



Sexología positiva: Placer, salud y bienestar

Contribuciones presentadas en el
18º Congreso Latinoamericano
de Sexología y Educación sexual

Andrés López de la Llave (Coord.)

Sexología positiva: Placer, salud y bienestar

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del Copyright, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamos públicos.

© Universidad Nacional de Educación a Distancia
Madrid 2016

© Andrés López de la Llave

Depósito legal: M-32278- 2016

ISBN: 978-84-617-4585-2

Impreso en España Printed in Spain

Imprime y encuaderna: Agencia Estatal Boletín Oficial
del Estado. Avda. de Manoteras, 54 - 28050 Madrid

PRESENTACIÓN

El presente libro es un compendio de los trabajos presentados durante el 18º Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual celebrado en Madrid durante los días 28 de septiembre al 1 de octubre de 2016.

Pretende ser el reflejo de los diferentes aspectos que han sido abordados, debatidos y reflexionados en los diferentes formatos: mesas redondas, simposios y comunicaciones libres, a lo largo de las actividades del congreso.

Queremos agradecer el esfuerzo realizado por los diferentes autores que han contribuido con sus estudios y esperamos que los contenidos presentados puedan servir como un recurso para actualizar y refrescar conocimientos que ayuden en la práctica profesional y en la enseñanza de la sexología.

Agradecemos la motivación y el excelente trabajo realizado por la Doctora María Pérez Conchillo (presidenta de honor) y los Doctores José Luís Arrondo Arrondo y María Carmen Pérez Llantada Rueda (presidentes del Comité científico), ya que sin su participación hubiera sido imposible su realización.

El programa de Formación en Salud Sexual de la UNED (www.uned.es/saludsexual) ha hecho posible la publicación de este libro financiando los costes de edición.

Madrid, España, a 28 de septiembre de 2016

Dr. Felipe Hurtado Murillo
Presidente del Congreso

Dr. Andrés López de la Llave Rodríguez
Presidente del Comité Organizador

SEXOLOGÍA POSITIVA: UN NUEVO PARADIGMA

Andrés López de la Llave

Director del Programa de Formación de Salud sexual. UNED

Cuando decimos Sexología positiva queremos referirnos a las dos posibles interpretaciones de ese término; **“positivo”** en cuanto **empírico**, basado en los conocimientos que nacen de la utilización de la metodología de las “ciencias positivas” frente a aquellos que surgen de otras fuentes (por ejemplo el conocimiento mágico, las tradiciones o la religión).

También nos estamos refiriendo a “positivo”, en cuanto el objeto de estudio; así, frente a lo patológico, **a la ciencia “positiva” le interesa lo normal**, lo funcional, lo adaptativo, aquello que se asocia a estados de bienestar, lo que favorece el mejor rendimiento (por ejemplo deportivo, académico, sexual...), lo que promueve el placer, en definitiva lo que puede ayudar a la felicidad de las personas.

Así la sexología positiva basará sus actuaciones en conocimientos que permiten ayudar a las personas a sentirse bien, cada vez mejor, en relación a su sexualidad y que proviene de las labores de científicos positivos, aquellos que basan sus hallazgos y técnicas de intervención, en los resultados de utilizar el método científico.

1.- La Sexología positiva se fundamenta en conocimientos científicos

No siempre ha sido accesible para la humanidad el conocimiento “científico positivo”. En las culturas más antiguas se atribuía el origen de las enfermedades a causas sobrenaturales y el "tratamiento" prescrito consistía en actuaciones mágicas. Este origen sobrenatural podía ser: a) **mágico**, la enfermedad está causada por algún hechizo, alguna enfermedad de tipo mágico, o b) **teológico**, la enfermedad es un castigo de los dioses a tus actos (cuadro 1).

Ambos tipos de “conocimientos” (mágicos y religiosos) han venido siendo ampliamente utilizados por las ciencias de la salud, y por la sexología, hasta hace relativamente poco tiempo, en que han basado sus fuentes en la ciencia positiva.

Cuadro 1.- Magia, religión y salud

En tiempos pasados las cuestiones relativas a la salud eran tratadas desde la magia, pero todavía estaban separadas de la religión.

El pensamiento mágico cumple un papel fundamental para afianzar la supervivencia del ser humano y en numerosos casos, impulsar su desarrollo cultural. Sin la aparición del pensamiento mágico, el ser humano aún permanecería anclado en sus primeros estadios de evolución.

Malinowski¹ señala que en las sociedades primitivas la magia se parece más a la ciencia que a la religión; frecuentemente las creencias sobre los hechos de la naturaleza (las estaciones, el agua, el embarazo, la lluvia...) y las prácticas religiosas son cuestiones que se consideran y tratan por separado y de forma independiente unas de otras. De igual modo que la ciencia, la magia se preocupa con relaciones causales, pero a diferencia de la ciencia, no distingue la correlación de la causalidad.

El agua, el aire, el fuego, las estaciones que se suceden con periodicidad; el volar de las aves; la capacidad reproductora de los seres vivos... Todos esos elementos, conjugados con el pensamiento mágico, permitieron construir, mediante analogías, las primeras abstracciones capaces de facilitar una interpretación de los fenómenos de la naturaleza; esto constituyó la base que permitió emprender las primeras clasificaciones del universo, ordenando sus elementos y fenómenos dentro de un conjunto de categorías coherente, dando origen finalmente al conocimiento científico "positivo".

Muchos de estos "logros" de los seres humanos fueron poco a poco asumidos por las religiones. Se establece la relación entre enfermedad y pecado. Ahora la "prevención" es mantenerse puro, limpio, sin pecado, y la "curación" supone el llevar a cabo ritos de purificación adecuados a cada tipo de pecado y, más tarde en la cultura judeocristiana, el reconocimiento del pecado y el arrepentimiento. Según diferentes historiadores Moisés representa un hito en cuanto a cómo la religión se ha entrometido en cuestiones de salud, dado que en parte sus "leyes reveladas" incluían normas de conducta encaminadas al mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades.

¹ Malinowski, B. (1948). Magic, science and religion, and other essays. Versión en español: Magia, ciencia y religión. Planeta-De Agostini, 1985.

Aún hoy son numerosos los “conocimientos” mágicos o provenientes de las religiones, que determinan la “sexualidad integral” que manifiestan algunas personas (cuadro 2). Conviene recordar que la sexualidad integral, que siempre está influida por el medio social y cultural, supone la integración equilibrada de los diferentes elementos que conforman la sexualidad (biológicos, psicofisiológicos y sociales). La sexualidad integral no es ni buena ni mala. Al decir sexualidad integral lo que afirmamos es que es completa. Pero puede ser completamente sana o completamente disfuncional. Decir sexualidad integral no califica, sino que describe la trascendencia de esta dimensión de la personalidad.

Seguramente fue la cultura de la Grecia clásica una de las primeras en ocuparse del fenómeno de la salud desde una perspectiva "científica". En el contexto de aquella cultura se introdujo la idea de que la salud y la enfermedad podían estar gobernadas, además de por causas sobrenaturales por causas naturales; es la primera explicación científica sobre la enfermedad y el hecho de enfermar. Por ejemplo, la teoría de los humores de Hipócrates según la cual estamos compuestos de cuatro fluidos. Según Hipócrates, la enfermedad aparece cuando hay un desequilibrio (ya sea por exceso o por déficit) en el contenido relativo de estas cuatro sustancias (bilis negra, bilis, flema y sangre).

Hoy hablamos de “medicina basada en la evidencia” (MBE), o como muchos prefieren en castellano: “medicina basada en hechos”, para referirnos a aquellas ciencias de la salud que fundamentan sus actuaciones en los conocimientos obtenidos mediante el método científico.

La medicina basada en hechos hace hincapié en el uso de pruebas científicas provenientes de investigación correctamente concebida y correctamente llevada a cabo. El objetivo primordial de la “medicina basada en la evidencia” es el de que la actividad sanitaria cotidiana se fundamente en datos científicos y no en suposiciones o creencias.

Un ejemplo, de gran interés para la sexología positiva, es el que señala la necesidad de tener en cuenta los resultados de investigación en la práctica clínica, en el caso de los tratamientos de sustitución hormonal para los síntomas de la menopausia; en esos casos se han constatado como efectos adversos como el incremento del riesgo de cáncer y de enfermedad cardiovascular. Por tanto, es más que dudoso que tales tratamientos deban recomendarse. Otros ejemplos estarían relacionados con los criterios diagnósticos de algunos de los trastornos sexuales que se recogen en los manuales de patología mental y sexual (por ejemplo el DSM V).

Cuadro 2.- Algunos “conocimientos sexológicos” que no están basados en la ciencia positiva y que tiene impacto sobre la sexualidad occidental en sus diferentes facetas (sexualidad integral)

- Las personas disponemos de un número limitado de experiencias sexuales en la vida y cuando las usamos todas, la actividad sexual termina.
- Durante la gestación un niño puede quedar «marcado» (antojos, traumas...)
- Durante el embarazo se debe evitar el coito.
- Las actividades buco-genitales entre un hombre y una mujer son una indicación de tendencias homosexuales.
- Las personas afectadas del corazón pueden tener relaciones sexuales con tal que permanezcan físicamente inactivos durante el coito.
- La virginidad de la mujer juega un papel de suma importancia en el éxito de un matrimonio.
- Existen dos tipos de orgasmos diferentes, uno vaginal y otro clitoridiano.
- La vida sexual de la mujer se termina con la menopausia o la histerectomía.
- La gratificación sexual de la mujer depende del tamaño del pene y el hombre con un pene grande tiene mayor potencia sexual.
- Es peligroso tener relaciones sexuales durante la menstruación.
- El orinar por parte de la mujer después del coito, o el practicar éste en la posición de pie, evita el embarazo.
- Para que se produzca un embarazo es necesario que ambos alcancen el orgasmo simultáneamente.
- Los atletas deben abstenerse de todo tipo de actividad sexual durante varios días antes de participar en pruebas deportivas tales como el fútbol o las carreras.
- Tanto el deseo como las habilidades sexuales pueden incrementarse mediante el uso de ciertos alimentos, drogas o aparatos mecánicos, conocidos popularmente con el nombre de afrodisíacos.

2.- La Sexología positiva busca el bienestar

De una forma general, se puede afirmar que las que hoy, en occidente, denominamos **Ciencias de la Salud** nacieron siendo **Ciencias de la Enfermedad**, ciencias “negativas”.

La medicina y la psicología pueden ser consideradas como un claro ejemplo de esta afirmación. En un principio su objeto de estudio fue lo anormal, la enfermedad, y así su preocupación consistía en tratar de eliminarla. Se podría decir que su objetivo no era buscar la salud sino acabar con la enfermedad.

La psicología positiva nació oficialmente en los años 90 del pasado siglo XX². Propone cambiar el objeto de estudio de la psicología, incluyendo prestar atención a las bases del bienestar psicológico y de la felicidad. Hasta entonces la Psicología había dedicado sus esfuerzos al estudio de los aspectos negativos y patológicos de las personas (ansiedad, estrés, depresión, etc), dejando de lado el estudio de aspectos más positivos (por ejemplo, la creatividad, el humor, la sabiduría, la felicidad, la resiliencia, etc). Otra de las características definitorias de la psicología positiva radica en que, dentro de sus principios, se establece que se enmarcará dentro del método científico. De esta forma se puede hablar de **Psicología doblemente positiva: positiva en los métodos y positiva en el objeto de estudio**.

Ejemplos de resultados de investigaciones recientes llevadas a cabo desde esta perspectiva son, por ejemplo, que los ingresos económicos influyen sobre la felicidad sólo hasta cubrir las necesidades básicas, mientras que la cantidad y calidad de relaciones interpersonales parecen el factor que más a menudo se asocia a altos niveles de bienestar percibido. Este último dato claramente relacionado con la “sexualidad integral” positiva.

Sin embargo **se podría decir que la sexología científica se adelantó en el tiempo** en cuanto al objeto de estudio, aunque no tan claramente a sus aplicaciones, interesándose ya desde los años cincuenta por objetos de investigación positivos. Así, aunque Masters y Johnson estudiaron la respuesta sexual humana “normal”, observando y analizando los datos obtenidos de interacciones sexuales de personas “normales”³, su intención, además del conocimiento básico, era la asistencia, la terapia de los trastornos sexuales y aun quedaba lejos la propuesta de hacer una

² Seligman, M. E. P. (1990). *Learned Optimism*. New York: Knopf.

³ Masters, W. H. y Johnson, V. E. (1966): *Human sexual response*. Toronto; New York: Bantam Books

sexología verdaderamente positiva, que impulsara acciones de promoción de la salud sexual, y el incremento del placer y el bienestar, en personas sexualmente sanas.

Si buscáramos poner una fecha que permita fijar el inicio de una **sexología positiva**, probablemente deberíamos proponer 1997, con la **Declaración universal de los Derechos sexuales** en el XIII Congreso Mundial de Sexología celebrado en Valencia. Desde entonces la sexología cuenta con objetos de estudio y de trabajo verdaderamente positivos, entre los que podemos mencionar los siguientes: la libertad sexual, el placer sexual, las decisiones reproductivas, libres y responsables... Y se refiere también la "positividad" del método al señalar que la información sexual debe basarse en el conocimiento científico.

Se puede decir que hoy la **sexología positiva**, no solo tiene definido el método de trabajo de investigación "positiva", sino que tiene señalado un objetivo de actuación que trasciende lo "negativo" y que busca ayudar a las personas a lograr cada vez mejores niveles de salud sexual, contribuyendo a incrementar sus experiencias placenteras en relación a su sexualidad y fomentando el bienestar general de cada uno.

3.- Herramientas de la Sexología positiva: la educación para la salud sexual

No fue hasta que nació la Epidemiología, en el siglo XIX, que se comenzó a tener la primera oportunidad de actuaciones preventivas, que representan el germen de lo que hoy consideramos Ciencias de la salud "positivas". Otro gran hito, en este camino, fue el desarrollo de las vacunas (cuadro 3).

Las personas sexualmente sanas y que expresan su sexualidad de una forma positiva, se sienten a gusto con su cuerpo y con su orientación sexual y se relacionan respetuosamente con personas de ambos sexos; cuando una persona es sexualmente positiva sabe expresar apropiadamente el afecto y la intimidad y no mantiene prácticas sexuales basadas en la explotación o la manipulación. Los hombres y las mujeres que sienten su sexualidad como una parte positiva de su personalidad disfrutan y obtienen placer cuando se relacionan sexualmente o llevan a cabo conductas sexuales; las personas sexualmente sanas se adaptan a los cambios que los

años imponen en su capacidad sexual y se expresan y disfrutan sexualmente de acuerdo con sus valores⁴.

En resumen, la salud sexual, la sexualidad positiva, es la forma de vivir y expresar la sexualidad de una manera satisfactoria y placentera para uno mismo y para los demás. La sexología positiva tiene como objetivo ayudar a las personas en ese camino hacia la salud y el bienestar en relación a su sexualidad.

Cuadro 3. La oportunidad de actuaciones preventivas

A) Epidemiología

Se suele considerar que John Snow es el padre de la epidemiología contemporánea. En 1854 demostró que el cólera era causado por el consumo de aguas contaminadas con materias fecales, al comprobar que los casos de esta enfermedad se agrupaban en las zonas donde el agua consumida estaba contaminada con heces. El doctor Snow localizó en un plano del distrito de Soho (Londres) los pozos de agua contaminados lo le permitió detener la propagación de la enfermedad al recomendar a la comunidad su cierre, con lo que fueron disminuyendo los casos de la enfermedad.

B) Vacunas

Ya en el siglo XVII Edward Jenner, observó cómo las granjeras que ordeñaban las vacas, desarrollaban una inmunidad especial contra un tipo de viruela y acuñó el término “vacuna” (de vaca). Más tarde, a finales del siglo XIX, Louis Pasteur sentó las bases científicas de la vacuna. La vacuna de Pasteur contra la rabia utilizaba un virus desactivado mediante procedimientos empíricos.

Aunque las medidas epidemiológicas y las vacunas permiten intervenir en sujetos sanos para impedir la enfermedad, el punto de mira sigue siendo la enfermedad.

⁴ Según la lista de “Comportamientos de Vida del Adulto Sexualmente Sano” de Educación del Consejo de Información sobre Sexualidad de los Estados Unidos: SIECUS.

La salud sexual puede observarse, y debe ser tomada en cuenta, tanto en el plano personal como en el social, **la sexualidad siempre es integral**, aunque no se la mire.

En la actualidad se considera que tanto la salud sexual como la patología sexual se presentan en diversos grados, con diferentes niveles de intensidad y diferente grado de percepción de bienestar o malestar. Es así que la salud y la enfermedad no son conceptos totalmente separados, sino que, por el contrario, están superpuestos uno sobre otro, ocupando muchas veces espacios comunes.

En 1987 Antonovsky⁵ sugirió que los conceptos, salud y enfermedad, podían considerarse como los extremos de un mismo continuo. Esta forma de ver las cosas determina que hoy salud y enfermedad no se consideren **categorías** separadas. De esta manera podemos considerar la salud y la enfermedad como formando un continuo, cuyos extremos son por un lado el nivel óptimo de salud y por el otro la muerte (ambas situaciones extremas). Este continuo contiene una zona neutra que refleja que la separación entre enfermedad y salud no es absoluta, de manera que hay situaciones en las que es difícil diferenciar lo normal de lo patológico; también conviene recalcar que la muerte llega por un imperativo biológico, mientras que la "salud completa" se alcanza difícilmente.

Todo lo expuesto nos permite formular la idea de que las actividades que pueden, y deben, llevar a cabo los profesionales de la salud, también los sexólogos, trascienden las dos clásicas: a) asistencia (actividades para que las personas enfermas dejen de estar enfermas, se curen y pasen a situarse en "el lado de la salud") y b) prevención (actividades encaminadas a impedir que caigan enfermos los que se encuentran sanos.).

Ahora **la sexología debe inculcar entre sus labores**, y desde nuestro punto de vista como labor principal, **la de fomentar la salud sexual**. Esta postura determina la necesidad de incluir entre las herramientas del sexólogo, además de las técnicas específicamente terapéuticas (farmacológicas o conductuales) y las específicamente preventivas (también farmacológicas o conductuales), herramientas para la promoción de la salud sexual.

⁵ Antonovsky, A. *Unraveling The Mystery of Health - How People Manage Stress and Stay Well*, San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1987

La definición propuesta en la Carta de Ottawa⁶ (1986) es que: la promoción de la salud consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Como se ve tiene una dimensión social (accesibilidad a los recursos, leyes y organización social...) y otra más personal (provisión de información sobre salud...), derivándose dos tipos de herramientas de actuación unas “más sociales” y otras “más individuales”.

Desde la **sexología positiva se debería animar a las instancias públicas de los países a que elaboren normativas y leyes acordes con el actual conocimiento sobre la salud sexual**. En este sentido, diversas organizaciones (como por ejemplo la Academia española de Sexología y Medicina sexual, la Asociación de especialistas en Sexología, entre otras) ya actúan en esa línea manteniendo contactos con grupos políticos con responsabilidades legislativas y de gobierno, para que tengan en cuenta la salud sexual en sus programas y políticas (por ejemplo a la hora de legislar sobre igualdad, o sobre educación para la salud sexual en la escuela...).

También existen **otras herramientas más cercanas**, al alcance de cualquier profesional de la sexología. Las dos principales son: a) la **información y divulgación** de los conocimientos científicos sobre sexualidad (utilizando tanto los medios clásicos como los más vanguardistas) y b) **educación para la salud sexual**, tanto en el ámbito privado de la consulta, como a través de programas más formales implantados en los centros educativos y otras comunidades o colectivos (cárceles, asociaciones civiles...).

Sabemos que una de las claves para que una persona pueda contribuir a mejorar su nivel de salud sexual es que tenga conocimientos ciertos, precisos, fiables sobre cómo “funciona” su sexualidad así como sobre los posibles riesgos que para su salud sexual, se presentan en su vida cotidiana. Además tiene que contar con las actitudes y las habilidades personales que le permitan realizar las mejores elecciones posibles y ponerlas en práctica. Finalmente también es necesario que sepa como contribuir a la buena salud sexual de los que le rodean (hijos, pareja, amigos...)

La educación para la salud sexual es una tarea de una dimensión que trasciende el mero hecho de transmitir información.

Debemos tener en cuenta que la sexualidad: a) está determinada por el momento histórico y cultural; b) está fuertemente influida por las costumbres, las tradiciones y los valores y c) influye sobre la vida social de las personas.

⁶ <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>

En cada contexto cultural las personas "ven la vida como se les ha enseñado a verla"; así, cada individuo tiene la impresión de que las normas, los valores y las creencias que se mantienen en "su" sociedad son LA NORMA, es LO NATURAL y lo único BUENO, son, en definitiva, el reflejo de cómo deberían suceder las cosas para todas las personas en el resto del mundo.

Además sabemos que no toda la actividad humana es innata, sino que gran parte de ella está determinada por la experiencia, por el aprendizaje. Cuando nacemos las únicas actividades que podemos llevar a cabo son los reflejos. Las diferentes experiencias a las que nos vemos expuestos desde el momento del nacimiento, suponen situaciones en las que se producen procesos de condicionamiento y de aprendizaje. Pasados unos años, prácticamente la totalidad de la conducta de una persona puede considerarse como resultado de esas experiencias que han modificado las reacciones reflejas y han generado comportamientos aprendidos.

Sin embargo, es necesario señalar que los procesos de aprendizaje, y de forma destacada en lo referente a la conducta sexual, fluyen por un cauce que está delimitado por factores evolutivos, biológicos y genéticos.

Los seres humanos poseen piernas que les permiten desplazarse caminando o corriendo y brazos y manos que les permiten abrazarse y acariciarse, pero la forma como llevan a cabo estas conductas es un signo de su identidad personal y cada uno lo hace de una manera diferente; estas conductas son posibles gracias a su dotación biológica y a las experiencias que se tienen a lo largo de la vida; en otras palabras, la forma como se anda, se abraza y se acaricia, dependerá de cómo se hayan aprendido "a utilizar las piernas para andar, los brazos para abrazar y las manos para acariciar".

Pero es necesario tener en cuenta que las características innatas ponen límites de alguna manera a las conductas. Por ejemplo, la velocidad con la que se anda estará limitada por las características anatómicas y biomecánicas de las piernas (y de otras estructuras músculo-motoras); o también, la presión y la forma como se den los abrazos dependerá de la configuración de los brazos...

La capacidad de respuesta sexual y de impulso sexual son también características heredadas que no son fruto del aprendizaje; en ese sentido, cabe señalar que nuestra capacidad de respuesta sexual está limitada, al igual que nuestra capacidad de andar o abrazar, por dispositivos fisiológicos innatos (anatómico, fisiológico, hormonal neurológico...) que vienen determinados genéticamente, y no por la acción del aprendizaje o el condicionamiento. Sin embargo es necesario considerar que esos límites biológicos que enmarcan toda la actividad sexual de las

personas, son muy difusos y, sobre todo permeables; en consecuencia, el aprendizaje y el condicionamiento pueden determinar que se produzcan grandes diferencias en cuanto a los hábitos y características de orden sexual y que debido a factores de aprendizaje la diversidad sea casi ilimitada.

Esta permeabilidad a la experiencia, que determina las enormes diferencias mediante las que se manifiesta la sexualidad en los diferentes individuos, es precisamente lo que nos separa de especies evolutivamente menos desarrolladas; en esas especies el determinismo biológico es más rígido y los individuos se comportan de una forma homogénea y estable; sus actividades sexuales están guiadas y delimitadas por los instintos, de forma que todos los individuos de la especie reproducen los mismos esquemas de comportamiento. En el caso de los seres humanos, liberados de instintos, la conducta sexual se ve rescatada de corsés genéticos y biológicos, y se manifiesta de formas ricas y diversas, viéndose influida por factores aprendidos, procedentes de características sociales e individuales de cada persona.

Esta liberación de lo biológico hace que las manifestaciones sexuales, las conductas sexuales, de todas las personas, de todos los tiempos y de todas las culturas, dependan fundamentalmente de cómo haya sido su educación sexual.

En definitiva, lo que queremos destacar en este apartado es que en todos los casos, en todas las culturas se produce algún tipo de educación sexual y que NO SE PUEDE NO RECIBIR EDUCACIÓN SEXUAL

Solamente en un estado de absoluta soledad, sin relación alguna con otros congéneres, podría una persona “librarse” de ser educado en sexualidad.

Muchas veces la educación sexual se lleva a cabo, consciente o inconscientemente, desde diversas esferas de influencia a la vez; de esta forma, tanto en el entorno familiar, como en el entorno sociocultural y antropológico, en el grupo de amigos, a través los medios de comunicación social, en las instituciones escolares y también a través de las políticas de salud pública se promueve la adecuación social de las conductas sexuales (pensamientos, actitudes, sentimientos, actos, relaciones...).

Cuando la educación sexual se produce de una manera informal, también tiene un impacto global (“integral”) sobre la persona y resulta difícil evaluar su huella en la personalidad y en la vivencia sexual de cada individuo y, en definitiva, valorar la calidad del aprendizaje resultante en cuanto a favorecedor o entorpecedor de la salud sexual.

La educación sexual formal permite prever su dirección y sus resultados; sin embargo esa previsibilidad no garantiza que la dirección sea la apropiada en cuanto a que impulse hacia la salud sexual. **No es el hecho de que la educación sexual sea integral (que se dirija a la globalidad de la persona) lo que determinará que sea adaptativa y saludable y que favorezca el disfrute y el bienestar;** son las características científicas, éticas, culturales... las que van a determinar la “salubridad” de los programas formales de educación sexual.

Podemos encontrar numerosos ejemplos de maneras de hacer “educación sexual integral” (es decir la que afecta a todas las esferas de la sexualidad), que no buscan que las personas alcancen los más altos niveles de salud sexual (comunicación y respeto, placer, reproducción...). Así hay “acciones de educación sexual integral” que tienen como principales objetivos cuestiones ajenas al individuo, e independientes del valor saludable o de bienestar que esas acciones pudieran tener; a veces la educación sexual integral puede tener como finalidad el acatamiento de las normas sociales de moralidad o el respeto a las “tradiciones sexuales”. Ejemplos de estas situaciones pueden ser la educación sexual integral que se promueve desde determinadas creencias religiosas, o desde determinados sectores moralmente rígidos...

Parece claro que en educación sexual resulta útil definir la sexualidad humana desde la perspectiva científica y describirla como integral (desde puntos de vista biológico, genético, hormonal, fisiológico, anatómico o legal), pero además **hoy resulta fundamental “calificar” esa educación sexual en función del objetivo que se busca: la salud; por lo que habría que referirse a ella como educación para la salud sexual** y no conformarse con una mera descripción, como la de que la educación sexual sea “integral”.

Las dos principales herramientas para la promoción de la salud sexual que utiliza la Sexología positiva (información y educación) merecen ser diferenciadas de estas mismas herramientas cuando son utilizadas para influir en la sexualidad de las personas con fines diferentes (culturales, tradicionales, morales o religiosos). Por eso

en sexología positiva no basta con describir como integrales a la información y a la educación sexual, es necesario señalar su finalidad: el placer, la salud y el bienestar.

Por tanto proponemos que, en lugar de los términos que se viene utilizando en este contexto (educación sexual integral) se utilice el que nos parece más apropiado de **Educación para la salud sexual**, que como ya se ha explicado, incluye explícitamente la finalidad que se busca con estas acciones y la califica inequívocamente.

4.- Conclusiones

La Sexología positiva es la que se fundamenta en conocimientos obtenidos mediante la ciencia positiva, que utiliza el método científico.

La Sexología positiva tiene como objeto de estudio los aspectos funcionales, adaptativos, placenteros y saludables de la sexualidad humana.

La Sexología positiva trasciende los servicios de asistencia y prevención de trastornos y problemas sexuales y trabaja para la promoción de la salud sexual.

Para cumplir sus fines, la Sexología positiva dispone de poderosas herramientas como por ejemplo la educación para la salud sexual.

CONTENIDO

(El contenido de este libro se presenta por orden alfabético del primer autor)

CONSENSO SALUD SEXUAL Y DIABETES MELLITUS. EXPERIENCIAS Y PRÁCTICAS EN CUBA.	
Alfonso Rodríguez, A.; Méndez Gómez, N.; Navarro Despaigne, D. A	25
VIOLENCIAS Y CONSTRUCCIÓN DE IDENTIDADES SEXUALES NO HEGEMÓNICAS. SALIDA DEL CLOSET.	
Alfonso Rodríguez, A.	31
LA PERSPECTIVA DE GÉNERO. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN LABORAL DEL PERSONAL EN EL CENTRO DE INVESTIGACIONES REGIONALES “DR. HIDEYO NOGUCHI”, UNIDAD BIOMÉDICA.	
Andueza Pech, M. G.; Hoil Santos, J.J.; Rodríguez Angulo, E. M.; Oliva Peña, Y.; Santana Carvajal, A.; Ordóñez Luna, M.; Ojeda Rodríguez, R.; Cambranes Puc, L.	37
SEXUALIDAD EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA INTEGRANTES DEL GRUPO “MUJERES SALVANDO MUJERES” EN GÓMEZ PALACIO, DURANGO MÉXICO.	
Arzola Castañeda, E. A.	43
ATENCIÓN PSICOLÓGICA A MENORES TRANSEXUALES Y CON COMPORTAMIENTO DE GÉNERO NO NORMATIVO. ASESORAMIENTO A FAMILIAS Y PROFESORADO.	
Asenjo Araque, N.; Rodriguez-Molina, J. M.; Portabales Barreiro, L.	51
ORIENTACIÓN DEL DESEO SEXUAL: CRISIS Y DECADENCIA DE LOS MODELOS CATEGORIALES.	
Ballester-Arnal, R. y Gil-Llario, M. D.	59
TRANSEXUALIDAD: TRATAMIENTO HORMONAL CRUZADO Y ESTÁNDARES ASISTENCIALES.	
Becerra Fernández, A.; Asenjo Araque, N.; Lucio Pérez, M. J. y Rodríguez Molina, J. M.	67
ESTRATOS SOCIO-ECONÓMICOS ASOCIADOS A LA VULNERABILIDAD DEL ABUSO SEXUAL EN NIÑOS Y NIÑAS DE SUCRE – COLOMBIA.	
Bravo García, L. Y.; Martínez Ortega, D. L.	75

EL BULLYING EN ADOLESCENTES ESPAÑOLES: PRÁCTICAS DE GÉNERO Y CONTROL HETERONORMATIVO.	
Carrera Fernández, M. V.	83
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.	91
A MULHER COMO AGRESSORA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES.	
Cesnik-Geest, V.	103
COMPORTAMIENTOS SEXUALES DE RIESGO EN UNIVERSITARIOS, MOTIVOS Y SITUACIONES BIOLÓGICAS Y SOCIALES RELACIONADAS.	
Cruz-Bojórquez, R.M., Ávila-Escalante, M.L., Santana-Carvajal, A.M. y Solís-Pérez, R.	109
O AMOR É CEGO E A SEXUALIDADE?	
Da Cruz, A. L. y Badalotti Tavares. M. L.	117
CONVIRTIENDO AL PORNO EN UN MAPA DE CALOR MENTAL.	
Del Barrio Álvarez, E.; Moreno, B.; Garrosa, E.	123
INMIGRACIÓN, EXPLOTACIÓN SEXUAL Y CRECIMIENTO PSICOLÓGICO: LO QUE SE PIERDE EUROPA.	
Del Barrio Álvarez, E.; Moreno, B.; Garrosa, E.	127
PERCEPCIONES DE ADOLESCENTES CUBANO/AS SOBRE EDUCACIÓN INTEGRAL DE LA SEXUALIDAD EN EL ÁMBITO FAMILIAR.	
Del Risco Sánchez, O.	137
MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA, EN LA POSTMENOPAUSIA, CON TIBOLONA Y TESTOSTERONA.	
Espitia De La Hoz, F. J.	147
IMPACTO DEL EMBARAZO EN LA SEXUALIDAD DE LAS GESTANTES DEL EJE CAFETERO.	
Espitia De La Hoz, F. J.	159
PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES DEL EJE CAFETERO.	
Espitia De La Hoz, F. J.	167

IMPORTANCIA DEL ABORDAJE DE LA SALUD SEXUAL EN ATENCIÓN PRIMARIA.	
Estepa Jorge, S.	179
LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN LA CONSULTA DEL MÉDICO DE FAMILIA.	
Ferrández Infante, A.	183
ACTITUDES HACIA LAS AGRESIONES SEXUALES EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA MACHISTA.	
Gil-Llario, M.D.; Ballester-Arnal, R.	189
MANIFESTAÇÕES DO CIÚME NA SEXUALIDADE DE CASAIS.	
Francisco Luiz Graffitti, F.L. y Kasper Rex, M.	195
¿QUEREMOS HABLAR DE SEXUALIDAD! UNA EXPERIENCIA DE PREVENCIÓN CON PÚBERES.	
Guerrero Borrego, C. N.	201
PRÁCTICAS SEXUALES EN MUJERES MASTECTOMIZADAS.	
Guerrero Mateo, S.; Cruz H.; José L.	209
SALUD VAGINAL Y SEXUALIDAD.	
Jurado López, A. R.	115
ABUSO SEXUAL INTRAFAMILIAR NA ADOLESCÊNCIA.	
Kasper Rex, M.	223
LA OBJETIVIZACION DEL CUERPO DE LAS MUJERES EN EL CONTEXTO DE LAS RELACIONES DE PAREJA.	
Lameiras Fernandez, M.	229
CONSUMO DE PORNOGRAFÍA ONLINE Y VIOLENCIA SEXUAL. EVALUACIÓN DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA.	
López-del Burgo, C.; Guinea Barrilero, E.; Osorio, A.; Beltramo, C.; Lupo, C.; de Irala, J.	235
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.	243
JUEGO, LENGUAJE ERÓTICO Y DESEO SEXUAL.	
Marega, O.	251

VIDA SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE PANAMÁ Y EL DISTRITO DE SAN MIGUELITO (AVANCE DE INVESTIGACIÓN).	
Martínez Lasso, V.	257
A MULHER COMO PERPETRADORA DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA O HOMEM.	
Meireles-Alexandre, C. M.	261
AFLICCIONES DE UNA RECIÉN SEXÓLOGA - LOS ABUSOS, EL FRACASO Y LA REDENCIÓN.	
Meireles Alexandre, C.	265
LA SEXUALIDAD Y ESPIRITUALIDAD. REFLEXIONES QUE EXTIENDEN LOS MÁRGENES DE LA SEXOLOGÍA.	
Musso, S.	269
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y LA VIOLENCIA HOMICIDA DE MUJERES: EL CASO DE YUCATÁN, MÉXICO.	
Oliva Peña, Y.; Santana Carvajal, A.; Andueza Pech, G.; Hoil Santos, J.; Ojeda Rodríguez, R.; Rodríguez Angulo, E. M. y Ordóñez Luna, M.	273
ESTADO DE LA FUNCION ORGASMICA EN MUJERES ADSCRITAS AL PROGRAMA DE REGULACION DE LA FECUNDIDAD EN EL CESFAM TUCAPEL DE LA CIUDAD DE CONCEPCION, CHILE.	
Parra, J.; Acuña, C.; García, L.; Moya, K.; Stuardo, V.; Villalobos, C.	279
ADAPTACIÓN DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD SEXUAL (2009) PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA.	
Ponsa Masana, M.; Botella García del Cid, L. y Sánchez Ruiz, E.	287
O TRABALHO E AS RELAÇÕES DE CASAIS.	
RiffeStockmann, A.; Badalotti Tavares, M. L.	295
TERAPIAS DE ÚLTIMA GENERACIÓN Y TERAPIAS SEXUALES EN SITUACIONES DE ESTRÉS CRÓNICO.	
Romero, M. B.	301
¿ME ENVÍAS UNA FOTO SEXY?: COMPORTAMIENTOS Y MOTIVACIONES DE SEXTING EN ADOLESCENTES GALLEGOS/AS.	
Rodríguez-Castro, Y	311
INFLUENCIA DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA EN LA SEXUALIDAD DE LAS PACIENTES.	
Rodríguez Fernández, M.	319

SEXUALIDAD Y LIDERAZGO PROGÉNERO LEGITIMANDO PARIDAD. PLATAFORMA ALTERNATIVA PARA LA MODIFICACIÓN DE PATRONES CULTURALES SEXISTAS.	
Rodríguez Galera, J. R.; Álava Mieles, J. L.	325
ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PROGÉNERO. UNA ALTERNATIVA PARA MITIGAR EL SEXISMO.	
Rodríguez Galera, J. R.	333
LA IMPORTANCIA DE ATENDER, EDUCAR Y PRESTAR APOYOS A LA SEXUALIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y/O DIVERSIDAD FUNCIONAL	
Rubio Arribas, N.	347
PERSONAS Y PROYECTOS DE VIDA. SOBRE LA EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL DE NIÑOS, NIÑAS, JÓVENES Y PERSONAS ADULTAS CON ENFERMEDADES RARAS.	
Rubio Arribas, N.	349
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.	353
CUANDO EL DESEO SEXUAL ES EL PROBLEMA.	
San Martín Blanco, C.	359
JÓVENES MAYAS Y EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD. ABORDAJES Y ESTRATEGIAS EN LA UADY.	
SantanaCarvajal, A.; OlivaPeña, Y.; VeraGamboa, L.; y Andueza Pech, G.	369
RESULTADOS PRINCIPALES DE LOS CONSENSOS DE SEXUALIDAD Y ENFERMEDADES CRÓNICAS REALIZADAS POR LA SOCUMES.	
Torres Rodríguez, B. y Gutiérrez Gutiérrez, C.	375

CONSENSO SALUD SEXUAL Y DIABETES MELLITUS. EXPERIENCIAS Y PRÁCTICAS EN CUBA

Ada Alfonso Rodríguez,¹ Neida Méndez Gómez,¹ Daysi Antonia Navarro Despaigne¹

amcano@infomed.sld.cu

Introducción

El día 11 de septiembre de 2015 se celebró en La Habana la reunión de Consenso Salud sexual y Diabetes Mellitus a la que asistieron 80 especialistas de diferentes centros, sociedades científicas y disciplinas académicas del país.

Durante el Consenso se reconoció el papel jugado por el Programa Nacional de Atención Integral al diabético (1975) que incluye aspectos relativos a la disfunción sexual eréctil entre las complicaciones neurológicas de la enfermedad y a la salud reproductiva en relación con la diabetes gestacional, el Programa Nacional Cubano de Atención Integral a la Gestante con Diabetes Mellitus (2000) cuyo objetivo es garantizar que la mujer con DM tenga un embarazo saludable y un hijo sano; y además la relevancia de la publicación en el año 2012 de la Guía para la atención al paciente con diabetes mellitus tipo 2, aunque esta última, sin una mención explícita a la salud sexual y reproductiva de las personas con DM.(1,2)

No obstante, el trabajo realizado en materia de promoción de salud y en la prevención de factores de riesgo de la DM, la tasa de prevalencia se incrementó en el año 1995 de 18,4 por 1000 habitantes, mientras que el 2014 alcanzó la cifra de 55,7 por 1000 habitantes. La DM se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte lo que avala la pertinencia del Consenso. (3)

El trabajo expone en apretada síntesis información acerca de la investigación científica publicada sobre DM y unas notas del Consenso Salud sexual y Diabetes Mellitus.

Investigaciones científicas

Un estudio reciente de los trabajos originales sobre DM publicados en la Revista Cubana de Endocrinología, de reconocido prestigio entre los especialistas que tratan las endocrinopatías en el país, permitió identificar un amplísimo número de investigaciones biomédicas y clínicas que aportan evidencia acerca de las complicaciones de la enfermedad, su impacto en determinados órganos de la economía corporal, la importancia de determinados esquemas terapéuticos en la prevención de complicaciones y la relevancia de la educación en salud.

Sin embargo, la representación de artículos y resultados de investigación que exploran la sexualidad y la atención a la salud sexual es aún bajo (4-11).

Esta realidad permite identificar la necesidad de recabar información científica acerca de: el malestar y dificultades en la adaptación en los escenarios sociales de las personas con DM 1 y 2; las limitaciones y/o competencia para el cumplimiento de tareas de la vida cotidiana y el ejercicio de roles de cuidado de las mujeres con DM; la influencia de los determinantes sociales de

la salud en el control metabólico y como factores que influyen en la aparición de DS; el efecto de los medicamentos para el tratamiento de la comorbilidad en la respuesta sexual; la disminución de deseo asociado a los malestares propios de la enfermedad y/o como resultado de efectos secundarios de la prescripción de algunos fármacos; el impacto de los cambios corporales en el disfrute de la sexualidad y el efecto de las complicaciones en la respuesta sexual y otros.

En adición a lo mencionado, es necesario destacar, que la casi totalidad de los trabajos que abordan estos temas, entre sus autores se encuentran especialistas de la salud mental, lo que indica que se deberá continuar trabajando para lograr que los especialistas de las ciencias médicas, incorporen herramientas que les permitan conocer, indagar, orientar y tratar las preocupaciones, malestares y problemas relacionados con la sexualidad de las personas con DM y sus parejas.

Notas de Consenso

Se consideró la importancia de la entrevista clínica y de la relación médico-paciente para la identificación de los factores que puedan influir en la salud sexual y reproductiva de las personas con DM.

Durante el consenso se colocó el énfasis en:

La necesidad de una historia clínica detallada y un examen físico que incluya: el índice de masa corporal, la circunferencia de cintura, la tensión arterial, la constatación

de pulsos periféricos, los reflejos osteotendinosos y el fondo de ojo.

La identificación de factores psicosociales facilitadores, desencadenantes o mantenedores de malestares y/o DS.

La exploración sobre el conocimiento de la persona acerca de la DM, la existencia o no de pareja, las características de la relación, la percepción y las expectativas acerca de su vida sexual y el encuentro erótico.

Según etapa del curso de vida

Pubertad y Adolescencia

Se reconoció la DM tipo 1 como el trastorno endocrino metabólico más frecuente en la infancia y la adolescencia lo que contrasta, con el bajo número de estudios que abordan el impacto de la DM en la salud sexual y en el desarrollo psicosexual en esta etapa de vida.

Agramonte y Espinosa (12) consideran que el debut de DM, su diagnóstico, o la aparición de complicaciones son situaciones percibidas y experimentadas como duelos tanto por adolescentes como por sus familiares y como tales demandarán reajustes y adaptaciones en la búsqueda de su elaboración.

A la DM 1 en la etapa prepuberal se asocian una serie de complicaciones entre las que se citan las dislipidemias, los fallos de crecimiento, los disturbios emocionales, el retraso puberal y los trastornos menstruales.⁷ Aunque los resultados de

⁷ Becker DJ. Complications of insulin-dependent diabetes mellitus in childhood and adolescent. En:

investigación no son concluyentes, existen reportes de deterioro de la curva de crecimiento y retraso puberal cuando el diagnóstico de la DM 1 se realiza antes de la pubertad.⁸ Estudios realizados en nuestro medio han constatado que el tratamiento con dosis múltiples de insulina tiene una influencia favorable y decisiva sobre el grado de control metabólico, lo cual hace posible un desarrollo puberal adecuado en pacientes con DM 1.(13)

Los profesionales de la salud encargados de la atención a niños, niñas y adolescentes con DM 1 deberán conocer y abordar los significados que el desarrollo puberal y el crecimiento según los estándares de la etapa, tienen en los mecanismos de adaptación en los espacios de interacción social y en la percepción y aceptación de la autoimagen corporal como componente esencial de la salud mental y sexual de las personas.

Los participantes del sector educativo, colocaron el acento en la necesidad de que los docentes cuenten con la preparación requerida para el acompañamiento de infantes y adolescentes con DM1 en el cumplimiento de las prescripciones que garanticen el control metabólico, y les ayuden a sortear las manifestaciones de

discriminación y/o acoso de sus pares en el ámbito escolar.

Un aspecto muy debatido fue la baja percepción de riesgo de los adolescentes ante las infecciones de transmisión sexual (ITS), los embarazos no deseados y la interrupción del embarazo, así como la baja utilización de la anticoncepción. Esta realidad afecta los adolescentes con DM.

Durante el consenso se colocó el énfasis en:

La necesidad de estrategias de afrontamiento positivas que garanticen la adherencia terapéutica y el control metabólico en adolescentes con DM1.

Incluir en los programas educativos contenidos relacionados con la educación integral de la sexualidad y los derechos sexuales.

La identificación de las vulnerabilidades asociadas a diferencias individuales, determinantes sociales y tipología familiar para brindar un apoyo integrado a los grupos sociales más significativos para los niños y los adolescentes con DM1.

Garantizar la formación, capacitación y actualización permanente en salud sexual y reproductiva de educadores de la población infanto-juvenil.

Brindar información sistemática sobre anticoncepción, cuidados preconceptuales, prevención de ITS, condones y anticoncepción de emergencia en las consejerías dirigidas a población adolescente y familias con DM1.

Adultez

Lifshitz F. Pediatric endocrinology. 3th. ed. 1996.p.583-5 cit. Espinosa Reyes T, Carvajal Martínez F, Fernández Teruel T, Pérez Gesen C y Argote J. Maduración sexual en niños con diabetes mellitus tipo 1 tratados con dosis múltiples de insulina. Rev Cubana Endocrinol v.18 n.1 Ciudad de la Habana ene.-abr. 2007.

⁸ Salermo C, Argenziano A, Dimario V, Fornicola S, Terrore A, Gasparini L. Pubertal growth, sexual maturation and final height in children with IDDM. Diabetes Care. 1997;20:721-4 cit. en ibídem.

La adultez se identificó como la etapa de la vida en la que se encuentran personas con DM1 y DM2. Las responsabilidades y los roles asignados y asumidos socialmente tienen una influencia marcada tanto en los ajustes que garantizan el control de la DM como en los requeridos para elaborar el padecer por las personas y disfrutar sus sexualidades en la vida cotidiana.

Durante el consenso se colocó el énfasis en:

Aplicar los criterios de elegibilidad de la OMS para la selección del método anticonceptivo en ausencia de complicaciones.

Prevención de ITS y otras enfermedades infecciosas de los órganos sexuales.

Aplicar la Reproducción Asistida de Alta Tecnología en mujeres menores de 30 años con DM, cuando no existan complicaciones o éstas sean incipientes.

En el caso de las mujeres de edad mediana se consideró necesario la realización periódica del auto examen de mama y cumplir con la periodicidad establecida para la realización de la mamografía y el Papanicolau.

Adultez mayor

En las personas con DM puede afectarse la respuesta sexual, por diferentes mecanismos orgánicos y psicológicos. La DM está considerada como una de las causas más frecuentes de DS orgánica en esta etapa de la vida. (14)

Durante el consenso se colocó el énfasis en: La importancia de una actitud

activa en los prestadores de servicios para prevenir las DS o establecer su etiología en personas adultas con DM.

En el contexto cubano se consideró como opciones terapéuticas:

1º opción: Inhibidores de la fosfodiesterasa 5. El fármaco disponible en el mercado nacional es el Sildenafil en tabletas 50 mg. Se revisaron sus contraindicaciones.

2º opción: Cirugía de prótesis peneana indicada ante la ausencia de respuesta a los inhibidores de la fosfodiesterasa 5. La elección de la cirugía vascular solo en casos de daño venoso o arterial demostrado en la circulación peneana.

A manera de conclusión

El derecho a la salud de todas las personas está refrendado en la Constitución de la República de Cuba. Para garantizar este derecho el país cuenta con el Programa Nacional de Atención Integral al diabético, el Programa Nacional Cubano de Atención Integral a la Gestante con Diabetes Mellitus y la Guía para la atención al paciente con diabetes mellitus tipo 2 de aplicación nacional en todos los servicios de salud de los diferentes niveles de atención.

Los ejes de discusión y consenso se centraron en 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 DM y las disfunciones sexuales.

Se identificó como principal reto el 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 y sus parejas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Programa Nacional de Atención al paciente con DM. (citado 5 de julio 2016) Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/diabetes/programa_nacional_de_diabetes.pdf
- Colectivo de autores: Guía de atención al paciente con DM2. Editorial Ciencias Médicas, La Habana: 2011 (citado 5 de julio 2016) Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/guia_practicaclinica_diabetes/guia_practicaclinica_diabetes_completo.pdf
- Anuario estadístico MINSAP años 2014, La Habana:2015 (citado 5 de julio 2016) Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/>
- Ledón Llanes L. ¿Paradojas en la atención a la sexualidad de personas con enfermedades endocrinas? Rev Cubana Endocrinol [serie en Internet] 2016 Ene.-abr (citado 17 Jul 2016);27(1) Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532016000100008&lng=es&nrm=iso
- Ledón Llanes L. El desafío de vivir con enfermedades endocrinas: algunas anotaciones para la atención en salud. Rev Cubana Endocrinol [serie en Internet] 2008 Mayo-ago (citado 17 Jul 2016); 19(2) n.2 Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532008000200008&lng=es&nrm=iso
- Ledón Llanes L. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. Rev Cubana Endocrinol [serie en Internet] 2012 Ene-abr (citado 17 Jul 2016);23(1) Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000100007&lng=es&nrm=iso
- Agramonte Machado A, Navarro Despaigne Daysi, Domínguez Alonso E, García Álvarez CT y Navarro Navarrete O. Respuesta sexual de la mujer de edad mediana con diabetes mellitus. Rev Cubana Endocrinol [serie en Internet] 2002 Sep-dic (citado 15 Jul 2016);13(3) Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532002000300003&lng=es&nrm=iso
- Monteagudo Peña G, López Rodríguez Y, Ledón Llanes L, Gómez Alzugaray M, Ovies Carballo G, Álvarez Seijas E, Robles Torres E. El deseo sexual en varones adultos mayores, su relación con la testosterona sérica y otros factores. Rev Cubana Endocrinol [serie en Internet] 2016 Ene-abr (citado 16 Jul 2016);27(1) Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532016000100004&lng=es&nrm=iso
- Ledón Llanes L, Castelo Elías-Calles L. Afrontamiento al distrés relacionado con la disfunción eréctil en varones con diabetes mellitus tipo 2. Rev Cubana Endocrinol [serie en Internet] 2013 Sep-dic (citado 17 Jul 2016);24(3) Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532013000300002&lng=es&nrm=iso
- González Ricardo Y, Maceo Coello T, Navarro Despaigne DA, Domínguez Alonso E. Respuesta sexual en mujeres de edad mediana trabajadoras de la salud. Rev Cubana Endocrinol [serie en Internet] 2011 Mayo.-ago (citado 10 Jul 2016);

22(2) Disponible en:
http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532011000200007&lng=es&nrm=iso

Ledón Llanes L, Agramonte Machado A, García Álvarez CT, Mendoza Trujillo M, Fabré Redondo BL, Hernández Rodríguez J, Chirinos Cáceres JL. Experiencias sexuales y corporales en personas con endocrinopatías: resultados de estudios en Cuba y Perú. *Rev Cubana Endocrinol [serie en Internet]* 2008 Ene.-abr (citado 10 Jul 2016);19(1) Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532008000100002&lng=es&nrm=iso

Agramonte Machado A, Espinosa Reyes T. Aspectos psicosociales y biofisiológicos

relacionados con la salud sexual de infantes y adolescentes con diabetes mellitus. En preparación para publicación en Libro del Consenso Salud sexual y Diabetes Mellitus. Editorial CENESEX. 2016.

