémica, y se considerada un factor de riesgo de futuros eventos CV. La DE afecta al detrimento de la calidad de vida de estos pacientes. 1,3 La insuficiencia cardiaca, constituye actualmente uno de los problemas asistenciales de mayor magnitud en los países desarrollados. 1,2 Los pacientes necesitan de una atención continuada, integrada y multidisciplinar, dónde la enfermera se convierte en pieza clave de apoyo emocional. PALABRAS CLAVE: Disfunción eréctil, Cuidados enfermeros, Enfermedades cardiovasculares.

PRESENTACIÓN DE LIBROS

1

Teoría del Apego y relaciones de pareja

Mantini, L.
Contacto: lidia.mantini@gmail.com

Este trabajo se ha desarrollado partiendo de analizar, por una parte el apego parental en los primeros años de vida, y por otra las relaciones existentes entre esos patrones de apego y la conformación de la pareja en la vida adulta de hombres y mujeres.

Con base en las conexiones teórico-empíricas que existen entre variables de orden biológico (apego) como factores que predisponen al desarrollo del individuo desde lo psicológico (por ejemplo algunos rasgos de personalidad de autoestima y defensividad) e interactivos con el contexto, y de interacción entre los integrantes de un lazo emocional y social (razones de mantenimiento y satisfacción con la relación) como lo establece la teoría bio-psico-socio-cultural de la relación de pareja de Díaz Loving (1999), se intentará estructurar una investigación desde la teoría, exploratoria y descriptiva, con el objeto de identificar las aleaciones (o factores) de la autoestima y la defensividad en la relación de pareja y los conflictos subyacentes de género, para tratar de entender de qué forma ensamblan ambas posturas y cómo impactan ambos procesos en la emisión de conductas positivas o negativas con la pareja, conductas contradictorias de amor y odio, de rechazo y aceptación, de infelicidad sexual o de búsqueda de placer sexual como único sustento del vínculo establecido.

PALABRAS CLAVE: Apego. Padres. Pareja.

Mantini, L. (2015) Teoría del apego y Relaciones de pareja. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Dunken. ISBN 978-987-02-8210-5

2

Drogodependencias y sexualidad

Pérez del Río, F.; Mestre Guardiola, M.
Contacto: mmestre@cop.es

Nos encontramos ante un libro pionero por vincular y ordenar las drogodependencias y la sexualidad. Aunque, a primera vista, pueda parecer que el texto vaya dirigido exclusivamente a profesionales del ámbito de las drogodependencias, se trata de un manual ciertamente adecuado tanto para estudiantes de psicología, psicopedagogía o enfermería, como para todos aquellos profesionales con interés en trabajar la sexualidad en ámbitos como prisiones o centros de atención a menores. Incluso docentes y profesionales que trabajen con adolescentes y pretendan abordar la dimensión humana de la sexualidad, pueden encontrar aquí un buen material.

De hecho, estudios como el de Pérez Escudero (premio CIDAP del Colegio Oficial de Psicólogos 2014), encuentra entre sus resultados que el 45% de los jóvenes asocia el consumo de alcohol con las relaciones sexuales. Se trata de un preocupante dato que evidencia la necesidad de una educación sexual con población joven que incluya la doble aproximación que propone el libro.

Además de ofrecer una base teórica para comprender ambas áreas así como sus interacciones, "drogodependencias y sexualidad" ofrece una importante vertiente práctica, digna de señalar, donde se proponen novedosos talleres y numerosas dinámicas grupales. En concreto se describen seis talleres de intervención grupal para trabajar aspectos sobre afectividad y sexualidad. Se plantean temas tan necesarios como la prevención de riesgos asociados a las conductas sexuales, los miedos o temores personales al respecto de la propia sexualidad, las relaciones de

pareja, las rupturas sentimentales (aspecto básico para prevenir recaídas en población con problemas de drogodependencias, pero también importante con población general). Otro de los talleres aborda aquello importante para favorecer el disfrute y la satisfacción en las relaciones sexuales y, finalmente, se presentan un conjunto de propuestas de trabajo encaminadas a favorecer el empoderamiento personal como prevención de la dependencia emocional.

El libro viene presentado por un interesante prólogo de Félix López. Ofrece guiños y referencias a Latinoamérica, puesto que también está destinado al lector hispanoamericano.

Por último destacar que la Universidad de Burgos participa como coeditora.

PALABRAS CLAVE: Drogodependencias. Adicción. Sexualidad. Educación sexual. Talleres. Tratamiento.

Pérez del Río, F. y Mestre Guardiola, M. (2016). Drogodependencias y sexualidad. Madrid: Biblioteca Nueva. ISBN: 978-84-16647-12-5

3

Vino, salud, amor y sexo

Arrondo Arrondo, J.L.

Contacto: jlarrondo@telefonica.net

El vino ha sido y es, una bebida inherente a la vida y a la cultura del ser humano, especialmente en el enclave mediterráneo: Medio de comunicación y cohesión social, catalizador de amistades, necesario en gastronomía, compañero de viaje, en las fiestas, patrimonio cultural, paisajes del vino…

Sobre las propiedades saludables del vino se ha investigado mucho en las dos últimas décadas. El vino, ingerido con mesura, ha sido alimento y medicina para nuestros antepasados, cataliza la relación humana, estimula la inspiración y el ingenio, condimenta la gastronomía, resulta un método eficaz para prevenir las enfermedades cardiovasculares, es amigo del corazón, aumenta las defensas, activa el funcionamiento del aparato digestivo, previene algún cáncer, estimula la mente y reduce la predisposición a las demencias, predispone al enamoramiento y enaltece la pasión, figura como excelente agente antioxidante, mejora la salud social y, por si fuera poco…, alarga la vida.

Como médico, me surgió la inquietud de indagar y divulgar sobre las bondades y beneficios que proporciona el vino para la salud. Y mi profesión de urólogo-andrólogo dedicado a la Salud Sexual, me sirvió de acicate para escribir sobre aspectos muy poco abordados, como la relación entre el vino, el amor y el sexo.

Sus principales beneficios se derivan del poder vasodilatador, mejorando la circulación y su capacidad para proteger el sistema cardiovascular. Sabemos de la importancia del aspecto vascular en la respuesta sexual humana.

Destacamos las dotes para la seducción, para estimular los preámbulos, siempre tomado con moderación, puesto que el vino puede ser el mejor aliado para los amantes o convertirse en el peor enemigo.

Basándonos en las semejanzas existentes entre las cualidades, el lenguaje del vino, del amor y del sexo, hemos relacionado tipos de vinos y de amantes.

También hemos profundizado en las relaciones entre una cata de vino y las relaciones sexuales: "qué es la relación sexual, sino una agradable y profunda cata humana, una apasionada y apasionante cata de cuerpos y de sentimientos". El vino y el sexo comparten un objetivo común: la búsqueda del placer, y en ambos debe primar la calidad sobre la cantidad.

No se trata de una obra para especialistas de nada (enólogos, viticultores, cofrades, médicos, sexólogos o poetas). Es para todo tipo de criatura, hombre o mujer, joven o mayor, que aspire a conocer este mundo fascinante: para los bebedores moderados de vino que deseen encontrar más sentido a seguir bebiendo, para los que empinan demasiado y quieran plantearse un

cambio, y para los abstemios que se animen a disfrutar de lo que se han perdido.

Beber vino no significa ser alcohólico. En pleno siglo XXI, ya es hora de propugnar abiertamente que el vino, tomado de manera asidua y moderada, previene y beneficia la salud física, psíquica, social y sexual.

PALABRAS CLAVE: Vino. Sociedad. Salud. Seducción. Amor. Sexo.

Arrondo Arrondo, JL (2015). Vino, salud, amor y sexo. Pamplona: Cénlit Ediciones. ISBN: 978-84-15756-80-4

4

Educación Integral de la Sexualidad con enfoque de Género y de derechos en el sistema educacional. Gestión de Programa y proyectos. VIII Ciclo de Cooperación entre el MINED y el UNFPA (2014-2018). Cuba

Roca Zayas, A.A.