Espinosa Reyes T, Carvajal Martínez F, Fernández Teruel T, Pérez Gesen C y Argote J. Maduración sexual en niños con diabetes mellitus tipo 1 tratados con dosis múltiples de insulina. *Rev Cubana Endocrinol* 2007 Ene-abr;18(1)

Corona G, Rastrelli G, Maseroli E, Forti G, Maggi M. Sexual function of the ageing male. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism* 2013; 27: 581–601

VIOLENCIAS Y CONSTRUCCIÓN DE IDENTIDADES SEXUALES NO HEGEMÓNICAS. SALIDA DEL CLOSET

Ada Alfonso Rodríguez¹

amcano@infomed.sld.cu

Introducción

Las definiciones acerca de la violencia de género han sido desarrolladas a partir de considerar esta, como un fenómeno estructural que afecta a toda la sociedad y especialmente, a las mujeres en cualquier etapa del curso de vida. Se sustentan en estructuras sociales que tienen como base las sexualidades heterosexuales y en fuentes documentales que constatan el elevado número de mujeres que sufren a diario violencia de parte de sus parejas, exparejas u otros hombres en los diferentes espacios de interacción social, con un telón de fondo de asimetrías de poder como determinante de las posiciones, oportunidades, posibilidades, acceso y control de los recursos de mujeres y hombres.⁹

En los últimos años, el debate en torno a la violencia de género, ha incluido a voces que apuestan por una ampliación en la definición con el objetivo de visualizar, las formas de violencia que tienen como sustrato no solo los símbolos y representaciones acerca de los sexos sino

también, las relativas a la orientación sexual e identidades de género y es «es precisamente en este punto sobre las expresiones que se consideran violencias de género en las que no hay acuerdos, debido al hecho de que su estudio se ha enfocado en las mujeres como víctimas...».¹⁰

Esta ampliación permite visualizar el problema en el contexto de las sexualidades contraculturales y/o disidentes que se rebelan a la asunción de la heterosexualidad normativa dado que las diferencias existentes en y entre los colectivos de mujeres y hombres, la heterogeneidad de experiencias de vida por razones de clase, color de la piel, etnia, orientación sexual e identidad de género quedan subsumidas desde un acercamiento binario.

Las violencias relacionadas con el género «tienen múltiples expresiones que desde lo simbólico, pueden ser consideradas como sutiles dimensiones invisibles pero con alto poder ideologizante en la producción y reproducción de la

⁹ Alfonso A, Rodríguez R. M (2008) Violencia, VIH y Diversidad sexual en Rodríguez R. M (compiladora) Diversidad sexual, salud mental y VIH. Temas para el trabajo con poblaciones claves. Editorial CENESEX, La Habana. pp 36-56.

¹⁰ Estrada Montoya, JH; Sánchez-Alfaro, LA. Las violencias de género como problema de salud pública: una lectura en clave Bioética. Revista Colombiana de Bioética, vol. 6, núm. 1, enero-junio, 2011, pp. 37-61 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189219032004>

estructura y organización familiar»¹¹ y social tradicional.

Durante los últimos años el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX) ha desarrollado un trabajo sistemático y sostenido encaminado a: 1) sensibilizar a la población cubana en el respeto a la libre orientación sexual e identidad de género y 2) producir resultados científicos relacionados con las violencias y la diversidad sexual.

El presente trabajo expone algunos de los resultados de una investigación realizada con el objetivo de identificar las diferentes formas de violencia asociadas a la construcción de las identidades sexuales y de género y a la salida del closet.

Aspectos metodológicos

La metodología cualitativa permitió la utilización de técnicas como el grupo de enfoque, la entrevista en profundidad, la observación participante y los estudios de caso. Se elaboró un documento de consentimiento informado para la utilización de la información proveniente de las discusiones grupales, las filmaciones y grabaciones una vez concluida la investigación. La muestra de la investigación quedó constituida por personas lesbianas, gays, *trans* y una intersexual (n30) seleccionadas por los coordinadores de las redes sociales del CENESEX y profesionales del sector de la

¹¹ Segato R. Las estructuras elementales de la violencia: ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos. Buenos Aires: Editorial Universidad Nacional de Quilmas, 2003. 262p.

salud (n15) que respondieron a una convocatoria abierta. Se elaboraron un grupo de interrogantes como guía de discusión y una guía de observación. Se trabajó tres días consecutivos, dos sesiones, en subgrupos. Cada subgrupo contó con un observador participante que realizó el registro de la información, las emociones, las actitudes y los comportamientos de los miembros que integraban los grupos. La información se volcó en una matriz de datos por observador y luego, por preguntas, identidad sexual y de género de los miembros de las redes sociales y los profesionales. Se realizó la codificación abierta y se construyeron categorías para el análisis de los datos cualitativos. A continuación se presentan una síntesis de los resultados.¹²

Salida del closet

Salir del closet o salir del armario son expresiones que se utilizan para denominar el momento en que la persona se autodefine, reconoce y expresa su orientación sexual no hegemónica.

Los integrantes de los grupos LGTI definieron la salida del closet como el proceso interno y personal de autoreconocimiento, aceptación y asunción de la orientación sexual y la identidad de género y luego de concluido este; la capacidad de enfrentarse con los prejuicios,

¹² En la presentación de palabras, frases y párrafos de los participantes en la investigación se utilizan siglas para la identificación de los sujetos que las expresaron: Hombre gay (HG), mujeres lesbianas (ML), persona *trans* (PT), mujeres profesionales (MP), hombre profesional (HP)

los mandatos culturales y las normas sociales relacionadas con la sexualidad: la heteronormatividad. La legitimidad la da un otro ante el cual se declara la identidad sexual, la identidad de orientación sexual, la identidad de género.

Los participantes LGTI lo definieron como: «enfrentarse a lo que piensa la sociedad» (ML), «asumir tu definición sexual y expresarlo ante la sociedad» (HG), «poner todo a la luz, sacar todo afuera, todo lo que llevamos dentro» (PT), «salir del closet es salir al mundo.»(PT).

Los profesionales relacionaron la salida del closet con: «un momento en que la persona ha interiorizado un pensamiento de dar a conocer su identidad públicamente en la sociedad» (MP), «ser asertivo, aceptarnos tal cual somos y demostrárselo al mundo sin inhibición, salir del closet no sólo está ligado a la orientación sexual» (MP).

Durante la discusión dos miembros (HG–MP) expresaron que salir del closet podría asociarse también, a la asunción de la identidad heterosexual, la defensa de la diversidad sexual y la expresión de libertad de manifestarse tal y como se piensa (afiliación política e ideológica, pertenencia a algún grupo disidente político).

Todos los participantes coincidieron en lo complejo que puede resultar el momento de salir del closet, aun cuando la persona esté decidida a hacerlo. Los integrantes LGTI consideraron que: «es un momento que viola lo que está establecido, es enfrentarse a la familia y a la sociedad, ...que te evaluará constantemente» (ML),

«es el momento más difícil de la sexualidad, es un cambio brusco» (PT).

Mientras que los profesionales consideraron que: «...la persona tiene que enfrentar realidades muy complejas y dolorosas, tienen que tener recursos, sobre todo desde el punto de vista afectivo, emocional, para que nadie los aplaste» (MP), «es elaborar un duelo ante la ruptura con lo esperado» (HP).

La complejidad referida viene dada por factores de diverso origen:

Individual: «la represión que uno siente y que llega el momento que ya uno no puede más», «...uno dice hasta hoy, voy a ser yo mismo». Expresiones que remiten tanto a elementos propios de la personalidad como del entorno que influyen en la toma de decisión.

Pareja: Los vínculos de pareja, en ocasiones, son los que motivan la salida del closet, pues incentivan al reconocimiento y legitimidad de la unión de pareja. Las mujeres lesbianas expresaron que ese momento se puede dar de forma involuntaria ya que pueden ser forzadas por sus parejas a decidir en aras de mantener la diada amorosa o cuando por razones de crisis se requiere de apoyo de la pareja «otra situación importante es cuando te enamoras, también cuando te enfermas».

Familia: para muchos definirse ante la familia se constituye en el momento más difícil en tanto viola las pautas de crianza, lo aprehendido durante la socialización, lo deseado y esperado por el grupo familiar y las normas de selección de pareja. La familia, es el primer marco de contención y también, de discriminación en respuesta a

la heteronormatividad social: «es más engorroso la discriminación familiar que la social».

Escenarios e intimidad: Las características del contexto influyen en la decisión o no de hacer pública la orientación sexual «a veces hay situaciones ajenas, alguien dice tu identidad y en ese momento tú no estabas preparada, pero te impulsan...», «vivimos en una sociedad pendenciera que hay que estar diciéndole a las gentes qué hacemos, cómo lo hacemos, cuándo lo hacemos, a qué hora lo hacemos».

Presiones sociales a la heteronormatividad: Estas se describen desde diferentes ámbitos «conlleva coerción, chantaje emocional y económico de la familia». En el área económica la afectación se relaciona además, con bajos estándares de escolaridad y el desempeño en puestos de menor remuneración. Se describe la necesidad de una «reestructuración de tu vida social, todo tiene que ver con lo que va a decir la gente (los que te gritan, los que te aceptan y los que te reprimen)».

Estigma y discriminación social, laboral, familiar, escolar: «te excluyen, tú eres así, no te quiero», «la discriminación, aparejada con la limitación de acceder a un trabajo», «...a mí me hubiese gustado ser una abogada». El estigma y la discriminación están presentes en las historia de vida de todas las personas LGTI.

Consecuencias: Las pérdidas, el sufrimiento psíquico y los duelos son de las más referidas: «...puedes encontrarte con tabúes que constantemente te impiden un desarrollo favorecedor», «dolor,

sufrimiento, pérdida de profesión...», «lo que más me afectaba era la reacción de mi familia, a ellos le chocaban dos cosas: que era homosexual y que me vestía de mujer».

Se discutió ampliamente acerca de la existencia de diferencias de género en cuanto al proceso de salir del closet. Se argumentó que en sociedades con un fuerte arraigo cultural heterosexista, tanto mujeres como hombres sufren de discriminación.

En el caso de las mujeres un mecanismo de control y sujeción es la reproducción biológica y social: «la mujer es la responsable de la reproducción y de las responsabilidades de la casa» (ML), «es muy importante cuando una mujer sale del closet la maternidad, la juzgan, dicen que tal y como es no puede criar a su hijo o hija» (MP).

Resultó interesante que uno de los participantes aludiera a una permisividad social diferenciada para las mujeres en situación de soledad, lo cual remite a creencias que adjudican a las mujeres cualidades como la fragilidad, la invalidez y la incapacidad para afrontar los avatares de la vida ante lo cual, la elección de una pareja del mismo sexo, está justificada y tendría menor relevancia en comparación con las situaciones que deberá afrontar en la cotidianidad.

En cuanto a los hombres se consideró que la experiencia de salir del closet está mediada por cómo la sociedad y la cultura patriarcal configura y asigna cuotas de poder a las masculinidades deseadas, hegemónicas. Para las profesionales la experiencia de los varones es más traumática «...producto de la cultura

patriarcal, pues le asignan roles donde al hombre le cuesta más trabajo la salida porque es el fuerte, el que no puede llorar...» (MP), lo que concuerda con lo expresado por los participantes LGTI «este es un país machista y por tanto el hombre es más recriminado y menos aceptado» (PT).

El grupo expuso que las personas *trans* también salen del closet y que tienen que enfrentar el doble proceso, asumirse gay y posteriormente, *trans*: «algunas han hecho su vida como hombres por la presión de la familia, de la sociedad, hasta que deciden llevar su vida como mujer, eso es salir del closet».

La relación violencia - salida del closet se evidenció en las expresiones de los grupos considerándose la presencia de todas las formas de violencia, en todos los escenarios de vida. Pareja, familia, hogar, escuela y comunidad son espacios en los que tempranamente se configura, estructura y se ejerce la violencia por razones de orientación sexual e identidad de género, también se consideraron como escenarios de vulneración de derechos sexuales: «...la violencia es un factor fundamental asociado a la salida del closet» (PT), «enfrentamos la violencia desde la homofobia» (ML), «los padres te botan de la casa», «violencia sexual, por la ignorancia, porque no están definidos y hacen lo que les manden» (HG), «violencia verbal» (HG), «discriminación» (PT).

Los entrevistados describieron detalladamente sus experiencias: «me quería forzar a tener relaciones sexuales y me tuve que lanzar con el carro andando,

me golpee mucho, me hice rasponazos y moretones» (HG); «tenía 15 años, cuando empecé a bajar pa' el malecón, un vecino me siguió, me violó y me pegó. Cuando llegué a mí casa llorando mi familia ...me culpabilizó por vestirme de mujer» (PT).

Resultó interesante, que a pesar de los años transcurridos desde la infancia de algunos de los entrevistados a la fecha, no se constataron cambios en cuanto a adjudicar la corrección de los comportamientos sexuales no deseados a los profesionales de la medicina y la psicología. Los discursos desde estas disciplinas estructuran desde un poder-saber, la normalidad que busca disciplinar cuerpos, sexualidades y subjetividades. Se trata de domesticar “lo diferente” lográndose durante la domesticación, que la víctima interiorice la descalificación, la culpa y se responsabilice por la violencia de la que es objeto: «yo era demasiado flojito,...golpeaba más mi figurita de niño breve, ... era muy partía.»

Ideas de cierre

La violencia es percibida como respuesta a los comportamientos contraculturales, contrahegemónicos. Este posicionamiento genera en quien sufre los malos tratos la aceptación, la responsabilidad por no adecuarse a los estereotipos de género. La manera de vestir, los colores, la gestualidad son estrategias para llamar la atención acerca de la existencia de una realidad, la existencia de un “otro” que emerge en una sociedad con valores patriarcales, forjada en los principios de una masculinidad

hegemónica que se resiste a aceptar a quienes rompen con la "homogeneidad".

La violencia aprehendida se concretiza en acciones que interfieren un relacionamiento equitativo entre pares, se expresó en los grupos de enfoque, en los espacios de intercambio y según la información recabada, en la búsqueda de clientes para el sexo transaccional, en los espacios de intimidad y de pareja y también, en la respuesta a las agresiones resultantes de la homofobia social.

Se identificaron como lecciones aprendidas que: 1) La experiencia de salir del closet es compleja y en ocasiones, requiere de acompañamiento profesional que permita a los sujetos vivir sin culpas y/o vergüenzas el malestar que la asunción de su orientación sexual e identidad de género pueda ocasionar en sus familias; 2)

Las personas que viven en entornos violentos aprenden y reproducen los estilos violentos de relación. Las violencias dirigida a las personas por orientación sexual e identidad de género tienen como sustrato los discursos construidos acerca del género y las sexualidades por la sociedad y sus dispositivos de control; 3) Los estudios de género en Cuba han privilegiado a las mujeres aunque no han dado cuenta de la heterogeneidad y diversidad del colectivo femenino. Los estudios que toman en cuenta a los varones en su diversidad son recientes. El enfoque de género requiere de la interseccionalidad con enfoques sensibles a: la orientación sexual, la diversidad cultural, los derechos humanos, y los determinantes sociales para el análisis integral de los procesos sociales relacionados con la salud sexual y las violencias de género.

LA PERSPECTIVA DE GÉNERO. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN LABORAL DEL PERSONAL EN EL CENTRO DE INVESTIGACIONES REGIONALES "DR. HIDEYO NOGUCHI", UNIDAD BIOMÉDICA

María Guadalupe Andueza Pech, Jolly Josefina Hoil Santos, Elsa María Rodríguez Angulo, Yolanda Oliva Peña, Andrés Santana Carvajal, Manuel Ordóñez Luna, Ricardo Ojeda Rodríguez, Luis Cambranes Puc

Centro de Investigaciones Regionales "Dr. Hideyo Noguchi". Universidad Autónoma de Yucatán.

opena@correo.uady.mx

Introducción.

Guzmán (2003) afirma que todas las teorías de género desenmascaran la existencia de la indiscutible opresión de la mujer; considera que el sistema de género está construido en tres niveles: *Estructural*– sustentado por la división social del trabajo; *institucional* – conformado por normas y regulaciones que guían la distribución de recursos y oportunidades entre hombres y mujeres; y *simbólica* –enmarcada por conceptos, mentalidades y representaciones colectivas de feminidad y masculinidad. Otro aspecto que señala es que el concepto de patriarcado aunque no es usado en varias corrientes de pensamiento feminista, es útil porque permite capturar una ideología de género discriminante que coloca al hombre como un referente clave. El patriarcado se refiere no sólo al poder que el hombre recibe de su rol adscrito como cabeza de familia, sino también a los privilegios que el Estado le otorga en múltiples áreas de la vida social y política.

El reconocimiento del género como una construcción social, abre la posibilidad de conceptualizar el mundo y crear comportamientos alternativos (Stromquist, 2006) lo que llevaría no solo la modificación de nociones de masculinidad y feminidad,

sino también la ratificación de nociones amplias de ciudadanía.

Sin embargo, Stromquist señala que al margen de las diferencias en la conceptualización de género, es claro que éste no es solamente un indicador social entre muchos otros; sino que también funciona como un principio articulador que afecta las interrelaciones sociales y que por ello, las desigualdades de género se manifiestan a niveles macro y micro de la cotidianidad y afecta a los individuos de todas las clases sociales, de manera transversal.

Chávez (2001) señala que existen 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 el ámbito laboral, González (2004) indica que tradicionalmente en las empresas predominaba la presencia masculina, lo que tendía a crear ambientes de feroz competencia, falta de comunicación, actitudes individualistas y una enorme burocracia; sin embargo, en la actualidad ya se puede imaginar un ambiente de trabajo distinto, si somos capaces de conciliar las habilidades de hombres y mujeres en relación con el trabajo. Esta misma autora afirma que no se puede negar que hombres y mujeres muestran claras diferencias desde la infancia.

No cabe duda de que la mayor participación de las mujeres en los empleos remunerados en todo el mundo hace más visible su contribución económica y tal vez indique niveles más bajos de discriminación en el acceso al empleo. Pero, ¿ha mejorado la situación de la mujer en realidad? Para responder a esta pregunta, es preciso observar la naturaleza y la calidad de los trabajos a los que las mujeres tienen acceso, en comparación con los varones. La situación laboral de los hombres y de las mujeres presenta características diferentes. Los hombres tienen más posibilidades de ocupar cargos clave, puestos fijos o mejor

remunerados, mientras que las mujeres suelen ocupar puestos periféricos, inseguros y menos prestigiosos. Además, ellas quedan excluidas de ciertas clases de trabajos debido a la existencia de prácticas de contratación favorables a los hombres o a obstáculos para obtener ascensos o progresar profesionalmente (González 2004).

Una vez que una persona ha superado la dificultad de ingresar en el mercado de trabajo, puede continuar siendo víctima de discriminación. No hay más que observar la distribución de las personas dentro del mercado de trabajo para darse cuenta de que los operadores de transporte público, por ejemplo, son generalmente hombres, mientras que las mujeres prevalecen en la confección y los trabajos domésticos (segregación horizontal). Igualmente, si nos centramos en una única ocupación, veremos cómo las mujeres conforman la mayor parte de la plantilla de obreros de la producción mientras que los varones tienden a predominar en la supervisión de la producción (segregación vertical) (González 2004).

Por todo lo anterior, el objetivo de este trabajo 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), a fin de contribuir con el conocimiento del avance en la política de género basada en la igualdad de oportunidades; y sentar las bases para el fortalecimiento de la perspectiva de género en nuestra dependencia.

Metodología.

El estudio fue de corte transversal, a través de un censo y vía correo electrónico se informó al personal académico, administrativo y manual acerca del objetivo del estudio y solicitar su consentimiento informado para la aplicación de un cuestionario, el cual recabó datos sobre tipo de contratación, reconocimientos, modo de ingreso a la institución, promociones. Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva e inferencial, utilizando el programa SPSS, versión 21.

Resultados.

Se trabajó con un total de 138 personas (95.83%) del Centro de Investigaciones Regionales Unidad Biomédica. El 57.97% (80) fueron académicos, el 20.29% (28) administrativos y el 21.74% (30) manuales. En la distribución por sexo y tipo de personal se puede observar que en cuanto al personal administrativo sobresale que más del 80% son mujeres, mientras que en el personal académico y manual, los porcentajes son similares en cuanto a su distribución por sexo ($\chi^2=8.23$, $p>.05$). Esto tiene que ver con que en el personal administrativo se contemplan principalmente los puestos de contabilidad, secretariado, chofer (Tabla 1).

Situación laboral del personal académico

Al momento de la aplicación del instrumento del total de hombres, el 79.49% tiene plaza definitiva, el 12.82% está por contrato y el 5.13% está en periodo de estabilidad; de las mujeres, el 85.37% tiene plaza definitiva y el 14.63% está por contrato, ninguna de ellas está en periodo de estabilidad. Estos datos muestran que la seguridad laboral es similar en ambos

sexos, tomando en cuenta el porcentaje correspondiente de periodo de estabilidad y el de la definitividad (periodo de dos años posteriores al ingreso a través de un concurso de oposición, al término del cual se otorga la plaza definitiva) en los hombres, sin embargo, el porcentaje de mujeres por contrato era ligeramente mayor. El que ninguna mujer esté en periodo de estabilidad muestra que las últimas plazas han sido concursadas por hombres.

Tabla 1.

Distribución de porcentajes y frecuencias de tipos de personal en relación al sexo.

Tipo de personal	Hombres		Mujeres		Total	
	F	%	F	%	F	%
Académico	39	48.75	41	51.25	80	57.97
Admin	5	17.85	23	82.14	28	20.29
Manuales	13	43.33	17	56.66	30	21.74
Total	57	41.30	81	58.70	138	100.0

Fuente: Encuestas realizadas en el CIR-Biomédicas en mayo y junio de 2012
 $\chi^2=8.23$, $p>.05$

Con relación al tipo de reconocimiento al que acceden el 41.02% de hombres y el 51.22% de mujeres tienen el Perfil deseado PROMEP; el 43.59% de los hombres y el 39.02% de las mujeres está en el Sistema Nacional de Investigadores (SNI). Se puede observar que para el perfil PROMEP, los mayores porcentajes son para las mujeres mientras que para el SNI el mayor porcentaje es para los hombres.

Respecto a la promoción en los últimos tres años: el 25.64% de los hombres

y el 21.95% de las mujeres había solicitado su promoción a otra categoría y nivel. El 90% de hombres y de mujeres la obtuvieron. Las razones argumentadas por la que no se obtuvo la promoción fue por no llenar los requisitos y porque la solicitud estaba en proceso al momento de la aplicación del instrumento. El 74.36% de los hombres y el 78.05% de las mujeres no han solicitado promoción en los últimos tres años. Cabe señalar que el principal motivo por el que no lo han hecho es porque tienen la máxima categoría por lo tanto ya no se pueden promover.

Situación laboral del personal administrativo

Acerca de la situación laboral del personal administrativo al momento de la aplicación del instrumento, del grupo de hombres el 80.00% son trabajadores de base y el 20% son personal de confianza; en tanto que del grupo de mujeres, el 73,90% son de base, el 17.39% es de confianza y el 4.35% está por tiempo determinado.

Con relación a los reconocimientos por diferentes actividades, el 40.00% de los hombres y el 52.17% de las mujeres dijo haber recibido algún reconocimiento. Por otro lado, el 60.00% de los hombres y el 47.83% de las mujeres respondieron que no. Se puede notar que en el grupo de los que han recibido algún reconocimiento, el porcentaje es mayor para las mujeres, mientras que de los que no han recibido algún reconocimiento el mayor porcentaje es para los hombres.

Acerca del ingreso al CIR-B, el 80% de los hombres y el 52.17% de las mujeres se incorporó como trabajador de base; el 20% de los hombres ingresó por contrato; cabe

señalar que en el grupo de las mujeres, hubo un porcentaje de ellas que ingresó como eventual (17.39%), otro porcentaje lo hizo como de confianza (13.05%) y también hubo un porcentaje (17.39%) que lo hizo por contrato.

En cuanto a la solicitud de promociones en los últimos tres meses, el 40% de los hombres y 56.52% de las mujeres lo han solicitado; del mismo modo, el 60% de los hombres y el 43.48% de las mujeres no lo han hecho. De los hombres que solicitaron su promoción ninguno la obtuvo, mientras que de las mujeres el 53.85% la obtuvieron. Es interesante mostrar que entre los motivos que refieren los hombres destacan aspectos como: “sic” “la UADY no quiere pagar más, aun cumpliendo los requisitos”, “porque no toman en cuenta la experiencia, ni las responsabilidades, ni la carga de trabajo e iniciativa propia”. Entre las respuestas de las mujeres de por qué no se obtuvo la promoción sobresale: por no llenar los requisitos, por políticas de la dependencia, por relaciones sociales o políticas.

Situación laboral del personal manual

Respecto a la distribución del personal manual por sexo y categoría se observó que el 100% de los hombres son trabajadores de base, esto es, que tienen definitividad; en tanto que el 82.35% de las mujeres son de base. El resto de las mujeres, esto es, el 17.65% son trabajadoras por tiempo determinado.

Con relación a los reconocimientos recibidos por el desempeño laboral, el 61.54% de los hombres y el 41.18% de las mujeres respondió afirmativamente. De los que respondieron no haber recibido algún

reconocimiento tenemos que el 38.46% correspondió a los hombres y el 58.82% a las mujeres. Estos datos muestran que el mayor porcentaje de los que han recibido algún reconocimiento es para los hombres; lo contrario ocurre en el grupo de los que no han recibido algún reconocimiento en el que el mayor porcentaje es para las mujeres.

Acerca de la beca al desempeño laboral, el 53.85% de los hombres la ha tenido lo que contrasta con el 11.76% de las mujeres que dicen haber tenido alguna beca. También en este aspecto, los porcentajes se invierten en el grupo que dijo no haber recibido la beca ya que el mayor porcentaje es para las mujeres con el 88.24% y solo el 44.15% de los hombres.

La condición laboral al momento de su ingreso a la institución mostró que el 76.93% de los hombres ingresó como personal de base, comparado con el 58.82% de las mujeres; el 7.69% de los hombres ingresó como trabajador eventual, el mismo porcentaje fue para los que ingresaron como de confianza; el 23.54% de las mujeres lo hicieron como de nuevo ingreso, el 5.88% como de confianza y el 11.76% de ellas dijeron de otra manera.

En cuanto a la solicitud de promociones en los últimos tres meses, el 69.23% de los hombres y el 23.53% de las mujeres lo han hecho. El 30.77% de los hombres y el 70.59% de las mujeres no lo han solicitado. Como se puede notar, en el grupo de los que han solicitado promoción, el mayor porcentaje es para los hombres, lo que se invierte en el grupo de los que no lo han hecho en donde el mayor porcentaje es de mujeres.

Discusión y conclusión. Hoy en día el espacio laboral experimenta cambios

significativos, entre los cuales la incorporación creciente de las mujeres a las actividades remuneradas desempeña un papel fundamental (Falquet, 2003). Sobre este aspecto podemos observar por los datos obtenidos del CIR-Biomédicas que la distribución por sexo en el personal académico muestra una tendencia similar mientras que en el personal administrativo y manual hay una tendencia en su conformación predominantemente por mujeres, que puede ser explicado por las funciones mismas o por usos o costumbres. Dato que coincide con lo que señala Dora Cardaci (2005:138) de que no existe un modelo único de incorporación de personal a las instituciones, las posibilidades de ingreso están mediadas por la dinámica de las instituciones; es decir, por sus estilos de funcionamiento específicos vinculados a las formas de administración, a la estructura de los órganos de gobierno y a un cúmulo de tradiciones que muchas veces se aceptan sin discutir.

Un dato importante que se pudo observar en el personal académico es que el porcentaje de mujeres con perfil PROMEP es ligeramente mayor, en tanto que en el SNI, el porcentaje de los hombres es el que es ligeramente mayor, datos que concuerda con los encontrados por Zubieta-García y Marreno-Narváez (2005) quienes señalan que la proporción de mujeres pertenecientes al SNI es mucho más baja que los hombres. En el caso del personal administrativo, se pudo notar que las mujeres son quienes han recibido algún reconocimiento y alguna beca al desempeño laboral en porcentajes ligeramente mayores que los hombres; sin embargo, en el personal manual fue posible advertir una brecha importante entre hombres y

mujeres, ya que quienes manifestaron haber obtenido algún reconocimiento o beca al desempeño laboral fueron los hombres en un mayor porcentaje respecto a las mujeres.

Si bien los datos recabados en este estudio revelan la presencia femenina en la institución, también es cierto que todavía existen desigualdades en las oportunidades de trabajo para la mujer. Como menciona González (2004) se debe tener claro que cambiar la estructura fundada en el género en el mercado de trabajo y eliminar los obstáculos para poder realizar opciones libres e informadas, es un proceso muy lento en todas partes. Aunque es innegable que se ha observado alguna mejora en la segregación horizontal por razones de sexo, los modelos de segregación vertical en la ocupación por este mismo motivo todavía se siguen repitiendo en todo el mundo.

La marcada tendencia de mujeres en el personal administrativo es un dato revelador de que todavía se piensan en atributos para desempeñar puestos de trabajo matizados por viejos prejuicios fundados en el género los cuales persistirán, a menos que las nuevas oportunidades de trabajo vengan acompañadas de políticas de apoyo a las mujeres y con perspectiva de género.

A manera de conclusión se puede decir que en tiempos coyunturales como los que ahora estamos viviendo, implementar una política de igualdad de oportunidades para hombres y mujeres no es meramente una adición a una práctica institucional existente. Se precisa de cambios en muchos aspectos que requieren la revisión y mejora de algunos de esos sistemas estructurales así como la participación de todas las partes implicadas, ya que es responsabilidad de

todos sobre todo por la creciente presión laboral para la generación de nuevas formas de contratación y evaluación para la permanencia que tienen repercusión directa en la calidad y experiencia laboral de manera diferencial, que observa una participación femenina en el mercado laboral sin precedentes.

BIBLIOGRAFÍA

- Cardaci D. (2005) ¿Ausentes o invisibles? Contenidos sobre las mujeres y los géneros en el currículo de licenciatura de universidades mexicanas. *La Ventana*, número 21, pág. 138.
- Chávez, E. (2001). "Identidad de género e identidad profesional. Las académicas en la Universidad Autónoma Chapingo". En: Zapata, Emma, Verónica Vázquez y Pilar Alberti (coords.). *Género, feminismo y educación superior. Una visión internacional*. Colegio de Posgraduados, ANUIES, The British Council y MIAC, México, pp. 333-352.
- Falquet, J. (2003). "Mujeres, feminismo y desarrollo: un análisis crítico de las políticas de las instituciones internacionales", *Desacatos*, núm. 11 (Mujeres: los trabajos y los días), primavera. México: CIESAS, pp.13-34
- Guzmán, V. 2003. *Gobernabilidad democrática y género, una articulación posible*. Santiago: Unidad Mujer y Desarrollo; U.N. Economic and Social Commission.
- González, S. (2004). Igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en el mercado laboral. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
- Stromquist, Nelly 2006. Una cartografía social del género en educación. En: *Educ. Soc.*, Campinas, vol. 27, n. 95, p. 361-383, maio/ago. 2006. Disponible en: <http://www.cedes.unicamp.br>
- Zubieta-García, J. & Marreno-Narváez, P. (2005). Participación de la mujer en la educación superior y la ciencia en México. *Agricultura, Sociedad y desarrollo*, 2(1), 15-28.

SEXUALIDAD EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA INTEGRANTES DEL GRUPO “MUJERES SALVANDO MUJERES” EN GÓMEZ PALACIO, DURANGO MÉXICO

Edel Abraham Arzola Castañeda.

Pasante de Maestría en Sexología Clínica por la Universidad Autónoma de Durango
Campus Gómez Palacio.

dr.edel.arcast@gmail.com

INTRODUCCIÓN

A través de la consulta en el servicio de oncología en la unidad de medicina ambulatoria no 53 del IMSS en Gómez Palacio, me he percatado que lo referente a la sexualidad tanto las prácticas como los conceptos, mitos y costumbres son una inquietud constante en las 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).

OBJETIVOS

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

POBLACIÓN E INSTRUMENTOS

La “Asociación de Mujeres Salvando Mujeres” ac, ha sido creada con el objetivo ayudar a mujeres con Cáncer de mama, dicha asociación formada por dos grupos, uno en la ciudad de Torreón Coahuila y el otro en Gómez Palacio Durango, éste último que fue donde se realizó el estudio, sesiona todos los miércoles de cada semana en el auditorio del Hospital General de Gómez Palacio, Durango, su coordinadora la Dra. Ileana Hernández Salinas, es quien organiza las actividades cada miércoles, entre ellas es llevar ponentes al grupo para que hablen de temas relativos al cáncer de mama y temas que ayuden a las integrantes de dicha asociación.

Fue en dichas sesiones que tuve mi primer acercamiento como sexólogo en dicho grupo, y fue para hablar de sexualidad en el cáncer de mama, al término de mi primera participación en el momento dedicado a contestar preguntas de las oyentes note lo abundante de las inquietudes de las mujeres en relación a la sexualidad. Es así como nace la inquietud realizar esta investigación, a cual se aplico a 21 mujeres integrantes de dicha asociación, con una edad mínima de 29 años y máxima de 65, con un promedio de 46 años, de las cuales el 50% cuenta con estudios de preparatoria o carrera técnica, 21% tiene estudios de primaria o menos mientras que otro 21% termino secundaria y 7% cuenta con licenciatura.

De esta población el 64% se encuentra en una etapa de seguimiento es decir ya

pasaron por la etapa de quimioterapia y cirugía, el resto está en tratamiento bajo quimioterapia.

El instrumento utilizado fue el Cuestionario sobre sexualidad en mujeres con cáncer de mama, empleado por Berglund et al, publicado en 2001 por el J. Clin Oncol (2) Anexo 1.

Dicho cuestionario evalúa por medio de 19 preguntas los efectos del tratamiento y enfermedad sobre la sexualidad, la identidad femenina y la relación de pareja, además evalúa las prácticas sexuales de las participantes en las dos semanas previas al momento de contestarse, evalúa también la información sobre los efectos del cáncer sobre la sexualidad que ha recibido la paciente por parte del personal de salud.

RESULTADOS

Por área.

1.- Información sobre los efectos de la enfermedad y el tratamiento en la sexualidad.- Del primer reactivo en relación a la información recibida sobre los efectos de cáncer sobre su sexualidad las respuestas son favorables pues 23% y 19% refieren a estar muy de acuerdo y absolutamente de acuerdo en que si recibieron la información de cómo la enfermedad y tratamientos afectarían su sexualidad en contra del 9 % que refiero no haber recibido en absoluto Información y 19% afirmaron estar ligeramente de acuerdo. Grafico1.

2 Identidad femenina.- En relación sobre si la identidad femenina se ha visto afectada negativamente por la enfermedad 47% (10) respondieron que en absoluto, mientras

que 38% (8) respondió que ligeramente, contrario a solo 9% (2) que contestaron que mucho, y 4.2% (1) muchísimo. Lo anterior muestra tan solo un porcentaje mínimo que asegura un efecto negativo, mientras que 86 niega efectos negativos y si los hay tienen un efecto ligero, es decir la tendencia es a la plenitud y/o hacia la positividad más que al efecto negativo del cáncer en la identidad femenina. Grafico 2.

3 Relación de pareja.- los reactivos 6 y 7 muestran un comportamiento muy interesante, pues mientras 71% (15) mujeres reflejan que no hay un distanciamiento emocional importante contra un 23.7% (5) que indica si haberlo, 57% (12) indican sentirse más unidos a su pareja durante el curso de la enfermedad. En las preguntas 9 y 10 en relación al miedo a tener relaciones sexuales 52% (11) de las mujeres refieren nunca tener miedo contra un 33% (7) que refiere si tenerlo, mientras 61% (13) refieren nunca sentir que su pareja tenga miedo a tener relaciones sexuales, contra un 33% (7) que afirma si sentir ese miedo por parte de su pareja. La disposición a tener sexuales fue variada pues mientras 19% (4) negaron desear sexo, una mujer refirió que su pareja no puede contra 19% (4) comentó q a veces es posible y 38% (8) refirió que siempre es posible. Por último en relación a las muestra de afecto entre la pareja (7) reportan estar satisfechas con la frecuencia de abrazos y besos contra 28% (6) que refiere no estarlo. Gráficos 3 y 4.

4 Sexualidad.- al cuestionarse a las mujeres sobre si vida sexual se ha visto afectada negativamente desde el inicio de la enfermedad 33% (7) lo negó mientras otro

porcentaje igual refiere que sí ha visto su sexualidad afectada ligeramente contra 14 % (3) que refirió mucho y otro 14% (3) muchísimo. En relación al deseo sexual y el cáncer solo 9% (2) reportan ha desaparecido y 38% (8) comentan se ha reducido pero un 42% (9) reportan que no ha habido cambios en este rubro. Los resultados son muy similares a la relación a los efectos del tratamiento sobre el deseo sexual pues 38% (8) reportan no tener cambios en el deseo, 38% (8) y 9%(2) refieren una reducción y desaparición respectivamente del deseo contra un 4.7% (1) que reportó un incremento del deseo sexual, gráficos 5 y 6. En la comparación de la frecuencia de relaciones sexuales antes de la enfermedad y después del diagnóstico es muy similar al efecto del deseo pues solo una mujer reporta que ha aumentado algo, mientras que 9 mujeres (42%) niegan cambios contra 8 (38%) que afirman que se ha reducido algo. Cabe destacar que el comportamiento en relación a la capacidad de alcanzar el orgasmo tiene un comportamiento similar ya que 13 mujeres (61%) descartan algún cambio nuevamente 8 (38%) que se ha reducido algo su capacidad de alcanzar el orgasmo.

Ahora bien la satisfacción con la frecuencia actual de las relaciones sexuales es mínima ya que solo una mujer (4.7%) reporta estar muchísimo satisfecha, 3 (14%) mucho muy satisfecha, 2 (9%) bastante satisfechas y 4 (19%) ligeramente satisfechas contra 9 (42%) que en absoluto están satisfechas con la frecuencia actual de sus relaciones.

5 Evaluación de la sexualidad en las últimas dos semanas. La obtención del orgasmo fue reportada como todas las

veces por 6 mujeres (28%), la mayoría de las veces 4 (19%), la mitad de las veces 2 (9%), raramente 2 (9%) y nunca solo 1 (4.7%). En relación a lo placentero y agradable de las relaciones en las últimas dos semanas fue bastante por 6 mujeres (28%), mucho 2 (9%) y muchísimo 3 (14%) contra 2 (9%) que reportaron para nada y dos (9%) ligeramente. Por último la iniciativa en la actividad sexual fue tomada por: la mujer 1 (4.7%), la pareja 3 (14%), ambos 10 (47%).

Interpretación de resultados integrando Identidad femenina, sexualidad, relación de pareja y el placer o displacer de las relaciones sexuales en las últimas dos semanas:

Es importante mencionar la relación entre la percepción que tiene la mujer de si su identidad femenina se ha visto afectada negativamente y los efectos sobre la sexualidad de la mujer. Se analizó en base a las respuestas de la pregunta 15, en relación a si la mujer siente que su identidad femenina se ha visto afectada negativamente desde el inicio de la enfermedad, y se dividió según las respuestas planteadas: en absoluto, ligeramente, bastante, mucho y muchísimo. Los resultados se describen a continuación.

1 Dos mujeres, una que refiere bastante afectada negativamente su identidad femenina y otra que consideró muchísimo, ambas coinciden en que su vida sexual se ha visto muchísimo muy afectada desde el inicio de la enfermedad, así como una disminución de su deseo sexual a causa de la enfermedad y el tratamiento, incluso ambas a menudo tienen miedo a mantener

relaciones sexuales con su pareja, solo difieren en su percepción de que su pareja tiene miedo a tener relaciones con ellas, mientras una considero la pregunta inadecuada la otra comentó que siempre. Y mientras una afirmó no considerar placentera su vida sexual en las últimas dos semanas la otra no contesto.

2 Quienes contestaron mucho la tendencia si bien es a la negatividad el comportamiento es distinto pues mientras una de ellas refiere que la enfermedad ha afectado mucho muy negativamente la otra consideró la pregunta inadecuada, en relación al deseo afectado por la enfermedad una refiere no hubo cambios mientras la otra refiere que no ha habido cambios. Ambas consideran que su vida sexual es muy ligeramente placentera y agradable. Tabla 1.

3 En relación a quienes manifestaron la afectación a su identidad femenina como ligera (7), solos dos refirieron que su vida sexual se ha afectado muchísimo y mucho, al igual que una refirió no tener ninguna afectación, y 4 comentaron que muy ligeramente, otra vez a la positividad, en relación al deseo y la enfermedad, solo en dos ha desaparecido, en tres se redujo y dos no presentaron cambios, ninguna refirió que se incrementara. En relación al deseo y el tratamiento de la enfermedad, una menciona que no hubo cambios, mientras que 4 refieren que se redujo y en dos desapareció, ahora en estos rubros es la negatividad. Sin embargo el miedo a tener relaciones con la pareja y la percepción de que la pareja tiene miedo, el 4 y 3 coincide en nunca tenerlo y nunca sentir que su pareja tenga miedo a tener relaciones

sexuales respectivamente. Dos raramente tienen miedo a tener relaciones y solo una algunas veces lo tiene, mientras que solo una a menudo siente que su marido tiene miedo a las relaciones y dos algunas veces. Estas siete mujeres dos refirieron que su vida sexual es bastante placentera y agradable mientras que una refiere que muchísimo y otra mucho.

4 Por último 10 mujeres que refirieron que para nada han visto un efecto negativo en su identidad femenina, 6 comentan que no se ha visto afectada negativamente su sexualidad en lo absoluto, mientras que tres ligeramente y solo una mucho. En relación al deseo y la enfermedad refieren que no ha habido cambios, solo en dos se ha reducido, dos no contestaron la pregunta; en relación al deseo y el tratamiento, solo una refiere que lo incremento, mientras que 7 niegan algún cambio, y solo dos redujeron su deseo. En relación al miedo a las relaciones sexuales, solo una refiere que a menudo tiene miedo de tener relaciones sexuales, mientras que dos consideraron la pregunta inadecuada, las otras 7 refiere nunca tener miedo a la actividad sexual; por otro lado la percepción de miedo en la pareja solo una presenta dicho temor a menudo mientras que las otras 9 refieren nunca percibir este miedo. De estas diez mujeres 4 refieren que su vida sexual es bastante placentera mientras que tres reportan que muchísimo muy placentera contra solo una que refirió que en absoluto su vida sexual era placentera, solo dos no contestaron la pregunta. Tabla 2.

CONCLUSIONES

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.

El Cuestionario sobre sexualidad en mujeres con cáncer de mama de Berglund, si bien es una buena herramienta, debe complementarse para abordar también una relación entre el momento o etapa del tratamiento así como para también tomar en cuenta otras variables como lubricación vaginal, estado de ánimo, edad tipo de tratamiento, escolaridad, etc.

Podemos concluir que el hecho de una mujer acudir 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.

Información sobre efectos de la enfermedad mi VS

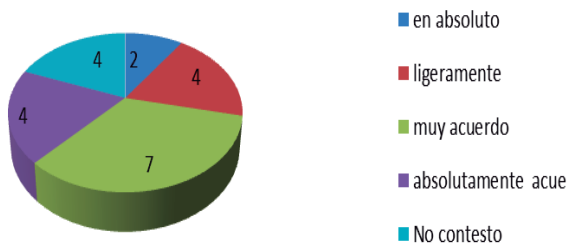


Gráfico 1.

Mi pareja y yo no hemos distanciado emocionalmente durante la enfermedad

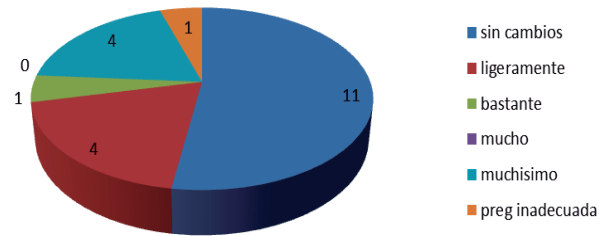


Gráfico 3.

Siento que mi identidad femenia se ha visto afectada negativamente desde el inicio de la enfermedad:

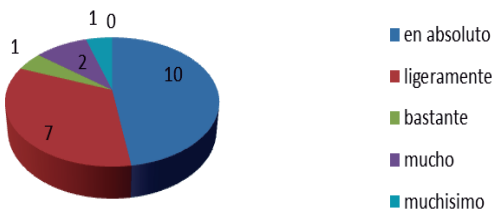


Gráfico 2

Mi pareja y yo nos hemos sentido mas unidos durante la enfermedad

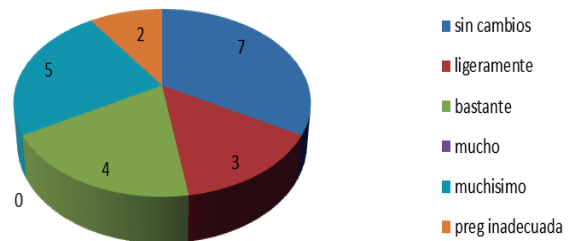


Gráfico 4

El tratamiento ha afectado mi deseo sexual:

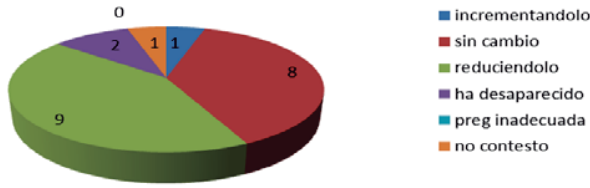


Gráfico 5

La enfermedad ha afectado mi deseo sexual:

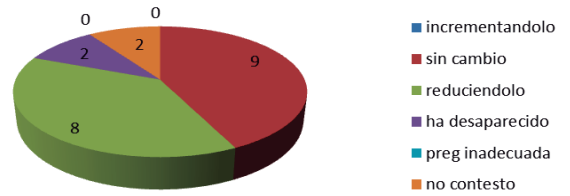


Gráfico 6

Anexo 1.

Tabla 2. Cuestionario sobre sexualidad en mujeres con cáncer de mama?					
<i>Estime la situación durante las últimas dos semanas. Conteste a todas las preguntas incluso si no tiene pareja estable o si no ha reiniciado su actividad sexual tras la enfermedad o el tratamiento. Señale la opción más apropiada para describir su caso:</i>					
1. He recibido suficiente información sobre cómo la enfermedad y el tratamiento (incluida la cirugía) podrían afectar a mi vida sexual	En absoluto	Ligeramente de acuerdo	Muy de acuerdo	Absolutamente de acuerdo	
2. Mi vida sexual se ha visto afectada negativamente desde el inicio de la enfermedad	En absoluto	Ligeramente	Bastante	Mucho	Muchísimo
3. La enfermedad ha afectado a mi deseo sexual	Incrementándolo	Sin cambios	Reduciéndolo	Ha desaparecido	Pregunta inadecuada
4. El tratamiento del cáncer ha afectado a mi deseo sexual	Incrementándolo	Sin cambios	Reduciéndolo	Ha desaparecido	Pregunta inadecuada
5. Las relaciones sexuales con mi pareja cuando lo deseo son	No tengo pareja	No deseo sexo	Mi pareja no quiere o no puede	Es a veces posible	Siempre es posible
6. Mi pareja y yo nos hemos distanciado emocionalmente durante el curso de la enfermedad	Sin cambios	Ligeramente	Bastante	Mucho	Muchísimo
7. Mi pareja y yo nos hemos sentido más unidos durante el curso de la enfermedad	Sin cambios	Ligeramente	Bastante	Mucho	Muchísimo
8. Estoy satisfecha con la frecuencia de abrazos y besos entre nosotros	En absoluto	Ligeramente	Bastante	Mucho	Muchísimo
9. Tengo miedo de mantener relaciones sexuales con mi pareja	Nunca	Raramente	Algunas veces	A menudo	Siempre
10. Siento que mi pareja tiene miedo de tener relaciones sexuales conmigo	Nunca	Raramente	Algunas veces	A menudo	Siempre
11. Respecto a antes del cáncer de mama la frecuencia de mis relaciones sexuales ha	Aumentado mucho	Aumentado algo	No ha cambiado	Se ha reducido algo	Pregunta inadecuada
12. Mi capacidad de alcanzar el orgasmo ha cambiado respecto a antes del cáncer de mama. Ha	Aumentado mucho	Aumentado algo	No ha cambiado	Se ha reducido algo	Pregunta inadecuada
13. Estoy satisfecha con mi frecuencia actual de relaciones sexuales	En absoluto	Ligeramente	Bastante	Mucho	Muchísimo
14. Utilizo cremas u óvulos de estrógenos locales	Sí	No			
15. Siento que mi identidad femenina se ha visto afectada negativamente desde el inicio de la enfermedad	En absoluto	Ligeramente	Bastante	Mucho	Muchísimo
16. Durante las dos últimas semanas he tenido relaciones sexuales con mi pareja	Ninguna vez	1	2	3	4 o más veces
<i>Salte las siguientes cuestiones si no ha tenido relaciones sexuales durante las últimas dos semanas:</i>					
17. He alcanzado el orgasmo durante las relaciones sexuales	Todas las veces	La mayoría de veces	La mitad de veces	Raramente	Nunca
18. La vida sexual es muy agradable y placentera para mí	En absoluto	Ligeramente	Bastante	Mucho	Muchísimo
19. En mi actividad sexual, toma principalmente la iniciativa	Yo	Mi pareja	Ambos	No sé	Pregunta inadecuada

Felipe Angeles No. 320 Ote. Zona Centro Gómez Palacio, Dgo.

Tabla 1

		Respuesta: Mucho, 2 mujeres						
		1	2	3	4	5	6	Totales
Variables		en absoluto	ligeramente	bastante	mucho	muchísimo	preg inadecuada	
Efecto (-) VS	2	0	1	0	1	0	0	2
y en enf		incrementándolo	sin cambio	reduciéndolo	ha desapare.	preg inad.		
Efectos deseo		0	1	1				2
enferm y tx	3	incrementándolo	sin cambio	reduciéndolo	ha desaparec	preg inadc	No cont	
	4			1		0	1	1
Miedo a las		nunca	raramente	Alg. veces	a menudo	siempre	pre inadec	
Rel. sexual	9			1		0	1	2
Propio/pareja	10	1	0	1				2
		en absoluto	ligeramente	bastante	mucho	muchisimo	preg inadc	
Placer VS	18		2					2

Tabla 2

		Respuesta: En absoluto, 10 mujeres						
		1	2	3	4	5	6	Totales
Variables		en absoluto	ligeramente	bastante	mucho	muchísimo	preg inadecuada	
Efecto (-) VS	2	6	3	0	1	0	0	10
y en enf		incrementándolo	sin cambio	reduciéndolo	ha desaparecido	preg inadecuada		
Efectos deseo		0	6	2		2		10
enferm y tx	3	0	6	2		2		10
	4	1	7	2		0		10
Miedo a las		nunca	raramente	algunas veces	a menudo	siempre	pre inadecuada	
Rel. sexual	9	7	0	0	1	0	2	10
Propio/pareja	10	9	0	0	1			10
		en absoluto	ligeramente	bastante	mucho	muchisimo	preg inadecuada	
Placer VS	18	1	0	4	0	3	2	10

ATENCIÓN PSICOLÓGICA A MENORES TRANSEXUALES Y CON COMPORTAMIENTO DE GÉNERO NO NORMATIVO. ASESORAMIENTO A FAMILIAS Y PROFESORADO

Nuria Asenjo Araque¹, José Miguel Rodríguez-Molina², Laura Portabales Barreiro³ y Grupo GIDSEEN⁴

¹ Facultativo Especialista en Psicóloga Clínica, Unidad de Identidad de Género (UIG) del Hospital U. Ramón y Cajal de Madrid

² Facultativo Especialista en Psicóloga Clínica, Unidad de Identidad de Género (UIG) del Hospital U. Ramón y Cajal de Madrid, Profesor Asociado de la Universidad Autónoma

³ Facultativo Especialista en Psicóloga Clínica

⁴ Grupo de Trabajo del Grupo GIDSEEN, sobre la transexualidad y la diversidad sexual y de género de la SEEN.

felipecurtadomurillo@gmail.com

En el presente artículo se pretende mostrar el modo de abordaje con niños y familias, en los que se ha visto una manifestación disconforme del género asignado, y/o con síntomas de disforia corporal. En la Unidad de Identidad de Género (UIG) del Hospital Ramón y Cajal de Madrid se han atendido un total de 98 menores de edad, de los cuales 53 aún son menores de 18 años, hemos utilizado un Modelo de Intervención Psicológica basado en el Modelo de la Psicología Afirmativa, donde prima la fase de valoración y acompañamiento del menor y de su familia.

Comenzaremos exponiendo un encuadre terminológico para la posterior contextualización del abordaje y acompañamiento psicológico de niños y niñas, y/o adolescentes que presentan una disconformidad con el género, con o sin síntomas de disforia.

La disconformidad de género se refiere al grado en el cual la identidad, rol o expresión de género de una persona difieren de las normas culturales

establecidas para personas de un sexo particular (Instituto de Medicina, 2011).

La disforia de género, hace relación al malestar o sufrimiento causado por la discrepancia entre la identidad de género de una persona y el sexo que se le ha asignado al nacer (así como el rol de género y/o las características sexuales primarias y secundarias asociados) (WPATH, Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, & Bockting, 2010). Sólo algunas de las personas no conformes con el género experimentan disforia de género en algún momento de sus vidas.

La disforia de género se refiere a la angustia que puede acompañar a la incongruencia entre el género sentido o género expresado y el género asignado. Aunque no todos los niños y niñas experimentarán un sufrimiento como resultado de tal incongruencia, muchos sufrirán si las intervenciones físicas deseadas por medio de hormonas y/o cirugía de reasignación sexual no son posibles. El termino actual según la DSM-5

(Disforia de género) (APA 2013) es más descriptivo que el término previo del DSM-IV (Trastorno de la identidad sexual) (APA, 1994).

ATENCIÓN E INTERVENCIÓN CON MENORES: “ACOMPañAR AL NIÑO/NIÑA/ADOLESCENTE EN SU PROCESO DE AFIRMACIÓN DE IDENTIDAD”

Entendiendo por supuesto que los niños y niñas tienen su entorno inmediato social y afectivo en la familia (más adelante desarrollaré el trabajo familiar) no olvidemos que cada niño, desarrolla su proceso de autoidentificación con variables y rasgos de personalidad diferenciados, que junto a otros factores hacen su proceso único, irrepetible, y no estandarizado.

Partiendo de esta premisa, por tanto, entenderemos que el acompañamiento profesional debe ser lo menos “general” posible ajustándolo a cada caso sin presuponer que “visto un niño, vistos todos...” Esto supone que el profesional indicado debe tener una amplia experiencia en el abordaje infante-juvenil y familiar, desde el marco de la Psicología de la Salud y no desde el marco de la carencia/patología/disfunción y es recomendable la formación en psicología positiva (Vázquez, C. y Hervás, G., 2009). Además, muy en particular, debe estar especializado y formado en Diversidad Sexual y de Género (DSG) y en Psicología Afirmativa. Estas serían las líneas experienciales y doctrinales fundamentales para el adecuado acompañamiento de estos niños y niñas, así como de sus familias.

Nos encuadramos por tanto en un escenario de actuación en el cual el niño o niña es oído, escuchado, tenido en cuenta y comprendido. Expresa sus vivencias respecto a su género, respecto a su sexo biológico, el avance o no de su desarrollo puberal y la disforia o rechazo corporal que va experimentando con ello.

Se trabaja de modo muy diferente con niños menores de 12 años, que con los adolescentes. Con niños muy pequeños la información proporcionada por el entorno afectivo cercano y el entorno social es la que vamos a manejar en consulta, con lo que debemos estar muy alerta de que el niño o niña exprese sus demandas de modo coherente a lo que recibimos de su exterior. Por ello es fundamental que las sesiones se mantengan un tiempo prudencial y no se precipiten decisiones terapéuticas invasivas sin estar previamente justificadas con el balance riesgo-beneficio (Cohen Kettenis et al., 2008). Para ello se cuenta con la colaboración estrecha con otros profesionales (pediatras- endocrinólogos) que se encargan del seguimiento en todo momento de ese niño y que proporcionan datos objetivos y precisos de desarrollo físico, tan importantes en la toma de decisiones “balance riesgo-beneficio”, antes mencionado. (Arcelus, J & Bouman, W., 2015).

Pongamos como ejemplo, una niña biológica de 8 años que se siente niño, sin mucha disforia corporal, ni mucha angustia en su día a día, que lleve su proceso de afirmación de modo natural con colaboración del colegio, de la familia y de su entorno social. Aquí se trataría de que lo que va bien siga yendo bien, y no modificar

nada hasta que los propios cambios corporales de su desarrollo biológico vayan a llegar y tanto los padres como el niño, con toda la información disponible de su caso en concreto tomen la decisión de abordaje farmacológico con bloqueadores hormonales o se posponga el momento de comienzo...etc. Además, que esta decisión sea debidamente documentada y firmada en un consentimiento informado que proteja a todas las partes implicadas.

En revisión de artículos se concluye que la intervención más idónea pensada para ayudar a los niños y adolescentes con disforia de género o incongruencia con el género, es observar y explorar su identidad de género, y encontrar un rol de género en el que se sientan cómodos. (Bockting & Goldberg, 2006).

El tratamiento es individualizado: Lo que ayuda a una persona puede no ayudar a otra. Este proceso puede o no puede implicar un cambio inmediato de la expresión de género o modificaciones en el cuerpo.

Aunque más adelante desarrollaré el cómo se interviene en cada ámbito del entorno cercano al niño o niña, de aquí en adelante describo las fases esquematizadas, para facilitar su asimilación (Asenjo - Araque N., Rodríguez J.M & cols., 2013).

La primera fase que se debe cuidar y diseñar en cada caso, es la Acogida. En segundo lugar se recoge información detallada sobre el entorno familiar: aceptación, apoyo suficiente, roles, vínculos; entorno escolar: tipo de colegio, estructura directiva, rango de acción posible en sensibilización...; sobre el

entorno social cercano: nivel de aceptación y/o apertura del barrio, vecinos, centros de uso público... y también la estructura de personalidad del niño/a: fortalezas, puntos a reforzar, resiliencia...

A continuación, sólo en los casos en que clara y justificadamente presenten mas signos de disforia corporal, o que describan problemas de funcionamiento cotidiano, escolar y social, incluso bulling, se valora más en profundidad, utilizando algunos instrumentos adecuados, con el consentimiento de menores y tutores: Test Proyectivos: Casa, Árbol,Persona (HTP, Buck, J. 1948), Persona Humana (Machover, K. 1983 reedición), Test de la Familia (Corman, 1961), Dibujo desiderativo, juego, observación del juego de roles...

El uso de opciones farmacológicas, relativas a fármacos supresores de la pubertad, en menores, están actualmente en vías de ser regulado, dentro del Sistema Público de Salud, no obstante se debe atender a la casuística particular y encuadre de abordaje terapéutico individualizado que garantice, con previo consentimiento de los niños/adolescentes y sus tutores, un seguimiento seguro y profesional a medio y largo plazo.

La mayoría de edad sanitaria para recibir tratamiento hormonal cruzado, establecida, como ejemplo, en la Comunidad de Madrid (Ley 2/2016), son los 16 años. En otras comunidades hay variaciones, pero para los y las que alcanzan la mayoría de edad legal (18 años), las opciones de tratamiento médico incluyen, por ejemplo, la feminización o masculinización del cuerpo por medio de

terapias hormonales y/o la cirugía, y producen un alivio eficaz de la disforia de género para muchas personas (Murad, Elamin, Garcia, Mullan, Murad, Erwin, & Montori, 2010).

En la época actual y con el marco de investigaciones acerca de Bienestar Psicológico y Well Being de personas transexuales en la UIG de Madrid, debemos tener en cuenta, que las identidades y las expresiones de género son diversas, y la hormonoterapia y las cirugías de reasignación, son solamente dos de las muchas opciones disponibles para ayudarles.

Por tanto, y según datos de la evidencia empírica y asistencia de personas atendidas en la UIG de Madrid las líneas de intervención se podrían sintetizar en la Tabla 1.

Tabla 1

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acompañamiento Psicológico de niños/adolescentes en su proceso de afirmación del género y orientación/asesoramiento a sus familiares. • Modificaciones en la expresión e identidad (que pueden incluir vivir parcial o totalmente en un rol de género distinto del asignado y congruente con la identidad de género sentida como propia). • Tratamiento Hormonal Cruzado/Inhibidores de la Pubertad en menores de 12 años (estadio II de Tanner) • Cirugías de reasignación de sexo • Apoyo psicoterapéutico-acompañamiento (individual, de pareja, familiar o grupo) • Ajuste Social: intervención (en caso de precisar) en el entorno inmediato de la persona directa o indirectamente, para favorecer su integración y vida normalizada (centro escolar, medio laboral, barrio, ciudad...) |
|--|

CONCLUSIONES

En nuestra Unidad especializada en la que se han visto hasta la fecha, 98 menores de edad, de los cuales 53 aún son menores de 18 años, hemos utilizado un Modelo de Intervención Psicológica basado en el Modelo de la Psicología Afirmativa, donde prima la fase de valoración y acompañamiento del menor y de su familia. El escenario actual de actuación profesional, está en continuo cambio, en el campo de la atención LGTB+, en especial desde la publicación de varias leyes autonómicas, que tratan de regular y procurar que la atención médica sea lo más inmediata y estandarizada posible.

Por ello, y según nuestra experiencia de actividad asistencial diaria, postulamos y defendemos un modelo que ante todo garantice y respete el derecho de la persona a elegir una unidad especializada con profesionales adecuadamente formados en identidad de género, para así garantizar un correcto desarrollo del proceso de afirmación de género, reduciendo el uso de salud mental especializada, tanto infanto-juvenil como para adultos, y recordando la necesidad de despatologizar, desde la base, la atención a este colectivo.

ACOMPañAR EN FAMILIA

Uno de los pilares básicos en la eficacia del acompañamiento psicológico en procesos de afirmación de la identidad, ya hemos reiterado que es la familia. Por tanto, el primer objetivo de los profesionales especializados en DSG es el trabajo de aceptación de la nueva situación de afirmación de la identidad por parte de los

miembros clave de la familia nuclear, esto es padres y hermanos y/o abuelos/as, si para el niño y niña hay una relación de complicidad y confianza establecida previamente. Merece la pena implicar a todos los miembros de la familia, que resulten “aliados” de cara al adecuado apoyo y seguridad que necesita el niño/a durante todo el proceso. Empezaremos con y desde ellos a construir un programa de atención con objetivos consensuados y que progresivamente integren a los miembros de la familia más rígidos y más difíciles de “ganar”. La actuación con estos últimos debe ser empática, desde el clima de la descarga emocional, del espacio seguro de confianza, desde el no enjuiciamiento previo (tiene también derecho a pasarlo mal y a no estar felicísimos del acontecimiento vital que tienen por delante) Esta actitud del profesional “fabrica” una fibra intangible que arropa la relación terapéutica. La necesidad la tenemos delante y frecuentemente es una necesidad de afrontar el DUELO que se les presenta. Las fases de duelo familiar en un proceso de afirmación del género, son un reflejo de las fases del Proceso de Duelo (Kübler-Ross, 1973) que todos conocemos: Negación, Ira, Negociación, Depresión y Aceptación).

En muchas ocasiones es recomendable el tratar estas fases en Grupos Familiares, cuando es posible, como hemos mencionado anteriormente al explicar los tipos de atención especializada. El beneficio es mayor que de modo individual y se potencia el empoderamiento de los familiares como factor de protección tan necesario.

De cara a otro tipo de intervenciones, cuando el trabajo psicoterapéutico es necesario, se hace de modo individual, se citan a todos los miembros de la familia (los que puedan acudir) que están dentro de la vida del niño/niña y se trabaja bajo el marco del Modelo Familiar Sistémico (Minuchin, 1974) con los objetivos que se hubiesen consensuado previamente.

ACOMPañAR EN LA ESCUELA / INSTITUTO

Empezando por definir el ámbito académico como el más normativo al que accede el niño desde que se fija la educación obligatoria a partir de los 6 años, podemos adivinar que en lo “educativamente standard” también está implícito el rechazo de lo diferente, de lo que se sale de la línea recta, de lo que se espera que yo sea, de lo que se espera que yo diga y por supuesto que depende de cómo sea yo (cuerpo) y como me nombre, los demás también modifican su trato hacia mí. El binarismo en la infancia está presente desde que a la futura mamá le dicen el sexo (genitales) de su bebé. Las expectativas que se imponen al género binario se van nutriendo en las guarderías, escuelas infantiles, primaria, secundaria...etc. El profesorado instaura sus tácticas pedagógicas sobre la base del grupo de iguales, de género masculino o femenino, y así se construyen también las expectativas potenciales que tienen de sus alumnos y alumnas. Educar en la diversidad, es difícil sí, pero no imposible y el comenzar a educar en la igualdad, puede ser un punto de partida interesante y eficaz. Ya se

observa en promociones recientes de maestros y maestras una tendencia al trato igualitario, aunque, por supuesto, hay excepciones. La propuesta de generalización en este ámbito pasaría también por ampliar y complementar los formatos de colaboración de profesorado, directiva, padres y madres (AMPAS, Consejos Escolares...) Sólo así se procurará una formación suficientemente completa y consensuada para que se mantenga en el tiempo y se transmita a las estructuras y tejidos nuevos de la sociedad.

Pero situándonos en el aquí y en el ahora, podemos plantear un modo de intervención en el ámbito educativo que se salga de lo que es esperable o legal o recomendable o simplemente políticamente correcto. Esto es, partimos de las intervenciones de tipo individual, muy trabajadas y coordinadas para lograr que la experiencia “suficientemente buena” de abordaje, proporcione un modelo a seguir, una guía, que ayude al niño o niña, que ayude al profe, que ayude a la familia y lo que es más importante, que ayude a que las otras familias lo vean como algo cotidiano y normalizado.

En la UIG colaboramos con casos comunes, ya tratados conjunta o previamente por el Programa LGTB de la Comunidad de Madrid. En estos casos, generalmente el niño o niña está sufriendo algún modo de acoso¹ (Piñuel y Oñate, 2007) por su expresión del género y el centro necesita de profesionales especializados que les digan el cómo, el qué y el qué no hacer con este niño o niña, pero también con el resto de su clase, o con los presuntos acosadores. Por tanto, se

establecen objetivos individualizados de intervención con reuniones con la directiva y orientadores de los centros para ver cuál va a ser el plan de abordaje “menos dañino para el niño/niña y también más coherente dentro del ámbito escolar”. Se barajan acciones de todo tipo, destacando las de tipo reeducación de hábitos y valores por parte del resto de la clase, protección física del niño /niña, refuerzo de sus factores de protección, con muchas variables comunes a la intervención en otros casos de acoso de otro tipo.

En una investigación reciente, Chery Moody y Nathan Grant Smith (2013) relacionan la ideación autolítica y el mayor riesgo de tentativa suicida en personas con una identidad de género discordante, de este modo cobra fuerza la línea de intervención sobre los factores de protección y las variables individuales de “resiliencia”, para el abordaje eficaz de estos casos tan extremos.

Por otro lado, también se trabaja muy estrechamente con las AMPAS, y con el Consejo Escolar. Se intentan todo tipo de estrategias para que el menor tenga la protección adecuada y no se “desarraigue”. El aislamiento y el absentismo escolar suelen ser dos claros exponentes de que el menor está sufriendo acoso y son los casos con los que de modo inmediato hay que actuar.

Cuando los focos de acoso se minimizan, se interviene con el niño o niña para reforzar sus factores de protección, valorar la desesperanza y adecuar habilidades para pedir ayuda en caso de necesidad. Así mismo se establece un

acompañamiento y seguimiento estrecho por parte de los profesionales especializados en DSG. A nivel grupal se puede intervenir en las escuelas con Programas de Educación en la Diversidad. Esta iniciativa ya está programada y en curso por parte del Programa LGTB+ de la Consejería de Familia y Políticas Sociales de la Comunidad de Madrid, y tras la publicación de la reciente Ley 2/2016, se reforzarán y ampliarán estos programas educativos con la intervención de profesionales de distintas disciplinas (medicina, enfermería, psicología, sociología, trabajo social, derecho, magisterio...)

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (5th ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Asenjo - Araque N., Rodríguez J.M., Portabales, L., López B., Escolar, M., Becerra A. La Transexualidad en niños y adolescentes: Nuestra experiencia e el aunidad de trastornos de identidad de género (UTIG) del Hospital Ramon y Cajal de Madrid.2013. AEPC.Rev Avances en Psicología Clínica. 773-778.
- Arcelus, J & Bouman, W. (2015).“Current and Future direction of Gender Dysphoria and Gender Incongruence Research”. Nottingham National Centre for Gender Dysphoria, Nottingham, UK; 2Faculty of Medicine & Health Sciences, University of Nottingham, Nottingham, UK DOI: 10.1111/jsm.13065
- The HTP Test.. JN Buck - Journal of Clinical Psychology, 1948 - psycnet.apa.org
- Cohen-Kettenis, P. y Van Goozen, S. H. M. (1997). Sex-reassignment of adolescent transsexuals: A follow- up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*. 36, 263-271.
- Cohen-Kettenis, P.; Delemarre-Van de Waal, H. A. y Gooren, L. J. G. (2008). Original research-intersex and gender identity disorders. *Journal of sexual medicine*. 5: 1892-1897.
- Corman, 1961.Test de la Familia.
- De Vries, A.L.C., Cohen Kettenis,P. y Delemarre-Van de Wall,H. (2007). Clinical manegement of gender dysphoria in adolescents. *Internacional Journal of Transgenerism*.9 (3): 83-94.
- Fisk, N. M. (1974). Editorial: Gender dysphoria syndrome—the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. *Western Journal of Medicine*, 120(5), 386-391.
- Knudson, G. De Cuyper, G., & Bockting, W. (2010). Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus Statement of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism*, 12(2), 115-118. doi: 10.1080/15532739.2010.509215
- Kubler-Ross, E.: On death and dying. Nueva York: Routledge, 1973. ISBN 0-415-04015-9.
- Ley 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid
- Minuchin, S et als. El arte de la terapia familiar, 1998 Ed. academia.edu
- Machover, K., 1983. Test de la Figura Humana, reedición.

- Moody C. & Smith G., 2013. "Suicide Protective Factors Among Trans Adults" *Arch Sex Behav.* 2013 Jul; 42(5): 739–752. Published online 2013 Apr 24. doi: 10.1007/s10508-013-0099-8 PMID: PMC3722435
- Murad MH et al., 2010. "Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes". *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2010. Feb;72(2):214-31. doi:10.1111/j.1365-2265.2009.03625.x. Epub 2009 May 16.
- Vanderburgh. R. (2009). Appropriated therapeutic care for family with prepubescent transgender/gender-dissonant children. *Children and adolescent social work journal*.26:1435-154.
- Vázquez, Carmelo y Hervás, Gonzalo (ed.) (2009). *La ciencia del bienestar: Fundamentos para una psicología positiva*. Ed. Alianza.

ORIENTACIÓN DEL DESEO SEXUAL: CRISIS Y DECADENCIA DE LOS MODELOS CATEGORIALES

Rafael Ballester-Arnal (Salusex-Unisexsida. Universitat Jaume I de Castellón)

M^a Dolores Gil-Llario (Salusex-Unisexsida. Universitat de València)

Este trabajo ha sido financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación (PSI2011-27992)

rballest@psb.uji.es

INTRODUCCIÓN

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 (en 1948 se publicó su *Sexual Behaviour in the Human Male*; y, cinco años más tarde, publicó *Sexual Behaviour in the Human Female*) y más tarde Klein (con su *Klein Sexual Orientation Grid* de 1978) 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.

MÉTODO

Participantes

En el presente estudio participaron 316 jóvenes estudiantes de la Universitat Jaume I (51,9% mujeres y 48,1% hombres) entre 18 y 23 años (Media=20,2; DT=1,5). Los jóvenes formaban parte de un estudio de mayor espectro en el que a través de una batería en formato lápiz y papel se recababa información de numerosos aspectos relacionados con la sexualidad como orientación sexual, conducta sexual, conductas de riesgo, actitudes hacia el VIH, compulsividad sexual, búsqueda de sensaciones sexuales, consumo de cibersexo, etc.

Instrumento

El instrumento utilizado para este estudio fue el *Cuestionario de Intereses y Prácticas Sexuales* creado desde la Unidad de Investigación sobre Sexualidad y Sida (Salusex-Unisexsida). Este instrumento fue desarrollado para evaluar la orientación sexual de cada individuo de una manera comprensiva. Está compuesto por 9 ítems. El primero pregunta sobre la

orientación sexual autoadsrita con tres categorías (heterosexual, bisexual y homosexual) siendo de elección múltiple. Los seis siguientes son preguntas de respuesta dicotómica sobre deseo, fantasías y relaciones sexuales con personas del mismo o diferente sexo. Los ítems 8 y 9 valoran la orientación sexual en un continuo de 7 puntos (de acuerdo con Kinsey) que oscila desde “exclusivamente heterosexual” hasta “exclusivamente homosexual” a través de una línea continua y de 7 afirmaciones sobre la atracción sexual con la que el individuo se siente más identificado.

Procedimiento

El instrumento fue administrado de manera anónima a los participantes, junto con otros cuestionarios en el marco de un proyecto de investigación sobre el control de impulsos sexuales financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad (PSI2011-27992) que fue aprobado por la Comisión Deontológica de la Universitat Jaume I de Castellón. Durante varios días, el personal de la Unidad de Investigación en Sexualidad y Sida (Salusex-Unisexsida) organizó mesas informativas sobre compulsividad sexual en el *hall* de las distintas Facultades de la Universitat Jaume. Los estudiantes que se interesaban, recibían información y se les ofrecía la posibilidad de colaborar altruistamente con nuestra investigación completando una batería de cuestionarios. Esta batería se administraba de forma completamente anónima y en formato de lápiz y papel. Todos los participantes dieron su consentimiento informado para participar en la investigación y utilizar sus datos anónima y confidencialmente.

RESULTADOS

Los resultados reflejan una enorme casuística en la orientación sexual de los jóvenes evaluados. En primer lugar, por lo que respecta a la *orientación sexual percibida* (ver tabla 1), se confirma la existencia de un importante porcentaje de jóvenes que se consideran no-heterosexuales (14,6%). Concretamente un 9,2% dicen ser homosexuales y un 5,4% bisexuales. En esta variable se encuentran diferencias de género significativas (Chi cuadrado = 17,033, $p < 0,000$) ya que el porcentaje de heterosexuales entre chicos es del 80,9% frente al 89,6% de las chicas. El de homosexuales en chicos es del 15,8% frente al 3% de las chicas. Y el de bisexuales es del 3,3% en chicos frente al 7,3% de las chicas.

En segundo lugar, cuando vamos más allá de la mera etiqueta o categoría referida a la orientación sexual autoadsrita y preguntamos a los jóvenes si alguna vez *han deseado mantener relaciones con personas del mismo sexo*, un 32% responden afirmativamente, siendo este porcentaje del 27,6% en los chicos y del 36% en las chicas si bien las diferencias no llegan a ser estadísticamente significativas (Chi cuadrado = 2,526, $p < 0,071$). Un 93,4% por el contrario, manifiestan haber sentido *deseo de mantener relaciones sexuales con el otro sexo* (88,8% en el caso de los hombres y 97,6% en el de las mujeres) siendo las diferencias de género significativas estadísticamente (Chi cuadrado = 9,725, $p < 0,002$). Ante la pregunta de si *han fantaseado en alguna ocasión con personas del mismo sexo para excitarse*, el porcentaje es similar al anterior, un 32,6% del total (28,3% en los hombres y 36,6% en las mujeres) siendo las diferencias de género casi significativas (Chi cuadrado

= 2,471, $p < 0,073$). Lo mismo sucede con *haber fantaseado con el otro sexo*, con valores muy similares del 89,9% para el total de la muestra y del 85,5% y 93,9% para hombres y mujeres respectivamente, siendo las diferencias de género estadísticamente significativas (Chi cuadrado = 6,081, $p < 0,011$). Finalmente cuando preguntamos sobre el hecho de *haber mantenido relaciones con personas del mismo sexo*, el porcentaje de la muestra total es del 15,8% (19,7% en hombres y 12,2% en mujeres) con diferencias de género estadísticamente significativas (Chi cuadrado = 3,369, $p < 0,046$). Por el contrario han tenido *relaciones con el sexo opuesto* el 90,5% de la muestra total (82,9% de los hombres y 97,6% de las mujeres) de nuevo con diferencias de género estadísticamente significativas (Chi cuadrado = 19,748, $p < 0,000$) (ver tabla 1).

En tercer lugar, pedimos a los participantes que se situaran *a lo largo de la escala Kinsey* entre los extremos de la heterosexualidad y la homosexualidad absoluta revelando los resultados que sólo un 64,9% de la muestra total se sitúa en la heterosexualidad absoluta al sentirse atraído/a sólo hacia el otro sexo, un 5,7% en la homosexualidad absoluta y un 29,4% se sitúa a lo largo del continuo entre estas dos identidades absolutas. Estos porcentajes se convierten en el 68,4%, 11,1% y en el 20,5% en el caso de los hombres. Y en el 61,6%, 0,6% y 37,8% en el de las mujeres siendo las diferencias de género estadísticamente significativas (Chi cuadrado = 37,050, $p < 0,000$) (ver tabla 2).

En cuarto lugar, cuando analizamos los resultados comparando a los participantes de cada orientación sexual

autoadscrita, encontramos una gran variedad en la vivencia de la orientación sexual dentro de cada categoría. Así se puede apreciar cómo entre los que se sienten heterosexuales, un 20,7% han tenido deseo de mantener relaciones con personas del mismo sexo, un 21,9% han fantaseado con estas relaciones para excitarse e incluso un 3% han llegado a mantener estas relaciones. Y entre los que se sienten homosexuales, un 34,5% han sentido deseo de relacionarse sexualmente con el otro sexo, un 20,7% han fantaseado con esta posibilidad para excitarse y un 24,1% han llegado a mantener estas relaciones. También es de destacar que el 100% de bisexuales han sentido deseo de mantener relaciones tanto con el mismo como con el otro sexo; el 94,1% y el 100% han fantaseado con el mismo y distinto sexo respectivamente; pero sólo el 82,4% han mantenido relaciones con el mismo sexo y el mismo porcentaje se da para el otro sexo, lo que implica que muchos bisexuales se consideran tales a partir de sus deseos y fantasías pero no necesariamente de las relaciones mantenidas. Al respecto del continuo de Kinsey, un 24,1% de los heterosexuales se sitúan a lo largo del continuo fuera de la heterosexualidad exclusiva; y un 38% de los homosexuales lo hacen fuera de la homosexualidad absoluta. Por lo que respecta a los bisexuales, obviamente ninguno se sitúa en los extremos pero es de destacar que muy pocos, apenas el 11,8% se siente igualmente atraído por los dos sexos; un 35,3% se decanta hacia las opciones más cercanas a la heterosexualidad y un 52,9% hacia las más cercanas a la homosexualidad.

Nuestros datos parecen llevar a dos conclusiones claras. La primera de ellas indicaría que entre la población joven se puede encontrar una amplia variabilidad por lo que respecta a la orientación sexual existiendo un importante porcentaje de jóvenes (14,6%) que se consideran homosexuales y bisexuales y un porcentaje todavía mayor (35,1%) cuya atracción sexual no se dirige en absoluto o exclusivamente hacia el otro sexo. Nuestros resultados se parecen a los obtenidos por Kinsey en la década de los 50 en USA en los porcentajes de homosexualidad masculina, que él estableció en el 10% de los hombres y en nuestro caso es del 11,2%. Sin embargo obtenemos un menor porcentaje de mujeres exclusivamente homosexuales (0,6%) comparado con el estudio de Kinsey (2-6%). Y la mayor diferencia es que un 20% de nuestros hombres se encontrarían en el continuo bisexual frente al 40% obtenido por Kinsey. Y un 39% de nuestras mujeres, frente al tan sólo 13% de las de Kinsey, si bien este autor remarcó que el 33% de las mujeres habían participado al menos en una práctica homosexual desde los 16 años de edad. Existen otros estudios realizados en los últimos años sobre la prevalencia de homosexuales y bisexuales en diferentes países.

Pero muchos de ellos se quedan en la evaluación categorial de la orientación sexual y por tanto arrojan cifras muy inferiores a las nuestras o las de Kinsey. Baste como ejemplo un estudio realizado por Smith et al. (2003) en Australia en el que se preguntaba por la orientación sexual autoadscrita que evidenció que de un total de 10.173 hombres y 9.134 mujeres con

edades entre los 16 y los 59 años, un 1.6% de hombres se declaraban homosexuales y un 0,9 bisexuales frente a un 0.8% y 1,4% de mujeres respectivamente. En el ámbito no ya de la orientación evaluada categorialmente sino de la experiencia de atracción hacia el mismo sexo destaca el estudio de Sell, Wells y Wypij (1995) en Estados Unidos, Reino Unido y Francia quienes encontraron que un 8.7%, 7.9%, y 8.5% de los varones y el 11.1, el 8.6 y el 11.7% de las mujeres en dichos países respectivamente, informaban haber tenido alguna atracción homosexual desde los 15 años, porcentajes todos ellos muy inferiores a los hallados en nuestro estudio. A nivel nacional, nuestro grupo realizó un estudio hace 20 años (Ballester y Gil, 1995) donde participaron 1135 sujetos con edades comprendidas entre los 14 y los 70 años. Los resultados obtenidos mostraron que un 4.5% (5.7% hombres y 4% mujeres) de la muestra total informó haber tenido alguna relación sexual con personas de su mismo sexo, el 7.7% (4.3% hombres, 9.9% mujeres) lo desearon en alguna ocasión y el 18.4% (12.5% hombres y 22.9% mujeres) dijeron haber tenido fantasías de carácter homosexual alguna vez. Estos resultados son mucho más parecidos a los del estudio de Sell, Wells y Wypij (1995) y probablemente la explicación se encuentre en que en el estudio actual nuestra muestra está formada exclusivamente por jóvenes y no por sujetos de todas las edades, además evidentemente del posible efecto de un cierto cambio cultural que haya llevado a una cierta flexibilización en el comportamiento sexual de los jóvenes actuales.

Tabla 1. Porcentajes totales y diferencias de género en orientación sexual autoadscrita y deseos, fantasías y relaciones sexuales con el mismo y el otro sexo.

Variable	Total	Hombres	Mujeres	Chi cuadrado	p	
Orientación sexual	Heterosexual	85,4	80,9	89,6	17,033	0,000
	Bisexual	5,4	3,3	7,3		
	Homosexual	9,2	15,8	3		
Deseo de relaciones con mismo sexo	32	27,6	36	2,526	0,071	
Deseo hacia el otro sexo	93,4	88,8	97,6	9,725	0,002	
Fantasías con el mismo sexo para excitarse	32,6	28,3	36,6	2,471	0,073	
Fantasías con el otro sexo	89,9	85,5	93,9	6,081	0,011	
Relaciones con el mismo sexo	15,8	19,7	12,2	3,369	0,046	
Relaciones con el otro sexo	90,5	82,9	97,6	19,748	0,000	

Tabla 2. Distribución de la muestra a lo largo del continuo de la escala Kinsey y diferencias de género.

Atracción sexual	Total	Hombres	Mujeres	Chi cuadrado	p
Sólo hacia el otro sexo	64,9	68,4	61,6	37,050	0,000
Casi siempre hacia el otro sexo y en muy contadas ocasiones hacia el mismo	20,3	11,8	28		
Algo más hacia el otro sexo	1,9	0,7	3		
Igualmente hacia los dos	0,6	0,7	0,6		
Algo más hacia el mismo sexo	2,5	0,7	4,3		
Casi siempre hacia el mismo y en muy contadas ocasiones hacia el otro	4,1	6,6	1,8		
Sólo hacia el mismo sexo	5,7	11,2	0,6		

Un resultado que consideramos relevante es la frecuente aparición de diferencias de género en nuestro estudio. Todas ellas apuntan hacia una mayor prevalencia en el deseo y fantasías pero menor en las relaciones homosexuales entre las chicas que entre los chicos. Y a pesar de este hecho, el porcentaje de hombres que se considera o etiqueta como homosexual es mucho mayor que entre las chicas, que con un comportamiento más homosexual que los chicos, suelen etiquetarse en mayor medida como bisexuales. Encontramos una posible explicación a este hecho por una mayor rigidez en los esquemas sexuales entre los hombres, quizás derivada de la tradición homófoba en la que especialmente los hombres han sido socializados y que les puede hacer pensar que cualquier comportamiento en el sentido más amplio (relación esporádica, fantasía, deseo, atracción...) que escape a la heterosexualidad absoluta, inmediatamente se encuadra en la orientación opuesta, sin considerar situaciones intermedias. El concepto de heterosexualidad que mantienen los hombres sigue siendo mucho más excluyente y absoluto que el de las mujeres.

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

La segunda conclusión central que ofrece este trabajo es que cada vez resulta menos sostenible la idea de que existen categorías de orientación del deseo sexual rígidas y absolutas encontrando una amplia variabilidad dentro de cada una de ellas. Y también 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. Así, en nuestro estudio un 24,1% de los heterosexuales y un 38% de los homosexuales se sitúan a lo largo del continuo Kinsey fuera de la heterosexualidad y homosexualidad absolutas. Eso significa que son muchas las personas que, con independencia de la categoría de orientación sexual con la que se identifican (heterosexual, homosexual, bisexual) presentan comportamientos e intereses sexuales que se situarían a lo largo de todo un continuo. No resulta difícil encontrarnos con personas que a pesar de haber tenido relaciones homosexuales se consideran heterosexuales y viceversa. Lo mismo ocurre con las fantasías y el deseo sexual. ¿Qué es lo que lleva, por tanto, a una persona a etiquetarse como homosexual, heterosexual o bisexual? Sin duda, son razones distintas para cada persona donde caben las diferencias de género pero sin duda también otros factores culturales e individuales.

Y probablemente, la realidad todavía es más compleja. Por ejemplo, actualmente estamos investigando no sólo los aspectos mencionados en este trabajo sino también la disposición de los individuos a tener relaciones con personas del mismo sexo en función de cuán atractiva le resulte la persona o la práctica sexual concreta de que se esté hablando. Podríamos encontrarnos con personas heterosexuales

que sin embargo estuvieran dispuestas a realizar algunas prácticas homosexuales concretas como la masturbación o el sexo oral y no otras como el sexo anal o que podrían tener antes relaciones con una persona del mismo sexo que les resultase muy atractiva que con otra de sexo distinto que no se lo resultara en absoluto.

En resumen, la diversidad sexual siempre ha sido un hecho a lo largo de la historia de la humanidad y desde luego en la actualidad disponemos de datos que nos permiten afirmar que la sexualidad en la población general y en los jóvenes a los que se refiere el presente estudio, es algo mucho más diverso y más rico que lo que se nos ha hecho creer a través de una educación sexista, heterosexista, homófoba, androcéntrica y patriarcal. El reconocimiento de la diversidad en la orientación sexual resulta fundamental desde el punto de vista de la investigación, ya que cuando evaluamos ésta a través de las tres categorías tradicionales (heterosexualidad, bisexualidad y homosexualidad) estamos evaluando sólo parte de la realidad. Estamos valorando lo que ese ser humano siente ser desde un punto de vista de su identidad pero no lo que en realidad es cuando no se le fuerza a elegir entre tales categorías. Utilizar sólo este modo de evaluación de la orientación sexual puede contribuir a perpetuar un sistema categorial caduco, limitado en su poder explicativo y estigmatizador de todas aquellas personas que no se sienten a gusto en ninguna de esas categorías, convirtiéndose en uno de tantos factores ambientales que contribuyen a la homonegatividad que encontramos en personas gays y lesbianas (Berg, Ross, Weatherburn & Schmidt, 2013). Esto no

significa que no sean categorías útiles ya que el pensamiento analítico del ser humano le suele hacer propender a etiquetarse en ámbitos tan distintos como la política o la religión. De hecho el creer en la existencia de una identidad gay, lésbica o bisexual ha podido ser útil en la lucha por los derechos civiles de las minorías sexuales. Pero sí significa que son categorías insuficientes que no recogen la riqueza de la sexualidad del ser humano. Las etiquetas pueden ser un mal necesario siempre y cuando sean superadas, cuestionadas y nunca acaben limitando la libertad sexual, el derecho de cualquier individuo a seguir explorando su sexualidad a lo largo de todo su ciclo vital y el crecimiento personal. Por otro lado, habida cuenta de las tremendas consecuencias de la homofobia y la bifobia en nuestra sociedad en sus versiones más manifiestas o sutiles y sobre todo cuando aparecen internalizadas en el propio individuo que se aparta de la norma percibida y sancionada socialmente (Baiocco et al., 2014, 2015; Burton, Marshal & Chisolm, 2014; Carrera-Fernández, Lameiras-Fernández, Rodríguez-Castro y Vallejo-Medina, 2013; Espada, Morales, Orgilés y Ballester, 2012; Poteat, Mereish, Digiovanni, & Koenig, 2011), resulta fundamental la consideración y normalización en la sociedad general y en la comunidad científica de algo que constituye un hecho, la crisis y decadencia de los modelos categoriales y la constatación científica de una realidad que resulta ser muy distinta.

BIBLIOGRAFÍA

- Ballester, R. y Gil, M. D. (1995). Homosexualidad: comportamientos deseos y fantasías. *Análisis y modificación de Conducta*, 21, 264-284.
- Baiocco, R., Ioverno, S., Cerutti, R., Santamaria, F., Fontanesi, L., Lingiardi, V., Baumgartner, E. et al. (2014). Suicidal ideation in Spanish and Italian lesbian and gay young adults: the role of internalized sexual stigma. *Psicothema*, 26, 490-496.
- Baiocco, R., Ioverno, S., Lonigro, A., Baumgartner, E., & Laghi, F. (2015). Suicidal Ideation among Italian and Spanish Young Adults: The Role of Sexual Orientation. *Archives of Suicide Research*, 19, 75-88.
- Berg, R. C., Ross, M. W., Weatherburn, P., & Schmidt, A. J. (2013). Structural and environmental factors are associated with internalised homonegativity in men who have sex with men: findings from the European MSM Internet Survey (EMIS) in 38 countries. *Social Science & Medicine*, 78, 61-69.
- Burton, C. M., Marshal, M. P., & Chisolm, D. J. (2014). School absenteeism and mental health among sexual minority youth and heterosexual youth. *Journal of School Psychology*, 52, 37-47.
- Carrera-Fernández, M.-V., Lameiras-Fernández, M., Rodríguez-Castro, Y., & Vallejo-Medina, P. (2013). Bullying among Spanish secondary education students: the role of gender traits, sexism, and homophobia. *Journal of Interpersonal Violence*, 28, 2915-2940.
- Espada, J. P., Morales, A., Orgilés, M. y Ballester, R. (2012). Autoconcepto, ansiedad social y sintomatología depresiva en adolescentes españoles según su orientación sexual. *Ansiedad y Estrés*, 18, 31-41.
- Klein, F. (1978). *The Bisexual Option: A Concept of One Hundred Percent Intimacy*. EE UU: Arbor house.
- Poteat, V. P., Mereish, E. H., Digiovanni, C. D., & Koenig, B. W. (2011). The effects of general and homophobic victimization on adolescents' psychosocial and educational concerns: the importance of intersecting identities and parent support. *Journal of Counseling Psychology*, 58, 597-609.
- Smith, A., Rissel, C. E., Richters, J., Grulich, A. E., & de Visser, R. O. (2003). Sex in Australia: Sexual identity, sexual attraction and sexual experience among a representative sample of adults. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 27, 138-145.
- Sell, R. L., Wells, J. A., & Wypij, D. (1995). The Prevalence of Homosexual Behavior and Attraction in the United States, the United Kingdom and France: Results of National Population-Based Samples. *Archives of Sexual Behavior*, 24, 234-248.

TRANSEXUALIDAD: TRATAMIENTO HORMONAL CRUZADO Y ESTÁNDARES ASISTENCIALES

Antonio Becerra Fernández¹, Nuria Asenjo Araque², M.Jesús Lucio Pérez³ y José Miguel Rodríguez Molina⁴.

Unidad de Identidad de Género, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid,

¹Facultativo Especialista de Endocrinología y Nutrición, Coordinador de la Unidad de Identidad de Género (UIG), Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid. Prof. Asoc. CC Salud, Universidad de Alcalá.

²Facultativo Especialista en Psicología Clínica, UIG, Hospital U. Ramón y Cajal de Madrid.

³Lic. Sociología y CC. Políticas, Gestora de Pacientes, UIG, Hospital U. Ramón y Cajal de Madrid.

⁴Facultativo Especialista en Psicología Clínica, UIG, Hospital U. Ramón y Cajal de Madrid. Prof. Asoc. CC Salud, Universidad Autónoma, Madrid.

a.becerrafernandez@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de la transexualidad es conocido desde muy antiguo y en distintas culturas pero no es igualmente aceptado en todos los países. El término transexualismo fue utilizado por primera vez por Cauldwell, pero fue Harry Benjamin en 1966 quien hizo popular el concepto y esbozó las características propias de la condición transexual en su libro *The Transsexual Phenomenon*¹. La primera referencia quirúrgica data de 1921, pero fue a partir de los años cincuenta cuando estas intervenciones empiezan a realizarse en el ámbito sanitario institucional, público o privado. Equipos multidisciplinarios evalúan, diagnostican y tratan los casos de transexuales de forma estructurada dentro de un protocolo bien establecido. La condición de transexual (sentirse pertenecer mentalmente al sexo contrario del biológico) se establece a partir del nacimiento y se origina por diversas causas no bien conocidas que actúan ya en la etapa fetal, pero que otras circunstancias de la

infancia (relaciones familiares) y adolescencia (la pubertad) podrían influir en su determinación. Esta situación de discordancia entre el sexo mental y biológico produce malestar y angustia, que pueden presentarse en diferentes grados, desde leve hasta extremo. Hoy, la asistencia sanitaria de la transexualidad en España es un fenómeno emergente. La creación de unidades multidisciplinarias específicas en el Sistema Nacional de Salud, hace que los transexuales gocen de los mismos derechos que cualquier otro ciudadano y tengan una cobertura sanitaria completa. En esta revisión pretendemos un abordaje sanitario de la transexualidad según las directrices nacionales e internacionales.

DIRECTRICES ASISTENCIALES

La Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero² (WPATH) es una asociación internacional multidisciplinaria cuya misión es “promover la atención sanitaria basada en la evidencia, la educación, la investigación,

la incidencia y la defensa de las políticas públicas de igualdad de derechos y el respeto a la salud trans". Una de sus principales funciones es promover la mayor calidad de la atención en salud para las personas Trans y con Variabilidad de Género a través del desarrollo de las Normas de Atención. Estas normas se basan en la mejor información científica disponible y el consenso profesional informado y fundado en experiencia, cuyo objetivo general es proporcionar una guía clínica para que los profesionales de la salud puedan ayudar a esta población para que desarrollen al máximo su salud general, su bienestar psicológico y su realización personal. Esta asistencia debe comprender desde la atención primaria, servicios de salud mental (evaluación, consejo y psicoterapia), la atención ginecológica y urológica, opciones reproductivas, tratamiento de la voz, o dermatología, si precisan, y tratamiento hormonal y quirúrgico. Para la aplicación de estas normas asistenciales por los profesionales de la salud hay que tener en cuenta el contexto cultural y la adaptación a la realidad local. Para ello deben considerarse todos los principios orientados al respeto de las personas trans y con variabilidad de género (sin patologizar las diferentes identidades y expresiones de género). La atención sanitaria debe ayudarles a afirmar su identidad de género y reducir el malestar de la disforia de género cuando exista, adquiriendo toda la información y conocimientos sobre las necesidades de salud que se puedan aplicar con los mayores beneficios posibles y menores riesgos².

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y EVALUACIÓN

Los criterios diagnósticos que se usan actualmente provienen de las clasificaciones internacionales de las enfermedades mentales establecidos aún por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2013)³ y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992)⁴.

Tanto unos como otros criterios vienen a establecer una situación de identidad binaria y extrema que define claramente una ruta en el proceso de búsqueda de la identidad sentida por cada persona. Son las personas transexuales, que buscan o han hecho una transición social de hombre a mujer o de mujer a hombre, que en muchos casos, no en todos, también puede implicar una transición somática mediante el tratamiento hormonal y/o cirugía de reasignación sexual. Así, el término de disforia de género propuesto en el DSM-V por la APA en 2013³ se centra más en la disforia como problema clínico y no la identidad en sí misma, y es más descriptivo que el de trastorno de identidad de género o sexual, término utilizado por el DSM-IV (APA, 1994)⁵. Pero además, estos criterios y la evaluación permitirá establecer que ser una persona trans o con variabilidad de género es cuestión de diversidad y no de patología. La WPATH pretende la despatologización de la variabilidad de género señalando "la expresión de las características de género, incluidas las identidades, que no están asociadas de manera estereotipada con el sexo asignado al nacer, es un fenómeno humano común y culturalmente diverso que no debe ser juzgado como inherentemente patológico o negativo".

Pero la realidad es que en muchas sociedades hay un “estigma” asociado a la variabilidad de género que puede dar lugar a prejuicios y discriminación: es el llamado “estrés de minoría”⁶. Este estrés, de base social y crónico, puede aumentar la vulnerabilidad de las personas trans y con variabilidad de género para desarrollar problemas de salud mental tales como ansiedad y depresión. Además de incrementar los prejuicios y la discriminación en general, el estigma puede contribuir al abuso y negligencia en las relaciones sociales y familiares, pudiendo llevar a un malestar psicológico. Sin embargo, estos síntomas son inducidos socialmente, y no inherentes al hecho de ser una persona trans o con variabilidad de género.

Además, la variabilidad de género no es lo mismo que la disforia de género. La no conformidad de género o variabilidad de género se refiere al grado en que la identidad, el rol o la expresión de género difiere de las normas culturales prescritas para personas de un género determinado. La disforia de género se refiere a la incomodidad o malestar causado por la discrepancia entre la identidad de género y el sexo asignado a la persona al nacer (y el rol de género asociado y/o las características sexuales primarias y secundarias)^{7,8}. Sólo algunas personas con variabilidad de género experimentan disforia de género en algún momento de sus vidas. Y los “transgéneros” se refieren al amplio espectro de personas que de forma transitoria o persistente se identifican con un sexo diferente de su sexo asignado al nacer, y que tal vez no buscan

tratamiento hormonal y/o quirúrgico como los transexuales².

TRATAMIENTO HORMONAL CRUZADO

El tratamiento hormonal desempeña un papel importante en este proceso, que idealmente debe suprimir los caracteres sexuales secundarios del sexo original e inducir los del sexo opuesto lo más completa y rápidamente posible⁹. Por ello, hay una inclinación a “hormonarse” cuanto antes y a maximizar la dosis hormonal, usando muy diversas pautas terapéuticas aprendidas de la experiencia de otros transexuales. Así, la automedicación con esteroides sexuales incrementa el riesgo de efectos adversos¹⁰. El autodiagnóstico y la intensidad de su deseo de reasignación del sexo no pueden tomarse como verdaderos indicadores de transexualidad⁹. 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 por profesionales de salud mental cualificados⁸. El abordaje de esta condición es compleja. Su asistencia necesita un equipo multidisciplinario, ya que precisa diversas intervenciones. Los resultados de estas intervenciones no han podido ser evaluados mediante estudios controlados y a largo plazo⁹, pero sus beneficios resultan evidentes: mejora la calidad de vida del paciente y su grado de satisfacción, así como su integración social y laboral, y desde el punto de vista médico, los importantes beneficios del tratamiento hormonal y el éxito de la técnica quirúrgica a corto y largo plazo. Esta complejidad obliga a que la atención se realice en la medicina pública, dentro del Sistema

Nacional de Salud, por un equipo multidisciplinario cualificado, y según las directrices de la WPATH incluidas en un protocolo clínico dividido en diferentes fases.

Valoración clínica

Los transexuales a menudo esperan, y a veces demandan, cambios rápidos y completos, a veces inmediatos al inicio del tratamiento hormonal. Sin embargo, los efectos inducidos por las hormonas son limitados y aparecen sólo gradualmente. Antes de empezar este tratamiento debe darse una clara información individualizada sobre los posibles beneficios y perjuicios del mismo, para no crear falsas expectativas. Con frecuencia, esta información suele ayudar a aliviar la ansiedad y depresión si las hubiera, mejorando por sí misma la calidad de vida, pero tiene sus limitaciones. No todos los vestigios del sexo original se erradicar por igual en todas las personas. Debemos asegurarnos de que el paciente comprende toda la información que le damos. Una vez entendidos estos efectos se podría recabar el consentimiento informado. Pero, además, el tratamiento hormonal presenta algunas contraindicaciones⁹.