Contacto: aaroca2015@gmail.com

El Programa Nacional de Educación y Salud Sexual (PRONESS) que coordina el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX) y la política educacional refrendada en los objetivos de trabajo del Ministerio de Educación (MINED), aplica la R/M 139/2011 que consolida el marco jurídico normativo que legitima la aplicación del Programa de Educación de la Sexualidad con Enfoque de Género y de Derechos Sexuales en el Sistema Nacional de Educación. En este sentido, se elaboró un material de apoyo para los docentes, directivos y coordinadores del Programa/Proyecto en los diferentes niveles y tipos de Educación en el MINED.

PALABRAS CLAVE: Programa. Educación de la sexualidad. Política educacional. Gestión de programa y proyecto.

5

Sexo Ilimitado, El vuelo hacia una sexualidad más placentera

Espitia De La Hoz, F.

Contacto: espitiafranklin@hotmail.com

Una de las habilidades eróticas que cualquier persona que se denomine buena en la cama no puede perder, es la capacidad de asombro y el deseo de seguir aprendiendo. En una época en la que tanto se habla sobre sexo, da la sensación de que todas las cartas están sobre la mesa y se acabaron los instrumentos para que el repertorio sexual se siga enriqueciendo. Nada más lejos de la realidad. Sexo ilimitado es la prueba fehaciente de que siempre vamos a encontrar alguna nota o melodía para que la sinfonía erótica no deje de sonar.

Franklin Espitia es médico ginecólogo, y es uno de los pocos profesionales de su área que, además de estudiar profundamente la sexualidad humana, se animó a ir más allá de lo biológico para investigar acerca de la psicología del erotismo. En esta obra se refleja con claridad una mirada integral y nada reduccionista del cuerpo y de la mente, que funcionan en conjunto para dar lugar al increíble mundo del erotismo.

Sexo ilimitado comienza su viaje analizando el fenómeno de "La seducción y la conquista". Además de ser un interesante comienzo, resulta lógico y apropiado: sin un proceso de seducción no hay una sexualidad posible. Y lo más destacado es que, en este libro, la seducción no termina en la conquista del otro, sino que continúa desarrollándose en la relación de pareja, o al menos así se aconseja hacerlo.

Si la seducción tuvo el efecto deseado, seguramente todos los temas desarrollados en el capítulo "La sexualidad y el placer de hacer el amor" serán bienvenidos. Todas esas preguntas que inundan los consultorios sexológicos así como los espacios de asesorías online, son respondidas

por el autor en un lenguaje ameno y coloquial, sin descuidar el respaldo científico que ofrecen las más recientes investigaciones sobre el tema. En particular, entiendo que resalta un tema polémico como es el de "¿El punto G o complejo clitoral?", de gran interés para ustedes así como para mi amigo Franklin que ha estudiado con gran entusiasmo su existencia real o mítica.

En "Consejos y recomendaciones para mejorar la sexualidad" vamos a encontrar diferentes alternativas de indicaciones, recomendaciones y ejercicios. Disipar las creencias falsas sobre sexualidad es una condición fundamental para el disfrute, y aquí se abordan esos mitos –algunos más creíbles que otros- que tanto han obstruido el camino al placer. También encontramos otros temas novedosos y atractivos. Poco se ha escrito por ejemplo sobre el pompoarismo, que aquí se desarrolla en detalle. Su práctica es de gran relevancia para la salud sexual y el placer de mujeres y hombres, por lo que jamás podría quedar por fuera de este texto.