Determinadas situaciones y cuadros o factores de riesgo contraindican el tratamiento con esteroides sexuales, ya que supondrían mayor riesgo que beneficio. Estas contraindicaciones pueden ser absolutas o relativas. El tratamiento hormonal producirá importantes cambios antropométricos, como una modificación cuantitativa de los compartimientos graso y muscular, de la distribución de la grasa corporal, así como del peso corporal y de la presión arterial, que deben seguirse en controles sucesivos⁹. Además, el tratamiento cruzado con esteroides sexuales producirá, en teoría, una inversión del patrón de riesgo cardiovascular, no sólo por la modificación de los parámetros

antropométricos, sino también de los bioquímicos. El tratamiento con andrógenos en transexuales de mujer a hombre (MaH) podría incrementar la resistencia a la insulina, modificar el patrón lipídico o producir alteración de las enzimas hepáticas. El hemograma y las pruebas de coagulación son parámetros que precisan una estrecha vigilancia, sobre todo en el tratamiento con estrógenos y antiandrógenos en transexuales de hombre a mujer (HaM), con objeto de prevenir fenómenos tromboembólicos. Se precisará un perfil basal de los distintos ejes hormonales, tanto al inicio del tratamiento para descartar alteraciones endocrinológicas y valores sanguíneos de las hormonas masculinas y femeninas debidos al tratamiento, así como para el seguimiento antes y después de la cirugía. El tratamiento con esteroides sexuales produce un frenado del estímulo hipofisario sobre las gónadas, y una cierta atrofia de las mismas, acompañada a veces de dolor. Una vez desarrolladas las glándulas mamarias en transexuales HaM, éstas precisan de vigilancia periódica mediante mamografía o ecografía, como en cualquier mujer biológica, como medida preventiva del cáncer de mama. Aunque el tratamiento estrogénico de por vida podría prevenir cualquier alteración de la próstata, se ha publicado algún caso de cáncer de próstata, por lo que estos pacientes precisan de controles periódicos para prevenir esta enfermedad y, sobre todo, a partir de determinada edad. Debe considerarse la necesidad de realizar un cariotipo, ya que a veces puede haber genitales ambiguos o estados intersexuales.

Objetivos del tratamiento hormonal

Para la reasignación del sexo son necesarias dos cosas:

– Eliminación de los caracteres sexuales del sexo original: Desafortunadamente, esta supresión es incompleta. En transexuales de varón a mujer no hay forma de revertir los efectos de los andrógenos sobre el esqueleto. La mayor talla, la forma de la mandíbula, el tamaño y forma de manos y pies, y la estrechez de la pelvis no pueden ser reparados. De forma similar, la talla más baja en transexuales de mujer a varón y la mayor anchura pélvica no podrá cambiar con el tratamiento.

– Inducción de los caracteres sexuales del sexo sentido: Mientras en la mayoría de los transexuales de mujer a varón los andrógenos pueden producir un completo y llamativo desarrollo masculino, el efecto del tratamiento en transexuales de varón a mujer puede ser claramente insatisfactorio en cuanto a la reducción de la barba e inducción del desarrollo mamario. Existe multitud de esteroides sexuales sin demostrarse que uno sea más eficaz que otro. Su elección depende de la disponibilidad, tradición local, efectos adversos, vía de administración y coste. Las dosis óptimas tampoco han sido bien establecidas. Los primeros efectos del tratamiento hormonal empiezan a aparecer ya a las 6-8 semanas: cambios de la voz en transexuales de mujer a varón y desarrollo de nódulos mamarios dolorosos en transexuales de varón a mujer. Los cambios pueden completarse en un período de 6 y 24 meses, otros son más tardíos.

Tratamiento hormonal de transexuales HaM

La supresión de los caracteres sexuales originales puede realizarse mediante

compuestos que ejercen un efecto antiandrógeno por diferentes mecanismos:

– Supresión de las gonadotropinas (LH y FSH hipofisarias), que son las que estimulan la producción gonadal de hormonas, entre las que destacan los análogos de LHRH; como efecto adverso mayor cabe destacar los sofocos, muy parecidos a los de la mujer posmenopáusicas. Sus efectos son en general reversibles y su uso queda reservado para la castración química, necesaria a veces en transexuales muy jóvenes para detener o retrasar el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios a la espera de la mayoría de edad o de clarificar las dudas sobre su verdadera identidad de género. Otros inhibidores de las gonadotropinas pueden ser el acetato de ciproterona, el acetato de medroxiprogesterona y altas dosis de estrógenos.

– Fármacos que interfieren con la producción de testosterona o su conversión a 5 α -dihidrotestosterona (DHT): espironolactona y finasterida.

– Fármacos que bloquean los receptores androgénicos: acetato de ciproterona, acetato de medroxiprogesterona, flutamida y espironolactona. La longitud del pene no se reduce por las hormonas, pero por su estado de flaccidez y por la acumulación de grasa infraabdominal puede parecer más pequeño. Las erecciones espontáneas se suprimen en un período de 3 meses, pero las debidas al juego erótico no suelen desaparecer. El volumen testicular se reduce un 25% en el primer año. Este tratamiento reduce la masa muscular y la fuerza, así como el contenido de hemoglobina. La inducción de los caracteres sexuales femeninos se lleva a cabo principalmente por los estrógenos⁹. Un segundo esteroide sexual producido por los ovarios es la progesterona, cuya función principal es preparar a la mucosa uterina para

la nidación. Su efecto feminizante es limitado; sin embargo, hay quien aconseja su utilización junto con los estrógenos para reducir el riesgo estrógeno-dependiente de cáncer de mama. Hasta el momento se han publicado 3 casos de cáncer de mama en transexuales de varón a mujer, aunque sin una clara relación con el tipo de estrógeno, la dosis o la duración del tratamiento. Como las mujeres biológicas, deben someterse periódicamente a la palpación y mamografía para detectar de forma temprana el cáncer de mama. Tampoco deben olvidarse las medidas preventivas necesarias para el cáncer de próstata, aunque sólo se ha descrito algún caso, y el tratamiento con estrógenos podría incluso ser un factor de defensa. No hay un estrógeno superior a otro, y la elección dependerá de la disponibilidad, del precio y de la preferencia de cada uno. Las diferencias sustanciales dependerán sobre todo de la fórmula química y la vía de administración. Todos los estrógenos por vía oral se absorben en el intestino, pasan primero por el hígado para ser metabolizados y, después, ejercen sus efectos sobre los lípidos, los factores de la coagulación y la renina. También el metabolismo hepático se relaciona con la fórmula química; así, mientras el etinil estradiol se metaboliza lentamente, el 17 β -estradiol lo hace mucho más rápido, lo que explica una diferencia de 10-20 veces en la dosis diaria. La vía de administración puede determinar diferencias en los efectos beneficiosos y adversos; así, la vía transdérmica es la que menor riesgo de tromboembolismo produce⁹, por lo que podría reservarse a los transexuales de mayor edad (mayores de 40 años) o como forma de mantenimiento una vez conseguidos los efectos feminizantes a través de otras vías de administración. Tras la cirugía, las dosis deben reducirse al mínimo para que no

presenten síntomas de deficiencia y queden protegidos frente a la osteoporosis.

– Etinil estradiol: es el estrógeno más potente, barato y fácilmente disponible, pero sólo combinado con progesterona.

– Estrógenos conjugados: la dosis activa en transexuales puede llegar hasta unas 7 veces (5 mg/día) la de mujeres posmenopáusicas. Se metabolizan ampliamente en el hígado y con menos efectos adversos que otros.

– 17 β -estradiol: es la más potente de las 3 formas naturales de estrógenos (estradiol, estrona y estriol). Puede administrarse por vía oral, intramuscular o transdérmica. Esta última forma podría ser interesante por su menor frecuencia de efectos adversos, pero en muchos pacientes ocasiona problemas en el lugar de aplicación y, además, es cara.

– Estriol: es menos potente; se utiliza habitualmente en la vaginitis y otros problemas de la mujer posmenopáusica. En transexuales se precisan altas dosis y no presenta ventajas sobre otros fármacos. En resumen, como tratamiento estándar podríamos usar 100 μ g/día de etinil estradiol por vía oral. La vía transdérmica debería reservarse para los mayores de 40 años, con mayor riesgo de tromboembolismo (el 12 frente al 2,1% en más jóvenes)¹¹, a dosis de dos parches de 100 μ g/semana. La vía intramuscular depot no debe usarse por rutina porque, en caso de efectos adversos, puede tardar semanas hasta que se normalicen en sangre los valores de estradiol y, además, en caso de abuso esta dosis es mucho mayor. Cuando se haya completado la genitoplastia, la dosis puede ser reducida a un mínimo que no produzca síntomas de deficiencia y que proteja frente a la osteoporosis. La inducción de las características femeninas es muy variable. Al

principio son habituales los nódulos periareolares dolorosos. El tamaño de las mamas puede ser cuantificado midiendo la hemicircunferencia, que al año puede alcanzar unos 10 cm, pudiendo llegar hasta 22 cm a los 24 meses, aunque en la mitad de los transexuales es juzgado como insatisfactorio. Se podrían realizar implantes de prótesis, pero es recomendable esperar al menos un año. Por otra parte, la voz no suele cambiar de timbre. La grasa puede acumularse en la cadera, pero no es la norma. La estructura esquelética tampoco se modifica; manos, pies y pelvis son las zonas más llamativas que permanecen. La piel se hace más fina y seca y las uñas más quebradizas. Además, el tratamiento estrogénico suele producir cambios de humor y del estado emocional. El tratamiento hormonal no erradica por completo el vello facial. Esto se consigue por la electrólisis, que es un método seguro, con algunas molestias y rara vez cambios de pigmentación, cicatrices y foliculitis, y habitualmente lento (hasta 2 años), que facilita a menudo la experiencia de la vida real. No precisa autorización médica. La depilación por láser es una técnica relativamente nueva y alternativa, cada vez se va desarrollando más y con resultados satisfactorios. Es necesaria para el campo quirúrgico de la vaginoplastia.

Tratamiento hormonal de transexuales MaH

La supresión del efecto de los estrógenos sobre los caracteres sexuales no puede ser anulado por antihormonas. Los antiestrógenos administrados a una mujer estimularían las gonadotropinas y, en consecuencia, la secreción ovárica de estrógenos. Podrían usarse los análogos de LHRH pero, aunque inhiben la función ovárica, no suprimen los caracteres sexuales femeninos y, además, producen sofocos y

otros efectos adversos. Los transexuales MaH rechazan su menstruación, y ésta desaparece a los 2-3 meses del tratamiento androgénico, y a veces precisa de progestágenos por sus propiedades antigonadotrópicas (medroxiprogesterona, lynesterol y otros). Para la inducción de los caracteres sexuales son necesarios los andrógenos. Éstos ejercen un poderoso efecto sobre el proceso de virilización, pero la conclusión puede tardar entre 2 y 4 años, y a veces más. Los resultados dependen de factores genéticos y raciales. Se usa testosterona por vía intramuscular o transdérmica, ya que la vía oral no goza de las mismas ventajas clínicas. El tratamiento con andrógenos puede provocar acné, alopecia y aumento de la secreción sebácea de la piel, así como efectos desfavorables sobre el perfil lipídico, que coloca a los transexuales MaH en la categoría de riesgo vascular de los varones. Por ello, deben dejar de fumar, hacer ejercicio físico y prevenir el sobrepeso y la hipertensión arterial. Los cambios en el aspecto externo y otros efectos suelen ser bastante satisfactorios. Respecto a otros varones, los transexuales MaH son más bajos de talla. El clítoris se alarga en todos los sujetos, aunque en grado variable, y a veces es suficiente para mantener relaciones sexuales satisfactorias con una mujer, toda vez que aumenta la libido tras el tratamiento androgénico. El tratamiento debe continuar tras la ovariectomía para prevenir los sofocos, la pérdida de las características masculinas y, ante todo, la osteoporosis.

Efectos adversos del tratamiento hormonal

Se han publicado pocos estudios sistemáticos sobre efectos adversos del tratamiento hormonal. Meyer et al¹¹ encuentran, en 90 transexuales, sólo alteraciones de las enzimas hepáticas y moderadas elevaciones en el suero de

colesterol y triglicéridos. En estudios de casos se describen embolismo pulmonar, trombosis cerebral, infarto de miocardio, hiperplasia de próstata y cáncer de mama en transexuales tratados con estrógenos, e infarto de miocardio en transexuales tratados con andrógenos. En un estudio efectuado en 1989 por Asscheman et al¹² se señalan, en una población de 303 transexuales HaM, los siguientes efectos adversos: hiperprolactinemia (46 casos), cambios de humor depresivo (25), elevación de las enzimas hepáticas (22), incremento de los episodios tromboembólicos (19), hipertensión arterial (14) y otros. Asimismo, en 122 transexuales MaH observaron incremento de peso (21), acné (15), elevación de las enzimas hepáticas (7), hipertensión arterial (3) y otros. La ausencia de prestación sanitaria en el sistema público para la disforia de género promueve la automedicación. Con esta práctica, los riesgos se incrementan, como se señala en un estudio nuestro¹⁰, donde se apuntan los efectos adversos en 31 transexuales de varón a mujer y 26 transexuales de mujer a varón.

La valoración endocrina y el tratamiento hormonal suelen requerir 1,5-2 años antes de la cirugía de reasignación de sexo, con controles periódicos. Tras la cirugía es absolutamente necesario un seguimiento médico a largo plazo, y en algunos casos también psicológico. Estos controles sirven para detectar y corregir efectos adversos del tratamiento, así como para el diagnóstico temprano del cáncer de mama o próstata, de la osteoporosis y de la enfermedad cardiovascular o hepática. Este seguimiento es importante, además, para conocer los beneficios y las limitaciones de la cirugía, parte fundamental de la investigación clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Benjamin H. The transsexual phenomenon. New York: Julian Press, 1966.
2. The World Professional Association for Transgender Health Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People (WPATH), 7th Version, 2011. www.wpath.org
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). 5th ed., Washington, DC: American Psychiatric Press, 2013.
4. World Health Organization. International Classification of Diseases 10 (ICD-10). Geneva: World Health Organization. 1992.
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
6. Meyer IH. Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems. *American Journal of Public Health* 2003;93(2):262-265.
7. Fisk NM. Editorial: Gender dysphoria syndrome—the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. *Western Journal of Medicine* 1974;120(5):386-391.
8. Knudson G, De Cuypere G & Bockting W. Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of The World Professional Association for Transgender Health. *Int J Transgenderism* 2010;12(2):115-118. doi:10.1080/15532739.2010.509215
9. Becerra A. Transexualismo. *Endocrinol Nutr* 2003;50(7):297-309.
10. Becerra A, de Luis DA, Piédrola G. Morbilidad en pacientes transexuales con autotratamiento hormonal para cambio de sexo. *Med Clin (Barc)* 1999;113:484-7.
11. Meyer WJ, Webb A, Stuart CA, et al. Physical and hormonal evaluation of transsexual patients during hormonal therapy. *Arch Sex Behav* 1986; 15:121-38.
12. Asscheman H, Gooren LJG, Eklund PLE. Mortality and morbidity in transsexual patients with cross-gender hormone treatment. *Metabolism* 1989;38:869-73.

ESTRATOS SOCIO-ECONÓMICOS ASOCIADOS A LA VULNERABILIDAD DEL ABUSO SEXUAL EN NIÑOS Y NIÑAS DE SUCRE - COLOMBIA

Leslie Yulieth Bravo García ^{a,1}, Deerek Luis Martínez Ortega ^{a,*}

^a Corporación Universitaria del Caribe CECAR, Carretera Troncal de Occidente - Km 1 - Vía Corozal, Sincelejo, sucre - Colombia

¹ Corresponding author. Tel.: Colombia +57 3014223190. E-mail address: leslie.bravo@cecar.edu.co (Bravo, L. Y.).

deerek.martinez@cecar.edu.co

INTRODUCCIÓN

El abuso sexual infantil es una forma de maltrato (Alonso & Horno, 2005) que se puede dar en todos los espacios donde interactúan los niños y niñas, dejando secuelas negativas tanto físicas como psicológicas, que pueden asociarse a alteraciones en las habilidades sociales, emocionales y cognitivas (Cantón y Cortés, 2003). Estos efectos negativos repercuten en la calidad de vida y en los contextos psicosociales, familiares y de salud pública (Losada, 2012) deteriorando los procesos individualizadores e incrementando los trastornos, enfermedades físicas y mentales a lo largo de toda la vida (Losada & Saboya, 2013). El ASI se evidencia como cualquiera acción, actividad o comportamiento encaminada a la obtención de placer sexual por parte del agresor valiéndose de la superioridad que ejerce (Hermida, 2007). Así mismo, Grupo Opciones, (2007) citado por Secretaria Distrital de Integración Social (2015, p.12) argumenta que existe abuso sexual cuando hay un desequilibrio de poder ya sea por diferencia de status, conocimientos, experiencia o nivel de desarrollo. De igual forma, Save the Children (2001) citado por Secretaria Distrital de Integración Social (2015, p.12)

afirma que el ASI se da, si la diferencia de edad entre el agresor y la víctima es más de 3 años, además si la víctima es menor de 14 años según consentimiento legal en Colombia, independientemente si la víctima declara ser la promotora de la relación sexual o manifieste estar enamorada del agresor, o si hay coerción, es decir, cuando se utiliza cualquier tipo de violencia física o presión ya sea en forma de engaño, amenazas, soborno o chantajes, si el agresor o agresora se aprovecha de una condición de infección de la víctima por discapacidad física, mental o cognitiva o por consumo de alcohol o drogas.

No es fácil determinar la incidencia real de este problema, pero es notable que en las últimas décadas, se han presentado aumentos significativos en casos registrados de abuso sexual infantil (ASI), así como, consecuencias adversas asociadas a secuelas emocionales, psicológicas, ruptura de la dinámica familiar, entre otras (Echeburúa & Corral, 2006). Es evidente que gradualmente ascienden los casos clínicos relacionados con el abuso sexual en niños y niñas no existen herramientas claras que proporcionen a las familias factores de protección y cuidado ante el abuso sexual (Children, 2004). Los datos de muestras

representativas en Colombia aportadas por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses INMLCF, (2014) indican que las cifras más altas de violencia sexual se dieron en el año 2011 con 22.597 casos. Para el año 2014 se realizó una comparación con el año 2013 mostrando una diferencia estadística significativa a la alza de 1,81% igual a 376 casos. Donde las mujeres tienen una mayor prevalencia con un porcentaje de 85,9% equivalente a 17,966 casos, es decir, por cada seis mujeres víctimas de abuso sexual se registra un hombre. Pero de forma general, las conductas delictivas afectan en mayor proporción a los Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) desde los 0 hasta los 17 años equivalentes al 85,8% es decir 18,116 casos registrados en INMLCF; de estos casos las mujeres entre los 10 y 14 años son más víctimas de abuso con porcentajes de 41,3% y los hombres de los 5 a los 9 años con porcentajes de 39,3%.

Comparando las cifras dadas en Colombia hasta 2014 y a nivel mundial entre 1946 y 2011, existe una correlación, denotada en los porcentajes de ASI en mujeres 18,95% y en varones 9,7% (Losada, 2012), lo cual se relaciona con la incidencia en mujeres, donde de cada cinco mujeres una es abusada y uno de cada diez hombres. Aunque la generación del abuso sexual es problemática compleja, gran parte de ella no se conoce la causa de su generación. Por lo cual se han propuesto modelos teóricos para dar explicación a una problemática tan compleja, donde se establece las causas del abuso sexual considerando diversos criterios y factores que pueden estar relacionados, pero que no son determinantes a la hora de explicar la causa del abuso. Es por esto que Faller, (1998) afirma que la generación del abuso

sexual puede estar determinada por la presentación de unos prerrequisitos, o específicamente factores asociados o contribuyentes, los cuales involucran factores ambientales, individuales, familiares, económicos y culturales que pueden potencializar el abuso sexual interactuado de forma dinámica, pero no existe una diada establecida ni mucho menos específica de causa-efecto entre estos y la instauración del abuso sexual, pero si una estrecha relación entre la presencia de estos factores y la acción o hecho del abuso.

Cuando se trata de describir, caracterizar y comparar las causas del abuso basta con consultar estadísticas e indicadores de instituciones encargadas de su atención, pero contar con herramientas que prevengan, predigan o den bases para seguimientos individualizadores a NNA, puede llegar a disminuir los altos y crecientes índices de ASI. Por lo cual, el software NOABS, se encarga de evaluar y arrojar índices de vulnerabilidad y riesgo en esta problemática a partir de la incidencia de los contextos familiares, escolares y sociales, complementado con una ficha sociodemográfica para conocer el contexto de desenvolvimiento de cada infante a nivel familiar, económico, laboral y cuidados. En una muestra de 220 niñas y niños entre los 6-13 años de diferentes estratos socioeconómicos 1-2 y 4-5 ($M= 8,98$; $DT= 2,10$). Con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de 0,43053%. Es importante aclarar que el departamento de Sucre los estratos socioeconómicos van desde 1 hasta 6, donde 1-2 corresponde a ingresos socioeconómicos bajos, 3-4 a ingresos medios y 5-6 a ingresos altos. Utilizando una metodología de corte transversal, tipo comparativo y diseño

cuantitativo, para comparar el grado de vulnerabilidad y riesgo por cada niño y niña basado en su capacidad de decisión a partir de la construcción de esquemas mentales y contextos.

RESULTADOS Y DISCUSIONES

De acuerdo a los resultados encontrados existe una mayor vulnerabilidad ante el abuso sexual en niños y niñas pertenecientes a estratos 1 y 2, con un 15,6%, a diferencia del 4 y 5 con un 5,6% (Tabla 1). Vázquez, (2004) demostró que en estratos socioeconómicos bajos que se asociaban con bajos niveles culturales existía un alto porcentaje de generación de abuso 57%, donde el contexto familiar constituía el mayor riesgo, lo cual está relacionado con el ambiente y formas de comportamiento de la sociedad. De igual forma, cabe aclarar que aunque existan grados altos de vulnerabilidad, no es indicativo de generación de abuso, pero si puede llegar a potenciar este hecho. Faller (1998) afirmaba que no existía una causa-efecto probable de ocurrencia del abuso, pero si existía relación entre factores contextuales vulnerados en personas abusadas.

En cuanto al género las niñas del estrato bajo presentan mayor grado de vulnerabilidad con un porcentaje de 16,7%, en comparación del status alto con un 3,4%. Así mismo los niños del status socioeconómico bajo son más vulnerables con un porcentaje del 14,6%, que los niños del status socioeconómico alto con porcentaje de 6,9% (Tabla 1). De la misma forma los valores por estratificación antes mencionados, se puede relacionar con la investigación realizada por Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J.

(2009), en la cual establece una similitud estadística en cuanto a la proporción de mujeres (19,2%) y varones (7,4%) abusados sexualmente en su niñez con el grado de riesgo y vulnerabilidad establecidos en este estudio.

De igual forma, los resultados encontrados establecen que existe una mayor vulnerabilidad ante el abuso sexual en los niños y niñas de 6 a 9 años con un porcentaje de 14,2% a diferencia de los niños de 10 a 13 años 1,3%. Estos resultados concuerdan con los hallados por Cortés, Cantón Duarte y Cantón-Cortés (2011), donde los varones abusados representaban el 8,4% de la muestra masculina, y 13,2% de la muestra femenina, donde la edad de inicio de los abusos se da entre los 7.7 años hasta los 10.57 años. Estos resultados evidencian claramente que las edades anteriormente mencionadas están en mayor riesgo de ser abusados sexualmente.

Por otro parte, los resultados a nivel contextual demuestran que a nivel familiar 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% (Tabla 1). Según Losada et. al., (2009) argumenta que el aumento de abusos sexuales infantiles se genera por la alta vulnerabilidad de los niños y niñas transmitida por cuidadores primarios. Esta asociación se establece debido a que los padres cuentan con escasa o nulas herramientas en la resolución de problemas ante cualquier situación cotidiana. De igual forma, Faller, (1998) en su modelo integrador define que los contextos donde se desarrolla el niño o niña constituyen un

riesgo en el cual se puede dar una situación de abuso por parte del abusador, pero que no necesariamente el ambiente lo provoque

Tabla 1: *Vulnerabilidad ante el abuso sexual Infantil*

	Total <i>n</i> (%)			Total <i>n</i> (%)		
Grado de Vulnerabilidad						
	Estrato 1-2			Estrato 4-5		
	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto
	21 (23,3%)	55 (61,1%)	14 (15,6%)	63 (48,5%)	60 (46,2%)	17 (5,4%)
Vulnerabilidad según Género						
	Estrato 1-2			Estrato 4-5		
	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto
Femenino	9 (21,4%)	26 (61,9%)	7 (16,7%)	29 (50%)	27 (46,6%)	2 (3,4%)
Masculino	12 (25%)	29 (60,4%)	7 (14,6%)	34 (47,2%)	33 (45,8%)	5 (6,9%)
Vulnerabilidad según Edad						
	Niños y Niñas					
	Bajo	Medio	Alto			
6 a 9 años	36 (25,5%)	85 (60,3%)	20 (14,2%)			
10 a 13 años	49 (62%)	29 (37,2%)	1 (1,3%)			
Vulnerabilidad según Contexto y Estrato						
	Estrato 1-2			Estrato 4-5		
	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto
Familiar	42 (46,7%)	16 (17,8%)	32 (35,6%)	68 (52,3%)	42 (32,3%)	20 (15,4%)
Social	44 (48,9%)	11 (12,2%)	35 (38,9%)	109 (83,8%)	1 (0,8%)	20 (15,4%)
Escolar	46 (51,1%)	21 (23,3%)	23 (25,6%)	79 (60,8%)	38 (29,2%)	13 (10%)

Tabla 2: *Características Sociodemográficas*

	Total <i>n</i> (%)	
	Estrato 1-2	Estrato 4-5
Presencia de Figura Paterna		
Padres	76 (84,4%)	130 (100%)
Padrastrós	11 (11,1%)	0
Abuelos	2 (2,2%)	0
Tíos	2 (2,2%)	0
Cuidadores Primarios		
Abuelos	47 (52,2%)	39 (30,0%)
Niñera	14 (15,6%)	32 (24,6%)
Empleada		
Domestica	0	27 (20,8%)
Uno de los		
Padres	2 (2,2%)	23 (17,7%)
Nadie	0	3 (2,3%)
Tíos	4 (4,4)	3 (2,3)
Hermanos	17 (18,9)	2 (1,5)
Características de la Vivienda		
		108
Unifamiliar	56 (62,2%)	(83,1%)
Multifamiliar	34 (37,8%)	22 (16,9%)
Número de Habitaciones para Dormir		
1	15 (16,7%)	0
2	60 (66,7%)	39 (30,0%)
3	14 (15,6%)	67 (51,5%)
4	0	22 (16,9%)
5	0	2 (1,5%)
6	1 (1,1%)	0
Con Quien Duerme el Niño o Niña según Estrato Socioeconómico		
Padres	23 (25,6%)	31 (23,8%)
Solo	44 (48,9%)	80 (61,5%)
Abuelos	5 (5,6%)	4 (3,1%)
Hermanos	18 (20,0%)	12 (9,25%)
Tíos	0	1 (0,8%)
Otros	0	2 (1,5%)

Sumado a todo lo anterior es preciso señalar que aunque existan figuras paternas en altos porcentajes, el principal cuidador no es el padre o la madre. En el estrato 1 y 2 existen terceras personas como lo son padrastros 11,1%, vecinos 6,7%, tíos 2,2% y abuelos 2,2% al igual que el estrato 4-5 donde la niñera 24,6%, las empleadas domésticas 20,8%, los abuelos 30% y tíos 2,3% constituyen la principal figura de cuidado del infante (Tabla 2). Constituyendo cada una de estas condiciones es un potenciador de riesgos de vulnerabilidad ante el abuso sexual. Así mismo, se encuentra que en un alto porcentaje las familias de estratos bajo son multifamiliares 37,8% y cuentan con una 16,7% o dos habitaciones 66,7%, donde es un tercer cuidador primario quien duerme con el niño o niña abuelos, hermanos y tíos. Faller (1998) en el modelo multifactorial establece que unos de los principales prerrequisitos y factores asociados o constituyentes presentes en esta problemática, es el estado de hacinamiento que se da en los núcleos familiares, debido al acercamiento del abusador sobre el niño.

CONCLUSIONES

El estudio dio cuenta de diferentes características y factores asociados al estado de vulnerabilidad y riesgo en que se encuentran los niños y niñas, lo anterior considerando su desarrollo evolutivo y los aspectos sociales, económicos y ambientales en los cuales estos se hallan. Por tanto se puede decir que según el estrato

socioeconómico los niños y niñas pertenecientes a estratos más bajos son más vulnerables y se encuentran en más riesgo de ser abusados sexualmente, en relación a niños y niñas de estratos más altos.

Así mismo es importante resaltar que los niños y niñas por su condición de infantes son vulnerables ante el abuso sexual infantil, aunque puede existir mayor grado de vulnerabilidad en unos niños más que en otros.

De igual forma según el desarrollo evolutivo de los niños y niñas se puede establecer que quienes se encuentran entre los 6 a 9 años de edad son más propensos o vulnerables al ASI por lo que su pensamiento es concreto y los de 10 a 13 años se encuentran en un estadio de desarrollo evolutivo superior, por tanto tienen mejores herramientas para defenderse.

Ahora bien de acuerdo a los contextos de relación o ambiente en que los niños y niñas se desarrollan, los de estatus socioeconómico bajo son más vulnerables en los contextos sociales y los niños de estatus socioeconómico alto son vulnerables en los contextos familiares y sociales, sin embargo los niños y niñas de estratos bajos en el contexto social presenta mayor vulnerabilidad y riesgo, que los niños y niñas de estatus altos, según lo encontrado en los resultados de este estudio. En ese mismo orden según el género y también el estatus socioeconómico puede decirse que en los estratos bajos las niñas son más vulnerables en los contextos escolares y los niños de estatus altos y bajos en el contexto

social, a diferencia de las niñas que son más vulnerables en el contexto familiar. Considerando que los niños y niñas de estatus socioeconómico bajo son más vulnerables en los contextos sociales, puede decirse que esto se deba a que los padres tienen una ocupación de oficios varios, que es una labor inestable y que por ende deben estar fuera de casa, esto incide en el aumento de las posibilidades de riesgo de ser abusados.

Al igual otro factor que incide en la vulnerabilidad y riesgo de niños y niñas para ser abusados sexualmente es que en la mayoría son dejados al cuidado de abuelos, tíos, vecinos, niñeras, entre otros y en última instancia los padres como cuidador principal, pese a que los sujetos de estatus socioeconómico alto tengan un empleo estable. Por otra parte no se puede dejar de lado que en los estratos bajos en su mayoría las familias son muy extensas y deben compartir las habitaciones, aumentando el riesgo y vulnerabilidad del ASI.

Por otro lado en el ámbito escolar el estrato 1-2 presenta un mayor riesgo y el estrato 4-5 en menor grado de vulnerabilidad, lo cual indica que para ambos casos la escuela en vez de ser un lugar protector para prevenir el abuso sexual infantil, se convierte en algunos casos, un territorio amenazante y riesgoso, por consiguiente se considera que la mejor forma de mitigar esta problemática que atañe a niños y niñas es enseñándole estrategias para defensa, que abarque desde el conocimiento de su propio cuerpo, reconocimiento de situaciones de riesgo, actitudes de los abusadores, entre otros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso V. J. M., & Horno G. P., (2005). Una experiencia de buena práctica en intervención sobre el abuso sexual infantil. *Save the Children*, 1-75.
- Cantón D. J., & Cortés A. M., (2003). *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil*. Madrid, España: Piramide.
- Coulborn Faller (1988), Understanding child sexual abuse. "La comprensión de abuso sexual infantil. Londres: Sage publications.
- Children (2001). *Abuso Sexual Infantil: Manual de formación para Profesionales*. España. Recuperado de https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/manual_abuso_sexual.pdf
- Childrem, (2004). Una experiencia de buena práctica en intervención sobre el abuso sexual infantil: Advocacy: construcción de redes y formación. Recuperado de http://www.redsabia.org/file.php?file=%2F7%2FAdvocacy-construccion_redes_formacion.pdf
- Echeburúa, E., & Corral, P., (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso. *Cuad Med Forense*, 12(43-44), 75-82.
- Hermida (2007). *Lo Que Todos Y Todas Debemos Saber Sobre El Abuso Sexual Infantil*. Estrategias De Prevención Integral Del Abuso Sexual. Grupo Opciones. Recuperado de http://www.opciones.org/uploads/4/7/6/0/47609577/prevenci%C3%B3n_asi.pdf
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia, Sistema de Información para el análisis de la Violencia y la Accidentalidad en Colombia, Sistema de Información de Clínica y Odontología Forense, Y Sistema de información Nacional

- de Estadísticas (2014). *Indirectas Tasas calculadas con base en las proyecciones de población DANE 2005-2020*. Herramienta para la interpretación, intervención y prevención de lesiones de causa externa en Colombia. Recuperado de: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/1656998/Forensis+Interactivo+2014.24-JULpdf.pdf/9085ad79-d2a9-4c0d-a17b-f845ab96534b>
- Losada , A. V., & Saboya, D., (2013). Abuso sexual infantil, trastornos de la conducta alimentaria y su tratamiento. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 102-134.
- Losada., (2012). Epidemiología del abuso sexual infantil. *GEPU*, 201-229.
- Losada, A.V., et al., (2009). Nuevos Aportes al abuso sexual infantil. Buenos Aires, Argentina. Editorial KRISTAL y Librería S.L.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009), La prevalencia del abuso sexual infantil en muestras comunitarias y estudiantiles: Un meta-análisis. *Clinical Psychology Review* 29 328-338 doi:10.1016/j.cpr.2009.02.007
- Secretaria Distrital de Integración Social., (2015). *Prevención y detección de la violencia sexual en la primera infancia* (2 ed.). Bogota, Colombia: Contacto.
- Vázquez M. B., (2004). Abuso sexual infantil. Evaluación de la credibilidad del testimonio. Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.

EL BULLYING EN ADOLESCENTES ESPAÑOLES: PRÁCTICAS DE GÉNERO Y CONTROL HETERONORMATIVO

María Victoria Carrera Fernández

Profesora Ayudante Doctora
Facultad de Ciencias de la Educación;
Campus de Ourense, Universidad de Vigo,
mavicarrera@uvigo.es

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente el bullying se ha descrito como un subtipo de comportamiento violento que implica una serie de acciones negativas, dirigidas a la dimensión física, psíquica o social, y producidas de forma repetitiva e intencional con el objetivo de dañar a la víctima, que se encuentra en una situación de desventaja física y/o psicológica (Olweus, 2010; Solberg, Olweus & Endresen, 2007). En este contexto, el estudio de los factores que fueron priorizados en el análisis del fenómeno adoptaron una perspectiva de déficit o patología aplicada a la víctima y al agresor/a, y a pesar de que en los últimos años el interés investigador se ha ampliado más allá del binomio agresor/a-víctima (Salmivalli, Lagerspetz, Björkqvist, Österman & Kaukiainen, 1996), reconociendo el carácter procesual y dinámico de los malos tratos entre iguales, fundamentalmente desde el modelo socioecológico (Swearer, Espelage, Vaillancourt & Hymel, 2010), no es menos cierto que el discurso “clásico” del bullying se ha focalizado en una lógica binaria de víctima que debe ser protegida, y agresor/a, que debe ser culpabilizado y

castigado (Ringrose & Renold, 2010). En la línea de una cultura individualista, que responsabiliza exclusivamente a los/las estudiantes tanto de sus logros como de sus fracasos (Lucey & Reay, 2002).

El “poder” en estas investigaciones se ha entendido como un acto deliberado de agresión del agresor/a a la víctima, buscando las causas del problema especialmente en las características individuales, bien sean físicas o psicológicas, tanto del agresor/a como de la víctima, así como de su ambiente familiar (Bansel, Davies, Laws & Linnell 2009) y más recientemente en la dinámica del grupo de iguales (Swearer et al., 2010). Y aunque esta última aproximación socioecológica a los procesos y dinámicas de grupo es más integradora, superando fuertemente la aproximación más tradicional, continúa obviando en mayor o menor medida las dimensiones socioculturales del poder y de la identidad en relación a categorías tales como el género, la sexualidad, la etnia o la clase social (Galloway & Roland, 2004).

Así, en el inicio de la investigación del fenómeno bullying los estudios se centraban casi exclusivamente en el análisis

de la problemática en los chicos, identificados como más implicados como agresores y como víctimas (Olweus, 2010), ignorando el análisis del fenómeno en las chicas y obviando sus problemas en relación al bullying (Gruber & Fineran, 2008), desde lo que podría denominarse una perspectiva de “ceguera de género” (Carrera, DePalma & Lameiras, 2011). En este sentido, el comportamiento menos disruptivo de las chicas fue interpretado como no problemático, reforzando la idea de que ellas no experimentaban situaciones de agresión y victimización en el ámbito escolar (Keddie, 2009). Este período comprendería desde el inicio de la investigación del fenómeno en la década de los 70, hasta aproximadamente los 90, cuando se identifica y empieza a prestarse atención a la “agresión relacional” (Crick & Grotpeter, 1995). Y es así, con la visibilización de la agresión relacional, como se inicia una nueva aproximación al estudio del bullying, en la que se pone de manifiesto que no solo hay diferencias cuantitativas en función del género, sino especialmente cualitativas, de modo que los chicos se implican más en situaciones de agresión directa, a través de abuso verbal directo y agresión física, mientras que las chicas se involucran más significativamente en situaciones de agresión relacional o social (Giles & Heyman, 2005).

No obstante, a pesar de que los trabajos realizados en esta línea presentan resultados relevantes en relación al bullying y a la variable género, no analizan ni explican cómo el proceso de socialización diferencial de género de la cultura patriarcal da lugar a esas

“expresiones de género”. En otras palabras, analizan el género como una categoría biológica individual en un contexto social inmediato, como es la escuela (Carrera et al., 2011), pero no profundizan en los mecanismos a través de los cuales la cultura patriarcal estaría explicando tales diferencias (Felix & Greif-Green, 2010; Underwood & Rosen, 2011).

Superando esta tradición biologicista/esencialista, la perspectiva constructivista analiza el género como categoría social construida, negando el predeterminismo del sexo biológico y otorgando una especial importancia en la construcción diferencial de la identidad de género a los agentes de socialización, tales como la familia, los iguales, la escuela o los medios de comunicación, a los que Teresa de Lauretis (1987) denominó “tecnologías del género”. En la última década, dentro de esta perspectiva constructivista, se han desarrollado algunos trabajos sobre el bullying que indican específicamente que la relación entre bullying y género no es el sexo como condición biológica, sino el género como construcción social, a través de los estereotipos de feminidad y masculinidad tradicional, que incrementan la identificación de los chicos con el estereotipo tradicional de masculinidad dominante -la instrumentalidad- y, en consecuencia, su mayor implicación en las conductas de agresión en los centros escolares.

Desde esta perspectiva de análisis destacan los trabajos pioneros de Young y Sweeting (2004), Gini y Pozzoli (2006) o Carrera (2010) en el análisis de las relaciones entre estereotipos de género asociados a la personalidad, concretamente

la instrumentalidad y la expresividad, y la participación como víctima o agresor/la en situaciones de bullying. Poniendo de manifiesto como la instrumentalidad se relaciona con la agresión y la expresividad, especialmente en los chicos, con la victimización. En esta línea, otros trabajos como el de DeSouza y Ribeiro (2005) o el de Carrera, Lameiras y Rodríguez (2016) evidencian además como el alumnado más sexista y que expresa actitudes más negativas hacia homosexualidad es también el más implicado en la agresión.

En esta línea, el objetivo de este trabajo -que se ha publicado en otra versión más ampliada en la revista *Journal of Interpersonal Violence* (Carrera, Lameiras, Rodríguez & Vallejo, 2013)- 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.

METODOLOGÍA

Participantes

La muestra, representativa a nivel nacional, está formada por 1.500 adolescentes españoles de Educación Secundaria Obligatoria (49.3% chicas y 50.7% chicos, con una media de edad de 14.19 años y un rango de 12 a 18). Escolarizados en 44 centros de Educación Secundaria, 20 de titularidad privada/concertada y 24 de titularidad pública.

Instrumentos

Para el desarrollo de este estudio se utilizó un cuestionario elaborado *ad-hoc*. Formado por las siguientes escalas: i)

Escala de *bullying*: diseñada para el estudio, adaptada de las versiones del Defensor del Pueblo-UNICEF (2007), y de Díaz-Aguado, Martínez y Martín (2004). Formada por 15 ítems que incluyeron diferentes tipos de maltrato: exclusión social, maltrato verbal, maltrato físico directo e indirecto, amenazas y acoso sexual (α : .97); ii) Escala de *actitudes hacia el bullying* (Rigby, 1997): Formada por 10 ítems que miden las actitudes hacia las víctimas del acoso escolar (α : .79); iii) Escala de *rasgos de personalidad expresivos* (Barak y Stern, 1986): Formada por 10 ítems (α : .86); iv) Escala de rasgos de personalidad instrumentales (Barak y Stern, 1986): Formada por 10 ítems (α : .81); v) Escala de Sexismo Ambivalente, versión corta (Glick y Fiske, 1996): Formada por 12 ítems que miden Sexismo hostil (α : .77). y Sexismo benevolente (α : .71); vi) Escala de actitudes hacia lesbianas y homosexuales (adaptada de Herek, 1988): Formada por 6 ítems que miden homofobia (α : .71) y lesbofobia (α : .78).

Procedimiento

Se llevó a cabo un estudio de tipo correlacional a través de encuesta por muestreo y de carácter transversal. La muestra se diseñó proporcionalmente al universo considerando como estratos: grandes áreas (como agregados convencionales geográficos de varias comunidades autónomas), el tamaño poblacional de los municipios, el ciclo de la ESO, la titularidad pública o privada de los centros y el género. Una vez seleccionados los centros educativos se remitió al director/a del centro una carta solicitando su colaboración y explicando el estudio.

Posteriormente se contactó telefónicamente con los centros y se confirmó su participación. Los cuestionarios se aplicaron en horario lectivo durante los meses de abril y mayo de 2008. Fueron individuales y anónimos, auto-administrados con asistencia por consulta voluntaria individual a los/as investigadores/as, a partir de unas indicaciones iniciales, en un aula seleccionada para ello y en ausencia del colectivo docente, disponiendo el alumnado de aproximadamente una hora para cumplimentarlos.

Análisis de datos

Las diferencias por sexo fueron analizadas para todas las variables incluidas en el estudio. Con el objetivo de explorar los patrones relacionales entre las distintas variables se calculó la matriz las correlaciones de Pearson. De las correlaciones obtenidas, sólo las que correlacionaron significativamente con las actitudes positivas hacia el bullying y con la conducta de maltrato entre iguales fueron consideradas en el modelo de ecuaciones estructurales. Este modelo se realizó, debido a las diferencias observadas entre sexos, separadamente para chicos y chicas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se observa que los chicos son significativamente más sexistas hostiles, más instrumentales y menos expresivos, y que expresan actitudes significativamente más negativas hacia los gays y las lesbianas. Asimismo, se comprueba que ellos ejercen más significativamente la

agresión y tienen actitudes más favorables hacia el bullying (ver tabla 1).

Asimismo, las ecuaciones estructurales dan lugar a dos modelos similares para ambos sexos. Así en el caso de los *chicos*, el sexismo benevolente, conjuntamente con las actitudes más positivas hacia gays, mediados por unos rasgos de género más expresivos, predicen unas actitudes más negativas hacia el bullying. Mientras que se identifica un patrón inverso donde el sexismo hostil, mediado por unos rasgos de género instrumentales, predicen unas actitudes más favorables hacia el bullying (ver figura 1).

Por lo que respecta a las chicas, el sexismo benevolente, mediado por unos rasgos de género más expresivos, predicen unas actitudes más negativas hacia el bullying; mientras que, al igual que en los chicos, el sexismo hostil, mediado por unos rasgos de género instrumentales, predice unas actitudes más favorables hacia el bullying (ver figura 2). 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.

Estos resultados ponen de relieve, en la línea de la tradición investigadora, que los/as adolescentes que se definen con rasgos instrumentales (rasgos tradicionalmente considerados como masculinos) (Gini & Pozzoli, 2006; Young & Sweeting, 2004), y manifiestan actitudes sexistas hostiles y homófobas más elevadas son los que más agreden a sus compañeros y compañeras y los que expresan actitudes

más favorables hacia el fenómeno del maltrato (Carrera, 2010; DeSouza & Ribeiro, 2005). Por ello, podemos afirmar que el bullying es una práctica de otredad en la que se marca la diferencia entre lo normal (“yo”) y lo anormal (“los otros/as”); y más concretamente una práctica de otredad de género, consistente en reproducir y “demostrar” la propia identidad de género “hegemónica” y excluir y/o agredir a los/as iguales que no conforman el género de una forma “inteligible” (Carrera, Lameiras, Cid, Rodríguez y Alonso, 2015). En esta línea, ser diferente en cualquier sentido, en una sociedad misógina, heteronormativa y xenófoba podría constituir un potente factor de riesgo para colocarse en el punto de mira.

En base a las anteriores premisas, este trabajo pone de relieve la problemática diferenciación entre *bullying* y *bullying homofóbico* o incluso *bullying sexual* (en la misma línea que *bullying* versus *bullying racista*, tal y como denuncia el trabajo de Loach & Bloor, 1995). Pues la homofobia constituye un factor de riesgo para involucrarse como agresor/a en cualquier situación de maltrato en el aula y no sólo en aquellos episodios que son directamente incluidos en lo que se ha denominado “*bullying homofóbico*”. Reconocer esta premisa, implica también visibilizar la dura realidad de la homofobia y el sexismo en el aula y en el contexto social más amplio. No hacerlo podría constituir una estrategia (consciente o inconsciente) de las instituciones escolares de “reconocer el hecho de que el conflicto sucede en el interior sin tener que reconocer el significado del conflicto” (Loach & Bloor,

1995, p.18), centrándose sólo en los síntomas y no en las causas del conflicto.

Estos hallazgos ponen de relieve que es necesaria y urgente una práctica educativa de prevención del bullying que permita transitar del *status quo al status queer* y tenga en cuenta la crucialidad del género. Esta práctica educativa debe orientarse a: i) Desarrollar la inteligencia emocional del alumnado, promocionando rasgos y roles expresivos para todos y todas; ii) destacar el carácter construido de los estereotipos y roles de género; iii) promocionar actitudes igualitarias hacia ambos género; y iv) fomentar actitudes positivas hacia la diversidad sexual (Carrera, 2013).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bansel, P., Davies, B., Laws, C. & Linnell, S. (2009). Bullies, bullying and power in the contexts of schooling. *British Journal of Sociology of Education*, 30, 59-69.
- Barak, S. & Stern, B. (1986). Sex-linked trait indexes among baby-boomers and pre-boomers. A research note. In R. Lutz (Ed.), *Advancements in consumer research* (pp. 53-68). Provo: Association for Consumer Research.
- Carrera, M.V., Lameiras, M. & Rodríguez, Y. (2016). Performing intelligible genders through violence:bullying as gender practice and heteronormative control. *Gender and Education, OnlineFirst*. DOI: 10.1080/09540253.2016.1203884
- Carrera, M.V., Lameiras, M., Cid, X.M., Rodríguez, Y. & Alonso, P. (2015) De las tecnologías del género a las tecnologías de la subversión: Un desafío pedagógico para la Educación Social. *Revista de Educación Social*, 21, 8-27.

- Carrera, M.V. (2010). Maltrato entre iguales en Educación Secundaria Obligatoria: Prácticas de género y control heteronormativo. *Tesis doctoral no publicada*. Universidad de Vigo, Facultad de Ciencias de la Educación de Ourense.
- Carrera, M.V. (2013). Educando Queer: el educador/a social como agente de subversión de género en la escuela. *Revista Iberoamericana de Educación*, 61 (2), 2-12.
- Carrera, M.V., DePalma, R. & Lameiras, M. (2011). Toward a more comprehensive understanding of bullying in school settings. *Educational Psychology Review*, 23, 479-499.
- Carrera, M.V., Lameiras, M., Rodríguez, Y. & Vallejo, P. (2013). Bullying among Spanish Secondary Education Students: The role of gender traits, sexism and homophobia. *Journal of Interpersonal Violence*, 28, 2915-2940.
- Crick, N.R. & Grotpeter, J.K. (1995). Relational aggression, gender and social-psychopathological adjustment. *Child Development*, 66, 710-722.
- De Souza, E.R. & Ribeiro, J. (2005). Bullying and sexual harassment among Brazilian high school students. *Journal of Intepersonal Violence*, 20(9), 1018-1038.
- Defensor del Pueblo-UNICEF (2000). *Violencia escolar. El maltrato entre iguales en la Educación Secundaria Obligatoria*. Madrid: Autor.
- Díaz-Aguado, M.J., Martínez, R. & Martín, J. (2004). *La violencia entre iguales en la escuela y en el ocio. Estudios comparativos e instrumentos de evaluación*. Madrid: Instituto de la Juventud.
- Felix, E.D. & Greif-Green, J. (2010). Popular girls and brawny boys: the role of gender in bullying and victimization experiences. En S.R. Jimerson, S.M. Swearer e D.L. Espelage (Eds.), *Handbook of bullying in schools. An international perspective* (pp. 173-186). New York & London: Routledge.
- Galloway, D.M. & Roland, E. (2004). Is the direct approach to reducing bullying always best? En P.K. Smith, D. Pepler y K. Rigby (Eds.), *Bullying in Schools: How Successful can Interventions be* (pp. 37-53). Cambridge: Cambridge University Press.
- Giles, J.W. e Heyman G.D. (2005). Young children's beliefs about the relationship between gender and aggressive behavior. *Child Development*, 76, 107-121.
- Gini, G. & Pozzoli, T. (2006). The role of masculinity in children's bullying. *Sex Roles*, 54, 585-588.
- Glick, P. & Fiske, S.T. (1996). The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 491-512.
- Gruber, J.E. & Fineran, S. (2008). Comparing the Impact of Bullying and Sexual Harassment Victimization on the Mental and Physical Health of Adolescents. *Sex Roles*, 59, 1-13.
- Herek, G.M. (1988). Heterosexuals' attitudes toward lesbians and gay men. Correlates of gender differences. *Journal of Sex Research*, 25, 461-477.
- Keddie, A. (2009). Some of those girls can be real drama queens: issues of gender, sexual harassment and schooling. *Sex Education*, 9(1), 1-16.
- Lauretis, T. (1987). *Technologies of Gender: essays in theory, film, and fiction*. Bloomington: Indiana University Press.
- Loach, B. & Bloor, C. (1995) Dropping the bully to find the racist. *Multicultural Teaching*, 13(2), 18-20.
- Lucey, H. & Reay, D. (2002). Carrying the beacon of excellence: pupil performance,

- gender and social class. *Journal of Education Policy*, 17(3), 321–336.
- Olweus, D. (2010). Understanding and researching bullying. Some critical issues. En S. R. Jimerson, S. M. Swearer, y D. L. Espelage (Eds.), *Handbook of bullying in schools. An international perspective* (pp. 9–33). New York: Routledge.
- Rigby, K. (1997). *Bullying in schools and what to do about it*. London: Jessica Kingsley.
- Ringrose, J. & Renold, R. (2010). Normative cruelties and gender deviants: the performative effects of bully discourses for girls and boys in school. *British Educational Research Journal*, 36(4), 573–596.
- Salmivalli, C., Lagerspetz, K., Björkqvist, K., Österman, K. e Kaukiainen, A. (1996). Bullying as a group process: Participant roles and their relations to social status within the group. *Aggressive Behavior*, 22, 1–15.
- Solberg, M.E., Olweus, D. & Endresen, I.M. (2007). Bullies and victims at school: Are they the same pupils? *British Journal of Educational Psychology*, 77, 441–464.
- Swearer, S.M., Espelage, D.L., Vaillancourt, T., e Hymel, S. (2010). What can be done about school bullying?: Linking research to educational practice. *Educational Researcher*, 39, 38–47.
- Underwood, M. K., & Rosen, L. H. (2011). Gender and bullying: Moving beyond mean differences to consider conceptions of bullying, processes by which bullying unfolds and cyberbullying. En D. L. Espelage & S. M. Swearer (Eds.), *Bullying in North American schools* (2nd ed., pp. 13–24). Oxon: Erlbaum.
- Young, R. & Sweeting, H. (2004). Adolescent bullying, relationships, psychological well-being and gender-atypical behaviour: A gender diagnostic approach. *Sex Roles*, 50, 525–537

Tabla 1. Diferencias por sexo en las subescalas evaluadas

	Sexo	Media (SD)	Diferencias
Sexismo Hostil	Chica	2.68 (1.00)	$t(1427) = 17.07, p < .01$
	Chico	3.62 (1.07)	
Sexismo Benevolente	Chica	3.94 (1.06)	$t(1432) = 1.04, p = .29$
	Chico	3.99 (0.98)	
Expresividad	Chica	5.65 (1.00)	$t(1435) = 14.73, p < .01$
	Chico	4.80 (1.17)	
Instrumentalidad	Chica	3.88 (1.17)	$t(1427) = 6.87, p < .01$
	Chico	4.33 (1.28)	
Actitudes hacia el bullying	Chica	1.46 (0.32)	$t(1409) = 17.07, p < .01$
	Chico	1.58 (0.34)	
Agresión	Chica	1.19 (0.22)	$t(1442) = 5.00, p < .01$
	Chico	1.28 (0.43)	
Act. Gays	Chica	1.75 (0.99)	$t(1469) = 15.42, p < .01$
	Chico	2.69 (1.33)	
Act. Lesb	Chica	1.67 (0.90)	$t(1455) = 8.08, p < .01$
	Chico	2.08 (1.05)	

Figura 1. Modelo de Ecuación Estructural para los chicos

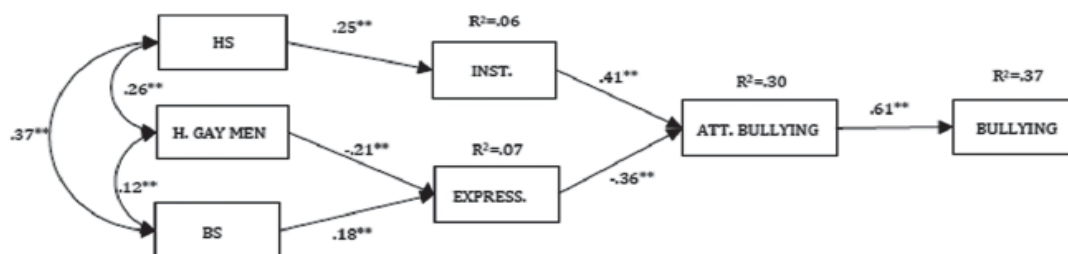
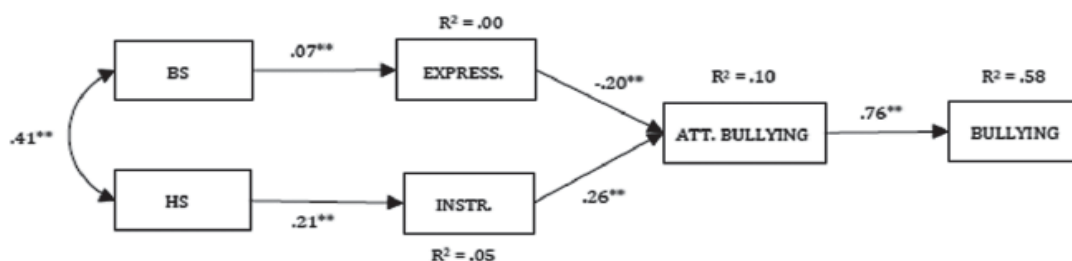


Figura 2. Modelo de Ecuación Estructural para las chicas



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.
vmcesnik@gmail.com

INTRODUÇÃO

A prática profissional e a literatura científica (Olsson, Berglund, Larsson, & Athlin, 2012; Quinn, Happell, & Welch, 2013) indicam que existe insegurança e desconforto dos profissionais da saúde em lidar com questões de sexualidade no ambiente hospitalar. Esse fenômeno pode ser consequência da capacitação profissional insuficiente para lidar com questões de sexualidade do paciente e indica que é importante o aperfeiçoamento profissional nesta área. As instituições formadoras precisam se comprometer a capacitar o aluno nessa temática, assim como as instituições hospitalares devem comprometer-se na qualificação dos seus profissionais de saúde já formados (Brêtas, Ohara, & Querino, 2008; Yıldız & Dereli, 2012).

Estudos mostram que a oferta de conhecimentos em sexualidade humana nos currículos da área de enfermagem é insuficiente para atender as atuais demandas variadas dos pacientes (Astbury-Ward, 2011; Brás, Azeredo, Nobre, & Silva, 2009; Sehnem, Ressel, Junges, Silva, & Barreto, 2013). Estudos que avaliaram profissionais de enfermagem antes e depois de uma capacitação na área da sexualidade relataram melhora significativa e

duradoura de aspectos como conhecimento, atitude e conforto em lidar com questões sexuais do paciente após o programa educacional recebido (Fronek, Kendall, Booth, Eugarde, & Geraghty, 2011; Higgins et al., 2012). Isso indica a importância de preparar capacitações sobre sexualidade que contenham informações suficientes para cobrir as lacunas de competência nesta temática.

A área de Treinamento, Desenvolvimento e Educação (TD&E) da Psicologia Organizacional e do Trabalho envolve o estudo de ações que visam criar oportunidades de aprendizagem, cujo objetivo é obter melhorias no desempenho dos trabalhadores (Borges-Andrade, 2002). Programas de TD&E se constituem como ferramentas importantes para as organizações, de maneira que, quando bem planejados e executados, possibilitam a difusão de novas competências (Meneses, Zerbini, & Abbad, 2010).

O processo de Avaliação de Necessidades de Treinamento (ANT) é um método sistematizado de identificar problemas de desempenho causados por lacunas de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes), cujas soluções são ações educacionais. Problemas relacionados a condições de trabalho e motivação não se

constituem em necessidades de treinamento, de forma que precisam ser analisados visando outras soluções (Meneses & Zerbini, 2009). Atualmente muitas organizações realizam seus processos de capacitação por meio de catálogos prontos, não identificando as competências específicas que os funcionários precisam aprimorar. Por isso a área de ANT torna-se tão importante, pois esta oferece parâmetros para o planejamento e execução de uma ação educacional adequada a partir da indicação de prioridades a serem treinadas. Assim, os treinamentos ofertados são focados nas necessidades reais dos trabalhadores, poupando investimentos desnecessários para a organização (Iqbal & Khan, 2011; Meneses & Zerbini, 2009).

Diante do proposto, as orientações teóricas e metodológicas do subsistema de ANT mostram-se adequadas para identificar competências relacionadas à sexualidade que fazem parte do trabalho dos profissionais de enfermagem no contexto hospitalar e em qual delas esses profissionais necessitam de aprimoramento. O objetivo deste capítulo é a elaboração de um instrumento de avaliação de necessidades de treinamento de profissionais de enfermagem na área da sexualidade (NTES).

METODOLOGIA

Este é um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, cujo objetivo foi elaborar um instrumento de avaliação de necessidades de treinamento de profissionais de enfermagem na área da sexualidade (NTES). O projeto foi aprovado

pelo Comitê de Ética em Pesquisa e foi requerida a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde (2012). O estudo foi realizado em um Hospital de Ensino de elevada complexidade no Brasil, caracterizado como hospital de assistência terciária no modelo do Sistema Único de Saúde (SUS).

Instrumento

Foi construído o instrumento intitulado “avaliação de necessidades de treinamento de profissionais de enfermagem na área da sexualidade” (NTES) com o objetivo de medir as lacunas de conhecimentos, habilidades e atitudes que os profissionais de enfermagem têm na área da sexualidade no contexto hospitalar. Os itens do instrumento são competências mencionadas pelos profissionais participantes do estudo como parte de sua prática profissional hospitalar na área da sexualidade. Competências que apresentam pontuação alta de importância e pontuação baixa de domínio são consideradas necessidades de treinamento prioritárias segundo metodologia do Método do Papel Ocupacional de Borges-Andrade e Lima (1983).

A construção dos itens foi realizada seguindo orientações psicométricas de Pasquali (1998) em três fases: 1) Construção do conteúdo a partir de critérios psicométricos: Critério comportamental; de objetividade ou de desejabilidade; da simplicidade; da clareza; da relevância; da precisão; da variedade; da modalidade; da tipicidade; da credibilidade; da amplitude;

do equilíbrio; 2) Validação semântica; 3) Validação por juízes.

Construção do conteúdo dos itens. Para construção do instrumento de avaliação de necessidades de treinamento de profissionais de enfermagem na área da sexualidade (NTES), a escolha dos participantes se deu de forma a ter uma variedade dos seguintes critérios: 1) sexo; 2) contextos (faixa etária de pacientes, especialidade dos departamentos); 3) cargo ou função (auxiliar de enfermagem, enfermeiro e enfermeiro-chefe). O número de 20 participantes se deu pelo critério de saturação da amostra: a coleta foi interrompida quando as competências listadas pelos profissionais tornaram-se repetitivas em relação àquelas relativas às entrevistas anteriores. Os participantes desta fase da pesquisa são em sua maioria do sexo feminino, com idade média de 35 anos, tempo de profissão média de 16 anos e tempo de trabalho na função atual oito anos. A maior parte trabalha na enfermagem do hospital, no cargo de enfermeiro e possui ensino superior em enfermagem.

Para coleta de dados foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas e registro simultâneo de informações, com duração média de 30 minutos. Nestas entrevistas foi apresentada a tarefa para o participante descrever as atividades (competências) necessárias ao atendimento eficaz dos pacientes em relação às questões ligadas à sexualidade. Para análise dos dados foram incluídas todas as competências listadas nas entrevistas e que são relacionadas à sexualidade. Quando houve mais de uma maneira de se descrever a atividade mencionada, optou-se pelo formato mais frequente entre os

participantes, considerando as orientações psicométricas de Pasquali (1998). Após a construção da lista de competências, o instrumento foi alvo de um processo de Validação Semântica.

Validação semântica do instrumento. De acordo com Pasquali (1998), a validação semântica tem como principal finalidade aferir se os conteúdos de um instrumento de pesquisa são inteligíveis para os membros da população à qual ele se destina. O objetivo é apresentar o instrumento a indivíduos de uma amostra, buscando saber se itens, categorias e instruções são compreensíveis. Seguindo essas orientações, atentou-se para que profissionais dos mais variados níveis de escolaridade participassem. Além disso, procurou-se tanto profissionais que trabalham em ambulatórios como aqueles que trabalham em enfermagem, independente do departamento em que trabalha. A amostra final de profissionais foi feita por conveniência e o número de seis participantes se deu pelo critério de saturação da amostra: a coleta foi interrompida quando as alterações no instrumento sugeridas pelos profissionais tornaram-se repetitivas em relação àquelas relativas às entrevistas anteriores. A maioria dos participantes desta fase é do sexo feminino, idade média 39 anos, tempo de profissão de 15 anos e tempo de trabalho na função de 10 anos. Metade da amostra é auxiliar de enfermagem e metade tem o cargo de enfermeiro. Foram realizadas entrevistas individuais estruturadas e registro simultâneo de informações, com duração média de 20 minutos. Nestas entrevistas foi apresentada a tarefa para o participante avaliar se o item apresenta

clareza, se está redigido corretamente, e se gostaria de fazer alguma sugestão para alteração. As sugestões dos participantes foram acatadas integralmente e quando houve mais de uma sugestão para o mesmo item optou-se pelo formato mais frequente

Validação por juízes do instrumento. Segundo Pasquali (1998) esta análise pode ser chamada de análise de conteúdo ou análise de construto, que tem por objetivo verificar a adequação da representação comportamental do(s) atributo(s) latente(s). Esta fase da pesquisa foi realizada por profissionais especialistas diferentes das amostras anteriores. A tarefa foi avaliar a clareza da redação dos itens e das instruções da escala, bem como analisar se os itens são suficientes (necessidade de incluir ou excluir itens). Para isso, o questionário foi enviado por e-mail para oito especialistas dentre as áreas de

enfermagem, sexualidade, psicologia da saúde e psicologia organizacional e do trabalho. Cinco especialistas retornaram parecer sobre o instrumento. As sugestões dos juízes foram acatadas integralmente.

Vale ressaltar que esses passos não são suficientes para garantir evidências de validade do instrumento. Após essas fases o questionário deve ser aplicado em amostra abrangente e testado em busca de evidência de validade estatística.

Resultados

A Tabela 1 mostra a lista das competências construídas a partir das entrevistas presenciais bem como as modificações realizadas neste instrumento em cada uma das fases descritas (validação semântica e validação por juízes).

Tabela 1
Mudanças nos itens do NTES

Item	Mudanças na Validação Semântica	Mudanças na Validação por Juízes
1 Explicar conseqüências da doença e do tratamento na vida sexual do paciente.	1 Explicar ao paciente as conseqüências da doença e do tratamento na sua vida sexual.	1 -
2 Explicar para o parceiro sexual as dificuldades relacionadas à sexualidade do paciente, conseqüentes da doença e tratamento.	2 Explicar para o parceiro sexual do paciente as dificuldades relacionadas à sexualidade do paciente, conseqüentes da doença e tratamento.	2 -
3 Explicar que não existe relação entre vasectomia e impotência sexual.	3 -	3 -
4 Explicar que não existe risco de frigidez ao fazer a laqueadura.	4 Explicar que não existe risco de perda do desejo sexual ao fazer a laqueadura.	4 -
5 Explicar sobre sintomas, formas de contágio, formas de prevenção e tratamentos de DST.	5 -	5 Explicar ao paciente sobre sintomas, formas de contágio, formas de prevenção e tratamentos

Item	Mudanças na Validação Semântica	Mudanças na Validação por Juizes de DST.
6	Orientar uso de preservativos para prevenção de DST e infecções em casos de baixa imunidade.	Orientar o paciente sobre o uso de preservativos para prevenção de DST e de infecções em casos de baixa imunidade.
7	Orientar sobre os riscos de múltiplos parceiros sexuais para pacientes portadores de DST.	Orientar pacientes portadores de DST sobre os riscos de ter relações sexuais sem proteção.
8	Explicar sobre métodos anticoncepcionais existentes.	Explicar ao paciente sobre métodos anticoncepcionais existentes e procedimentos de utilização.
9	Indicar a melhor opção de anticoncepcional para cada caso.	Orientar utilização do método anticoncepcional escolhido.
		Avaliar a melhor opção de anticoncepcional para cada caso.
10	Demonstrar como utilizar preservativos femininos e masculinos.	Demonstrar como utilizar preservativos femininos e masculinos aos pacientes.
11	Preservar privacidade antes durante os procedimentos que envolvem exposição do corpo e/ou toque.	
12	Explicar detalhadamente os procedimentos a serem realizados quando envolver toque ou exposição de partes íntimas.	Explicar detalhadamente os procedimentos a serem realizados quando envolver toque ou exposição de partes íntimas do paciente.
13	Evitar comentários desnecessários durante exposição do corpo do paciente.	
14	Inspecionar presença de lesões e assaduras nas áreas genitais.	Inspecionar a presença de lesões e assaduras nas áreas genitais do paciente.
		Avaliar o tipo de lesão existente nas áreas genitais.
15	Orientar pacientes sobre higiene corporal e íntima.	

Item	Mudanças na Validação Semântica	Mudanças na Validação por Juízes			
16	Estar atento ao posicionamento do órgão genital na sondagem vesical de demora.	16	Estar atento ao posicionamento do órgão genital na realização da sondagem vesical de demora e na fixação.	16	item excluído
17	Interromper tentativas de assedio sexual do paciente ao profissional de enfermagem durante o banho ou outro procedimento.	17	-	17	-
18	Lidar com a ereção do paciente durante o banho ou outro procedimento.	18	-	18	-
19	Orientar pacientes sobre repouso sexual pós-cirúrgico.	19	-	19	-
20	Orientar uso de lubrificante íntimo para mulheres com secura vaginal.	20	Orientar uso de lubrificante íntimo para mulheres com secura vaginal conforme orientação médica.	20	-
21	Explicar sobre a injeção de lubrificante íntimo na vagina na preparação de exames pélvicos.	21	-	21	item excluído
22	Discutir em equipe melhores condutas em relação às situações ocorridas no hospital envolvendo a sexualidade dos pacientes.	22	-	22	-
23	Encaminhar o paciente para o médico quando as dúvidas sobre sexualidade forem mais complexas.	23	-	23	-
24	Encaminhar paciente para psicólogos em casos de problemas de relacionamento amoroso/sexual decorrentes da doença ou tratamento.	24	Encaminhar paciente e parceiro sexual para psicólogos em casos de problemas de relacionamento amoroso/sexual decorrentes da doença ou tratamento.	24	Encaminhar o paciente e/ou o parceiro sexual para psicólogos em casos de problemas de relacionamento amoroso/sexual decorrentes da doença ou tratamento.
25	Orientar paciente a preservar a privacidade e respeitar os colegas de quarto ao se masturbar.	25	-	25	Orientar paciente a preservar a privacidade ao se masturbar.

Item	Mudanças na Validação Semântica	Mudanças na Validação por Juízes
26 Orientar pacientes, acompanhantes e familiares sobre proibição em ter relações sexuais dentro do hospital (enfermaria ou outro local).	26 -	26 -
27 Evitar críticas aos hábitos e opções sexuais do paciente.	27 -	27 -
28 Explicar aos pacientes crianças e adolescentes sobre o significado de sexualidade.	28 -	28 Explicar ao paciente criança ou adolescente sobre o significado de sexualidade.
29 Ouvir queixas e/ou relatos dos pacientes quanto a sua opção sexual.	29 -	29 -
30 Trabalhar junto à equipe interdisciplinar sobre formas de abordar o adolescente em relação à sexualidade.	30 -	30 Discutir junto à equipe interdisciplinar, formas de abordar o adolescente em relação à sexualidade.
31 Construir uma relação empática com o paciente para deixá-lo mais a vontade em falar de questões de sexualidade.	31 Construir uma relação confiável com o paciente para deixá-lo mais a vontade em falar de questões de sexualidade.	31 Construir uma relação confiável com o paciente para deixá-lo à vontade para falar de questões de sexualidade.
- -	- -	32 item incluído - Verificar se o paciente faz uso de alguma medicação que possa ter efeitos colaterais que interferem na sexualidade.
- -	- -	33 item incluído - Verificar se o paciente tem comprometimento psiquiátrico que possa explicar a hipersexualização.
- -	- -	34 item incluído - Orientar a família quanto à sexualidade de paciente que não responde pela sua sexualidade (crianças ou pacientes com necessidades especiais).

CONCLUSÃO

Na validação semântica pode observar tipos específicos de mudança nos itens. Os itens 1, 2, 7 e 16 permaneceram com o mesmo conteúdo e a mudança foi na inversão da frase. Os itens 4 e 31 apresentaram mudanças relacionadas a termos que não estavam claros para os participantes (frigidez e relação empática). Os itens 9 e 14 foram divididos em duas competências distintas. Do item 6 foi retirada palavra desnecessária na visão dos participantes. Por fim, nos itens 8, 20 e 24 foram adicionados termos a fim de serem mais fiéis à prática profissional dos participantes.

As sugestões dos juízes também mostram tipos específicos de mudança nos itens. Nos itens 5, 6, 10, 12, 14a e 14b foi adicionado o sujeito que recebe a intervenção (paciente). Nos itens 9b e 30 foram mudados os verbos de ação da competência para adequar melhor à realidade da categoria. Nos itens 24 e 31 foi adicionado e retirado respectivamente conjunções. No item 28 foi mantido o conteúdo e passado para o singular. As demais modificações desta fase serão explicadas mais detalhadamente por envolverem maiores mudanças no conteúdo dos itens.

O item 7 “Orientar pacientes portadores de DST sobre os riscos de ter muitos parceiros sexuais” foi modificado para “Orientar pacientes portadores de DST sobre os riscos de ter relações sexuais sem proteção” por indicação de um juiz que mencionou que os riscos relacionados à DST não estão diretamente ligados ao número de parceiros e sim a não utilização

de proteção contra elas (preservativo para penetração e outros meios de proteção para sexo oral).

O item 16 “Estar atento ao posicionamento do órgão genital na realização da sondagem vesical de demora e na fixação” foi excluído por sugestão de juiz, pois segundo o especialista, o posicionamento do órgão genital só seria importante caso houvesse ereção peniana e, conseqüentemente estaria contemplado no item 18 “Lidar com a ereção do paciente durante o banho ou outro procedimento”. O item 21 “Explicar sobre a injeção de lubrificante íntimo na vagina na preparação de exames pélvicos” foi excluído por estar contemplado no item 12 “Explicar detalhadamente os procedimentos a serem realizados quando envolver toque ou exposição de partes íntimas do paciente”.

No item 25 “Orientar paciente a preservar a privacidade e respeitar os colegas de quarto ao se masturbar” existiam dois verbos de ação (preservar a privacidade e respeitar os colegas). Apenas o primeiro foi mantido, pois foi considerado um verbo de ação observável e sem ambiguidades. O termo “respeitar os colegas” pode ser diferente para cada pessoa enquanto que “preservar a privacidade” é mais claro e preciso quanto ao que se espera da pessoa.

Os itens 32 “Verificar se o paciente faz uso de alguma medicação que possa ter efeitos colaterais que interferem na sexualidade”, 33 “Verificar se o paciente tem comprometimento psiquiátrico que possa explicar a hipersexualização” e 34 “Orientar a família quanto à sexualidade de paciente que não responde pela sua

sexualidade (crianças ou pacientes com necessidades especiais)” foram sugeridos para inclusão por um dos peritos a fim de complementar as competências dos profissionais de enfermagem ligadas à sexualidade. Vale ressaltar que foi sugerida também uma modificação da ordem dos itens, buscando apresentar inicialmente competências com foco no paciente para depois seguirem competências ligadas a outros sujeitos do contexto hospitalar.

Após estes procedimentos o instrumento ficou pronto para aplicação em amostras de profissionais de enfermagem e a fim de passar por testes para identificar evidências de validade estatística e de conteúdo. O instrumento NTES para aplicação pode ser encontrado no Apêndice.

Discussão e considerações finais

A consulta das competências listadas na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO, Ministério do Trabalho e Emprego, 2014) para os profissionais de enfermagem a fim de realizar a comparação dos resultados deste estudo com os registros oficiais foi realizada e nenhuma competência relacionada à sexualidade foi encontrada ligada aos profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem). Buscando competências no sistema da CBO nota-se que há uma ausência de atividades ligadas à sexualidade vinculadas a profissões de enfermagem bem como a outras categorias da saúde. Pode-se perceber que a sexualidade está sendo negligenciada oficialmente não apenas em relação à profissão de enfermagem, como indicam

estudos (Astbury-Ward, 2011; Santos & Campos, 2008), mas também em outros níveis relacionados à saúde e qualidade de vida. Esses achados abrem espaço para maiores discussões sobre o papel dos profissionais de saúde no atendimento aos pacientes no contexto hospitalar em relação às questões de sexualidade.

É importante discutir a comparação com os registros oficiais, pois as transformações nas práticas, inclusão de programas de educação continuada, entre outros são baseadas nesses documentos vigentes. Logo, cabe ressaltar a importância de que mais pesquisas na área de identificação das competências vinculadas aos profissionais de saúde sejam realizadas e, principalmente, que esses resultados sejam utilizados para atualização dos documentos oficiais. O objetivo da construção do NTES é instrumentar os hospitais para identificação das necessidades de treinamento dos profissionais de enfermagem baseado na experiência e rotina de seus profissionais. Após sua aplicação, responsáveis pelo desenvolvimento dos profissionais devem buscar ações educacionais para auxiliar essa categoria a desempenhar um trabalho ainda mais completo, integrando a sexualidade no contexto de cuidado ao paciente.

Apesar de o mapeamento realizado ser apenas de uma organização hospitalar (o que pode dificultar a generalização dos dados), este é um hospital com muitas áreas de atuação (ambulatório, enfermaria, cirurgia, atendimento de bebês até idosos) e deste modo, as discussões realizadas a partir deste trabalho podem contribuir para gerar melhorias na área da saúde em

diversos contextos. Como agenda de pesquisa, a aplicação do NTES em diversas populações faz-se necessária para que sejam evidenciadas a validade, confiabilidade e fidedignidade dos itens. Além disso, sugere-se a criação de instrumentos semelhantes para as outras categorias profissionais.

REFERÊNCIAS

- Astbury-Ward, E. (2011). A questionnaire survey of the provision of training in human sexuality in schools of nursing in the UK. *Sexual & Relationship Therapy, 26*, 254-270.
- Borges-Andrade, J. E. (2002). Desenvolvimento de medidas em avaliação de treinamento [Número especial]. *Estudos de Psicologia, 7*, 31-43.
- Borges-Andrade, J. E., & Lima, S. V. L. (1983). Avaliação de necessidades de treinamento: Um método de análise de papel ocupacional. *Tecnologia Educacional, 12*, 6-22.
- Brás, M. A., Azeredo, Z. A., Nobre, J. C., & Silva, T. P. (2009). Formação sobre sexualidade dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários: Estudos de factores a ela associados. *Servir, 57*, 28-36.
- Brêtas, J. R. S., Ohara, C. V. S., & Querino, I. D. (2008). Orientação sobre sexualidade para estudantes de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem, 21*, 568-574.
- Fronek, P., Kendall, M., Booth, S., Eugarde, E., & Geraghty, T. (2011). A longitudinal study of sexuality training for the interdisciplinary rehabilitation team. *Sexuality and Disability, 29*, 87-100.
- Higgins, A., Sharek, D., Nolan, M., Sheerin, B., Flanagan, P., Slaicuinaite, S., ... Walsh, H. (2012). Mixed methods evaluation of an interdisciplinary sexuality education programme for staff working with people who have an acquired physical disability. *Journal of Advanced Nursing, 68*, 2559-2569.
- Iqbal, M. Z., & Khan, R. A. (2011). The growing concept and uses of training needs assessment: A review with proposed model. *Journal of European Industrial Training, 35*, 439-466.
- Meneses, P. P. M., & Zerbini, T. (2009). Levantamento de necessidades de treinamento: Reflexões atuais. *Análise, 20*(2), 50-64.
- Meneses, P. P. M., Zerbini, T., & Abbad, G. (2010). *Manual de treinamento organizacional*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Ministério da Saúde. (2012). *Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde.
- Ministério do Trabalho e Emprego. (2014). *CBO - Classificação Brasileira de Ocupações*. Recuperado de <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>
- Olsson, C., Berglund, A. L., Larsson, M., & Athlin, E. (2012). Patient's sexuality—A neglected area of cancer nursing? *European Journal of Oncology Nursing, 16*, 426-431.
- Pasquali, L. (1998). Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Revista de Psiquiatria Clínica, 25*, 206-213.
- Pasquali, L. (2009). Psychometrics. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 43*(SPE), 992-999.
- Quinn, C., Happell, B., & Welch, A. (2013). Talking about sex as part of our role: Making and sustaining practice change. *International Journal of Mental Health Nursing, 22*, 231-240.
- Santos, L., & Campos, M. (2008). Approaching human sexuality during nursing graduation. *Nursing (São Paulo), 10*, 81-86.
- Sehnm, G. D., Ressel, L. B., Junges, C. F., Silva, F. M., & Barreto, C. N. (2013). A sexualidade na formação acadêmica do enfermeiro. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 17*, 90-96.
- Yıldız, H., & Dereli, E. (2012). The views and attitudes of nurses on the topic of sexual counseling. *Sexuality and Disability, 30*, 89-95.

Apêndice: Versão final do NTES

Instruções:

Caro profissional de enfermagem,

Este questionário tem como objetivo identificar sistematicamente as necessidades de treinamento em relação a questões de sexualidade do paciente no contexto hospitalar. Você não precisa se identificar, pois a intenção não é avaliar o seu desempenho, mas planejar ações educacionais adequadas para a melhoria dos processos de trabalho na sua área. Em função disso, pedimos que sua resposta ao questionário seja fiel à realidade do seu trabalho.

As afirmações que constam no questionário referem-se a atividades relacionadas ao trabalho de profissionais de enfermagem no contexto hospitalar. Ao ler as afirmativas, avalie cada uma delas a partir dos dois critérios a seguir especificados: Importância e Domínio.

- 1) **Escala de Importância (Coluna I):** avalia a importância de cada atividade descrita para o bom desempenho no trabalho. Utilize a escala abaixo que varia de 1 (Nada importante) a 5 (Totalmente importante).

1	2	3	4	5
Nada importante			Totalmente importante	

ATENÇÃO: A análise de importância é referente ao seu cargo ATUAL e não à sua profissão de forma generalizada. Para um cargo de vigilante epidemiológico, a importância de certas competências é diferente da de um cargo de secretário da saúde.

- 2) **Escala de Domínio (Coluna D):** avalia a sua opinião em relação ao quanto você domina as atividades descritas em cada item. Utilize a escala abaixo que varia de 1 (Não domino) a 5 (Domino completamente).

1	2	3	4	5
Não domino			Domino Completamente	

Agora, leia atentamente os itens listados abaixo e escolha os pontos das escalas de Importância e Domínio (0, 1, 2, 3, 4, 5) que melhor representa a sua opinião sobre as atividades desenvolvidas no seu trabalho.

Registre sua resposta à direita de cada item, na coluna correspondente, com o número escolhido. Por favor, não deixe questões em branco.

Obrigado pela colaboração!

	ITEM	Imp.	Dom.
1	Explicar ao paciente as consequências da doença e do tratamento na sua vida sexual.		

	ITEM	Imp.	Dom.
2	Explicar ao paciente que não existe relação entre vasectomia e impotência sexual.		
3	Explicar ao paciente que não existe risco de perda do desejo sexual ao fazer a laqueadura.		
4	Explicar ao paciente sobre sintomas, formas de contágio, formas de prevenção e tratamentos de DST.		
5	Orientar o paciente sobre o uso de preservativos para prevenção de DST e de infecções em casos de baixa imunidade.		
6	Orientar pacientes portadores de DST sobre os riscos de ter relações sexuais sem proteção.		
7	Explicar ao paciente sobre métodos anticoncepcionais existentes e procedimentos de utilização.		
8	Demonstrar como utilizar preservativos femininos e masculinos aos pacientes.		
9	Explicar detalhadamente os procedimentos a serem realizados quando envolver toque ou exposição de partes íntimas do paciente.		
10	Inspecionar a presença de lesões e assaduras nas áreas genitais do paciente.		
11	Avaliar o tipo de lesão existente nas áreas genitais do paciente.		
12	Orientar pacientes sobre higiene corporal e íntima.		
13	Orientar pacientes sobre repouso sexual pós-cirúrgico.		
14	Orientar o uso de lubrificante íntimo para pacientes mulheres com secura vaginal conforme prescrição médica.		
15	Orientar paciente a preservar a privacidade ao se masturbar.		
16	Preservar a privacidade dos pacientes durante os procedimentos que envolvem exposição do corpo e/ou toque.		
17	Evitar comentários desnecessários durante exposição do corpo do paciente.		
18	Lidar com a ereção do paciente durante o banho ou outro procedimento.		
19	Evitar críticas aos hábitos e opções sexuais do paciente.		
20	Explicar ao paciente criança ou adolescente sobre o significado de sexualidade.		
21	Ouvir queixas e/ou relatos dos pacientes quanto a sua opção sexual.		
22	Construir uma relação confiável com o paciente para deixá-lo à vontade para falar de questões de sexualidade.		
23	Verificar se o paciente faz uso de alguma medicação que possa ter efeitos colaterais que interferem na sexualidade.		
24	Verificar se o paciente tem comprometimento psiquiátrico que possa explicar a hipersexualização.		
25	Orientar o paciente sobre a utilização do método anticoncepcional escolhido.		
26	Orientar pacientes, acompanhantes e familiares sobre proibição em ter relações sexuais dentro do hospital (enfermaria ou outro local).		
27	Explicar para o parceiro sexual do paciente as dificuldades relacionadas à sexualidade do paciente, conseqüentes da doença e tratamento.		
28	Auxiliar o médico a avaliar a melhor opção de anticoncepcional para cada caso.		
29	Interromper tentativas de assédio sexual do paciente ao profissional de enfermagem durante o banho ou outro procedimento.		
30	Discutir em equipe condutas adequadas em relação às situações ocorridas no hospital envolvendo a sexualidade dos pacientes.		
31	Encaminhar o paciente para o médico quando suas dúvidas sobre sexualidade forem mais complexas.		
32	Encaminhar o paciente e/ou o parceiro sexual para psicólogos em casos de problemas de relacionamento amoroso/sexual decorrentes da doença ou tratamento.		
33	Discutir junto à equipe interdisciplinar, formas de abordar o adolescente em relação à sexualidade.		
34	Orientar a família quanto à sexualidade de paciente que não responde pela sua sexualidade (crianças ou pacientes com necessidades especiais).		

A MULHER COMO AGRESSORA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Cesnik-Geest, V. M.

vmcesnik@gmail.com

A Organização Mundial da Saúde (2014) estima que 18% das mulheres e 7,6% dos homens já tenham sido abusados sexualmente quando crianças. Entretanto, não existe estimativa confiável sobre o autor desta violência baseado em gênero, pois apesar de autores mencionarem que 5% dos casos de abuso sexual são registrados como cometidos por mulheres, sabe-se que muitos casos de abuso não são relatados pelas vítimas, principalmente em caso de mulheres como agressoras (Gannon, & Cortoni, 2010; Strickland, 2008).

Há diferentes definições sobre o que se considera abuso sexual. Unindo as definições dadas pela Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência (2002) e pelos autores Trindade e Breier (2007) abuso sexual é a situação em que a criança ou o adolescente é usado para gratificação sexual de um adulto ou adolescente mais velho e pode se manifestar de diferentes maneiras tais como observar a nudez da criança, despir-se, exhibir-se, acariciar, masturbar-se em frente à criança, manipular ou beijar partes íntimas da criança (genital, mama, ânus), expor a criança à pornografia, fazer sexo oral, penetrar com pênis, com dedos ou algum objeto, tanto na vagina, como, na boca ou ânus, entre outras estimulações sexuais.

Alguns autores (Schwartz & Cellini, 1995; Strickland, 2008) mencionam que existe uma prevalência da ideologia que a mulher, de acordo com seu papel de socialização de gênero, dependência e passividade, não é capaz ou propensa a cometer crimes contra os outros ou até mesmo de sentir prazer sexual envolvendo agressividade. Diante desta situação, Botelho (2014) argumenta que apesar de muitos estudos considerarem que as mulheres/mães não são autoras de abuso sexual, é importante problematizar esta visão, visto que pode servir para a reprodução de preconceitos e estereótipos de gênero. Este estigma pode encobrir histórias de abuso sexual causados por mulheres e perpetrar ainda mais a violência sexual. Ferguson e Meehan (2005) relatam que abusos perpetrados por mulheres ocorrem normalmente na rotina diária da agressora e vítima durante as práticas de cuidado, tais como: dar banho, trocar de roupa, na forma de um jogo, ou na própria interação familiar.

A fim de investigar sobre este tema, Oliveira (2015) realizou um estudo focado em abusos sexuais em que as mulheres foram agressoras. Dentre os 48 casos estudados, 17 foram realizados pela mãe da vítima, três pela madrasta, sete pela avó, uma pela irmã, sete por tia ou prima e 13 por outras pessoas de fora da família. Os

resultados mostram que na maioria dos casos (74,8%) a relação entre vítima e agressora era intrafamiliar.

Serão relatados em seguida, casos reais de abusos sexuais em que mulheres aparecem como agressoras principais ou cúmplices de violência sexual a crianças e adolescentes. Detalhes sobre as vítimas serão omitidos a fim de manter o anonimato. Vale ressaltar que o objetivo desta discussão não é generalizar os casos ou criar regras inflexíveis, mas sim abrir possibilidade de debate sobre o assunto. O exercício na leitura desses casos não é verificar se há intenção de abuso da mulher, mas sim o ponto de vista da criança ou adolescente que passa pela situação. Deste modo pode ocorrer de a criança se sentir estimulada sexualmente mesmo sem a intenção da mulher.

Caso 1: Mãe vai dormir na cama com a filha e coloca filme pornô para assistir.

Mulher adulta apresentou no início da psicoterapia um discurso polarizado em relação ao gênero em que o pai era sempre mencionado como agressor ou culpado das situações ruins e a mãe era considerada vítima. Durante o processo terapêutico em que foi questionada sobre vivências relacionadas à sexualidade, ela relatou que a mãe por não querer dormir com o pai (para evitar relações sexuais na visão dela) ia dormir com ela e colocava filmes pornôs para assistir com a filha enquanto esta dormia. Essa situação se repetiu por muitas vezes em que a filha criança acordava e via que a mãe estava assistindo filme pornô com ela. A filha se sentia desconfortável,

porém por vergonha fingia que estava dormindo.

Mesmo vivenciando uma experiência abusiva de exposição à pornografia sem condições emocionais para interromper e se sentindo desconfortável em relação à mãe, quando adulta esta mulher reproduz a visão polarizada de mulher vítima / homem agressor. Quando questionada sobre esse fenômeno ela dizia ser a versão da mãe das histórias. E se a mesma experiência fosse vivida com o pai, será que o sentimento seria o mesmo? O que faz com que um homem expondo um filho ou uma filha à pornografia pareça tão abusivo e a mulher não? Que preço emocional essa mulher paga hoje para vivenciar uma experiência abusiva e ainda considerar a mãe como vítima? Quem carrega a responsabilidade pelo ocorrido? Quem olhou para o sofrimento da criança?

Caso 2: Menina contou para mãe sobre tio abusador e ela não fez nada a respeito.

Menina de 6 anos começou a pedir insistentemente para mãe que não queria mais dormir na casa de seus tios, pois o tio (marido da irmã da mãe) estava tocando em seu corpo de maneira constrangedora. A mãe parou de enviar sua filha para esta casa para que ela não reclamasse, porém continuou enviando sua outra filha, mais nova. Esta mulher comentou com outra irmã sobre o ocorrido e ela disse que crianças costumam fantasiar esse tipo de situação e que provavelmente não estava acontecendo nada. Ambas continuaram enviando suas filhas para dormir naquela casa. Quando adultas as primas se

conversam e relatam que sofriam abusos constantes do tio.

Botelho (2014) e Goldferd (2000) afirmam que na situação que a mulher/mãe não impede o uso do corpo da criança pelo abusador, ela pode ser considerada “cúmplice” do autor da violência. Neste caso como a mãe é vista pela criança? Como se sente uma criança que busca ajuda na mulher de sua confiança (mãe, tia, etc.) e não recebe o apoio necessário? Como é para ela não ir para a casa do tio, mas ver sua irmã mais nova indo? Araújo (2002) alega que a declaração da mãe de que nada aconteceu é o pior que pode acontecer a uma criança que denuncia o abuso sexual.

Caso 3: Mãe pede para filha adolescente dormir na cama com pai.

Adolescente de 17 anos recebeu um pedido de sua mãe para dormir na cama com seu pai enquanto ela dormiria na cama da filha. O motivo verbalizado foi o desejo de se divorciar do marido e a vontade de não dormir mais com ele. Durante a noite pai tocou e alisou o corpo da filha que foi dormir no chão do quarto para se proteger.

Neste caso a vítima tem mais idade que as anteriores no momento do abuso. Porém não significa que foi menos traumático. Observando a situação sob vista grossa o agressor nessa situação não foi a mãe e sim o pai. Porém existe uma parcela de responsabilidade de ambos. É necessário refletir sobre alguns aspectos: O que passou na cabeça dela quando ouviu o pedido da mãe para dormir com o pai? Como ela se sentiu quando agradar um desejo da mãe a levou a ser abusada sexualmente? O que faz

uma adolescente com 17 anos que acabou de ser abusada preferir dormir no chão que sair do quarto? Seria a tentativa de agradar o pedido da mãe? O que faz uma mulher evitar dormir do lado do marido? A resposta parece óbvia neste caso. A cama representa a união afetiva-sexual entre o casal, algo que não é desejado por esta mulher. Todavia levar a filha para o espaço de união afetiva-sexual do casal não é um tipo de abuso sutil? Araújo (2002) menciona que a cumplicidade silenciosa da mãe, muitas vezes ocorre em casais com conflitos sexuais, onde os filhos ocupam uma função sexual, amenizando o conflito conjugal. Conduzir a filha para ocupar uma função sexual que não é dela, mesmo que de forma inconsciente, causa um trauma emocional que precisa ser cuidado.

Casos 4 e 5: Adolescentes que dormem na cama com a mãe.

Filho de 8 anos sentia medo de dormir sozinho à noite e mãe trazia menino para dormir na cama do casal. Essa situação se perdurou todos os dias e quando o filho já estava grande o suficiente para não caber mais três pessoas na cama o pai para de dormir no quarto. Filho permanece dormindo na cama com a mãe até 14 anos. Ela dormia de camisola sem sutiã e ele se sentia mal quando acordava com ereção noturna, pois ficava confuso e constrangido por sentir excitação sexual com a mãe ao lado. Mãe dizia que filho não sabia tomar banho direito, e acompanhou o banho do menino até pouco mais de 12 anos, conferindo e lavando sua genitália. Ele desenvolveu Transtorno Obsessivo

Compulsivo com pensamentos intrusivos envolvendo sexualidade e “Nossa Senhora” (mãe de Jesus) e se sentia mal por isso. No segundo caso relacionado ao mesmo tema o adolescente dormia desde menino na cama entre sua mãe adotiva e sua tia. Ele relata ficar obcecado pelos seios das mulheres que tocavam nele durante a noite e ao mesmo tempo se sentia culpado por sentir desejo sexual por elas. Quando adulto relatou sentir excitação sexual quando vê uma criança nua, porém nunca se permitiu atuar este desejo por saber que é errado.

É muito comum filhos dormirem na cama com os pais, principalmente com a mãe. A maioria das pessoas que vivencia esta realidade relata a pureza da relação mãe/filho e que não passa pela questão sexual. Entretanto o que se vê também é que por considerar-se assexuada perante filhos, algumas mães os expõem a situações que para ela pode não ser relacionada à sexualidade, porém para eles sim, quando estes estão em uma fase do desenvolvimento em que a sexualidade já está a florada. Um menino de 12 anos que não apresenta doença física ou mental já tem sua sexualidade a florada e muitas vezes já se masturba. Permitir que a mãe continue tocando na sua genitália mesmo que seja por motivo de higiene pode se concretizar em uma situação abusiva. Algo que ajuda na discussão desta situação é a inversão do gênero. Como seria visto um pai que insiste em verificar se a higiene da vagina da filha de 12 anos está adequada e que ele mesmo lava para garantir a limpeza? Esta situação se mostra normalmente mais aversiva que a primeira versão. Por qual motivo? A ideologia de

que a mulher não é capaz de deflorar o filho pode criar espaços permissivos e invasivos na rotina diária (Ferguson, & Meehan, 2005; Schwartz & Cellini, 1995; Strickland, 2008).

Nota-se a partir desses relatos que as mulheres tiveram papel principal ou secundário na exposição de crianças e adolescentes ao abuso sexual, o que desfaz o estigma de gênero envolvido nessa questão. Vale mencionar que as interpretações e questionamentos que foram realizados neste capítulo não buscam julgar ou criar regras inflexíveis de conduta para as famílias. O objetivo destes apontamentos é criar um espaço de reflexão sobre o tema, de modo a abrir possibilidade para que sejam vistos os abusos que acontecem no dia a dia de todos e que são desconsiderados tanto dentro das famílias quanto pelos profissionais.

É importante que as pessoas que trabalham com sexologia, educação sexual, terapias médicas e psicológicas se questionem sobre o que fazer em relação a casos de violência sexual que surgem no consultório. Qual o referencial de violência sexual que estamos acostumados a ouvir e reproduzir? O que consideramos violência sexual na teoria e na prática? Qual o conceito de abuso sexual que é considerado? 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, pois abuso sexual é traumatizante independente do gênero do agressor.

Essa discussão torna-se necessária também visto que há um fenômeno de transmissão intergeracional da violência, de modo que pessoas que são abusadoras já sofreram algum tipo de abuso anteriormente (Araújo, 2002; Colson, Boyer, Baumstarck, & Loundou, 2013; Levenson, Willis & Prescott, 2014). A partir deste ponto de vista, a mulher que hoje é agressora sexual também teve experiências abusivas em sua vida e não teve recursos para lidar de maneira diferente com a situação. Deste modo, todos os envolvidos em caso de violência sexual merecem acolhimento e tratamento adequando para que um novo ciclo de abuso seja impedido.

REFERÊNCIAS

- Araujo, M. F. (2002). Violência e abuso sexual em família. *Psicologia em Estudo*, 7 (2), 3-11.
- Botelho, S. S. (2014). *Abuso sexual e posicionamentos de mulheres/mães: histórias que só existem quando são contadas*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Curso de Mestrado, da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE.
- Christiansen, A. R. & Thyer, B. A. (2002). Female sexual offenders: A review of empirical research. *Journal of human Behavior in the Social Environment*, 6(3),1-15.
- Colson, M. H.; Boyer, L.; Baumstarck, K.; Loundou, A. D. (2013). Female sex offenders: A challenge to certain paradigms. Meta-analysis. *Sexologies*, 22, 109-117.
- Faleiros, V. D. P., & Faleiros, E. (2008). *Escola que protege: enfrentando a violência contra crianças e adolescentes*. Brasília (DF): MEC.
- Ferguson, C. J. & Meehan, D. C. (2005). An Analysis of Females Convicted of Sex Crimes in the State of Florida. *Journal of Child Sexual Abuse*, 14(1), 75-89.
- Gannon, T.A. & Cortoni, F. (2010). *Female sexual offenders: theory, assessment, and treatment*. Oxford, UK: John Wiley & Son Ltda.
- Levenson, J. S.; Willis, G. M. & Prescott, D. S. (2014). Adverse Childhood Experiences in the Lives of Female Sex Offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 1-26.
- Ministério da Saúde. (2005). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*.
- Oliveira, F.P.D. (2015). *Agressão sexual cometida por mulheres contra crianças e adolescentes: O hiato entre as denúncias e os fatos*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná.
- Organização Mundial de Saúde (2014). *Global status report on violence prevention*. Genebra: OMS.
- Phebo, L. (2007). *Vigilância em saúde e a violência contra adolescentes*. In: Taquette, S. R. (Org.), *Violência contra a mulher adolescente/jovem*. Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Prado, S. F. D. (2006). *Dimensões da violência sexual contra meninos sob a ótica de gênero: Um estudo exploratório*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Departamento de Psicologia Clínica, Universidade de Brasília.
- Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência (2002). *Violência na Infância e Adolescência, Volume 1 - Manual de Atendimento*. Curitiba, Paraná.

Schwartz, B., & Cellini, H. (1995). *Female Sex Offenders*. In *The Sex Offender: Corrections, Treatment and Legal Practice*. B. Schwartz & H. Cellini (eds.). Kingston, NJ: Civil Research Institute.

Strickland, S. M. (2008). Female Sex Offenders: Exploring Issues of Personality, Trauma, and Cognitive Distortions. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(4),474-489.

Trindade, J., & Breier, R. (2010). *Pedofilia: aspectos psicológicos e penais*. Porto Alegre: Livraria do Advogado.

Williams, L. C. A. (2012). *Pedofilia: identificar e prevenir*. São Paulo: Brasiliense.

COMPORTAMIENTOS SEXUALES DE RIESGO EN UNIVERSITARIOS, MOTIVOS Y SITUACIONES BIOLÓGICAS Y SOCIALES RELACIONADAS

Cruz-Bojórquez, R.M., Ávila-Escalante, M.L., Santana-Carvajal, A.M. y Solís-Pérez, R.
cruzz465@yahoo.com,mx

INTRODUCCIÓN

Los comportamientos de riesgo (CSR) son actuaciones repetidas y fuera de determinados límites, que pueden desviar o comprometer el desarrollo psicosocial, así como tener repercusiones perjudiciales en el presente o futuro (Delgado & Ayala, 2009). Un comportamiento sexual de riesgo conlleva una exposición a infecciones de transmisión sexual (ITS) o embarazos no deseados. Entre los comportamientos sexuales de riesgo más frecuentes están: la penetración sin preservativo vaginal o anal, el sexo oral sin preservativo, *Cunnilingus*, *Anilingus* y el contacto directo piel-piel o mucosa-piel (Gobierno de Canadá, 2006).

Como se ha reflejado en diversos estudios (Alba, Alfaro, Roche, & Rosaida, 2015; López-Aguilar, 2001; Pacual González, Pérez Avilán, Puentes Vázquez, & Avilán Rovira, 2010; Universitaria, 2011) el inicio temprano de las relaciones sexuales está relacionado con el mayor número de ITS y los embarazos no deseados, que actualmente afecta a un porcentaje importante de jóvenes, debido mayormente al desconocimiento, falsas creencias, el no tener una pareja estable y en otros casos al rechazo en el uso de protección 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 (Montero et al., 2015).