En un libro escrito por un médico ginecólogo, no podían faltar los "Consejos de salud íntima", orientados con énfasis a las mujeres. Siguiendo la línea del capítulo anterior, encontramos más consejos para mejorar la capacidad orgásmica femenina, en este caso utilizando un recurso que es recomendado de manera creciente, como son las bolas chinas. Dentro de la temática me encontré con la sorpresa de un punto que no había observado en otros libros de sexualidad: "¿De qué elementos cuidarse en un motel?". Muy interesante, ya que los moteles o albergues transitorios son cada vez más visitados no solamente por amantes en el marco de relaciones ocultas, sino por parejas estables que buscan reinventar su pasión. Pero también muchas veces no asistimos a esos sitios por mala información acerca de su higiene, por lo tanto estos consejos constituyen el final de las excusas y nos abren más alternativas para el placer compartido.

Muchas parejas están precisamente en el camino de salir del aburrimiento y la rutina. El primer paso para alcanzar esa meta es ser conscientes de cual es su situación. Para eso, en Sexo ilimitado van a encontrar un capítulo dedicado a realizar un práctico "Test de la relación de pareja". En realidad no es uno, sino que son varios, y es aconsejable completarlos todos. Por supuesto que esta auto-evaluación no sustituye a la consulta con expertos en Sexología, pero es una interesante orientación en base a la cual es posible comenzar a trabajar de a dos en el enriquecimiento erótico.

Un cierre muy apropiado es el "Vocabulario de extranjerismos en sexualidad", un entretenido listado de términos que nos permitirán comprendernos mejor. Porque la sexualidad es, en parte, un lenguaje universal, pero también tiene matices culturales y regionales específicos y sumamente divertidos.

Estoy convencido de que Sexo ilimitado será un manual de consulta para mujeres, hombres, parejas y profesionales que quieran contar con un texto en el cual se desarrollan los temas más sobresalientes de la sexualidad humana. Es además una excelente plataforma para animarnos a investigar las distintas maneras de disfrutar el erotismo, viajando por diferentes zonas de placer, juegos y fantasías. Gracias a Sexo ilimitado vamos a comprender que el límite no está en la edad, en el tiempo de relación de pareja o en la condición física. Si tenemos una mente inquieta y curiosa, siempre podremos ir un poco más allá, impulsados por la infinita fuerza creativa de Eros.

PALABRAS CLAVE: Sexo. Ilimitado.

Espitia De La Hoz, F. (2015) Sexo Ilimitado: El vuelo hacia una sexualidad más placentera. Bogotá: Bolívar Impresores. ISBN: 958-46-7200-1

6

De la oscuridad hacia la luz. "Los títeres como método para detectar abuso sexual en la infancia"

Jurado Flores, M.

Contacto: psicomonijurado@yahoo.com

El presente trabajo de investigación, que está publicado en un libro, propone un instrumento técnico que utiliza un cuento dramatizado a través de talleres con títeres, para detectar posibles casos de abuso sexual en niños entre los tres y los diez años de edad.

Para entender la gravedad de una vivencia de abuso sexual, se ofrece primero un recorrido teórico por la significación cultural que tiene la Ley Universal de Prohibición del Incesto (Leví-Strauss, 1969) en la estructuración psíquica de un niño o una niña, así como las graves consecuencias de la ausencia de esta Ley en la dinámica de las familias con transacciones incestuosas, donde se evidencia un manejo promiscuo de la sexualidad (Cyrulnik, 1994).

Más adelante, se profundiza en la significación psicosexual (Barudy 1998, Calvi 2005 & Dupret 2003) que tiene un abuso sexual sucedido en la infancia, para lograr comprender las repercusiones que tiene en esa etapa de la vida, así como las expresiones sintomáticas específicas de este trastorno (Coulborn ,1993). Por fin, se presenta el método completo para la detección del abuso sexual, a través de títeres, incluido:

A) El cuento y los momentos claves de la obra de títeres, elaborado en cuatro actos, cada uno con su objetivo específico, así tenemos: - ACTO 1.- "Vamos a contar un cuento": motivación hacia la obra de títeres. ACTO 2.- "De la escuela a la casa del tío": Inicio e identificación de lo que implica el abuso sexual. ACTO 3: "Aprender a decir ¡no!": Cómo resolver el problema, protegerme e identificar mis emociones. ACTO 4.- ¡Yo puedo romper el secreto!: Elaboración de la culpa, la vergüenza, conseguir ayuda y lograr expresar el abuso.