En México, en un estudio realizado con mujeres, entre 15 y 19 años, se encontró que el 31.2% había iniciado su vida sexual activa (Allen-Leigh et al., 2013). Esto, aunado a otros factores, ha dado como resultados que las ITS se encuentren entre los cinco principales motivos de consulta en los centros de salud de primer nivel de atención y se consideren entre las diez primeras causas de morbilidad en pacientes de 15 a 44 años (SUIVE/DGE/SS, 2013).

El número de casos reportados de personas diagnosticadas con SIDA entre 15-19 años fue de 3141, hasta la semana 52 del año 2013, de los cuales el 67.8% (2,130) fueron hombres y el 32.2% (1,011) mujeres, donde el 74.8% (2349) de los casos fue adquirido por vía sexual (SUIVE/DGE/SS, 2013).

Otra problemática importante son los embarazos no deseados, que de acuerdo con el reporte del Programa de Becas de Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Madres Embarazadas (PROMAJOVEN), la tasa de embarazo en mujeres jóvenes entre 12 y 19 años en 2010 fue de 79 por cada mil. Entre las consecuencias que viven los jóvenes que

pasan por esta situación son los conflictos familiares, desequilibrios psicológicos, falta de ingreso económico, deserción escolar, rechazo social, abandono, represión y truncamiento en conformar un proyecto de vida (Melorose, Perroy, & Careas, 2015).

Existe disponible suficiente información de los comportamientos sexuales preventivos que minimizan o eliminan el riesgo de embarazo o de contraer una ITS, entre las que se encuentran: no eyacular en heridas, evitar relaciones sexuales con personas con úlceras o supuraciones en genitales, sexo oral con preservativo, sexo vaginal y anal con preservativo, *Cunnilingus* y *anilingus* con plástico protector.

Información tomada de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012), da cuenta de que más del 80% de las adolescentes que informaron haber iniciado su vida sexual tienen conocimientos básicos sobre el uso del preservativo, 89% tenía conocimiento de que sólo se puede utilizar una vez y 82% sabía que protege de ITS y del embarazo (Allen-Leigh et al., 2013).

En la Encuesta Nacional de Juventud 2010, se encontró para el Estado de Yucatán, que el 80.6% de los jóvenes de 15-19 años, el 88.6% de 20-24 años, el 85% de 25-29 años reportan tener conocimiento sobre prevención de ITS (INJUVE, 2012).

Sin embargo la problemática sobre la salud sexual sigue aumentando, debido a que en la sexualidad intervienen las emociones y sentimientos, el cuerpo y los conocimientos que tengamos sobre ella (OMS, 2015)

OBJETIVO GENERAL

Identificar los comportamientos sexuales de riesgo de estudiantes universitarios, los motivos y las situaciones biológicas y sociales relacionadas.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, observacional, transversal realizado con estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán, que aceptaron participar en el estudio firmando la Carta de Consentimiento Informado. Respondieron 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), el cual está basado en el modelo psicológico de prevención; consta de 28 preguntas, 14 de ellas tienen formato tipo Likert con 4 opciones de respuesta desde “muy determinante” con el número 1, hasta “no fue determinante” con el número 4. Cinco preguntas tienen dos opciones de respuesta “Sí” o “No”; una pregunta relacionada a la edad con una sola respuesta y 8 con 4 posibles respuestas. Todas las respuestas tienen el mismo valor y sólo se reportan las frecuencias (Bayés & Rives, 1992).

El procesamiento de los datos se realizó con el programa SPSS Statics v.22 de donde se obtuvo la estadística descriptiva: frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central.

Resultados: Participaron 221 estudiantes del primer año de las

licenciaturas de Medicina (75.1%), Nutrición (12.7%) y Rehabilitación (12.2%). 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) con una frecuencia de 47.3% tanto en hombres como en mujeres. Y estar a solas en un lugar privado con la pareja, fue la situación social más determinante para el inicio de su vida sexual activa con el 73.2% 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 hacerlo, 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 ITS (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 (40.4% y 12.4% 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, con 41.4% y con 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 ITS, mientras que el 28.7% escogió en 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 una ITS.

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%.

Discusión: la vida sexual activa en los adolescentes parece iniciar a menor edad con el paso del tiempo. En la Primera Encuesta Nacional Sobre Sexo realizado por Mitofsky en el año 2004 en México, se encontró que la edad promedio de inicio de la vida sexual en los participantes fue de 17.6 años (Consulta Mitofsky, 2004). En un estudio realizado en 2013 por Hurtado de Mendoza y Olvera (2013) fue de 17.3 (Hurtado, Zabalgotia, & Olvera, 2013), mientras que en el presente estudio fue de 16.7 años. Esta situación es preocupante debido a que mientras más jóvenes son más vulnerables.

El motivo más importante para iniciar su vida sexual activa, fue la relación afectiva, tanto en los hombres (32.8%) como en las mujeres (31.2%). Esto coincide con un

estudio donde fue mayor la proporción en hombres (52.6%) que en las mujeres (26.8%) (Correa Jáuregui, Rubino Moreno, Rey Torres, & de Celis, 2013).

El uso de preservativo en la primera RSCP y a lo largo de la vida sexual activa en los participantes del presente estudio fue con la intención de estar protegidos contra las ITS y los embarazos no deseados, lo que coincide con el estudio de Maté, C. Acarín, N. (2010) y el de Pérez, D, y Fonseca, C. (2011)

Los resultados obtenidos a nivel nacional sobre el uso del preservativo en la última relación sexual, reportada por mujeres adolescentes, dan cuenta de un incremento de 31.8%, en la ENSANUT 2006 a 47.8% en la ENSANUT 2012. Aun cuando la región sur del país, que es donde se ubica el Estado de Yucatán presentó la prevalencia más baja de incremento, con 22% en 2006 y 44% en 2012, se debe valorar que este incremento fue del doble, lo que significa que es cada vez mayor el número de jóvenes que utilizan protección (Allen-Leigh et al., 2013).

Estos resultados son de importancia, ya que se calcula que cada año, el 15% del total de adolescentes a nivel mundial contrae una ITS y se estima que 560,000 jóvenes entre 15-24 años viven con VIH/SIDA (OMS, 2005).

A pesar de que el preservativo es un método eficaz de protección y anticoncepción, no se usa con regularidad pues los jóvenes argumentan la disminución de las sensaciones sexuales o no se sienten con probabilidades de contraer ITS, situación que los expone a un

mayor riesgo (Singh Chuy, Sarret Ramos, Martínez Hodelin, Espinosa Abreu, & A., 2013).

En el presente trabajo, el motivo más determinante para no utilizar preservativo den casi la mitad de las mujeres y de los hombres fue no traer uno en el momento. Esto difiere a lo encontrado en un estudio realizado por López-Aguilar, (2001) donde la disminución del placer fue lo que más influyó en el 15% de los estudiantes y en el estudio de Cortés, A., García, R., Ochoa, R. (2015) donde el 12.0% de los participantes no consideraban necesario utilizarlo con sus parejas estables .

Otro factor de riesgo es tener relaciones sexuales con parejas ocasionales que en el presente estudio fue del 52.8%, mayor proporción en los hombres (40.4%) que en las mujeres (12.4%) Esto difiere del estudio donde sólo el 16% de los participantes mencionó haber tenido relaciones sexuales con pareja ocasionales (Yubero, Larrañaga, & Yubero, 2013), mientras que coincide con el estudio de Folch, Álvarez, Casabona, Brotons, & Castellsagué, (2015) en el cual se muestra que los hombres, presentaron mayor frecuencia de relaciones sexuales con parejas ocasionales que las mujeres (39.7% y 22.5% respectivamente).

El 70.7% de los hombres que tuvieron RSCP con parejas ocasionales porque estaban excitados; la excitación es un estado que puede llevar al individuo a tomar decisiones sobre su situación sexual de forma inmediata, impulsiva e irracional, sin pensar en las consecuencias. (Bancroft et al., 2004; Piña López, Lozano Ramírez,

Vázquez Ramírez, & Carrillo Saucedo, 2010; Prause, Staley, & Finn, 2011).

El 11.7% de las mujeres tuvieron RSCP con parejas ocasionales, por estar bajo influencias del alcohol. Lo que coincide con un estudio con el mismo comportamiento en el 51% de las mujeres (Espada, Morales, Orgieles, Piquera, & Garbalo, 2013). Otros estudios han demostrado que los jóvenes que consumen alcohol a menor edad, reportan mayor número de parejas sexuales (Stueve & O'Donnell, 2005) y tienen mayor probabilidad de tener múltiples pareja en un periodo de seis meses (Palen, Smith, Flisher, Caldwell, & Mpofu, 2006).

El 72.5% de la población de estudio no ha tenido RSCP, sin embargo, el 8.2% ha tenido relaciones sexuales de tipo oral (RSTO), es preocupante que el 84.6% no haya utilizado preservativo. Este resultado coincide con el encontrado en el estudio de Valdez, C. y col., donde el 87.3% de la población de estudio no utilizó preservativo cuando tuvo relaciones sexuales de tipo oral (Montero et al., 2015).

Sin duda, los estudiantes universitarios se encuentran en una etapa muy importante para su desarrollo, donde el aprendizaje y empoderamiento de conductas que permitan el conocimiento de su cuerpo y su sexualidad de manera más informada y responsable tiene prioridad.

Conclusiones: La población universitaria del estudio se encuentra en riesgo, porque a pesar de tener conocimiento de cómo protegerse, se expone teniendo prácticas sexuales con penetración sin protección y con múltiples parejas. Todos los motivos y las situaciones

biológicas y sociales que influyen en estas conductas son factibles de prevenir. Por lo que es una prioridad establecer estrategias de educación sexual enfocadas al manejo responsable de sus emociones y su sexualidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Alba, D., Alfaro, C., Roche, I. R. G., & Rosaida, I. D. (2015). Comportamiento sexual y uso del condón en estudiantes de la facultad de tecnología de la salud Sexual behavior and condom use among students from the School of Health Technology. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 67(2), 202–212.
- Allen-Leigh, B., Villalobos-Hernández, A., Hernández-Serrato, M. I., Suárez, L., De la Vara, E., De Castro, F., & Schiavon-Ermani, R. (2013). Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. *Salud Pública de México*, 55(SUPPL.2), 235–240.
- Bancroft, J., Janssen, E., Carnes, L., Goodrich, D., Strong, D., & Long, J. S. (2004). Sexual risk-taking in young heterosexual men: The Relevance of the sexual arousability, mood, and sensation seeking. *Archives of Sexual Behavior*, 42, 181–192.
- Bayés, R., & Rives, E. (1992). Un modelo psicológico de prevención de enfermedad: su aplicación al caso de SIDA. *Psicología Y Salud, Comp*, 1–21.
- Consulta Mitofsky. (2004). *Rimera encuesta nacional sobre sexo*. Sierra (Vol. 52).
- Correa Jáuregui, M., Rubino Moreno, J. M., Rey Torres, A. B., & de Celis, Y. R. (2013). El inicio de relaciones coitales en estudiantes de preuniversitario. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 42(3), 377–386.
- Delgado, M., & Ayala, Q. (2009). Estilo de vida y riesgos para la salud en estudiantes Universitarios: Hallazgos para la prevención. *Revista.Unam.Mx*, 10(2), 1–14.
- Espada, J., Morales, A., Orgieles, M., Piquera, J., & Garbalo, J. (2013). Comportamiento sexual bajo la influencia del alcohol en adolescentes españoles. *Revista Adicciones*, 25(1), 55–61.
- Folch, C., Álvarez, J. L., Casabona, J., Brotons, M., & Castellsagué, X. (2015). Determinantes de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes de Cataluña. *Revista Española de Salud Pública*, 89, 471–485.
- Gobierno de Canada. (2006). Sexualidad y juventud. Retrieved May 2, 2016, from http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/EstructuraOrg%C3%A1nica/dg/3/3_5/3_5_2/manual_2006/menumanual.htm
- Hurtado, T., Zabalgoitia, M., & Olvera, J. (2013). Conocimientos Y Actitudes Sobre. *Articulo*, 16(1), 258–268.
- INJUVE. (2012). *Encuesta nacional de juventud 2010 resultados generales*. Merida, Yucatan, Mexico.
- López-Aguilar, P. (2001). *Conocimientos, actitudes y practicas sexuales de los adolescentes de Ticul*. Universidad Autónoma de Yucatán.
- Melrose, J., Perroy, R., & Careas, S. (2015). *Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: una visión desde el Promojoven*. *Statewide Agricultural Land Use Baseline 2015* (Vol. 1). Mexico, D.F. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Montero, V., Torres, C. B., Alicia, R., R, V. O., Julia, D., & Arcos, C. (2015). Internet and sexual risk behavior for HIV / AIDS in young people Internet y conducta sexual de riesgo para VIH / SIDA en jóvenes The

- Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) is a public health problem of. *Revista Electronica de Enfermería*, 38, 160–168.
- OMS. (2005). *La epidemia del SIDA: Un breve resumen*.
- OMS. (2015). Salud sexual y reproductiva. Retrieved December 3, 2015, from <http://www.who.int/reproductivehealth/es/>
- Pacual González, Y., Pérez Avilán, G., Puentes Vázquez, S., & Avilán Rovira, J. (2010). Relaciones sexuales en adolescentes y fuentes de información para su educación sexual. *BIOMED*, 8(3), 72–77.
- Palen, L., Smith, E. A., Flisher, A. J., Caldwell, L. L., & Mpofo, E. (2006). Substance use and sexual risk behavior among South African Eighth grade students. *Journal of Adolescent Health*, 39, 761–763.
- Piña López, J. A., Lozano Ramírez, D. I., Vázquez Ramírez, P., & Carrillo Saucedo, I. C. (2010). Motivos y uso de preservativo en estudiantes universitarios de Ciudad Juárez (México). *An. Psicol*, 26(1), 18–26.
- Prause, N., Staley, C., & Finn, P. (2011). The effects of acute ethanol consumption on sexual response and sexual risk-taking intent. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 373–384.
- Singh Chuy, L., Sarret Ramos, M., Martínez Hodelin, A., Espinosa Abreu, M., & A., R. F. (2013). Comportamiento de la sexualidad en adolescentes. *Revista Inormación Científica*, 77(1), 6.
- Stueve, A., & O'Donnell, L. N. (2005). Early alcohol initiation and subsequent sexual and alcohol risk behaviors among urban youths. *American Journal of Public Health*, 95(5), 887–893.
- SUIVE/DGE/SS. (2013). *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH / SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al cierre de 2013 Estimaciones epidemiológicas para México del ONUSIDA*. Mexico, D.F.
- Universitaria, R. D. (2011). Libertad y responsabilidad en la vida sexual de los jóvenes universitarios. *Revista Digital Universitaria*, 12(11), 1–19.
- Yubero, M., Larrañaga, E., & Yubero, S. (2013). Actitudes y comportamiento sexual de riesgo de embarazo en jóvenes universitarios. *Revista de Psicología Del Niño Y Adolescente*, 4(2), 11–29.

O AMOR É CEGO E A SEXUALIDADE?

Adones Luan da Cruz¹ y Maria Lúcia Badalotti Tavares¹

adonesdacruz@gmail.com

INTRODUÇÃO

A sexualidade é uma dimensão humana imprescindível, seja como definidora de gênero, seja como função vinculada aos afetos, a reprodução, e a construção singular de cada um. Para Merleau Ponty (1999, p. 219). “É a sexualidade que faz com que o homem tenha uma história. Se essa história sexual de um homem oferece a chave de sua vida, é porque na sexualidade projeta sua maneira de ser a respeito do mundo...”. No entanto, ao longo da história, nossos preconceitos e ideologias marginalizaram as pessoas com deficiência, segregação e invisibilidade as acometem, limitando assim sua expressão sexual.

Com a acessibilidade em massa de informações visuais, a população passou a restringir o erotismo muitas vezes à tela de televisores e computadores. O mundo contemporâneo é extremamente visual nas questões sexuais. O conhecimento erótico se baseia na importância do enxergar, no entendimento do “belo” de se ver. Tendo em mente as concepções do erotismo na sociedade contemporânea, um leque de indagações nos acomete. O deficiente visual demonstra seu comportamento sexual e erótico de que maneira? Já que a influência da mídia e cultura tornou essa questão extremamente visual. A sexualidade e erotização estão relacionados de que forma na deficiência visual?

O erotismo visual juntamente com uma sexualidade reprimida, vinculados a preconceitos históricos sobre as pessoas com deficiência, levantam uma série de questões e subjetividades, coletivas e singulares, além de datar o comportamento sexual do deficiente visual. Porém, mesmo envolto num cenário opressor, a pessoa oprimida não deixa de existir enquanto ser erótico e sexual. Deste modo, se cegamos o amor, e reprimimos a sexualidade, nada mais belo que fazemos as pazes, desvendando assim o erotismo em deficientes visuais.

DEFICIÊNCIA VISUAL E REPRESSÃO SEXUAL

O preconceito sobre as pessoas com deficiência vai além da sua compreensão social. Conforme Maria Aparecida Viera Solto, orientadora sexual. “As pessoas com deficiência são tratadas como uma população invisível de segunda categoria, para quem a gente nega o direito de ter desejo sexual. Quem dirá ter atividade sexual”. Costa (2015, p. 22). Segundo a orientadora, a pessoa com deficiência tem de buscar a sexualidade como um direito de expressão. Pois bem, não seria diferente com a deficiência visual, que além desses estigmas, conta com um cenário midiático opressor no que se refere a expressão da sua sexualidade.

Bruns, comenta que a sexualidade nunca antes foi tão explicitada pela mídia que a utiliza, muitas vezes, como embalagem para vender, com um marketing sempre atualizado a imagem de um ser humano bem-sucedido, realizado e sedutor, associando êxito pessoal ao profissional. Tal imagem tornasse, pois, uma espécie de mercadoria ao alcance de quase todos. Em termos de sexualidade, a segregação do deficiente visual toma um aspecto ainda mais taxativo. Foreman (1989) aponta que essa segregação acontece desde superproteção familiar sobre esse sujeito até a adolescência, fazendo com que sua sexualidade sofra atraso no seu desenvolvimento em relação aos videntes (BRUNS, 2008, p. 38). Ainda sobre a pertinência da sexualidade e erotismo é relevante compreender em que cenário social o deficiente visual se encontra. Para mais, Giddnes descreve o comportamento erótico dessa sociedade.

A posição central da sexualidade nas sociedades modernas está indicada pelas qualidades compulsivas do comportamento sexual atual. Pode-se dizer de tal compulsão é evidente no vício de pornografia, em revistas, filmes e outros meios obscenos, e na busca continua a experiência sexual que muitos se dedicam. (GIDDNES, 1993, p.195).

Os recursos de erotização organizados pelo autor são os mesmos que dispomos hoje em dia. Bruns (2009, p. 3) relata: "Afinal, a pessoa cega não reflete o modelo "daquelas embalagens" veiculadas pela mídia, ou seja, ela não corresponde aos padrões socialmente estabelecidos de beleza, sedução, virilidade e feminilidade: enfim, padrões do erotismo descartável". Esse erotismo descartável, destacado pela

autora coloca o deficiente visual sob um contexto de sexualidade limitada, já que o padrão erótico estabelecido pela sociedade não corresponde à realidade da deficiência.

O EROTISMO E OS SENTIDOS NO DEFICIENTE VISUAL

Para o homem o erotismo é o que dá vislumbre a sexualidade. Numa analogia, conforme Octavio Paz (1994, p. 13). "A relação da poesia com a linguagem é semelhante à do erotismo com a sexualidade. Também no poema – cristalização verbal - a linguagem se desvia de seu fim natural, a comunicação." Pois bem entendendo o pensamento de ser erótico relata Alberoni (1986, p. 83). "O verdadeiro erotismo somente é possível quando cada sexo procura compreender o outro, consegue colocar-se em seu lugar, tornar suas as fantasias do outro." Deste modo compreender é ter consciência e dar importância erótica e amorosa ao parceiro. A criação erótica no deficiente visual se dá que maneira? Encaixando o deficiente visual nesse vislumbre do ser erótico acompanhamos o pensamento de Bruns que destaca:

Como linguagem humana o erotismo cria e estabelece infinitas gradações e matizes de intercomunicação que vão além da visualidade. O encontro dos amantes, a elaboração de um poema, nos momentos de meditação que intensifica a comunicação com o divino; o dialogo uterino entre mãe e filho; o caminhar confiante da pessoa cega com o seu cão-guia. Essas linguagens são paradoxalmente inclusivas-universais-individuais e únicas, pois são sentidas pelas filigranas de afeto que habitam os seres humanos. (BRUNS, 2009, p. 7).

Para abrir um entendimento é pertinente compreender a relação dos outros sentidos fisiológicos ligados à percepção do mundo e do erótico. Até mesmo por que nos cegos, devido à privação da visão, os outros sentidos ganham um espaço privilegiado. Segundo Sá; Campos; Silva (2007, p. 15) “O desenvolvimento aguçado da audição, do tato, do olfato e do paladar é resultante da ativação contínua desses sentidos por força da necessidade”.

O toque é uma das características primordiais do ser humano para o conhecimento do outro, não poderia ser diferente no contexto da sexualidade comenta Ellis (1971, p. 34). “O tato é a primeira e mais primitiva forma de contato. O próprio ato sexual é em si um ato de contato, no qual o tato é dominante. Abraçar, beijar são sinais principais da afeição em geral e da afeição sexual em particular. ” Diferentes percepções envolvem esse sentido, causando sensações propícias a percepção e desenvolvimento da sexualidade. Para Sá; Campos; Silva (2007, p. 16) “As retas, as curvas, o volume, a rugosidade, a textura, a densidade, as oscilações térmicas e dolorosas, entre outras, são propriedades que geram sensações...”.

Motta (2004, p. 58), revela que essas percepções sensoriais contam também com a ajuda da audição, o som, por exemplo, auxilia no entendimento do espaço, pode-se dizer que existe até sombra no som, assim como um objeto interfere na passagem, de luz, ele interfere na passagem de um som, dando ao cego à chance de mensurar, por exemplo, o corpo de seu parceiro em tamanho e proporção. Além disso, levando em conta o olfato. De acordo com Ellis, o

odor se dá na seleção sexual muito mais dos animais do que no ser humano, mas de maneira alguma se exime esse sentido da seleção erótica do homem, os próprios órgãos sexuais por estarem sempre cobertos deram margem maior para o uso do olfato, fazendo com que o cheiro da pele e do cabelo seja relevante ao gosto individual na escolha sexual. O perfume não é para cobrir o cheiro natural, mas para evidenciá-lo já que na pele o mesmo perfume toma corpo olfativo diferenciado. (ELLIS, 1971, p. 43).

Sá; Campos; Silva (2007, p. 15.) Comentam: “A experiência tátil não se limita ao uso das mãos. O olfato e o paladar funcionam conjuntamente e são coadjuvantes indispensáveis”. A construção erótica faz uso dos sentidos das mais variadas formas. Para Paz (1994, p. 11). “Os sentidos sem perder seus poderes, convertem-se em servidores da imaginação e nos fazem ouvir o inaudito e ver o imperceptível. Compreendendo então, que o erotismo juntamente com a expressão da sexualidade, são inerentes a qualquer ser humano, independente se suas condições físicas. O sentir é tão singular quanto a própria sexualidade.

MÉTODO

No desenvolvimento deste trabalho se seguiu o método fenomenológico. Segundo FORGHIERI, o emprego da fenomenologia, se caracteriza quando o objetivo da pesquisa é “ir as próprias coisas,” desvendar o fenômeno em si, nesse caso o fenômeno do erotismo, ainda é apontado para o autor como um modo de pesquisa não rígido de interpretação, sendo assim, é empregável quando se discute a vivência humana. A pesquisa conta com 4 participantes (que serão chamados de S1,

S2, S3 e S4), sendo que 2 são do sexo feminino e 2 do sexo masculino, esses indivíduos variam entre 18 e 40 anos de idade, ambos são pessoas com deficiência visual de grau grave, ou seja, não percebem vultos, ou qualquer fragmento de luz. Em um estudo de campo, estes participantes responderam a uma entrevista semiestruturada, com 8 questões relativas ao tema. Sendo está uma pesquisa qualitativa, as análises foram desenvolvidas, através da interpretação da vivência do fenômeno. Neste contexto, compreender a vivência subjetiva do erotismo nas pessoas com deficiência visual, característica dos estudos fenomenológicos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Bruns (2008), aponta que o preconceito com os deficientes visuais, na perspectiva da sexualidade é enorme. Infelizmente essa disseminação, tem sua origem no seio familiar. Muitas crianças e adolescentes com deficiência visual, não recebem informação sobre, relações sexuais e algumas características, comuns da puberdade, por exemplo. Neste contexto o deficiente visual, é visto pelos pais como se fosse um ser assexuado. (BRUNS, 2008, p. 29). Ao ser indagada sobre a existência de algum conceito de amor e sexualidade, repassados na infância, S1 (feminino) relata: “*Para mim não foi passado nada, quando tinha alguma dúvida perguntava para professora, ou procurava na internet*”. Deste modo, notamos também que a curiosidade não se extingue mesmo que não exista uma conversação sobre o assunto. S3 (masculino) também contribui: “*Falavam umas coisas escondidas, mas, muitas vezes eu acabava escutando. Eu escutava sempre falar de camisinha, os meus tios*

falavam (...)”. Gil (2000, p. 58) declara que: “*Mas, apesar da informação ser inexistente, fraca ou inadequada, os jovens não deixam de se iniciar na prática sexual*”.

Não só a busca de informações não deixa de existir, como a procura de um parceiro também é continua. Alberoni (1986, p. 153) destaca que: “*Antes de nos enamorar da pessoa definitiva, fazemos muitas tentativas de enamoramento, muitas explorações*”. S4 (masculino) ao ser indagado se teve ou mantinha algum tipo de relação amorosa, afirma que: “*Sim, várias paqueras e paixões. [...] Sim já tive várias parceiras e uma delas era visão baixa, as outras todas eram “normais”, dentro das suas subjetividades*”. Demonstrando que a busca de um parceiro erótico, acontece de maneira comum ao deficiente visual. S3 (masculino) destaca: “*(...) pessoa com deficiência faz tudo como o outro não deficiente*”. Tais percepções partem de seus singulares sentidos.

Camargos (2012), revela que as pessoas com deficiência visual, formulam o seu “enxergar”, na vivência dos outros sentidos. A autora ressalta: “*Com isso, queremos dizer enxergar perceptivo (visão) juntamente com o ouvir (audição), o cheirar (olfato), o sentir (paladar) e o tocar (tato)*. Por fim, denominaríamos de “olhar inconsciente” o conceito de olhar ampliado, que engloba todos os sentidos”. Tendo isso em mente é pertinente, por em descrição, na íntegra, a fala de S1 (feminino) quando questionada sobre o desenvolvimento de seus sentidos: “*Todos são bem desenvolvidos, (...) A gente tem algumas limitações, mas eu gosto de balada, de sair, sou uma pessoa bem extrovertida, gosto de “ver” gente. Sou uma cega que enxerga.*” Visualizam, além de tudo a beleza das coisas e do viver.

Paz (1994) conceitua que a beleza serve para o erotismo, como canal na busca do prazer, por consequência ela anda de mão dadas como o desejo e nossa busca desenfreada de obtê-lo, nossa servidora de caprichos e encantamento. No entanto ela não está na imagem, ela brota da imaginação, beleza não é uma realidade física, mas sim realidades belas. O que é ressaltado por S1 (feminino): (...) *Beleza não é física é caráter, honestidade, beleza interior*". Ainda, em resposta à pergunta. O que é belo para você? S2 (feminino) responde: *"Vesti uma roupa bonita e colorida, as cores que mais gosto é rosa e azul. Beleza para mim são as cores não as vejo nunca vi, mas, as sinto não sei como."*. Sentem, namoram, dançam, se apaixonam, enxergam e claro, buscam prazer.

Ao retratar suas lembranças prazerosas S4 (masculino), relata: *"Foi uma relação que tive com uma namorada, que ela estava menstruada e não queria ter relação, aí comecei a acaricia-la e falar ao seu ouvido, foi quando ela não resistiu, me agarrou, tirou minha roupa, agarrou meu órgão sexual e fez penetrar no órgão dela. Afinal que prazer é este? Nasio (2007, p. 25), pontua: "Deseja-se sempre uma pessoa em sua carne. Desejar é atirar-se para fora de si em busca da carne do outro; é querer atingir, através da carne, sobre a carne, o gozo mais requintado"*

As respostas dos entrevistados, em relação, ao desenvolvimento dos seus sentidos e sexualidade, demonstraram a capacidade de percepção singular e subjetiva de cada um. Sobre as percepções de mundo da pessoa cega. Evgen Bavcar, francês, doutor em filosofia da estética, cego e fotógrafo, explica: "Eu fotografo contra o vento... o ar em movimento me possibilita infinitas informações sobre tempo e

temperatura, leituras outras sobre tipos de cheiros, ruídos, que sinalizam conexões específicas para a construção do meu mundo interior". Bavcar (2001, p.22) *apud* Bruns (2009, p. 5).

CONCLUSÕES

A contemporaneidade e seu mundo digital, sempre se renovando e trazendo conceitos estéticos e eróticos, num apanhado de visualidade. Nossos olhos sempre atentos e sedentos de consumo visual. Nosso Eros encasulado na retina, sem a supressa de um voo cheio de intensão, de gosto, de cheiro, de toques e de sons. Afinal, onde anda nosso deus do amor? Se não atrás de um beijo sublime, que, por ventura, é feito com os olhos fechados? As facetas do erotismo, além do olhar, formularam o ponto inicial deste trabalho.

Este belo que os olhos não veem, oculto na fantasia e na imaginação, trouxe à tona falas que chamam a atenção, como: *"sentir as cores"*; belo *"é voar"*. Isso demonstra o quão as finalidades estéticas são abstratas e complexas para o deficiente visual, mas, sem dúvida, não deixam de ser belas. O relato de suas paixões, seus encontros amorosos, eram seguidos de pequenos risos no fim das falas, até mesmo com um certo rubor eu diria. Indago-me, agora, de qual maneira, se não viam? Eles ouviram cada som e voz, sentiram cada toque, e como um deles explanou: *"a personalidade o cheiro"*. Seus sentidos deram forma aos seus amados e a si mesmos.

Sendo assim, de maneira geral, percebeu-se a necessidade de falar em sexualidade e deficiência. Por isso, esse estudo não se trata de um estudo fechado e

impositivo, muito pelo contrário. A amostra dos participantes soma-se a um pequeno grupo de quatro pessoas, do Estado de Santa Catarina na região do Sul do Brasil. Portanto, novas pesquisas nessa área só irão enriquecer o conhecimento acerca do erotismo e suas nuances sobre a sexualidade e quem sabe, estreitar cada vez mais nossa relação com as pessoas com deficiência visual, desconstruindo preconceitos, bem como concepções errôneas da deficiência. Por fim, tornando-nos mais humanos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBERONI, Francesco. O Erotismo: fantasias e realidades do amor e da sedução. Tradução: Élia Edel. São Paulo: Círculo do livro S.A, 1986.
- BRUNS, Maria Alves de Toledo. A Pessoa Cega: Erotismo e a Mídia. Revista Brasileira de Sexualidade Humana. Vol 20, n.1, p 173 a 177 ano 2009. Disponível em: <http://www.bengalalegal.com/erotismo>. Acesso em: 10/06/2015.
- BRUNS, Maria Alves de Toledo. Sexualidade de Cegos. Editora Átomo, São Paulo, 2008.
- CAMARGOS, Liliane. Do ver ao perder de vista: A psicanálise do olhar. Editora KBR, Petrópolis, 2012.
- COSTA. F. D. Sexo Como Direito. Zero Hora, Porto Alegre, Ano 52, nº. 18.241, p. 22-23, 2015.
- ELLIS, Havelock. Psicologia do sexo. Tradução: Pedro Carneiro Ramires, Bruguerra Ltda. Rio de Janeiro, 1971.
- FORGHIERI, Yolanda Cintrão. Psicologia Fenomenológica: fundamentos, métodos e pesquisas. Pioneira Thomson Learning, São Paulo, 2004.
- GIDDNES, Anthony. Sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. Tradução: Magda Lopes. São Paulo, Editora da Universidade Federal Paulista, 1993.
- GIL, Marta (Org.). Deficiência visual. Brasília: MEC. Secretaria de Educação a Distância, 2000. 80 p.
- MERLEAU-PONTY, Maurice. Fenomenologia da Percepção. Tradução: Carlos Alberto Ribeiro de Moura. - 2- ed. - São Paulo, Martins Fontes, 1999.
- MOTTA. Livia Maria Villela de Mello. Deficiência Visual: Raízes Históricas e Linguagem do Preconceito. 2004. 216p. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brasil – Disponível em - http://www.vercompalavras.com.br/pdf/tese_doutorado.pdf - acesso em 13/09/2015.
- NASIO, Juan-David. A Fantasia: O prazer de ler Lacan. Tradução: André Telles e Vera Ribeiro. — Rio de Janeiro: Zahar, 2007.
- PAZ, Octavio. A Dupla chama do amor. Tradução: Wladyr Dupont. São Paulo: Editora Siciliano, 1994.
- SÁ, Elizabet Dias de CAMPOS, Izilda Maria de; SILVA, Myriam Beatriz Campolina. Atendimento educacional especializado: deficiência visual. São Paulo: MEC/SEESP. 2007,

CONVIRTIENDO AL PORNO EN UN MAPA DE CALOR MENTAL

Elena del Barrio Álvarez^{1,2}; Bernardo Moreno¹; Eva Garrosa¹
Universidad Autónoma de Madrid¹; CSIC, Incipit²
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.

¿Es necesario el análisis de la pornografía? En una sociedad donde la sexualidad no es tabú, donde está valorizada, y donde cada cual es libre de dejarse condicionar por lo que quiere, seguramente no lo sea, en la nuestra sí.

Como psicóloga, centrada en la psicología positiva, encuentro que el máximo representante de esta área realiza un listado de 24 fortalezas donde no hay espacio para la sexualidad (Peterson y Seligman, 2004), como si tener un orgasmo en tiempos de crisis no supusiera una virtud.

Por otra parte, una de las herramientas diagnósticas por excelencia manejada también desde la sexología es el DSM-V, donde se considera parafilia a cualquier conducta sexual no normativa. A estas prácticas también se las engloba dentro de la categoría de adicción. Es decir, el tabaquismo como tal no aparece en el DSM, pero cualquier práctica sexual que no realice la persona que diagnostica puede considerarse parafilia o adicción. Aquí no se está considerando el criterio de que cualquier acto, y sólo cuando se realiza por encima de los niveles que la persona desea, puede suponer una adicción. Aquí se está patologizando el placer.

Por otra parte, asumiendo una perspectiva de género, y asumiendo que los cuerpos no son espacios neutros (Cordero, Cruz, y Solorzano, 2012), sino lugares politizados, considero conveniente un análisis de lo implícito en las prácticas representadas.

Para el análisis de dichas prácticas se propone una metodología que se ha

tomado prestada del campo de la psicofísica. En este paper se plantea un marco de análisis cuantitativo para un área tradicionalmente cualitativa.

MÉTODO

Muestra

Los 10 vídeos más vistos de Pornhub y los 10 más vistos de Xvideos, que son los portales gratuitos más empleados para consumir pornografía gratuita online en España.

Instrumentos

Se emplea un algoritmo desarrollado por el MIT (Khosla, Raju, Torralba, y Oliva, 2015) para predicción de la memorabilidad de la imagen. Para realizar el cálculo de dicho índice se tienen en cuenta los siguientes factores: luminancia, orientación, afectividad y complejidad de los contenidos. Dicho algoritmo, tiene un margen de error estimado del 30-35%

Se implementa con el programa MATLAB, versión 2015b.

Los índices de memoriabilidad van de 0 a 1, siendo 0 la probabilidad nula de memorabilidad y 1 la máxima.

Procedimiento

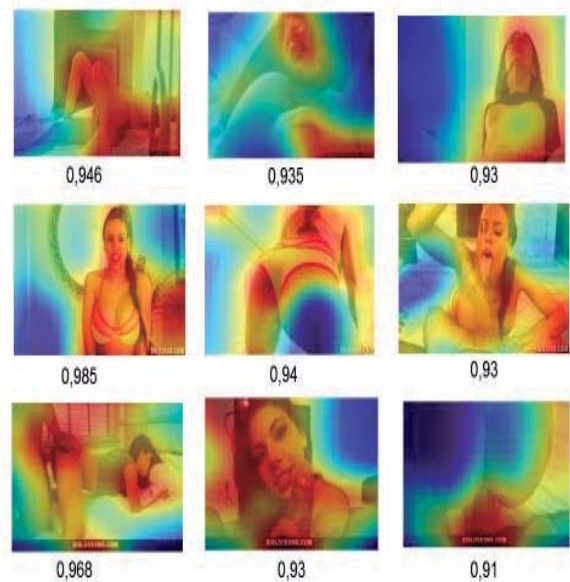
Tras aplicar el algoritmo facilitado por el MIT para procesamiento de imágenes, se seleccionan las 3 imágenes con más probabilidad de ser recordadas de los 3 vídeos con un índice de memorabilidad más elevado.

Para comparar el grado de memorabilidad que implican las imágenes, se realiza el mismo procesamiento de la imagen al logotipo de coca-cola, de juego de tronos y a una secuencia de un documental (de la 2 televisión española).

También se emplean imágenes control de otros tipos de pornografía (para mujeres y postporno)

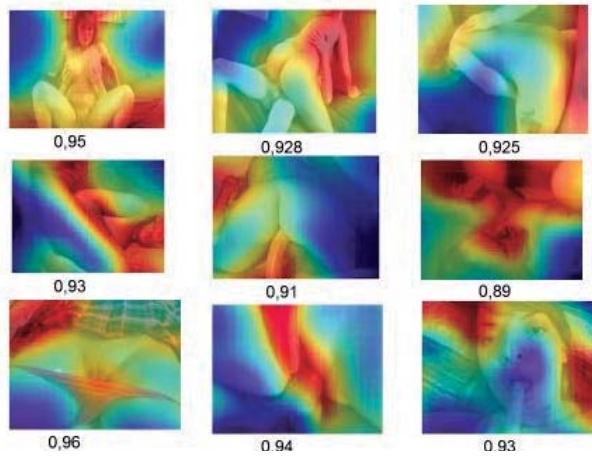
Resultados

Las imágenes que nos resultarán más familiares y a las que se ha reforzado en términos de luminancia y enfoque son las siguientes:

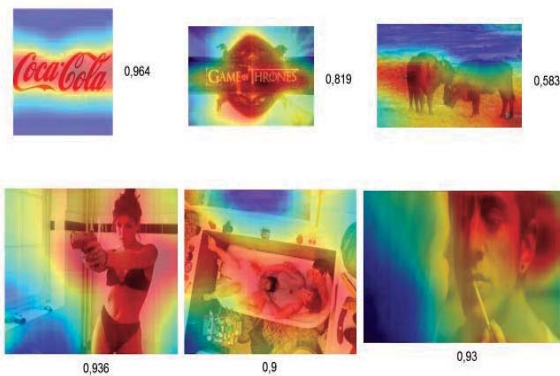


Las 3 imágenes de los 3 vídeos con índices de memorabilidad más elevados de Pornhub. Cada vídeo está representado en una fila. El orden de las filas es descendente, siendo la primera fila la que está compuesta por imágenes que

corresponden al vídeo con un índice de memorabilidad más elevado.



Las 3 imágenes de los 3 vídeos con índices de memorabilidad más elevados de Xvideos. Cada vídeo está representado en una fila. El orden de las filas es descendente, siendo la primera fila la que está compuesta por imágenes que corresponden al vídeo con un índice de memorabilidad más elevado.



La primera fila contiene los índices de memorabilidad para el logotipo de coca-cola, juego de tronos, y una imagen de un

documental de la 2. La segunda fila contiene una imagen de postporno (primera, Virginie Despentes, y segunda, Annie Sprinkle) y de porno para mujeres (la tercera, de Erika Lust)

DISCUSIÓN

En Pornhub nos encontramos que las imágenes más recordadas serán culos femeninos, eyaculaciones masculinas y penes. También se remarcan los factores de luminancia en una imagen de una mujer hablando. Esta imagen coincidía con una secuencia en la que la mujer explicaba que le gusta cuando en una felación se asfixia y le dan arcadas porque considera que así ofrece más placer al hombre.

En Xvideos nos encontramos más variedad, y también encontramos de forma más explícita vulvas y casos de sexo forzado o con mujeres completamente borrachas (“mujer totalmente borracha” es el título reclamo para clicar el video).

En resumen, tenemos penes y eyaculaciones como representantes de lo masculino. Lo femenino se representa con áreas corporales como labios, vulva, ano y expresiones faciales de orgasmo. En Pornhub se percibe menos variedad en los patrones femeninos (jóvenes, orificios anales y orales). En Xvideos, en las secuencias con mayor índice de memorabilidad, se representa a mayores de 40 y menores de 18 (independientemente de su edad real). Se representan penetraciones anales, orales y vaginales, con una mujer adulta consciente teniendo relaciones sexuales con un menor (el niño poya) y con una mujer con nivel alterado

de la consciencia (borracha) y una chica que representa a una menor drogada. La vulva de la menor asume un alto grado de protagonismo.

Hay autoras que advierten que el efecto de la pornografía podría ser uno de los factores implicados en el incremento de operaciones estéticas de vulvas (Dines, 2010).

Una lectura posible de estos resultados podría basarse en que los estímulos del placer son las mujeres, los agentes y consumidores de éste, los portadores de pene que penetran a mujeres y eyaculan. Las relaciones sexuales con mujeres y niñas con un nivel alterado de la consciencia son placenteras. Las mujeres mayores de 40 son asertivas a nivel sexual, las menores de esta edad deben ajustarse a los cánones para producir placer a los hombres. Dichos cánones incluyen pechos, culo, ano (blanqueado) y vulva (labios mayores y menores pequeños y rosados).

A partir de ahí podríamos extraer que son “los hombres de verdad” y las “mujeres de verdad”. Las mujeres “de verdad” están para dar placer sexual, cuanto más se ajusten a determinados cánones físicos, mejores mujeres serán. Las “mujeres de verdad” no tienen interés en recibir placer de forma directa y exclusiva hasta que se convierten en “maduritas” y su rol se masculiniza. Los hombres “de verdad” necesitan penetrar, da igual cómo y cuándo.

Los índices de memorabilidad similares a los de coca-cola nos pueden

indicar el impacto que tienen esas imágenes en las conductas presentes y futuras de quienes las consumen (mayoritariamente varones de entre 8 y 35 años).

El hecho de que otras formas de hacer pornografía tengan índices de memorabilidad igual de elevados, puede indicarnos que lo que se muestra va más allá de los intereses económicos, son intereses políticos los que mantienen relaciones de poder y dominación en función del contexto socio-histórico en el que se enmarcan. Con esta afirmación no quiero decir que los intereses económicos no sean políticos, puesto que también están inscritos en esta inocencia perversa del patriarcado sutil.

REFERENCIAS

- Cordero, N., Cruz, P., & Solorzano, N. (2012). Trata de personas, dignidad y derechos humanos. Sevilla: Arcibel Editores. CORREA BORGES, PC A Tutela Penal dos Direitos Humanos. *Revista Espaço Académico*, (134).
- Dines, G. (2010). *Pornland: How porn has hijacked our sexuality*. Beacon Press.
- Khosla, A., Raju, A. S., Torralba, A., & Oliva, A. (2015). Understanding and predicting image memorability at a large scale. In *Proceedings of the IEEE International Conference on Computer Vision* (pp. 2390-2398).
- Peterson, C., & Seligman, M. E. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Oxford University Press.
- De Psiquiatría, A. A. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-DSM 5*. Médica Panamericana.

INMIGRACIÓN, EXPLOTACIÓN SEXUAL Y CRECIMIENTO PSICOLÓGICO: LO QUE SE PIERDE EUROPA

Elena del Barrio Álvarez^{1,2}; Bernardo Moreno¹; Eva Garrosa¹
Universidad Autónoma de Madrid¹; CSIC, Incipit²
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.

Partiendo de la visión de que la psicología es una herramienta de transformación (Gough y McFadden, 2001), tanto a nivel individual como social, en este artículo se replantean asuntos que conllevan un entendimiento político postestructuralista de la academia (Valerie Walkerdine, 2002). Se pretende llegar no sólo a un entendimiento a nivel clínico de las mujeres supervivientes de la trata, sino a la subjetividad política que implica su existencia, y su modo de percibir las en el contexto socio-histórico que nos envuelve.

Sin querer llegar a la asunción de performar la realidad con la mera

transformación del lenguaje (Jiménez, 2009), sí que se asume el potencial de acción de éste (Giddens, 1988) y por ello se desea realizar un volátil análisis del concepto de víctima referente al ámbito de la trata, y de sus implicaciones (Jiménez, 2009).

Si bien es cierto que crear una identidad comunitaria es conveniente a nivel psicológico para hacer frente al estigma que les imponemos (Phinney, 1991; Wakefield & Hudley, 2007), quizás sea más apropiado construir un identitario colectivo basado en fortalezas (Konradi, 1996). La identidad del dolor es efímera, puesto que tiene capacidad performativa hasta que éste se termina (Brown, 1995), sin embargo, un identitario basado en las fortalezas posee una esperanza de vida más longeva, y con mayor potencial empoderador (Laplante, & Holguin, 2006).

Asimismo, hay autoras que consideran que la extrema patologización de este sector de la población está relacionado con actitudes coloniales, racistas y sexistas que promueven la separación identitaria con el fin de mantener determinadas estructuras de dominación y poder (Difulvio, 2011; Doezema, 2001). Sería un método de construir otredad basándose en

argumentos científicistas sin contrastar. Este es el tipo de investigación que se desea contrarrestar desde un ámbito de la psicología que desde los márgenes continúa ganando terreno (Diener, 2003).

Desde aquí, y con la elección de variables se desea plasmar cómo la existencia transitoria o localizada de determinados deterioros, no significa que no existan potencialidades ni virtudes que deban incentivarse dentro del ámbito clínico (Vázquez, Pérez-Sales, 2003).

Crecimiento postraumático

Es necesario estudiar a las mujeres desde un prisma que incluya la complejidad de su experiencia. El análisis de su crecimiento postraumático nos aporta información tanto el dolor experimentado como las fortalezas desarrolladas.

Las estructuras patriarcales que regulan la sexualidad de las mujeres en la esfera pública y privada incentivan el ideario del útero como lugar físico donde reside el valor y potencial de cualquier mujer. Hay investigaciones que sustentan que las violaciones como crímenes de guerra son motivadas por las consecuencias devastadoras en las mujeres y en "sus propietarios" (Segato, 2012).

A pesar de los daños que puede provocar cualquier agresión (sexual o no), hay diversos modelos que postulan que dichas experiencias no tienen por qué ser hechos insuperables (Krahe, 2000). Se considera que la naturaleza humana tenderá a recuperarse y que incluso se

puede producir lo que se denomina crecimiento postraumático. Éste se refiere a la experiencia de transformación después de un periodo de distres emocional.

El modelo de crecimiento postraumático de Tedeshi y Calhoun(1995) incluso contempla la posibilidad de no experimentar el trauma como tal y desarrollar directamente este tipo de crecimiento tras experiencias que puedan considerarse traumáticas.

En este sentido, Maercker & Zoellner (2004) consideran que el crecimiento postraumático podría no ser adaptativo, puesto que podría incluir en ocasiones conductas evitativas que perjudicaran el proceso de restablecimiento. Sin embargo, otras autoras mantienen que incluso la negación es un modo de coping, que en diversas culturas resulta adaptativo (Snyder y Pulvers, 2001). Por otra parte, estudios sobre crecimiento postraumático longitudinales mantienen que la asunción de una posible desadaptación del crecimiento postraumático se debe a su estudio de modo transversal, puesto que a largo plazo, no implica negación. Ese ilusorio sería, por tanto, temporal.

Tenacidad-Autoeficacia

La autoeficacia permite enfrentar y preveer las situaciones temidas de manera más adecuada. Esto se puede trasladar a las relaciones interpersonales, por lo que a mayor percepción de autoeficacia, mayores probabilidades de interactuar y de hacerlo satisfactoriamente se tienen (Bandura, Taylor, Williams, Mefford, & Barchas, 1985).

Connor y Davidson (2003) por su parte, contemplan la autoeficacia y la tenacidad como un componente de la resiliencia, en el sentido de que habilitan a enfrentarse con los eventos deseados. Diversos estudios relacionan a ésta con el crecimiento postraumático, la autoaceptación y las relaciones positivas.

A pesar de las críticas ejercidas sobre el concepto de resiliencia, por suponer una visión del mundo occidental, individualista y no anclada a la tierra, la percepción de autoeficacia ha sido menos controvertida y se ha empleado en mujeres, estigmatizadas y migrantes (Fleming, y Ledogar, 2008).

Disfrute proyectando el futuro

La asunción del identitario absoluto de víctimas implica no concebir a las supervivientes como capaces de disfrutar o de proyectarse un futuro donde puedan hacerlo. Cuando toda tu identidad está anudada a un estigma sexual, se espera de ti que no disfrutes, que no goces en ningún aspecto de tu vida, que cumplas los requisitos de esa víctima genuina y pura a la que se le regalan derechos humanos.

Diversas investigaciones sostienen que esta capacidad de imaginarse como receptoras y agentes de goce incrementa el crecimiento postraumático (Chun, S. y Lee, 2010; Hutchinson, Loy, Kleiber, y Dattilo, 2003) y las posibilidades de actuar de modo efectivo en los procesos jurídico-legales y sociales a los que se tienen que enfrentar.

Esta capacidad todavía no ha sido investigada de forma cuantitativa, pero los estudios cualitativos mencionados nos

incitan a contemplarla dentro de esta investigación (Gray, 2012).

MÉTODO

Participantes

La muestra inicial constaba de 120 participantes, sin embargo, sólo 109 desearon completar el cuestionario.

Los datos se han recogido gracias a la colaboración de ONGs laicas y religiosas, 53 mujeres de la muestra son atendidas por instituciones religiosas (48,6%), y 56 por una institución laica (51,4%). La edad está recogida como una variable continua, y se ha dividido en mujeres de 18 a 30 (29,4%), de 31 a 42 (33%), y de 43 a 68 (27,5%). 93 son mujeres cis (85,3%), y 16 mujeres trans (14,7%). Del grupo total, 31 son de Europa (28,4%), 40 de América Latina (36,7%), y 38 de África (34,9%). El 11,9% se considera que tiene un nivel bajo de español, el 15,6% medio, y el 72,5% alto. El 24,8% (27) llevan en España hasta dos años, el 28,4% (31) entre 2 y 8 años, 32,1% (35) llevan más de 8 años y el 14,7% (16) tienen a España como país natal. El 51,4% (56) están en situación de prostitución, el 41,3% (45) en situación de desempleo pero recibiendo caridad de las ONGs, y el 7,1% (8) tienen otro tipo de empleo asalariado. El 46,8% no tienen descendencia, el 22% una hija/o, 19,3% dos, 3,7% tres, 6,4% cuatro, 1,8% siete (2). El 72,5% no tiene pareja, el 14,7% sí, el 7,3% está casada, el 3,7% separada, y el 1,8% viuda. El 82,7% (91) mantiene contacto con la familia, el 16,4% (18) no. El 6,4% vive en Las Palmas (7), el 7,3% vive en Sevilla (8), el 7,3% en Burgos (8), y el 78,9% en Madrid (86).

Procedimiento

Previo al contacto con las participantes, 10 expertas en atención a supervivientes de trata con fines de explotación sexual revisaron los ítems del instrumento. Se pedía opinión sobre la pertinencia de las preguntas, el vocabulario y la longitud del instrumento final. Dichas apreciaciones fueron plasmadas en la elaboración del cuestionario. Además, debido a las características de la muestra (todas mujeres), el género de cada ítem se transformó al femenino.

Las participantes fueron contactadas por medio de las ONG's que desearon colaborar. El contacto con las ONG's se procedió a realizar gracias a un listado publicado en el BOE con el nombre de todas las ONG's que reciben ayuda estatal para atender a supervivientes de la trata con fines de explotación sexual. En la mayoría de las ocasiones el primer contacto fue realizado vía email (en otras vía telefónica).

En algunas ocasiones, el contacto no pudo ser directo con las mujeres, por motivos de seguridad establecidos en la normativa de las ONG's. En estos casos la ONG elegía una encargada para acompañar e introducir la dinámica de cumplimentación del cuestionario. Esta persona siempre tenía formación en psicología o trabajo social. En estas ocasiones se facilitó una guía con instrucciones para la implementación del instrumento. Esta persona estaba encargada de resolver dudas sobre los ítems del cuestionario, leer y/o rellenar el cuestionario en caso de que la participante

así lo solicitara, y comprobar que todos los ítems estaban rellenos una vez finalizado el cuestionario.

Antes de facilitar el cuestionario se informaba de los fines de la investigación ("conocer aspectos sobre su vida personal actual, no sobre la prostitución ni su pasado"), se les informaba que rellenaría el cuestionario cerca de una encargada de resolver dudas, por si lo necesitaban, y que esta persona comprobaría que el cuestionario estuviera completado antes de proceder a la gratificación de dinero en efectivo. Una vez advertido y obtenido consentimiento oral, se pasaba un consentimiento informado por escrito en el que se indicaba que el tratamiento de los datos sería anónimo y con fines exclusivamente de investigación. Además en éste también se indicaba que por la finalización del cuestionario se recompensaría con 10 euros su aportación. Debido a su condición de testigos protegidos, la firma podía ser reemplazada por cualquier símbolo con el que se sintieran representadas.

El consentimiento informado tanto oral como escrito se ofrecía en inglés o en español. Las participantes podían seleccionar cumplimentar el cuestionario en alguno de los dos idiomas mencionados.

El cuestionario iba acompañado de una encuesta en la que se recogían variables sociodemográficas.

Medidas

Para el desarrollo de la investigación se evalúan las relaciones positivas, la auto-

aceptación, el crecimiento postraumático y la resiliencia. Dichas medidas son extraídas de instrumentos estandarizados ya validados que se mencionan a continuación:

Crecimiento Post-Traumático

Se emplea la versión reducida de la escala PGTI. Esta nueva estructura factorial del cuestionario está formada por 13 ítems que agrupan las dimensiones propuestas por los autores del cuestionario de: fuerza personal, ítems 12, 10 y 19 (excepto ítem 4 “me siento más autosuficiente”) y la dimensión relación con los demás, ítems 20, 21, 16, 8, 6 y 9 (excepto ítem 15 “siento mayor compasión por los demás”), además se incluye el ítem 13 de la dimensión apreciación por la vida (“siento mayor apreciación por cada día de vida”) y los ítems 11 y 17 de la dimensión nuevas posibilidades, referidos a la percepción de un cambio vital (“estoy más capacitado/a para mejorar mi vida”; “tengo mayor probabilidad de intentar cambiar las cosas que necesitan cambios”). Se emplea una escala tipo Liker de 6 puntos que va de 0= No cambio, a 5= Muy alto grado de cambio. En el presente estudio la escala presentó un alfa de 0.89.

Tenacidad-Autoeficacia.

Se emplea la escala (7 ítems) que mide dicha variable del CD-RISC de 17 ítems (construido para evaluar la resiliencia). Se emplea una escala tipo Liker que va de 0= En absoluto a 4= Casi siempre. Ejemplos de ítems “Siempre me esfuerzo

sin importar cuál pueda ser el resultado” “No me desanimo fácilmente con el fracaso”. Se elige esta versión reducida de la escala por el incremento de su consistencia interna con respecto a la versión extendida (Parra, Abejar, Pacheco, Gutiérrez, Martínez, y Vizcaíno, 2012). En el presente estudio se observa un alpha de Cronbach de 0.74

Disfrute del Futuro

Se selecciona esta escala por la agencialidad latente que implica este constructo con respecto al goze. La Escala de Gaudibilidad (EG) (Padrós Blázquez, 2002) original consta de 23 ítems donde se indica el grado de acuerdo con cada uno de los reactivos, donde 0 = nada de acuerdo, 1 = no muy de acuerdo, 2 = ligeramente de acuerdo, 3 = bastante de acuerdo y 4 = totalmente de acuerdo. Es considerada la puntuación final extraída de la sumatoria de los 23 ítems (de los cuales los ítems 15, 19 y 22 son inversos). En el presente estudio, debido a la consideración por parte del autor y sus colaborados de la eliminación de los ítems inversos, se emplea la versión de la escala con 20 ítems para la extracción de los ítems que evalúan el disfrute proyectando el futuro. En el presente estudio se observa un alpha de Cronbach de 0.84

RESULTADOS

Debido a las condiciones de realización del cuestionario, no hubo datos perdidos entre quienes aceptaron colaborar con la investigación.

Las correlaciones entre las variables demográficas revelaron pocas asociaciones significativas ($p < .05$). Las mujeres trans mostraban más disfrute proyectando el futuro (0,393). Por otra parte, las mujeres de más de 43 años muestran más crecimiento que las menores de 32, la franja intermedia de edad no muestra diferencias significativas con respecto a ninguno de los otros dos grupos.

Pese a ello, no se incluye esta variable como covariable en el análisis que se detallará posteriormente, por los inconvenientes que otras investigaciones han indicado sobre su inclusión (Little, An,

Johanns, & Giordani, 2000; Miller & Chapman, 2001; Thompson, 1992). Además, el análisis con esta covariable no modifica los resultados de forma significativa (los niveles de significación y las dirección de las relaciones/pesos de beta fueron similares con y sin covariables).

A un nivel bivariado, todas las variables correlacionan, principalmente con crecimiento postraumático.

Los análisis descriptivos y las correlaciones bivariadas entre todas las variables de estudio se muestran en la Tabla 1.

	Rango posible	Media	Dt	1	2
1.Crecimiento	0-60	41.16	1,10		
2.Tenaicidad	0-4	3,09	0,77	,481**	
3. Disfrute futuro	0-4	2,96	0,92	,472**	,411**

Tabla 1. Descriptivos y correlaciones entre variables

Análisis de Moderación

Para minimizar los efectos de la multicolinealidad se realizaron todos los análisis de regresión con las variables independientes estandarizadas (Aiken y West, 1991). Para asegurar la validez del procedimiento se analizaron los supuestos del modelo estadístico de normalidad, homocedasticidad y no colinealidad. Una vez efectuados los análisis, el diagrama de dispersión de los pronósticos por los residuos tipificados nos indicó la igualdad de varianzas. Del mismo modo, el

estadístico Durbin-Watson nos informó de la independencia de los residuos, ya que los valores de los tres modelos de regresión se encontraban dentro del rango recomendado (1.5-2.5) para considerar independientes las observaciones (Durbin y Watson, 1971). Por último, los valores del factor de inflación de la varianza (FIV) se encontraban por debajo de 10 y los índices de tolerancia eran mayores de 0.10, lo que nos permitió descartar la existencia de colinealidad entre las variables independientes.

Posteriormente se usa PROCESS macro (Hayes, 2013; Modelo 1) para testar el modelo de moderación en la Figura 1.

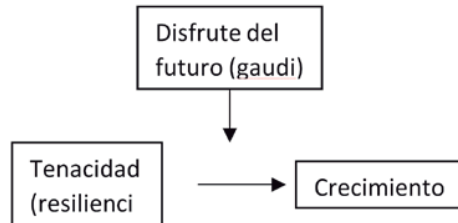


Figura 1. Esquema de moderación

Los resultados indican que el disfrute proyectando el futuro modera los efectos de la tenacidad-autoeficacia sobre crecimiento postraumático (Beta:0.19, incremento de R2: 0.03, cambio significativo de F: 0.04). La interacción puede observarse en la Tabla 1 y Figura 2.

CRECIMIENTO		Disfrute		
		Bajo	Medio	Alto
Autoeficacia	Alto	0.4	0.33	0.26
	Medio	0	0.05	0.1
	Bajo	-0.4	-0.23	-0.06

Tabla 1. Efecto moderador de disfrute proyectando el futuro sobre el efecto de la tenacidad-autoeficacia en el crecimiento postraumático

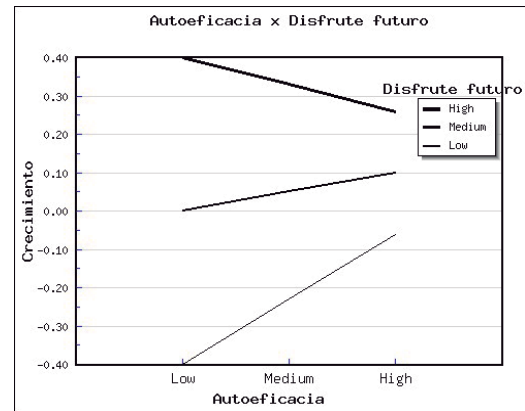


Figura 2. Efecto moderador de disfrute proyectando el futuro sobre el efecto de la tenacidad-autoeficacia en el crecimiento postraumático

DISCUSIÓN

De acuerdo con nuestras hipótesis iniciales, tanto el disfrute como la percepción de autoeficacia inciden en el crecimiento postraumático.

La media de crecimiento postraumático en esta escala de 12 ítems es 41,16, que es equivalente a 44,59 en una escala de 13 ítems, y a 72.03 en una escala de 21. Se muestran resultados similares a los encontrados con una escala de 13 ítems en población de mujeres inmigrantes Latinas en EEUU, y superiores a las mostradas por las escalas de 21 ítems en supervivientes del terremoto del 27/F en Chile (M=68.72, SD=22.58; García Martínez, Reyes Reyes, y Cova Solar, 2014) a supervivientes del bombardeo en la segunda guerra mundial (M= 69; Maercker y Herrle, 2003), y bastante más superior a la mostrada en población general (M=53.04; SD=24.17; Taku, Cann, Calhoun, y Tedeschi, 2008).

De este modo, pese a la importancia que tiene la sexualidad en nuestra forma de componer nuestra subjetividad individual y colectiva, es simplemente una parte más del prisma que nos compone, a la que también se sobrevive y de la que se aprende, como muestran los modelos de crecimiento postraumático en mujeres supervivientes de violencia y estigma sexual.

La capacidad de disfrute proyectando el futuro es más elevada que en estudios realizados con estudiantes. Quizás como propone el autor de la escala, esta capacidad es un modo de coping que formaría parte esencial en el crecimiento postraumático.

El sentimiento de autoeficacia-tenacidad, según el modelo propuesto por Bandura (1997), muestra una asunción de agencialidad fundamental en el proceso de crecimiento. En este estudio los resultados se suman a esta línea, y plantean además que su efecto podría depender de las habilidades para disfrutar proyectando el futuro.

Los resultados mostraron que para niveles bajos y medios de autoeficacia el disfrute proyectando el futuro aumentaría el crecimiento postraumático. Sin embargo, para niveles elevados de autoeficacia, el efecto del disfrute del futuro disminuye su crecimiento.

Para niveles bajos y medios de autoeficacia la motivación extrínseca de un futuro de gozo puede promover una transformación en la concepción de las propias capacidades que promueva el crecimiento postraumático.

En casos donde el sentimiento de autoeficacia es elevado, el imaginar el futuro en vez de tener una actitud mindfulness que te conecte con el presente, puede reducir esa capacidad transformadora.

En conclusión, tras el análisis de estos resultados se considera conveniente incluir a las variables aquí mencionadas dentro de la práctica clínica con este colectivo.

REFERENCIAS

- Aiken, L. S., West, S. G., & Reno, R. R. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Sage.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control.
- Bandura, A., Taylor, C. B., Williams, S. L., Mefford, I. N., & Barchas, J. D. (1985). Catecholamine secretion as a function of perceived coping self-efficacy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 53(3), 406.
- Brown, W. (1995). *States of Injury: Power and Freedom in Late Modernity*, Princeton: Princeton University Press
- Chun, S. y Lee, Y. (2010). The role of leisure in the experience of posttraumatic growth for people with spinal cord injury. *Journal of Leisure Research*, 42(3), 393-415.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- Diener, E. (2003). What is positive about positive psychology: The curmudgeon

- and Pollyanna. *Psychological Inquiry*, 14, 115-120.
- DiFulvio, G. T. (2011). Sexual minority youth, social connection and resilience: From personal struggle to collective identity. *Social Science & Medicine*, 72(10), 1611-1617.
- Doezema, J. (2001). Ouch! Western feminists' wounded attachment' to the 'Third World prostitute'. *Feminist Review*, 67(1), 16-38.
- Durbin, J., & Watson, G. S. (1971). Testing for serial correlation in least squares regression. III. *Biometrika*, 58(1), 1-19.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Sage.
- Fleming, J., & Ledogar, R. J. (2008). Resilience, an evolving concept: A review of the literature relevant to aboriginal research. Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health, 6, 7-23.
- García Martínez, F. E., Reyes Reyes, A., & Cova Solar, F. (2014). Severidad del trauma, optimismo, crecimiento postraumático y bienestar en sobrevivientes de un desastre natural. *Universitas Psychologica*, 13(2), 575-584.
- Giddens, A. (1988). *Social theory today*. Stanford University Press.
- Gray, Glori G., "Resilience in Cambodia: hearing the voices of trafficking survivors and their helpers " (2012). *Doctor of Psychology (PsyD)*. Paper 80.
- Gough, B., & McFadden, M. (2001). Doing critical social psychology. *Critical social psychology: an introduction*. Basingstoke: Palgrave, 45-71.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford Press.
- Hutchinson, S.L., Loy, D.P., Kleiber, D.A. y Dattilo, J. (2003). Leisure as a coping resource: Variations in coping with traumatic injury and illness. *Leisure Sciences*, 25(2-3), 143-161.
- Jiménez, M. D. L. V. M. (2009). Escuela y posmodernidad: análisis posestructuralista desde la Psicología Social de la Educación. *Revista Iberoamericana de educación*, (49), 203-222.
- Konradi, A. (1996). Understanding Rape Survivors' Preparations for Court Accounting for the Influence of Legal Knowledge, Cultural Stereotypes, Personal Efficacy, and Prosecutor Contact. *Violence against women*, 2(1), 25-62.
- Krahe, B. (2000). Sexual scripts and heterosexual aggression. In T. Eckes & H.M. Trautner (Eds.), *The developmental social psychology of gender*, (pp. 273-292). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Laplante, L. J., & Holguin, M. R. (2006). The Peruvian Truth Commission's mental health reparations: empowering survivors of political violence to impact public health policy. *Health and human rights*, 136-163.
- Little, R. J., An, H., Johans, J., & Giordani, B. (2000). A comparison of subset selection and analysis of covariance for the adjustment of confounders. *Psychological methods*, 5(4), 459.
- Maercker, A., & Herrle, J. (2003). Long-term effects of the Dresden bombing: Relationships to control beliefs, religious belief, and personal growth. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 579-587.

- Miller, G. A., & Chapman, J. P. (2001). Misunderstanding analysis of covariance. *Journal of abnormal psychology, 110*(1), 40.
- Phinney, J. (1991). Ethnic identity and self-esteem: a review and integration Hispanic. *Journal of Behavioral Sciences, 13*, 193–208.
- Segato, R. L. (2012). Femigenocidio y feminicidio: una propuesta de tipificación. *Revista Herramienta, 16*, 49.
- Snyder, C. R., & Pulvers, K. M. (2001). Dr. Seuss, the coping machine, and “Oh, the Places You’ll Go.”. *Coping with stress: Effective people and processes, 3-29*.
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Osterlind, S. J. (2001). Using multivariate statistics.
- Taku, K., Cann, A., Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2008). The factor structure of the Posttraumatic Growth Inventory: A comparison of five models using confirmatory factor analysis. *Journal of traumatic stress, 21*(2), 158-164.
- Vázquez, C., & Pérez-Sales, P. (2003). Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y estrés, 9*(2-3), 231-254.
- Wakefield, W. D., & Hudley, C. (2007). Ethnic and racial identity and adolescent well-being. *Theory into Practice, 46*, 147–154.
- Walkerdine, V. (2002). *Challenging subjects: Critical psychology for a new millennium*. Palgrave Macmillan.

PERCEPCIONES DE ADOLESCENTES CUBANO/AS SOBRE EDUCACIÓN INTEGRAL DE LA SEXUALIDAD EN EL ÁMBITO FAMILIAR

Odette del Risco Sánchez

drisco@nauta.cu

INTRODUCCIÓN

La adolescencia como etapa del desarrollo humano ha sido objeto de estudio de diferentes disciplinas. Algunas de las investigaciones sociales que se han realizado en Cuba, permiten develar la influencia que ejercen los diferentes agentes de socialización en el desarrollo de la personalidad del adolescente, siendo la interacción con los adultos uno de los aspectos abordados.

Las características sociopsicológicas del adolescente están sujetas a condicionantes de tipo económico, social, histórico y cultural. Para Del Rosario “La adolescencia, aparece así, como el resultado de la interacción de los procesos biopsicosociales, los modelos socioeconómicos, las influencias sociales y culturales específicas, que son vividas por los adolescentes de cada país, ciudad, comunidad de manera particular.”(Del Rosario, 2006, p. 370)

De ahí que, es necesario lograr comprender la influencia de los diferentes agentes de socialización (familia, escuela, comunidad, medios de comunicación masiva, grupo de coetáneos, centro laboral) en el desarrollo de la personalidad del adolescente. En este sentido, en el espacio familiar se deben ejercer una serie de influencias educativas que les preparen

para asumir las responsabilidades y exigencias que deviene la entrada al mundo adulto. Además, sus miembros deben acompañar al adolescente en el desarrollo de las competencias necesarias para el disfrute pleno y responsable de su sexualidad.

Sin dudas, las investigaciones en torno a las y los adolescentes en el espacio familiar, han privilegiado el estudio del rol de la familia como ente educativo. Se señala que: “La familia es capaz de satisfacer las necesidades de formación más que cualquier otra institución, porque establece una relación educativa con la descendencia de carácter duradero y estable”. (Arés, 2010, p. 23)

Especialistas del Instituto Central de Ciencias Pedagógicas, han enfocado su atención en la comunicación entre adultos y adolescentes. En el caso de los padres con hijo/as adolescentes, refieren que estos prefieren relacionarse con su grupo de amigos, se muestran menos confiados, conversan menos, no son receptivos a consejos y exigencias de los adultos. Por su parte, los /as adolescentes se sienten incomprendidos, los padres no les tienen confianza, no los respetan y descalifican, resultan autoritarios y ejercen cierta violencia verbal. (Castro, Cueto y García, 2006)

Durante esta etapa es necesario potenciar una comunicación efectiva entre los miembros de la familia, que permita el manejo adecuado de las contradicciones y los conflictos familiares. En el caso de la relación con el/la adolescente, los modos de interacción se deben ajustar a las características de esta etapa del desarrollo. Sin embargo, ello resulta un proceso paulatino que precisa sentar las bases de una comunicación basada en el diálogo y el respeto al otro, como una prioridad de los adultos en sus relaciones con los/as hijo/as.

Siendo así, se corrobora la necesidad de desarrollar en adolescentes y familiares las habilidades necesarias para entablar un diálogo desprejuiciado en torno a diversas problemáticas de esta etapa, siendo una de las más importantes la sexualidad. Temática que, en no pocas ocasiones, genera inquietudes y temores en ambos. Aquellos que no encuentran el espacio propicio para comunicarse con los familiares, acuden a otras fuentes de información menos calificadas para obtener la respuesta anhelada como puede ser el grupo de amigos.

A su vez, se parte de que los contenidos de la comunicación relacionados con la sexualidad, están matizados por lo asignado genéricamente, lo cual coloca en situación de vulnerabilidad a muchachas y muchachos. En ocasiones, los mensajes llegan a poseer contenidos atemorizantes que pueden provocar el rechazo por los sujetos, más que la regulación de la conducta de manera desarrolladora.

Para el caso específico de la etapa adolescente, se considera que dialogar sobre sexualidad, puede incitar el inicio de

las relaciones tempranas. Por ello, el tema es poco tratado en el entorno familiar por lo que se acude al criterio de los coetáneos, generándose vacíos de información así como la transmisión de mitos, prejuicios y la reproducción de roles tradicionales en la expresión de su sexualidad.

Otros modos de interacción que pueden vivenciarse en el escenario familiar como la violencia física, psicológica y verbal, escasos niveles de participación en las decisiones familiares, dificultades para la resolución del conflicto adulto-adolescente, entre otras, precisan de su visualización oportuna para proponer vías de solución efectivas. Estos modos de relacionarse tienen como principal causa una deficiente comunicación entre padres e hijos/as, de ahí la necesidad de abordar dicha temática en las investigaciones sociales.

Si se concibe la etapa de la adolescencia como momento donde se desarrollan y consolidan una serie de formaciones psicológicas, se resalta el valor que posee la familia en materia de educación integral de la sexualidad. En este sentido, la ponencia que se presenta, deviene de los resultados obtenidos de grupos focales y cuestionarios aplicados a 178 adolescentes cubanos entre 12 y 14 años. La ponencia muestra la interacción familia-adolescente con vistas a visualizar cómo los modos de interacción de la población objeto de estudio con familiares adultos, incide en sus vivencias en torno a la sexualidad.

DESARROLLO

La sexualidad como una dimensión de la personalidad matiza la vida cotidiana

de los individuos, en tanto tiene su expresión en las relaciones de los sujetos consigo mismo y con los otros. Se refiere que: "La sexualidad como una compleja y rica manifestación vital se construye, se vivencia, crece, se comparte, se proyecta y expresa en todas las dimensiones existenciales: el individuo, la pareja, la familia y la sociedad." (González y Castellanos, 2003, p.6)

La integración de estas dimensiones implica que existan diversos modos de vivenciarla, trascendiendo a los sujetos e impactando en la vida social de estos. Lo intrapersonal y lo interpersonal se conjugan de forma que, la sexualidad de cada ser humano se vive y expresa de manera diferenciada.

Para los y las adolescentes quienes se inician en el ámbito de las relaciones de pareja, el intercambio con el otro incide en el desarrollo de su identidad individual como oportunidad para conocerse y aceptarse. A su vez, el desarrollo de la autovaloración pasa por el tamiz de la interacción con los coetáneos, entre los que se incluye la pareja. En esta etapa se suceden profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, que coloca a muchachas y muchachos ante nuevos modos de relacionarse con su realidad.

En el caso específico de la maduración sexual, se produce la primera menstruación en las muchachas y la eyaculación nocturna en los muchachos. También cambios en las características sexuales primarias (testículos y pene; ovarios, útero y vagina) y en las secundarias (vello púbico, axilar y facial). A su vez, crecen los senos y se ensanchan las

caderas en las muchachas, y en ellos aumenta de tamaño la laringe, modificando el tono de la voz. Estas transformaciones tienen repercusión en el desarrollo psicológico del y la adolescente, sobre todo en la aparición de inquietudes y preocupaciones en torno a su sexualidad.

El y la adolescente se perciben con un cuerpo cercano a la figura adulta. Ello incide en sus interacciones con coetáneos y otros adultos. La aceptación del grupo también se encuentra mediatizada, en ocasiones, por el desarrollo biológico alcanzado, en tanto el/la adolescente tiende a valorar los atributos físicos para la selección de pareja e inclusión en el grupo de amigos. A su vez, esta imagen alejada cada vez más del universo infantil, puede ser considerada por el/la adolescente puerta de entrada al mundo adulto. Esto puede conllevar al inicio de relaciones sexoeróticas coitales, sin contar con la preparación adecuada para ello, o ser objeto de deseo tanto de coetáneos como de adultos.

En este devenir, la familia incide como agente de socialización esencial desde las primeras edades de vida, de ahí el rol fundamental que esta asume en la educación de sus miembros para experimentar una sexualidad placentera y responsable. En este espacio se suceden una serie de aprendizajes que le permiten a los sujetos una mejor relación con su medio social. La asunción de normas sociales, valores morales y formas de comportamiento se viabiliza a través de la comunicación intrafamiliar, métodos educativos y estilos comunicativos,

procesos que se inician en la etapa infantil y se desarrollan a lo largo de la vida.

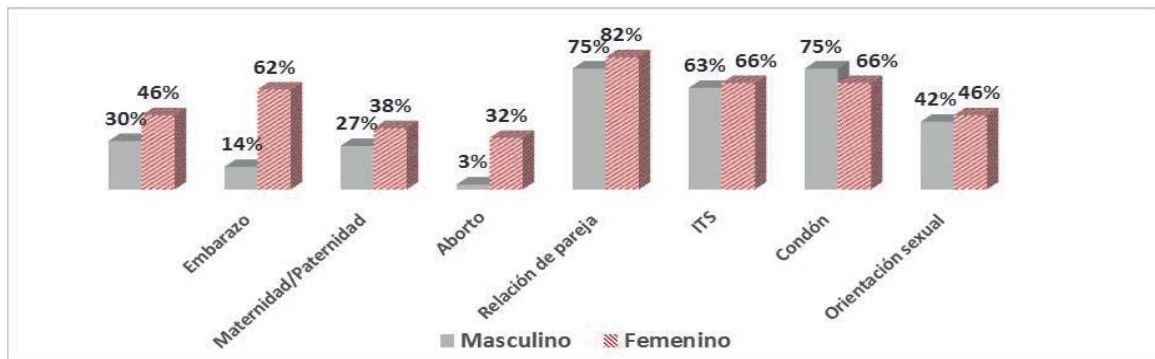
SEXUALIDAD Y COMUNICACIÓN INTRAFAMILIAR

Es una realidad que uno de los principales problemas que tradicionalmente ha enfrentado la relación familia-adolescencia es la comunicación fluida en torno a la sexualidad. Durante la adolescencia, la esfera de la sexualidad, y sobre todo las relaciones de pareja, resulta una de las áreas donde existen mayores interrogantes y temores. Los cambios en la esfera psicosexual que suceden en esta etapa de la vida propician la emergencia de inquietudes, y en ocasiones no se cuenta con los recursos necesarios para, por sí mismos, encontrar respuestas acertadas. Es

por ello que la familia debe crear un clima distendido, de confianza y respeto que facilite el diálogo desprejuiciado sobre aquellas temáticas que provocan dudas en los más jóvenes.

Por esta razón, se exploró desde la percepción de los adolescentes de 12 a 14 años los temas que se dialogan en el ámbito de la familia. Entre muchachas y muchachos encontramos diferencias en cuanto al espectro de temáticas abordadas. Los temas más dialogados son la importancia del condón, relación de pareja y las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Gráfico # 1. Temas sobre sexualidad que se dialogan en la familia con adolescentes



A pesar de que son similares los tres temas más dialogados para ambos, difieren en cuanto a los niveles de prioridad que ofrecen los familiares a los contenidos referidos al uso del condón y las relaciones de pareja para muchachos y muchachas. En este sentido, es interesante apreciar que, si bien el uso del condón es uno de los temas que más se dialoga con ambos, se enfatiza en mayor medida en los muchachos. Para los familiares adultos, el tema de evitar los

riesgos de una relación sexual desprotegida es una de las preocupaciones fundamentales. Es por ello que los mensajes que emiten los adultos pretenden promover un comportamiento responsable durante la adolescencia. Sin embargo, los mensajes que se abordan en la familia son elaborados desde el riesgo y el temor, cuyos contenidos -si bien son esenciales- no satisfacen del todo las necesidades de aprendizaje de los y las adolescentes.

En los grupos focales realizados se apreció que el tema de sexualidad no es uno de los que más se aborda en el ámbito de la familia. Se hace alusión al apoyo que habitualmente reciben de esta, lo cual generalmente está vinculado a temáticas como: estudio, toma de decisiones y manutención económica. En las sesiones hubo que intencionar la temática de la sexualidad, específicamente sobre los tópicos que se abordaban. Al indagar sobre ellos refieren que:

“...mis padres me hablan abiertamente sobre la orientación sexual, los anticonceptivos, la importancia de las relaciones sexuales, cómo deben ser, sobre las decisiones que hay que tomar antes de la primera relación sexual en el momento preciso, que hay que analizar bien con que pareja se van a tener.” (muchacha, 12-14 años)

“...mis padres son un poco estrictos con el tema de la sexualidad pero de hablarme de un tema, me hablan de la protección...”

(muchacha, 12-14 años)

“...me hablan de las ITS, de cómo podemos protegernos...”

(muchacho, 12-14 años)

Al explorar los temas que les gustaría tratar, aluden tópicos que surgen de vivencias de la vida cotidiana que les impiden iniciar sus relaciones de pareja como desean. La actitud diferenciadora de la familia, a partir del género de la descendencia emerge en expresiones como: *“por qué las suegras sobreprotegen a las hijas”* (muchacho, 12-14 años), *“por qué los padres no dejan a las hijas tener novio”*. (muchacha 12-14 años)

Es importante señalar que es poco explorado por parte de los adultos las

necesidades e inquietudes de los propios adolescentes. En esta relación es de notar que los adultos actúan como emisores de información y los más jóvenes como receptores. Bedevia Santoyo en su tesis doctoral: *Intimidad compartida. Pautas teóricas metodológicas para el diseño de una estrategia periodística sobre sexualidad: una mirada desde la recepción y la construcción informativa* (2013), recoge la opinión de adolescentes y jóvenes acerca de sus intereses y necesidades informativas sobre esta esfera de su vida, a la vez que las carencias que reconocen tener. Si bien este aspecto no es explorado desde el ámbito familiar, sí evidencia vacíos que no son satisfechos desde este espacio, y tampoco lo logran con la información que para ellos se destina desde los medios de comunicación:

“Qué hacer cuando empiezas a tener una vida sexualmente activa y cómo ayudar a una persona con sida; cómo hablar con nuestros padres sobre sexualidad. Siempre hablan de lo mismo: el condón, el sida. Pero hay más”. (muchacha, 15 años) “(...) que hablen de la autoestima y de la pubertad, más allá de lo que damos en las clases que son los cambios físicos (...) Pongan historietas y conversaciones entre jóvenes sobre el enamoramiento, cómo enamorar, las primeras relaciones sexuales, primera experiencia con alguien que quieres”. (muchacho, 14 años) “(...) me inquieta la orientación sexual, específicamente el homosexualismo que es un tema poco abordado. Otro que deben reflejar es la infidelidad, la aceptación de la pareja en la familia sin distinción de sexo. También sobre eyaculación precoz y masturbación. De esto último solo hablan de la masculina. Quiero que sigan insistiendo sobre el embarazo en la adolescencia, las ITS”. (muchacho, 20 años) (Bedevia Santoyo, 2013, p. 61-63)

Se constató que hay temas relacionados con los abortos, embarazos y métodos anticonceptivos que se dialogan en mayor medida con las muchachas. Ello corrobora que aún prevalecen prejuicios donde la mujer debe poseer el conocimiento en cuanto a la protección, así como a la asunción de decisiones en torno a interrumpir un embarazo no deseado. Una de las posibles causales de esta situación es la disponibilidad de métodos y procedimientos que requieren para su uso el consentimiento de la mujer, sin tener que acudir necesariamente al consenso con la pareja, considerándose por ello, que las muchachas deben estar mejor preparadas en esta dimensión. Esta actitud obvia el rol y la responsabilidad de la figura masculina ante la protección y la decisión que debe corresponder a ambos miembros de la pareja.

La maternidad y la paternidad responsable constituyen temas poco abordados en la comunicación de madres y padres con sus adolescentes, dada la lejanía temporal con la que posiblemente avizoran este fenómeno. Sin embargo, las diferencias por género denotan que las muchachas son socializadas, desde edades tempranas, para que asuman la responsabilidad de la maternidad como condición intrínseca del ser mujer.

Este resultado es congruente con lo obtenido por investigadores del Instituto Central de Ciencias Pedagógicas (2001), quienes exploraron la percepción de adolescentes de secundaria básica sobre los estereotipos de género, resaltando que las estudiantes conciben la condición de madres como parte de los atributos femeninos. De igual modo, investigaciones

receptoradas por el Centro de Estudios de la Mujer (Más, 2010) revelan la existencia de dichos estereotipos en un grupo de jóvenes madres y no madres. Ello evidencia que, no obstante las profundas transformaciones económicas, políticas y sociales que han favorecido la inserción de la mujer en la vida pública, aún persiste una imagen tradicional de ella asociada a la maternidad. Desde estos referentes, la maternidad todavía se percibe como un espacio de realización propio de la mujer, lo cual influye en la necesidad de prever la tenencia de hijos dado por presiones sociales.

Las exigencias y expectativas de los familiares provocan que la información para ambos sea diferenciada, a partir de prejuicios y mitos que permanecen en el imaginario social, los que son transmitidos a los adolescentes incidiendo en sus comportamientos cotidianos, con énfasis en su vida sexual y de pareja, actual y futura. Lo anterior revela que el contenido de los mensajes que ofrece la familia a sus miembros más jóvenes es un tema en el que deberá ahondarse en próximas investigaciones. Indudablemente la información resulta un método de control por parte de los adultos, no obstante el uso adecuado de la misma permitirá dotar a los adolescentes de las competencias necesarias para el disfrute pleno y responsable de su sexualidad.

Durante la realización de grupos focales se constató que los y las adolescentes perciben que no se realiza el abordaje del tema de la sexualidad según sus expectativas y necesidades. Durante esta etapa demandan sentir el acompañamiento adulto en el proceso de

construcción de su identidad personal y a su vez, definir la posición que ocupan en la sociedad. Se refiere que:

“Ellos (los padres y madres) tratan de ayudarme en la mayoría de los temas que ellos piensan que para mí son importantes, aunque realmente no se hace mucho énfasis ni en la escuela ni el televisor ni en la familia en los temas que son realmente más importantes para la juventud que son estos temas de la sexualidad, la identidad de los jóvenes, porque a veces nos preguntamos quiénes somos, qué función tenemos en la localidad o en la familia.” (muchacha, 12-14 años)

En este espacio se constató que la principal fuente de información es la madre. Esta se visualiza como *“más comprensibles”* (muchacha, 12-14 años). Por otra parte los padres son mencionados en menor medida, sobre todo se visualizan como menos tolerantes y poco abiertos al diálogo:

“Le pregunto a amigos mayores que yo, los padres puede ser que no te entiendan y que no estén de acuerdo contigo precisamente porque no te entiendan y tú para evitar esos momentos, puede empezar una discusión, le preguntas a esa gente (amigos mayores de edad).” (muchacho, 12-14 años)

Otro de los aspectos explorados fue la reacción de la familia ante la orientación sexual de sus hijos e hijas. Es reconocido que la posibilidad de poder decidir libremente la orientación sexual, constituye otro de los derechos sexuales y reproductivos, el que tiende a vulnerarse con cierta frecuencia en sociedades de cultura patriarcal.

En la muestra se apreció que la mayoría de los sujetos se declara

heterosexual (96,6%). En el caso de quienes se inclinan hacia personas del mismo sexo, se puede inferir que, ciertamente, los sujetos sienten esta atracción y así lo declaran en el cuestionario. Sin embargo, habría que considerar que en esa etapa se pueden vivenciar experiencias sexuales con personas de su propio sexo a modo de experimentación, lo cual no define aún una orientación homosexual.

También se tiene la hipótesis que, el referir esta atracción se relaciona a la opinión grupal, dado por comportamientos que puede estar asumiendo el sujeto asociado tradicionalmente a roles femeninos, en tanto los adolescentes tienden a tener una mirada estereotipada y dicotómica de la identidad de género. Perspectiva esta que ha sido legitimada desde el mundo adulto. Sin dudas, los intercambios eróticos con personas de su mismo sexo constituyen una peculiaridad de esta etapa del desarrollo sin embargo, ante la mirada adulta se pueden convertir en etiquetas que inciden en la vivencia de potenciales conflictos.

En cuanto a las posibilidades de poder expresar libremente su preferencia sexual en el seno de la familia, el 9% de los y las adolescentes presenta dificultades para ello lo que es—reflejado en mayor medida en las chicas (8,8%) motivado por: dificultades en la comunicación (4,4%), no le dejan tener novio (2,2%), los adultos consideran que no es la edad adecuada para dialogar sobre sexualidad (1,1%) y sentir vergüenza (1,1%). En el caso de los chicos, la única razón expresada fue las asociadas a las dificultades en la comunicación con los familiares adultos.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: DESDE EL IMAGINARIO HASTA LA REALIDAD

En el caso de la muestra estudiada, el 69,7% no ha iniciado sus relaciones sexo eróticas coitales. Al analizar este indicador por género, se constatan marcadas diferencias entre muchachos y muchachas; el 44,8% del total de varones declara ser sexualmente activo, y solo el 15,4% de las féminas emite igual respuesta. Esta situación pudiera ser explicada a partir de patrones socioculturales vigentes en la sociedad cubana, que incitan al inicio de las relaciones en los adolescentes como símbolo de madurez y "hombría".

En el grupo focal se encontró que reconocían diversidad de edades para iniciar las relaciones, sin embargo uno de los criterios expresaba "*la hembra después de los 15 y los varones de los 13 años*" (*muchacho, 12-14 años*). De manera general, se aprecia que desde el discurso de los y las adolescentes se legitima un inicio más temprano en los muchachos.

De estos varones que iniciaron sus relaciones sexuales, el 43,2% no les comentó a sus familiares sobre su decisión. Si a este resultado se le añade que la familia no provee de información suficiente en las temáticas anteriormente exploradas, es posible aseverar que los adolescentes encuestados no poseen los recursos y habilidades necesarias para asumir una sexualidad de manera responsable, lo cual los coloca en una situación de riesgo. En el caso de las chicas, el 46,2% optó por no referir su decisión a la familia. Se constatan diferencias por sexo en la opción de dialogar la decisión y recibir el apoyo de la familia (48,6% de los chicos y 38,5% de las

chicas) lo cual evidencia que esta decisión es, en cierta medida, legitimada más para ellos que para ellas.

Las explicaciones en torno al uso de métodos anticonceptivos implican varios niveles de análisis que conlleva a identificar en primera instancia los conocimientos, pero sobre todo evaluar las actitudes de los y las adolescentes hacia ellos. Dichas actitudes están rodeadas de una serie de mitos asociados a su uso y que, en no pocas ocasiones, son transmitidos de una generación a otra. Sin embargo, estas no resultan ser las únicas variables que intervienen en el comportamiento sexual de estas poblaciones, por lo que lograr comprender la decisión de emplear o no métodos anticonceptivos en sus relaciones y seleccionar los adecuados es una temática compleja. Más allá de los conocimientos y actitudes hacia los métodos anticonceptivos, es importante evaluar la percepción de riesgo ante ITS/VIH-sida y embarazos no planificados.

Para el caso particular de la muestra estudiada el método anticonceptivo mayormente empleado por uno y otro sexo, es el condón. Así lo reconoce el 95,7% de encuestado/as que declara haber iniciado sus relaciones sexuales. Sin embargo, en los muchachos es superior la declaración de su uso (97,1% de los muchachos y 91,7% de las muchachas).

Es de notar que el coito interrumpido es uno de los métodos que también refieren usar (11,4% de los muchachos y 16,7% de las muchachas). Según Peñate, "Es un método poco efectivo, exige de mucho control emocional de la pareja, algo que no es frecuente durante la adolescencia; reduce el placer durante el orgasmo; puede causar

tensión y ansiedad (...) No es un método recomendable para las parejas adolescentes, las que generalmente tienen el deseo sexual a "flor de piel". (Peñate, 2011, p.80)

Resulta significativo que el condón prevalezca como el anticonceptivo mayormente empleado en los chicos, máxime si es el único método que ofrece una doble protección: ante un embarazo y ante una ITS. El condón está permeado de un grupo de prejuicios socioculturales que limitan su uso, colocando a adolescentes en una situación de riesgo (Peñate, Guerrero y Santillano, 2004).

En los resultados del presente estudio, para las muchachas es ligeramente inferior el uso del condón en sus relaciones, lo cual puede denotar la existencia de dificultades para negociar su empleo con la pareja, en tanto para su utilización se precisa del consentimiento de la figura masculina, colocándolo en una posición de poder, no solo desde las propias características del método, sino desde la propia dinámica de la pareja.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, lo interesante es que en los grupos focales se apreció que al hacerse referencia a este concepto, las muchachas eran las que más expresaban criterios en torno a este tema. Incluso, en ocasiones los hombres no consideraban el condón como método anticonceptivo y limitaban este concepto a los Dispositivos Intrauterinos. En este sentido, desde el propio discurso de los sujetos, se refuerza la idea de que la protección es un asunto privativo de las mujeres, lo cual ha sido influido por el modo en que cada uno se ha socializado.

Respecto a la frecuencia de uso de estos métodos, es de notar que no siempre

se emplea el condón por los y las adolescentes en sus relaciones. Existe 12,8% de hombres y 21,4% de mujeres que lo emplean a veces; así como un 7,7% de chicos que nunca lo usan para un 7,1% de mujeres que así lo expresan. Siempre se protegen un 76,9% de los hombres y un 71,4% de las mujeres.

Respecto a las percepciones de adolescentes en torno a la terminación voluntaria del embarazo se encontró que ante el requerimiento de si el aborto y las regulaciones menstruales constituyen métodos anticonceptivos, la mayoría de los adolescentes respondió que no sabía.

Tabla # 2. Aborto y regulaciones ¿métodos anticonceptivos?, según los y las adolescentes

	12 a 14 años	
	Masculino	Femenino
Sí	8%	1,1%
No	26,4%	47,3%
No sé	63,2%	50,5%
No respuesta	2,3%	1,1%

Las mujeres, desde edades tempranas, han sido socializadas de modo tal que poseen mayor información sobre el tema. Sin embargo no provoca que se disminuya el uso de estos procedimientos, en tanto el conocimiento solo es una de las dimensiones para la modificación de actitudes, pero al menos ofrece señales de algunas de las aristas por donde encauzar el trabajo de educación sexual.

Si bien la educación integral de la sexualidad supone un proceso que se

extiende a lo largo de la vida e implica a diversos agentes de socialización, es indudable el rol de la familia en ella. Las actitudes de madres y padres hacia la educación de su descendencia en este sentido, inciden en las vivencias que estos experimenten en el disfrute de manera responsable de su sexualidad. Los vacíos de información que se visualizan en torno a las dimensiones de la sexualidad, mitos respecto al uso de anticonceptivos y al inicio de las relaciones sexuales impactan en las prácticas de adolescentes en su vida sexual.

CONSIDERACIONES FINALES

El ámbito de la familia constituye un espacio esencial para el desarrollo de la personalidad adolescente. No obstante, se revela que permanecen inequidades de género, desde el ejercicio de la función educativa de esta para con sus miembros jóvenes, que inciden en la reproducción por adolescentes de estereotipos sexistas, en las vivencias relacionadas con su sexualidad. A su vez, existen una serie de comportamientos que colocan en situación de riesgo a adolescentes. Sobre todo a las mujeres, en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, en cuanto al uso poco sistemático del condón como método de protección ante ITS-VIH-sida y embarazos no deseados y para el caso de los hombres, la poca comunicación que establecen sobre temáticas asociadas a la vida sexual, lo cual corrobora lo encontrado en estudios que abarcan estas temáticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arés Muzio, P. (2010). *La Familia. Una mirada desde la Psicología*. La Habana: Editorial Científico Técnica.
- Bedevia Santoyo, A. (2013) *Intimidad compartida. Pautas teóricas metodológicas para el diseño de una estrategia periodística sobre sexualidad: una mirada desde la recepción y la construcción informativa*. Tesis en opción al grado científico de Doctora en Ciencias de la Comunicación, Facultad de Comunicación, Universidad de La Habana.
- Castro Alegret, P. L, Cueto, M. A. y García R. A. (2006) Las necesidades de educación sexual de los jóvenes estudiantes para el docente de la educación media. La Habana: Instituto Central de Ciencias Pedagógicas (*Material digitalizado*)
- Del Rosario, A. M. (2006) "Influencia de los grupos sociales en el desarrollo psicosocial del adolescente contemporáneo". En M. Calviño y A. M. del Rosario (comp), *Hacer y pensar la Psicología* (pp.369-380). La Habana: Editorial Caminos.
- González Hernández, A. y Castellanos Simons B. (2003) *Sexualidad y géneros. Alternativas para su educación ante los retos del siglo XXI*. La Habana: Editorial Científico Técnica.
- Más Zurita, L. (2010) *Concepciones y vivencias sobre la maternidad. Su lugar en las identidades de género de las jóvenes cubanas*. Tesis de Maestría. La Habana: Centro de Estudios de la Mujer.
- Peñate Leiva, A. I. (2011) "Métodos anticonceptivos. Conocer para decidir". En: Colectivo de autores: *Adolescente: Para aprender a vivir en sociedad* (pp. 73-80) Centro de Estudios Sobre la Juventud. Colombia: D'vinni S.A.
- Santillano Cárdenas I. y Guerrero Borrego N. (2004) Proyecto Protegiendo mi vida. Ciudad de La Habana: Centro de Estudios Sobre la Juventud (*Informe de Investigación*).

MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA, EN LA POSTMENOPAUSIA, CON TIBOLONA Y TESTOSTERONA

Franklin J. Espitia De La Hoz
Especialista en Ginecología y Obstetricia
Universidad Militar Nueva Granada
espitiafranklin@hotmail.com

INTRODUCCION

La posmenopausia es el período comprendido desde del último período menstrual hasta la muerte de la mujer, en esta etapa los bochornos se suelen presentar con una frecuencia de 2.5 a 3.2 por día en promedio (1) y pueden prolongarse de 6 meses a 5 años (2); el riesgo de disfunción sexual aumenta 5,4 veces (3). Se ha evidenciado la interacción de los estrógenos con el metabolismo lipídico, siendo evidente que con la menopausia se produce un aumento del colesterol total y LDL, con incremento del porcentaje de LDL pequeñas y densas, que son bajos antes de la menopausia (suben del 10-13% a 30-49%), asociándose con mayor riesgo de infarto, ya que son más aterogénicas (4).

En las mujeres posmenopáusicas es alta la prevalencia de síntomas urogenitales, como la sequedad vaginal, la pérdida de la capacidad de lubricar y dispareunia; así como de la disminución del engrosamiento de los labios y la erección del clítoris, además de que el orgasmo más corto (5); lo que, aunado al pobre control de la micción e infecciones recurrentes de las vías urinarias, se les

suele afectar el ámbito de la esfera sexual, con una prevalencia entre el 40 y el 80% (6).

La postmenopausia es una etapa que se caracteriza porque las gonadotropinas (FSH y LH) permanecen crónicamente elevadas (hay un aumento de unas 10 a 20 veces en la FSH y de 3-5 veces en la LH, mientras que el estradiol disminuye por debajo de 50 pg/ml) (7). Los andrógenos (androstenediona, dehidroepiandrosterona y testosterona) disminuyen, pero en proporción menor a los estrógenos (8).

El estradiol que se produce después de la menopausia procede de la conversión periférica de estrona (el estrógeno dominante en este periodo), y el que se produce por la conversión periférica de la androstenediona suprarrenal por acción de la enzima aromatasasa (9).

Las disfunciones sexuales femeninas son una serie de síndromes en los que se incluyen las alteraciones persistentes o recurrentes de una a varias fases de la respuesta sexual, y que provocan molestias al individuo o a la pareja (10), así como todas las alteraciones que se producen en cualquier fase de la respuesta sexual y que

impiden o dificultan el disfrute satisfactorio de la sexualidad (11).

Las disfunciones sexuales son comunes durante el periodo postmenopáusico, debido a la deficiencia hormonal, aunque su causa puede ser multifactorial (12); y si bien, la terapia sola con estrógenos por vía oral aumenta la globulina transportadora de hormonas sexuales (SHBG), -que es causa de alteración del deseo sexual-, la terapia hormonal con fármacos androgénicos tiene efectos positivos en el deseo sexual, la excitación y el orgasmo.

Asumiendo la afirmación que la producción de testosterona en la mujer a los 40 años es un 50% menor que a los 20 (13), y reconociendo que las mujeres postmenopáusicas con déficit androgénico presentan disminución de la motivación sexual, de las fantasías sexuales, del goce, de la excitación y un descenso del deseo, fatiga crónica y, en general, una disminución de la sensación de bienestar (14); motivó el uso de este compuesto en el tratamiento de la disfunción sexual en mujeres postmenopáusicas, ya que la administración de andrógenos mejora varios parámetros de la función sexual (el deseo, las fantasías, la frecuencia de la actividad sexual, la facilidad para alcanzar el orgasmo, la satisfacción sexual y el placer) (15).

Ajustados al estudio LISA (Livial International Study in Sexual Arousal disorders), que trató de comparar los efectos de la tibolona en comparación con E2/NETA, gestágeno con carácter androgénico, en relación a la disfunción

sexual; y que demostró que tanto tibolona como E2/NETA mejoraron la función sexual, pero la tibolona fue significativamente superior en todos los parámetros sexuales, como deseo, excitación, lubricación, orgasmo, dolor y satisfacción (16,17); nos apoyamos en este fármaco para hacer este estudio clínico.