B) Trabajo con los ayudantes o maestras.

C) La Ficha de registro de reacciones, sistematizados en indicadores: emocionales, verbales, motrices y de identificación con uno de los personajes, frente al taller con títeres.

D) La Ficha de entrevista de detección de un posible caso de abuso sexual después del taller con títeres (preguntas de peritaje, para confirmar- o no- un posible abuso).

E) La entrevista con la maestra y/o ayudante al finalizar el taller.

En efecto en los casos analizados se advierte que los talleres permiten hacer surgir expresiones sintomáticas en los niños y niñas, después de que observan la dramatización del cuento (Bettelheim, 1977), ya que la historia suscita identificación con una problemática personal, que es expresada en síntomas específicos, como reacciones: motrices, emocionales, verbales, y de identificación con uno de los personajes. El develamiento de alguna forma de abuso sexual, que sugieren estas expresiones sintomatológicas, será confirmado en una sesión individual después del taller con títeres, donde se utilizará la ficha de detección de un posible caso de abuso sexual (guía de preguntas para el peritaje).

Además, el instrumento permite reconocer la existencia de una problemática incestuosa o promiscua en la dinámica familiar. Con este trabajo de investigación, se demuestra la validez, confiabilidad y utilidad del instrumento técnico de talleres con títeres para la detección del abuso sexual, ya que se distingue una correlación entre las reacciones frente al taller y la sintomatología presente en un niño o niña que ha sufrido algún tipo de violencia sexual, lo cual obliga a pensar en la posibilidad de un abuso sexual."

PALABRAS CLAVE: Abuso sexual infantil. Incesto. Juego con títeres. Detección. Familias incestuosas. Violencia sexual.

Jurado Flores, Mónica (2016). De la oscuridad hacia la luz. "Los títeres como método para detectar abuso sexual". Lima: Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle Escuela de Posgrado. ISBN: 978-612-4148-06-4

7

Sexualidad Inteligente

Gómez Di Leva,P.J.
Contacto: patriciogdl@yahoo.com

Durante siglos se intentó silenciar la sexualidad. Por miedo al placer, fue censurada, reprimida y hasta castigada. En lugar de debilitarla, estos ataques crearon una sexualidad más poderosa pero, a la vez, la marcaron con miedo, prejuicios y secretos. Una sexualidad que se vive de este modo no puede ser nunca positiva o inteligente, es decir: no puede ser saludable ni placentera.

Una sexualidad inteligente es aquella que nos conecta con nuestro cuerpo, con nuestras emociones, con los otros e incluso puede pensarse como un camino de crecimiento interior. Se sexualidad que nos enriquece y que nos hace más felices.

En este libro planteo y desarrollo tres ideas fundamentales. La primera es que la sexualidad, como todo en la vida del ser humano, se aprende. La segunda es que la sexualidad es una creencia en sí misma. Y la tercera es que existe un tipo especial de inteligencia: la inteligencia sexual, y para poder transformar la sexualidad en una sexualidad positiva necesitamos desarrollarla.

Cada una de estas ideas tiene una implicancia esencial en el desarrollo de nuestra capacidad para disfrutar de la sexualidad.

Mi invitación es a que reflexiones acerca de tus creencias para poder modificar aquello que te limita, reafirmar lo que te vincula con el placer y sumar nuevos conocimientos y experiencias a través del desarrollo de tu inteligencia sexual.

PALABRAS CLAVE: Sexualidad. Inteligente. Educación sexual. Inteligencia.

Programa modular de formación en SALUD SEXUAL

www.uned.es/saludsexual

El programa de Formación en Salud sexual que ofrece la UNED consta de tres posibles itinerarios de especialización:

- Experto Universitario en Sexualidad humana y Educación sexual

- Master en Promoción de la Salud sexual

- Master en Salud sexual y Sexología clínica

Nuestro programa puede cursarse completamente a distancia, pero se ofrece la posibilidad de asistir a seminarios y actividades presenciales.

Visita nuestra web:

www.uned.es/saludsexual

Solicita más información en:

saludsexual@psi.uned.es

CONTENIDOS DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN EN SALUD SEXUAL DE LA UNED

MÓDULO 1.
CONTENIDOS FUNDAMENTALES (20 créditos):
-Sexualidad humana y salud.
-Respuesta sexual humana.
- El proceso de sexuación.
-Antropología y sexualidad.
-Historia de investigación en sexualidad.
-Sexualidad y reproducción.
-La planificación familiar.
- Infecciones de transmisión.

MÓDULO 2.
EDUCACIÓN SEXUAL (5 créditos):
Formación de agentes de educación sexual.
Educación Sexual en la infancia y en la adolescencia.
Ejemplos de materiales y programas de educación sexual. (Disponible sólo en la WEB del curso)

MÓDULO 3.
PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL (10 créditos):
- Promoción de la salud sexual: conceptos fundamentales.
- Promoción de la salud sexual: métodos y técnicas de trabajo.
- Counseling sexológico en la promoción de la Salud sexual
- Conocimientos psicológicos en promoción de la salud sexual-
- Ejemplos de materiales de utilidad en Promoción de la Salud sexual.

MÓDULO 4.
SEXOLOGÍA CLÍNICA (10 créditos):
-Conceptos generales y entrevista en sexología clínica.
-Técnicas de evaluación en sexología clínica y criterios diagnósticos.

-Principales técnicas psicológicas para el tratamiento de problemas sexuales.
-Evaluación y tratamiento de las disfunciones sexuales.
-Parafilias, delitos sexuales y transexualidad.

MÓDULO 5.
NIVELACIÓN (5 créditos):
-Psicología y sexualidad (médicos).
-Conocimientos biomédicos y farmacológicos fundamentales para el estudio de la sexualidad (psicólogos).

MÓDULO 6.
TERAPIA DE PAREJA (5 créditos):
-Sexología y problemas de pareja: Evaluación clínica de los problemas de pareja.
-Terapia y Coaching con parejas.
-Aspectos prácticos en terapia de problemas de pareja.

MÓDULO 7.
INVESTIGACIÓN EN SEXUALIDAD HUMANA (5 créditos):
-Investigación en sexualidad humana: aspectos metodológicos.
-Evaluación de intervenciones en salud sexual.

MÓDULO 8.
SEXUALIDAD Y EMOCIONES POSITIVAS (5 créditos):
-Sexualidad y emociones positivas.
-Talleres para el entrenamiento en emociones positivas.
-Actitudes sexuales saludables.
-Despertando los sentidos.
-Coaching de parejas.

MÓDULO 9.
SEXUALIDAD EN SITUACIONES PROBLEMÁTICAS (5 créditos):
-Ansiedad sexual.
-El biofeedback en la prevención y tratamiento de las disfunciones.
-Sexualidad y discapacidades mentales.
-Sexualidad y discapacidades físicas.
-La asistencia sexual en diversidad funcional.

MÓDULO 10.
ACTUACIONES EN PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y ÉTICA PARA SEXÓLOGOS (5 créditos):
-Afrontamiento de la Eyaculación precoz.
-Salud sexual y problemas de pareja.
-Sexualidad en el embarazo y puerperio.
-El crecimiento erótico: papel de las fantasías
-Asistencia sexual en la diversidad funcional.

MÓDULO 11.
ELEMENTOS PRÁCTICOS EN TERAPIA SEXUAL (5 créditos):
-Tratamiento de la eyaculación precoz.
- Elementos prácticos en terapia de pareja.
-El papel de los sentidos en la sexualidad.
-Fantasías sexuales y crecimiento erótico.
-Código deontológico para sexólogos.

MÓDULO 12.
SEXUALIDAD Y AMOR (5 créditos):
-Amor y compromiso.
-Condicionamiento y sexualidad.
-Las falacias sexuales.
-Erotismo y pornografía.
-Filogénesis y ontogénesis: otra visión de la historia psicosexual.

MÓDULO 13.
ALGUNOS ASPECTOS SOCIALES DE LA SEXUALIDAD (5 créditos):
-Aspectos sociales de la sexualidad.
-Violencia de género.
-Abusos sexuales a menores. (
-Sexualidad en Internet.
-Salud Sexual en Emergencias y Desastres.

MÓDULO 14.
EXPERIENCIA PRÁCTICA / TRABAJO FIN DE MASTER EN PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL (10 créditos):
Guía y documentación para la realización del trabajo práctico en Promoción de la salud sexual.

MÓDULO 15.
EXPERIENCIA PRÁCTICA / TRABAJO FIN DE MASTER EN SEXOLOGÍA CLÍNICA (10 créditos):
Guía y documentación para la realización del trabajo práctico en sexología clínica.

MATERIALES DISPONIBLES EN INTERNET

- Web: www.uned.es/saludsexual
En este sitio, al que se accede mediante una contraseña, los alumnos pueden encontrar: o Materiales para la realización de las actividades prácticas que se requieren en algunos talleres o Documentos complementarios para los diferentes temas y talleres o Una selección de más de 100 documentos en video, que ilustran los contenidos de nuestros cursos o Materiales multimedia de "Educación para la salud sexual" o Grabaciones de las principales actividades (conferencias y talleres) que se han impartido a lo largo de la historia de nuestro programa o Las guías de evaluación para cada Módulo

- **Centro virtual de Psicología (www.cvpsi.com)**
Este centro, que se creó para facilitar la adquisición de experiencia clínica y de counselling de los alumnos de nuestros programas de master, se ha abierto a todas las personas que requieran atención psicológica o sexológica por videocon-ferencia. En nuestro programa Modular el CVPSI proporciona el soporte para la realización de los Trabajos Fin de Master a los alumnos que optan por esta modalidad de TFM (realización de actividades clínicas o de counseling sexológico con "usuarios reales" o con "pacientes modelo"). La utilización de este servicio requiere disponer del equipo informático adecuado: ordenador con webcam conectado a internet y software actualizado.

ACTIVIDADES PRESENCIALES (ASISTENCIA VOLUNTARIA)

Cada año se ofrece a los alumnos la posibilidad de asistir a talleres y conferencias que se desarrollan en la Facultad de Psicología de la UNED en Madrid. Estas actividades tienen lugar en Diciembre, Abril/Mayo y Septiembre de cada año. Algunas conferencias y talleres se emiten en directo por www.canal.uned.es y además se graban para estar disponible offline. Cada año convocamos la Jornadas Universitarias Internacionales de Sexología de la UNED, en cuyo foro se presentan trabajos de investigación, muchos de ellos de nuestros alumnos y exalumnos, y además de imparten conferencias de los temas más actuales en sexología. A estas actividades, además de los profesores del programa de Formación en Salud sexual de la UNED, se invitan a investigadores y profesionales de todo el mundo (hasta ahora han asistido sexólogos e investigadores de los Estados Unidos, México, Venezuela, Colombia y Portugal). Excepcionalmente, si lo permite el número de alumnos, se ofrecen actividades presenciales en otros países. Estas actividades consisten en talleres y conferencias impartidos por los profesores del programa, que se desplazan al país donde se lleva a cabo estas reunión, y en general se cuanta con profesionales de prestigio del país elegido. Estos talleres presenciales se ofrecen a los alumnos de los países en que nuestro programa está presente (Colombia, Costa Rica, Chile, Venezuela, México, Brasil, Argentina, Paraguay, Perú).

18º CONGRESO LATINOAMERICANO
SEXOLOGÍA Y EDUCACIÓN SEXUAL

CLASESEXO16
MADRID

Libro de resúmenes

Universidad Nacional de Educación a Distancia.
Madrid, 28, 29 y 30 de sept. y 1 de oct. de 2016

Organizado por:

Auspician:

Colaboran:

www.uned.es/saludsexual saludsexual@psi.uned.es