La tibolona es una de las alternativas, a la terapia hormonal, para tratar los síntomas vasomotores en la postmenopausia temprana; es una prodroga, cuyos metabolitos 3α -OH (3-alfa-hidroxi) y 3β -OH (3-beta-hidroxi) poseen propiedades estrogénicas y la $\Delta 4$ (isómero delta 4) propiedades progestacional y androgénicas (18,19); disminuye los valores circulantes de SHBG, con lo que aumentan los niveles de testosterona libre (20,21), recobra el deseo y la satisfacción sexual al mejorar la lubricación vaginal (22,23); con un bajo perfil de efectos adversos y de riesgos sistémicos (perfil lipídico, coagulación, densidad mamográfica, etc.), en comparación con el de la terapia de reemplazo hormonal convencional (24).

Los andrógenos son considerados como la principal señal hormonal facilitadora de la motivación y el apetito sexual, en varones y mujeres (25); de ahí que existan diferentes preparados de testosterona en forma de parche transdérmico. Lo que ha inducido diversas formas de tratamiento con andrógenos en mujeres, con resultados positivos en el deseo sexual, a pesar de los inconvenientes de la dosificación y su farmacocinética (26). Su eficacia frente al placebo en estimular el deseo y el placer sexual está demostrada con estudios (27). Sus efectos adversos

relacionados con hiperandrogenismo (hirsutismo, acné, disminución en el colesterol HDL, etc.) son escasos y no superiores a los observados con placebo (28).

Múltiples estudios han demostrado que la tibolona mejora la libido, excitación, placer y gratificación sexual, pero no se refiere un aumento en la frecuencia coital; por lo tanto, siendo muchos los factores que intervienen en la actividad sexual, es prudente la interpretación de los resultados que se han obtenido, hasta ahora, con el uso de tibolona; ya que no se ha logrado determinar si los cambios favorables en la actividad sexual se relacionan con los cambios positivos sobre la vagina, o en el descenso en la producción hepática de la proteína transportadora de andrógenos, lo cual aumenta la disposición tisular de testosterona; de ahí que no haya duda que se requiere un mayor número de estudios randomizados y controlados para establecer, de manera definitiva, el efecto de la tibolona sobre la actividad sexual.

MÉTODO

Con el objetivo de conocer los cambios asociados al manejo farmacológico de la disfunción sexual femenina, en la postmenopausia, con tibolona y testosterona, se realizó un estudio observacional transversal, utilizando el cuestionario Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) desarrollado por Rosen y validado al español por Blumel et al (29); el que consta de 19 preguntas, que se agrupan en 6 variables: deseo, excitación,

lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor (30); cada pregunta tiene 5 ó 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios. A mayor puntaje mejor sexualidad, y a menor puntaje peor sexualidad.

Se realizó un ensayo clínico prospectivo en el tiempo (30 meses), con 80 mujeres mayores postmenopáusicas, ingresadas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia, en el período de enero de 2012 hasta junio 2014, con diagnóstico de postmenopausia. En este estudio se evaluaron los resultados clínicos y analíticos al igual que la evolución de la esfera sexual en estas pacientes, en un seguimiento durante 30 meses posteriores al inicio de la terapia hormonal. Al tratarse de un estudio personal, en donde las consultas eran realizadas siempre por el autor, en la Clínica La Sagrada Familia, Armenia, Quindío, Colombia, Suramérica; la relación médico-paciente ofrece ventajas de seguimiento que no garantizan otros estudios. Se incluyeron mujeres mayores de 45 años, no histerectomizadas, que no estuviesen tomando estrógenos o fitoestrógenos y con actividad sexual en los últimos tres meses y salud normal (descartar causas que pudieran originar la disfunción, como: Diabetes, HTA, Dislipidemias, depresión, anemia, hipotiroidismo o cualquier enfermedad sistémica y/o que tuvieran alguna contraindicación para recibir tibolona o testosterona), definido por el National Center for Health Statistics como compatible con el desempeño de las

actividades rutinarias (31); se excluyeron las mujeres con edad menor de 45 años, histerectomizadas, que estuviesen tomando estrógenos o fitoestrógenos y aquellas sin interés por la actividad sexual en los últimos tres meses o que no estuviesen interesadas en participar en el estudio.

La asignación a cada grupo de tratamiento se distribuyó con una lista de números aleatorios. Se asignaron 40 pacientes a cada uno. El grupo A estuvo constituido por aquellas que recibieron tratamiento con tibolona por vía oral y el grupo B testosterona por vía transdérmica.

Para diagnosticar que la mujer estaba en postmenopausia, solo bastó con hacerlo desde el punto de vista clínico (historia de irregularidades menstruales, amenorrea con bochornos y diaforesis nocturna, sequedad vaginal, etc.) y no requirieron ninguna prueba de laboratorio adicional (32), tal como lo sugiere la literatura.

Para evaluar y tratar correctamente las dislipidemias, en el estudio inicial de las mujeres en seguimiento, se tomaron en cuenta los criterios del Adult Treatment Panel (ATP) III (Nivel de evidencia III) (33), e incluía un perfil lipídico completo que comprendía: la determinación de colesterol total, lipoproteínas de alta densidad (C-HDL), lipoproteínas de baja densidad (C-LDL) y triglicéridos.

Las dosis utilizadas fueron: 1 comprimido (2.5 mg) de tibolona, sin interrupción, tomándose una diariamente por la noche (34), siguiendo las recomendaciones de la literatura. La testosterona utilizada fue el Androgel, un gel transparente incoloro que se presenta

en sobres de 5 gramos en 5 cc, que contiene 50 mg de testosterona del que se absorbe un 10% de la dosis aplicada, por lo que se aplicaba 1 cc, una vez al día en la mañana (equivalente a 500 mcg) y variando la aplicación entre hombros, abdomen, cara interna de los muslos y la vulva; siguiendo el concepto que dosis suprafisiológicas de testosterona mejoran el deseo (35), ya que aplicada en forma de gel aumenta el deseo, sin presentar efectos adversos significativos (36).

En la primera consulta se evaluaban las pacientes, se les hacía una exploración clínica y ginecológica, se le exploraban las mamas y se les tomaba una citología cervicovaginal; se les solicitaba una ecografía transvaginal y una mamografía; se solicitaban laboratorios (perfil lipídico, glucemia, TSH), se le medían los valores de testosterona total y libre (para monitorear los niveles suprafisiológicos antes y durante el tratamiento), Dehidroepiandrosterona sulfato (DHEAS) y la concentración de globulina transportadora de hormonas sexuales (SHBG), al final se les entregaba la encuesta "Índice de Función Sexual Femenina (IFSF)", previa consejería sobre los pros y los contras del uso de la tibolona o la testosterona; se les citaba para control de los resultados de los estudios y del cuestionario debidamente diligenciado.

Se les practicó un primer control a las seis semanas de iniciado el tratamiento, para ver la evolución y corregir cualquier eventual alteración, posteriormente cada tres meses hasta que cada mujer cumplía 30 meses de terapia.

Los datos recolectados por el formulario fueron llevados a un listado de datos en Microsoft Excel. La estadística descriptiva incluyó medias, rangos y desviaciones estándar, frecuencia absoluta y porcentajes; para analizar la eficacia del tratamiento en ambos grupos, se utilizó la *t* de Student para la comparación de medias, con un valor significativo para una $p < 0,05$, y la prueba χ^2 Pearson para comparar variables cualitativas, con un valor significativo para una $p < 0,05$.

Se contó con el consentimiento escrito de las mujeres seleccionadas para la

realización de esta investigación, según los principios de la declaración de Helsinki.

RESULTADOS

La edad media de las mujeres fue de $57,6 \pm 6,9$ (rango: 45-78 años), en el grupo A, y $56,4 \pm 7,2$ (rango: 45-75 años), en el grupo B. El 21,25% eran solteras, el 33,75% eran casadas, el 15% vivían en unión libre, el 13,75% estaban divorciadas y el 16,25% eran viudas. Tenían educación primaria el 12,5%, básica el 18,75%, media el 18,75%, técnica el 13,75% y superior el 28,75% (Tabla I).

Tabla I.
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS					
Edad		Escolaridad		Estado civil	
Rango	N (%)	Nivel	N (%)	Condición	n (%)
45-50	19 (23,75)	Prim.	10 (12,5)	Soltera	17 (21,25)
50-55	22 (27,5)	Básic.	15 (18,75)	Casada	27 (33,75)
55-60	16 (20)	Medio	21 (c)	Unión libre	12 (15)
60-65	12 (15)	Téc. n.	11 (13,75)	Divorciadas	11 (13,75)
>65	11 (13,75)	Sup.	23 (28,75)	Viudas	13 (16,25)
Total	80 (100,0)		80 (100,0)		80 (100,0)

Las disfunciones sexuales están reflejadas en menores puntajes en el IFSE, disfunciones que aumentan con los años y logran su máxima presencia alrededor de los 55 a 60 años ($19,2 \pm 4,8$ puntos) para caer posteriormente en forma progresiva a medida que las mujeres envejecen ($18,5 \pm 6,9$ puntos); así se observó que el deseo iba disminuyendo a medida que aumentaba la edad, observándose diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). El

nivel de satisfacción en las relaciones sexuales también iba disminuyendo a medida que aumentaba la edad, observándose diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,001$). El grado de lubricación disminuyó a medida que aumentaba la edad. El nivel de excitación y de alcanzar el orgasmo también disminuyó con la edad, observándose en todos los casos diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,001$), la sensación de

dolor también fue mayor a medida que iba aumentando la edad, observándose diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,001$).

Los mayores descensos se observan en las preguntas relacionadas con el deseo y la lubricación; observamos que en el dominio que se evalúa el deseo muestra un puntaje promedio entre $2,7 \pm 2,1$ y $3,3 \pm 1,2$ (grupo A); $2,9 \pm 2,2$ y $3,1 \pm 1,4$ (grupo B) en las mujeres entre 50 y 60 años, para descender a $2,1 \pm 1,5$ (grupo A) y $2,4 \pm 1,2$ (grupo B) en las mayores de 65 años de edad. La lubricación también disminuye como lo muestra el puntaje que desciende desde $5,5 \pm 1,1$ (grupo A); $5,5 \pm 1,7$ (grupo B) entre los 45 y 50 años hasta $3,2 \pm 1,6$ (grupo A); $4,2 \pm 1,1$ (grupo B) después de los 65 años, mientras que el orgasmo disminuye y el dolor aumenta en forma notoria después de los 55 años en ambos grupos (Tabla II).

Las mujeres mayores de 50 años tienen mayor riesgo de presentar disfunciones sexuales asociadas a la postmenopausia (OR: 3,9; IC: 2,7 - 5,7; $p < 0,0001$); mientras que un nivel educativo mayor (OR: 0,51; IC: 0,36-0,87; $p < 0,005$) y la estabilidad de pareja (OR: 0,69; IC: 0,33-0,96; $p < 0,04$), son factores favorecedores de protección hacia una sexualidad menos disfuncional (Tabla III).

En la Tabla V, se evalúan los efectos adversos, se muestra que predominaron las manifestaciones ginecológicas en el Grupo A y las sistémicas en el Grupo B.

El diámetro del clítoris (cms) no se vio afectado por la tibolona, mas no así con la testosterona, aunque no

significativamente; fue de $0,81 \pm 0,3$ (grupo A) y $0,84 \pm 0,3$ (grupo B) al inicio; de $0,82 \pm 0,5$ (grupo A) y $0,87 \pm 0,9$ (grupo B) después de seis meses, respectivamente.

El estado atrófico mejoró de manera significativa a los seis meses ($p < 0,001$), habiendo diferencias significativas entre los dos regímenes de terapia hormonal; al final del periodo del estudio la mejoría aumenta de forma significativa con la tibolona, siendo de $78,3 \pm 17,4\%$ con la tibolona y de $15,3 \pm 11,7\%$ con la testosterona.

La terapia con tibolona mejoró la lubricación vaginal, disminuyó el dolor, favoreció la excitación, aumentó el deseo y la satisfacción sexual, mejorando las dimensiones de la función sexual medidas por el cuestionario (IFSF); observándose un efecto significativo del tratamiento ($p < 0,03$), tiempo ($p < 0,001$) y tratamiento por interacción del tiempo ($F = 15,9$, $p < 0,001$); pasadas seis semanas, la tibolona y la testosterona aumentaron de manera significativa la puntuación de la sexualidad ($p < 0,001$, en ambas); sin embargo, dicho efecto fue significativamente más evidente en las mujeres con disfunción sexual tratadas con tibolona y no con testosterona ($p < 0,002$); a su vez la tibolona mostró una mejoría significativa en la dimensión global de la sexualidad entre el tercero y sexto mes de tratamiento ($p < 0,001$), mientras que las mujeres tratadas con testosterona, aparte del incremento notable del deseo, de la mejoría en la excitación y el orgasmo (con diferencias significativas), no tuvieron otro cambio importante, mostrando una puntuación baja ($p < 0,001$) al final del

estudio, en comparación con el grupo que utilizaba tibolona.

La mejoría en la función sexual femenina, al final del estudio, expresada como cambio en la media de la puntuación del IFSF fue significativa, ya que durante el

inicio (grupo A: $23,2 \pm 8,3$; grupo B $23,5 \pm 8,9$) fue significativamente más elevada en el grupo de la tibolona ($28,2 \pm 8,7$) en relación con el grupo de la testosterona ($25,6 \pm 8,7$) ($p < 0,002$). Tabla VI.

Tabla II.

DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA CON LA EDAD GRUPO A							
Edad	Deseo	Dolor	Lubricación	Orgasmo	Excitación	Satisfacción	Total
45-50	$3,9 \pm 1,8$	$3,3 \pm 1,5$	$5,5 \pm 1,1$	$5,1 \pm 1,5$	$4,5 \pm 1,8$	$5,2 \pm 1,4$	$27,5 \pm 9,1$
50-55	$3,3 \pm 1,2$	$3,7 \pm 1,7$	$5,1 \pm 0,9$	$4,8 \pm 1,8$	$4,1 \pm 1,2$	$5,1 \pm 1,8$	$26,1 \pm 8,6$
55-60	$2,7 \pm 2,1$	$4,3 \pm 1,7$	$4,7 \pm 1,3$	$4,4 \pm 1,3$	$4,0 \pm 1,7$	$4,7 \pm 1,3$	$24,8 \pm 9,4$
60-65	$2,4 \pm 2,1$	$4,8 \pm 1,8$	$3,8 \pm 1,6$	$4,1 \pm 1,6$	$3,9 \pm 1,2$	$4,5 \pm 0,9$	$23,5 \pm 9,2$
>65	$2,1 \pm 1,5$	$5,2 \pm 1,1$	$3,2 \pm 1,6$	$3,5 \pm 1,6$	$3,6 \pm 1,8$	$4,2 \pm 1,5$	$21,8 \pm 9,1$
Media	$2,9 \pm 1,1$	$3,9 \pm 1,8$	$4,1 \pm 1,3$	$4,3 \pm 1,4$	$3,8 \pm 1,3$	$4,2 \pm 1,2$	$23,2 \pm 8,3$
p<	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001

DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA CON LA EDAD GRUPO B							
Edad	Deseo	Dolor	Lubricación	Orgasmo	Excitación	Satisfacción	Total
45-50	$4,1 \pm 1,3$	$3,5 \pm 1,3$	$5,5 \pm 1,7$	$5,2 \pm 1,4$	$4,5 \pm 1,8$	$5,4 \pm 1,8$	$28,2 \pm 9,3$
50-55	$3,1 \pm 1,4$	$3,8 \pm 1,9$	$5,4 \pm 1,5$	$4,9 \pm 1,1$	$4,1 \pm 1,3$	$5,0 \pm 1,9$	$26,3 \pm 9,1$
55-60	$2,9 \pm 2,2$	$4,0 \pm 1,4$	$5,7 \pm 1,2$	$4,2 \pm 1,5$	$4,0 \pm 1,7$	$4,8 \pm 1,8$	$25,9 \pm 9,8$
60-65	$2,5 \pm 2,3$	$4,6 \pm 1,1$	$4,8 \pm 1,8$	$4,1 \pm 1,9$	$3,9 \pm 1,2$	$4,5 \pm 1,5$	$24,3 \pm 9,9$
>65	$2,4 \pm 1,2$	$5,3 \pm 1,6$	$4,2 \pm 1,1$	$4,1 \pm 0,7$	$3,6 \pm 1,8$	$4,1 \pm 0,4$	$23,7 \pm 6,8$
Media	$3,1 \pm 1,7$	$3,4 \pm 1,4$	$4,1 \pm 1,6$	$4,0 \pm 1,7$	$3,8 \pm 1,3$	$4,2 \pm 1,2$	$22,6 \pm 8,9$
p<	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001

Tabla III.

FACTORES DE RIESGO DE DISFUNCIÓN SEXUAL EN LA POSTMENOPAUSIA			
Factores de riesgo	OR	IC 95%	p<
Edad > 50 años	3,9	2,7 - 5,7	p<0,0001
Nivel educativo	0,51	0,36-0,87	p<0,005
Estabilidad de pareja	0,69	0,33-0,96	p<0,04

Tabla IV.

COMPARACIÓN ENTRE EDAD Y RAZA EN AMBOS GRUPOS			
Variable	Grupo A	Grupo B	Valor p
Edad X (DS)	57,6 (6,9)	56,4 (7,2)	<0.01
Relación raza C/N	27/13	24/16	<0,05

Tabla V.

EFECTOS ADVERSOS	GRUPO A	GRUPO B
Metrorragia	3	
Flujo vaginal	1	
Mastodinia	2	
Aumento de peso	3	6
HTA	1	3
Otros	3	6
Acné		18
Hirsutismo		6
engrosamiento de la voz		7
Piel grasosa		9
PERFIL LIPIDICO		
Colesterol Total	Igual o menor	Igual o mayor
Colesterol HDL	Disminuye	Disminuye
Colesterol LDL	Igual	Igual o mayor
Triglicéridos	Disminuye	Aumentan
Lipoproteína (a)	Disminuye	Aumentan
Hematocrito	Igual	Aumenta

DISCUSIÓN

En este estudio se encontró una disminución de la excitación y del deseo sexual; se evidenció que las mujeres indicaron deseo sexual disminuido en el 37,4%; se observó que el 27,6% no tenía relaciones sexuales satisfactorias, alteración en la lubricación en el 21,3%, el 51,6% tenía dificultad para el orgasmo y un 41,7% no podía alcanzarlo o le era imposible.

La tibolona, gracias a su versatilidad hormonal, tiene efectos positivos y específicos en la función sexual de la mujer postmenopáusica, ya que mantiene la

sensibilidad vaginal, alivia la sequedad vaginal y la dispareunia, mejora el deseo, la excitación y la satisfacción sexual (37); además que disminuye la intensidad de los síntomas climatéricos, -lo que es relevante en la expresión clínica de los síntomas sexuales-, debido a los efectos directos de sus metabolitos en el trofismo del tejido vaginal (39); en los mediadores del cerebro (importantes para el bienestar mental), en la disminución de las globulinas transportadoras de hormonas sexuales e incremento en la biodisponibilidad de la testosterona libre y la DHEA-S (40).

Tabla VI. Después del tratamiento (al finalizar el estudio)

DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA CON LA EDAD GRUPO A							
Edad	Deseo	Dolor	Lubricación	Orgasmo	Excitación	Satisfacción	Total
45-50	5,4 ± 1,2	2,8 ± 1,4	5,5 ± 1,4	5,5 ± 1,1	4,7 ± 1,6	5,5 ± 1,7	29,7±8,4
50-55	4,8 ± 1,5	3,5 ± 1,3	5,4 ± 1,8	5,2 ± 1,7	4,5 ± 1,5	5,4 ± 1,5	28,8±9,3
55-60	3,9 ± 1,2	3,9 ± 1,5	4,9 ± 1,7	4,9 ± 1,4	4,4 ± 1,6	5,2 ± 1,4	27,3±8,5
60-65	3,5 ± 1,9	4,1 ± 1,6	4,3 ± 1,4	4,5 ± 1,5	4,3 ± 1,7	5,2 ± 1,7	25,9±9,9
>65	3,1 ± 1,4	4,7 ± 1,9	4,1 ± 1,6	4,1 ± 1,9	3,9 ± 1,2	4,8 ± 1,2	24,7±9,5
Media	4,2 ± 1,5	3,8 ± 1,6	4,9 ± 1,7	4,9 ± 1,7	4,4 ± 1,6	5,3 ± 1,7	28,2±8,7
p<	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001

DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA CON LA EDAD GRUPO B							
Edad	Deseo	Dolor	Lubricación	Orgasmo	Excitación	Satisfacción	Total
45-50	4,4 ± 1,6	3,3 ± 1,2	5,6 ± 1,3	5,3 ± 1,3	4,6 ± 1,5	5,5 ± 1,1	28,9±8,6
50-55	3,2 ± 1,9	3,5 ± 1,3	5,4 ± 1,8	5,1 ± 1,2	4,2 ± 1,2	5,1 ± 1,8	26,7±9,6
55-60	3,1 ± 1,7	3,4 ± 1,4	5,7 ± 1,5	4,2 ± 1,8	4,1 ± 1,6	4,9 ± 1,7	25,9±9,5
60-65	2,8 ± 1,4	4,1 ± 1,3	4,9 ± 1,1	4,2 ± 1,2	4,0 ± 1,4	4,6 ± 1,4	24,8±9,1
>65	2,6 ± 1,5	4,8 ± 1,2	4,2 ± 1,5	4,1 ± 1,6	3,7 ± 1,1	4,2 ± 1,1	24,3±6,9
Media	3,2 ± 1,6	3,8 ± 1,3	5,1 ± 1,5	4,5 ± 1,5	4,1 ± 1,4	4,9 ± 1,4	25,6±8,7
p<	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001

La tibolona al ser un compuesto tejido específico, puede considerarse una buena alternativa terapéutica para tratar la pérdida del deseo, mejorar la excitación y la lubricación en la mujer postmenopáusica, debido a sus propiedades estrogénicas y androgénicas (41, 42) simultaneas.

La testosterona en gel, es una alternativa eficaz y segura en el tratamiento de la disminución del deseo, y favoreciendo la excitación mental; además que modula de forma directa la fisiología de la vagina y del clítoris al influir en el

tono muscular del tejido eréctil y de las paredes vaginales (43); a parte de contribuir en la excitación genital y la lubricación vaginal, con incremento importante del deseo y la actividad sexual (44), así como mejorando las fantasías sexuales, el nivel de energía y la sensación de bienestar; pero su respuesta está plagada de excepciones en la mejoría de la libido baja en las mujeres postmenopáusicas.

CONCLUSIONES

La tibolona es efectiva en el control de los síntomas vasomotores, además de

que mejora el estado de ánimo, favorece el trofismo del epitelio vaginal, sin alterar el perfil lipídico; e incrementa la actividad y gratificación sexual, demostrando su efectividad, seguridad y versatilidad como terapia de reemplazo hormonal, sin alterar la densidad mamaria radiológica.

La tibolona es una alternativa mucho más útil que la testosterona, en el tratamiento del trastorno del deseo sexual en la mujer postmenopausica, puesto que es menos tóxica e igualmente de efectiva en las diferentes esferas que afectan a este grupo de mujeres.

La testosterona como tratamiento único, de la baja libido en la mujer postmenopausica, por si sola, prácticamente, no tiene ningún beneficio clínicamente significativo en estas pacientes.

La terapia con testosterona se asocia a importantes eventos adversos, desconociéndose su seguridad a largo plazo, por lo que es conveniente seleccionar de forma correcta a la mujer que la va a recibir.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Williams RE, Kalilani L, Bibenedetti DB et al. Frequency and severity of vasomotor symptoms among peri- and postmenopausal women in the United States. *Climacteric* 2008;11:32-43.
- 2) Bachmann GA. Vasomotor flushes in menopausal women. *Am J Obstet Gynecol.* 1999; 180:S312-316.
- 3) Blumel, JE; Castelo-Branco, C; Binfa, L et al. Quality of life after the menopause: a population study. *Maturitas* 2000; 34: 17-23.
- 4) Austin M, Breslow J, Hennekens C, et al. Low-density lipoprotein subclass patterns and risk of myocardial infarction. *JAMA* 1988; 260 (13): 1917-21.
- 5) Heredia B, Lugones M. Principales manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad en un grupo de mujeres en el climaterio y la menopausia. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2007;33.
- 6) Schnatz PF, Whitehurst SK, O'Sullivan DM. Sexual dysfunction, depression, and anxiety among patients of an inner-city menopause clinic. *J Women Health.* 2010;19:1843-9.
- 7) Blümel, JE. , Hernández, JA, Motta, E.: Age at menopause in Latin America. *Menopause* 2006;13:706-12.
- 8) Burger HG, Dudley EC, Cui J, et al: A prospective longitudinal study of serum testosterone, dehydroepiandrosterone sulfate, and sex hormone-binding globulin levels through the menopause transition. *J Clin Endocrinol Metab* 2000;85:2382.
- 9) Haute Autorité de Sante. Value of measuring FSH and LH levels in women aged 45 or over. http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_464901.
- 10) Labrador FJ, Crespo M. Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. *Psicothema* 2001;13:428-441.
- 11) Sánchez C, Carreño J. Guía clínica de intervención psicológica de la sexualidad humana en parejas. *Perinatol Reprod Hum* 2007;21:33-43.
- 12) Shifren JL. The role of androgens in female sexual dysfunction. *Mayo Clin Proc* 2004; 79(4 Suppl): S19-24.
- 13) Zumoff B, Strain GW, Miller LK, Rosner W. Twenty-fourhour mean plasma testosterone concentration declines with age in normal premenopausal women. *J Clin Endocrinol Metab.* 1995;80:1429-30.
- 14) Braunstein GD. Androgen insufficiency in women: summary of critical issues. *Fertil Steril.* 2002;77 Suppl 4:S94-9.
- 15) Davis SR, McCloud P, Strauss BJG, Burger H. Testosterone enhances estradiol's effects on postmenopausal bone density and sexuality. *Maturitas* 1995; 21(3): 227-36.

- 16) Nijland EA, Weijmar Schultz WC, Nathorst-Boös J, Helmond FA, Van Lunsen RH, Palacios S, et al Tibolone and transdermal E2/NETA for the treatment of female sexual dysfunction in naturally menopausal women: results of a randomized active-controlled trial. *J Sex Med.* 2008 Mar;5(3):646-56
- 17) Nathorst-Boos J, Hammar M. Effect on sexual life—A comparison between tibolone and a continuous estradiol-norethisterone acetate regimen. *Maturitas.* 1997;26:15-20.
- 18) Modelska K, Cummings S. Tibolone for postmenopausal women: a systematic review of randomized trials. *J Clin Endocrinol Metab.* 2002;87:16-23.
- 19) Hofling M, Carlstrom K, Svane G, et al. Different effects of tibolone and continuous combined estrogen plus progestogen hormone therapy on sex hormone binding globulin and free testosterone levels – an association with mammographic density. *Gynecol Endocrinol.* 2005;20(2):110-15.
- 20) Cummings SR, Ettinger B, Delmas PD, et al for the LIFT Study Investigators. The Effects of Tibolone in Older Postmenopausal Women. *N Engl J Med* 2008;359:697-708.
- 21) Jacobsen DE, Samson MM, Kezic S, Verhaar HJ. Postmenopausal HRT and tibolone in relation to muscle strength and body composition. *Maturitas* 2007;58:7-18.
- 22) Doren M, Ruebig A, Holzgreve W. Differential effects on the androgen status of postmenopausal women treated with tibolone and continuous combined estradiol and norethindrone acetate replacement therapy. *Fertil Steril.* 2001;75:554-8.
- 23) Laan E, Van Lunsen RH, Everaerd W. The effects of tibolone on vaginal blood flow, sexual desire and arousability in postmenopausal women. *Climacteric.* 2001;4:28-41.
- 24) Davis SR. The effects of tibolone on mood and libido. *Menopause.* 2002;9:162-70.
- 25) Bachmann GA, Leiblum SR. The impact of hormones on menopausal sexuality: a literature review. *Menopause.* 2004;11:120-30.
- 26) Mas M. Sustratos hormonales de la respuesta sexual femenina. *Rev Int Androl* 2007;5:38-49.
- 27) Simon J, Braunstein G, Nachtigall L, Utian W, Katz M, Miller S, et al. Testosterone patch increases sexual activity and desire in surgically menopausal women with hypoactive sexual desire disorder. *J Clin Endocrinol Metab.* 2005;90:5226-33.
- 28) Braunstein GD. Safety of testosterone treatment in postmenopausal women. *Fertil Steril.* 2007; 88:1-17.
- 29) Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'agostino R. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2000; 26: 191-208.
- 30) Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther.* 2005;31:1--20.
- 31) Brett KM, Chong Y. Hormone Replacement Therapy: Knowledge and Use in the States Unites. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics, 2001.
- 32) Burger HD, Dudley EC, Hopper JL, et al. Prospectively measured levels of serum follicle-stimulating hormone, estradiol, and the dimeric inhibins during the menopausal transition in a population-based cohort of women. *J Clin Endocrinol Metab* 1999;84:4025-30.
- 33) National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation.* 2002;106:3143-421.
- 34) Moore RA. Livial: a review of clinical studies. *Br J Obstet Gynecol.* 1999;106 Suppl 19:1-21.
- 35) Goldstat R, Briganti E, Tran J, Wolfe R, Davis SR. Transdermal testosterone therapy improves well-being, mood, and sexual function in premenopausal women. *Menopause.* 2003;10:390-8.

- 36) Arlt W, Justl HG, Callies F, Reincke M, Hubler D, Oettel M, et al. Oral DHEA replacement. *J Clin Endocrinol Metab.* 1998;83:1928-34.
- 37) Swanson SG, Drosman S, Helmond FA, Stathopoulos VM. Tibolone for the treatment of moderate to severe vasomotor symptoms and genital atrophy in postmenopausal women: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Menopause* 2006;13:917-925.
- 38) Garefalakis M, Hickey M. Role of androgens, progestins and tibolone in the treatment of menopausal symptoms: a review of the clinical evidence. *Clin Interv Aging* 2008;3:1-8.
- 39) Rymer J, Chapman MG, Fogelman I, Wilson PO. A study of the effect of tibolone on the vagina in postmenopausal women. *Maturitas* 1994;18:127-33.
- 40) Landgren MB, Helmond FA, Engelen S. Tibolone relieves climacteric symptoms in highly symptomatic women with at least seven hot flushes and sweats per day. *Maturitas* 2005;50:222-230.
- 41) Hanifi-Moghaddam P, Gielen SC, Kloosterboer HJ, De Gooyer ME et al. Molecular portrait of the progestagenic and estrogenic actions of tibolone: behavior of cellular networks in response to tibolone. *J Clin Endocrinol Metab* 2005; 90: 973-83.
- 42) Castelo-Branco C, Vicente JJ, Figueras F, et al. Comparative effects of estrogens plus androgens and tibolone on bone, lipid pattern and sexuality in postmenopausal women. *Maturitas* 2000;34:161-8.
- 43) Munarriz R, Kim NN, Goldstein I, Traish AM. Biology of female sexual function. *Urol Clin North Am* 2002;29:685-93.
- 44) Davis SR, Burger HG. Androgens and the postmenopausal woman. *J Clinical Endocrinol Metab* 1996;81:2759-64.

IMPACTO DEL EMBARAZO EN LA SEXUALIDAD DE LAS GESTANTES DEL EJE CAFETERO

Franklin J. Espitia De La Hoz
Especialista en Ginecología y Obstetricia
Universidad Militar Nueva Granada
espitiafranklin@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La salud sexual puede verse afectada por la edad, la educación, las enfermedades crónicas, el embarazo y la paridad (1). El embarazo juega un papel importante en la función y comportamiento sexual de las mujeres (2); durante el embarazo, además de la presencia de un gran impacto hormonal, los cambios emocionales pueden ocurrir en el estilo de vida e incluso en la propia imagen, lo que termina por cambiar la expresión de la sexualidad y el comportamiento sexual de la gestante (3).

La sexualidad siempre ha estado impregnada de misterio, oscurecida por razones varias, encarcelada en la ignorancia y objeto de humor compartido en gran medida por el mismo sexo (4). A pesar de que 86 al 100% de las parejas continúan la actividad sexual durante el período de gestación, la mayor parte las mujeres muestran una disminución en la frecuencia del coito y el deseo sexual - principalmente en el tercer trimestre del embarazo- (5).

En el primer trimestre del embarazo, la progesterona es responsable de los cambios físicos y mentales que pueden interferir con el comportamiento sexual de

las mujeres embarazadas; además aumenta la sensibilidad y la excitabilidad de las mamas, promueve la congestión de la vulva y de la vagina, lo que puede favorecer la aparición de dispareunia, de la misma forma incrementa el flujo vaginal y la pérdida involuntaria de orina, condiciones que pueden afectar negativamente la salud sexual de la gestante; e igualmente, la hormona induce vasodilatación y la pérdida consecuente de la presión, causando fatiga y cambios emocionales relacionados con estados depresivos (6).

Las disfunciones sexuales pueden tener un gran impacto en la calidad de vida de las mujeres, ya que la disminución de la sexualidad puede tener efectos negativos sobre su autoestima y las relaciones interpersonales, e incluso puede causar angustia emocional.; de hecho, existe una significativa asociación entre la disfunción sexual o sexualidad insatisfactoria con la presencia de síntomas físicos y emocionales (7).

Es obvio que sería imposible generalizar sobre la disminución del deseo sexual en el embarazo, a causa del carácter individualizado y personalizado de la

sexualidad humana; sin embargo, los estudios han mostrado que la mayoría de las mujeres continúan experimentando deseos y necesidades sexuales durante la gestación (8).

Las diferencias culturales y los mitos sobre la actividad sexual, también son otros factores que contribuyen a la alteración de la respuesta sexual durante el embarazo (9). El orgasmo, que cursa con un pico de oxitocina, estimula la contracción de las fibras uterina, el que, aunque insuficiente para inducir el trabajo de parto, si puede generar malestar e inseguridad para la pareja (10). Es ahí donde surge el temor a daños al feto y de sangrado poscoital como factores asociados con la reducción de la frecuencia sexual (11). Estos mitos propios de cada cultura son responsables de los diversos comportamientos sexuales de las mujeres gestantes.

Este estudio tiene como 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).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, que reclutó a 1440 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), que incluye historia médica y dominios de función sexual; consta de 19 preguntas que evalúan la función sexual en las últimas cuatro semanas, agrupadas en seis dominios: deseo (ítems 1 – 2), excitación (ítems 3 – 6), lubricación (ítems 7 – 10), orgasmo (ítems 11 – 13), satisfacción (ítems 14 – 16) y dolor (ítems 17 – 19). Cada pregunta tiene 5 ó 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5. Los dominios se evalúan con preguntas cuantitativas respecto al tema específico, cuya respuesta se gradúa según el siguiente puntaje: 0. Sin actividad sexual; 1. Casi nunca; 2. Menos de la mitad de las veces; 3. La mitad de las veces; 4. Más de la mitad de las veces; 5. Casi Siempre (12,13). El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios, con un máximo de 36, a mayor puntaje, mejor sexualidad, y un puntaje menor o igual a 26 se considera en riesgo de disfunción sexual (14). Se consideró alterado un dominio con un puntaje igual o menor a 3 en cada ítem preguntado, excepto las preguntas referentes a dolor en cuales se consideró alterado un puntaje igual o mayor a 3. Todas las gestantes respondieron el cuestionario en cada trimestre.

La población del estudio se escogió de acuerdo con los siguientes criterios de admisión: mujeres mayores de 18 años de edad que aceptaron participar de manera voluntaria en el estudio, con diagnóstico confirmado de embarazo en el primer trimestre, sin infecciones de transmisión sexual, con embarazo de un solo feto, con

pareja estable y sin contraindicaciones para la actividad sexual. Se excluyeron las gestantes con infecciones de transmisión sexual, las que sobrepasaron el primer trimestre, las gestantes con embarazo múltiple, sin pareja estable, con contraindicaciones para la actividad sexual y las que no aceptaron participar en el estudio. Todas las participantes otorgaron su consentimiento informado por escrito y se obtuvo la aprobación de los comités éticos de investigación clínica.

RESULTADOS

La muestra inicial tenía 1584 mujeres embarazadas: 72 pacientes en el primer trimestre (24 abortos espontáneos, 21 amenazas de aborto, 12 hospitalizaciones por hiperemesis gravídica, 2 operadas de apendicitis, 1 colecistitis aguda, 6 infecciones urinarias recurrentes, y 12 Infecciones de transmisión sexual), 48 en el segundo trimestre (18 abortos espontáneos, 3 amenazas de aborto, 6 amenazas de parto prematuro, 6 rupturas prematuras de las membranas ovulares, 1 operada de coledocistitis, 6 infecciones urinarias recurrentes, y 8 Infecciones de transmisión sexual), y 24 en el tercer trimestre (11 amenazas de parto prematuro, 5 rupturas prematuras de membranas ovulares, 3 hemorragias por placenta previa, y 5 hospitalizaciones debido a preeclampsia grave) fueron excluidas porque presentaron condiciones clínicas que limitaron la actividad sexual durante el embarazo. Los datos de las 1440 restantes embarazadas se analizan al final de este estudio.

Tabla 1. Características generales de las gestantes

Edad	24,9 ± 6.57 años
Urbana	78,12% (1125)
Nivel socioeconómico medio	83.95% (1209).
Tiempo de convivencia	3,27 ± 1,95 años
Embarazo no planeado	57,29% (825)
Primigestantes	41,87% (603)
Semanas de gestación ingreso	6,3 ± 4,8 semanas
IMC	27,6 ± 4,2
Unión libre	67,91% (978)
Bachilleres	57,08% (822)
Amas de casa	66,87% (963)
Inicio vida sexual	19,8 ± 2.79
Paridad	1,2 ± 0,6
Internet busca de información	36,25% (522)

Las gestantes encuestadas presentaron un promedio de edad de 24,9 ± 6.57 años (rango de 18 a 42 años). La mayoría de proveniente del área urbana 78,12% (1125), de nivel socioeconómico medio 83.95% (1209). El promedio del tiempo de convivencia de la pareja es de 3,27 ± 1,95 años. El embarazo no fue planeado en el 57,29% (825) de las gestantes, pero deseado en el 100%. El 41,87% (603) de las mujeres eran primigestantes. Las semanas de gestación al ingreso tuvieron una media de 6,3 ± 4,8 semanas (rango 6 a 13 semanas), IMC (índice de masa corporal) 27,6 ± 4,2 (rango de 17 a 45). El estado civil que predominó fue el de unión libre en 67,91% (978), y solo 57 (3,96%) manifestó ser separada. La formación educativa que predominó fueron las bachilleres con 57,08% (822), y solo el 12,08% (174) tenían un nivel educativo de especialización. La actividad laboral que prevaleció con el 66,87% (963)

fue el de ama de casa. El inicio de las relaciones sexuales estuvo en los $19,8 \pm 2,79$ años y la y paridad fue de $1,2 \pm 0,6$ hijos por mujer. La mayoría informó, con un 36,25% (522), que la fuente principal de información sobre el tema de sexualidad en el embarazo la obtuvieron en el internet por su propia cuenta. Tabla 1.

En el 87,29% (1257) de las encuestadas la importancia de la sexualidad era relevante, en la relación de pareja, y lo consideraban como un aspecto fundamental.

Las gestantes obtenían el orgasmo con la sola penetración en un 26,04% (375), el 53,75% (774) lograba el orgasmo a través de la asistencia con el estímulo del clítoris y el resto 20,21% (291) mediante la masturbación. Gráfica 1.

Gráfica 1. Formas de obtener el orgasmo

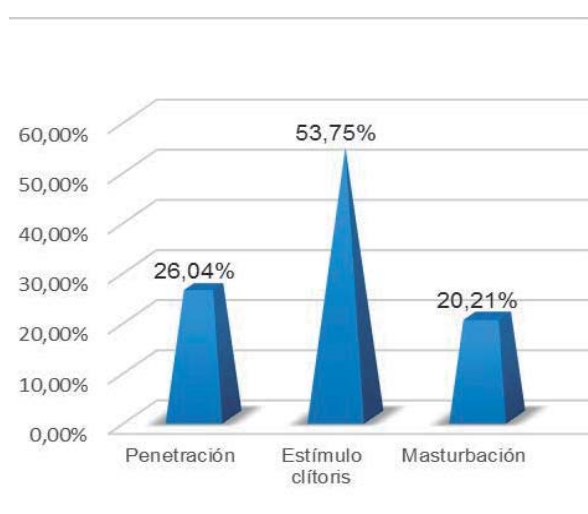


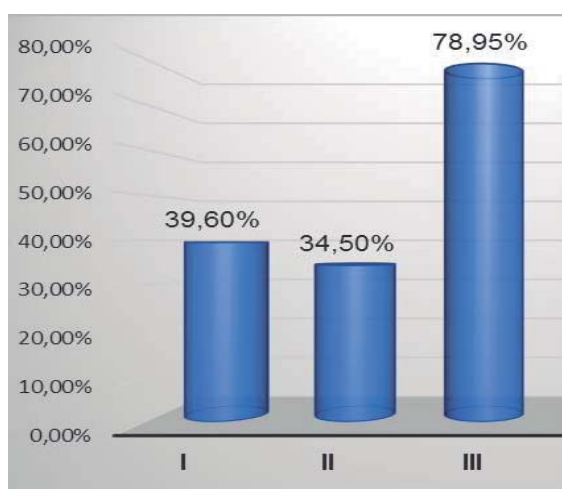
Tabla 2. Afectación de los dominios del IFSF

Dominio	Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre
Deseo	$2,79 \pm 1,05$	$2,82 \pm 1,17$	$2,88 \pm 1,38$
Excitación	$2,82 \pm 1,38$	$2,91 \pm 1,41$	$2,79 \pm 1,53$
Lubricación	$2,94 \pm 1,26$	$2,97 \pm 1,08$	$2,73 \pm 1,47$
Orgasmo	$1,59 \pm 1,83$	$1,89 \pm 1,32$	$1,62 \pm 1,62$
Satisfacción	$2,88 \pm 1,74$	$2,94 \pm 1,62$	$2,85 \pm 1,74$
Dolor	$2,67 \pm 1,68$	$2,58 \pm 1,92$	$2,76 \pm 1,35$
Puntaje	$15,69 \pm 6,72$	$16,11 \pm 6,39$	$15,63 \pm 6,81$
Total FSFI	6,72	6,39	6,81

El deseo sexual disminuyó significativamente en cada uno de los trimestres del embarazo, $2,79 \pm 1,05$ en el primer trimestre, $2,82 \pm 1,17$ en el segundo trimestre y $2,91 \pm 1,38$ 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 ($2,58 \pm 1,92$); el orgasmo se hizo más difícil de alcanzar en el primer trimestre del embarazo $1,59 \pm 1,83$ ($p=0,000$), el 33,12% (477) expresó haber experimentado ocasionalmente orgasmos múltiples, y un 6,04% (87) manifestaron no haberlo experimentado nunca; la satisfacción sexual fue el dominio que mostró el mayor pico ($2,97 \pm 1,74$), ya que la mayoría de las mujeres 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. Tabla 2. 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 del embarazo.

Gráfica 2. Prevalencia de disfunción por trimestres



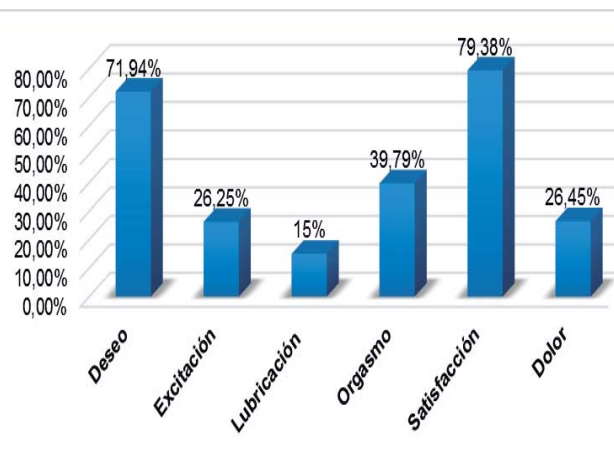
Las posiciones sexuales más practicadas que predominaron en el primer trimestre fue el misionero y la unión del loto, en el segundo Andrómaca y el columpio, en el tercero las cucharas y el perrito.

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. Gráfica 2. De las 1440 gestantes del estudio, 1035 (71,87%) presentaron disfunción sexual en al menos uno de los dominios; de las cuales 609 (42,29%) presentaron alteración en un solo

dominio, y 426 (29,58%) en más de un dominio.

El dominio más alterado fue el deseo sexual, mostrando disminución del deseo en el 71,94% (735); el segundo dominio más alterado fue la alteración del orgasmo, se observó disfunción orgásmica 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%) embarazadas; la presencia de insatisfacción sexual fue referida por 297 (20,62%) y la disminución de lubricación, presente en 216 (15%) de las gestantes. Gráfica 3.

Gráfica 3. Prevalencia de disfunción sexual por dominios del IFSF



DISCUSIÓN

Las disfunciones sexuales son un problema de salud pública, lo que es una preocupación para muchas mujeres tanto emocional, como física y socialmente (15,16). Las mujeres gestantes en comparación con las no gestantes

experimentan más problemas sexuales en mayor grado. En este estudio, hemos observado una significativa asociación entre la progresión del tiempo de gestación y la aparición disfunción sexual en la embarazada, que es consistente con otra serie de estudios (17,18,19).

No se encontró asociación entre el embarazo y el placer físico o la satisfacción sexual, mientras que hubo una asociación significativa entre el embarazo y la disminución de la frecuencia coital; lo que es consistente con los hallazgos de otros estudios, que reportaron que las gestantes no difieren en la satisfacción sexual de las no gestantes (20,21).

El tamaño del abdomen se asoció negativamente con una menor frecuencia de la penetración vaginal, mostrando una reducción significativa en todos dominios del índice de función sexual, excepto para la satisfacción.

De acuerdo al presente estudio, las razones más comunes relacionadas con la disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales, durante el embarazo, son el miedo al aborto (57,29%), disminución del deseo (54,58%) trimestre a trimestre, temor de hacerle daño al feto (41,45%) y el miedo a la rotura de las membranas ovulares (24,79%).

En el presente estudio, no se encontró una relación significativa entre la actividad sexual coital y la aparición de parto prematuro, ya que las gestantes que afirmaron relaciones sexuales poco frecuentes mostraron la misma incidencia de parto prematuro en relación con las que

afirmaron una mayor frecuencia (4,51% y 4,65% respectivamente) $p = 0,001$.

Aunque las mujeres notaron una significativa reducción en el deseo sexual (71,94%), no todas percibieron una reducción similar en sus parejas; 318 (22,08%) manifestaron haberse sentido presionadas para tener relaciones sexuales durante el embarazo.

CONCLUSIONES

En este estudio hemos demostrado que, 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, mucho más, de forma significativa, que en las mujeres no gestantes; lo que crea la necesidad de una adecuada evaluación de la sexualidad en la población de mujeres embarazadas, a fin de revelar una relación de causa y efecto entre el embarazo y las disfunciones sexuales.

Los obstetras, como proveedores del cuidado de la salud femenina, estamos en una privilegiada posición para diagnosticar y tratar, de manera efectiva, las disfunciones sexuales en las gestantes; por lo que les extiendo a mis colegas, la invitación a no dejar pasar por alto este importante tema entre las embarazadas que asistan a su consulta.

BIBLIOGRAFIA

1. Çayan S, Akbay E, Boslu M, Canpolat B, Acar D. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urol Int*. 2004; 72:52-7.
2. Trutnovsky G, Haas J, Lang U, Petru E. womens perception of sexuality during pregnancy and after birth. *Aust NZ J Obstet Gynaecol*. 2006;46:282-7.
3. N. Senkumwong, et al., "The Changes of Sexuality in Thai Women during Pregnancy," *Journal of the Medical Association of Thailand*, Vol. 89, No. S4, 2006, pp. S124- S129.
4. Richard P. Sexualidad durante el embarazo. *Clin Obstet Ginecol Norteam* 1984;3:904-16.
5. Leite AP, Campos AA, Dias AR, Amed AM, De Souza E, Camano L. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. *Rev Assoc Med Bras*. 2009; 55(5): 563-568.
6. H. Brtnicka, P. Weiss and J. Zverina, "Human Sexuality during Pregnancy and the Postpartum Period," *Bratislav- ské Lekárske Listy*, Vol. 110, No. 7, 2009, pp. 427-431.
7. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999;281:537-44.
8. Kolodny R, Master W, Johnson E. *Tratado de Medicina Sexual*. La Habana: Instituto Cubano del Libro, 1985:234, 314-5 (Edición Revolucionaria).
9. M. A. Khamis, et al., "Influence of Gestational Period on Sexual Behavior," *The Journal of the Egyptian Public Health Association*, Vol. 82, No. 1-2, 2007, pp. 65-90.
10. M. Fava, et al., "Psychosomatic Aspects of Hyperprolactinemia," *Psychotherapy and Psychosomatics*, Vol. 40, No. 1-4, 1983, pp. 257-262.
11. J. R. Pauleta, N. M. Pereira and L. M. Graca, "Sexuality during Pregnancy," *The Journal of Sexual Medicine*, Vol. 7, No. 1, 2010, pp. 136-142.
12. Rosen R. The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000;26:191-208.
13. Cindy M. Validation of the Female Sexual Function, Index (FSFI) in Women with Female Orgasmic Disorder and in Women with Hypoactive, Sexual Desire Disorder, Meston. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2003; 29: 39-46.
14. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther* 2005;31:1-20.
15. Jaafarpour M, Khani A, Khajavikhan J, Suhrabi Z. Female sex-ual dysfunction: prevalence and risk factors. *J Clin Diagn Res*. 2013;7(12):2877-80.
16. Esposito K, Ciotola M, Marfella R, Di Tommaso D, Cobellis L, Giugliano D. The metabolic syndrome: a cause of sexual dysfunction in women. *Int J Impot Res*. 2005;17(3):224-6.
17. Aslan G, Aslan D, Kizilyar A, Ispahi C, Esen A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *Int J Impot Res*. 2005 Mar-Apr;17(2);154-7.
18. Erol B, Sanli O, Korkmaz D, Seyhan A, Akman T, Kadioglu A. A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. *J Sex Med*. 2007 Sep;4(5):1381-7.
19. Bartellas E, JM Crane, M Daley, KA Bennett, D Hutchens. (2000). Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG* Aug. 2000;107(8):964-8.
20. Corbacioglu A, Bakir VL, Akbayir O, Cilesiz Goksedef BP, Akca A. The Role of Pregnancy Awareness on Female Sexual Function in Early Gestation. *J Sex Med*; 23(10): 1743-61.

21. Chang SR, Chen KH, Lin HH, Yu HJ. Comparison of overall sexual function, sexual intercourse/activity, sexual satisfaction, and sexual desire during the three trimesters of pregnancy and assessment of their determinants. *J Sex Med*; 8(10):2859-67.

PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES DEL EJE CAFETERO

Franklin J. Espitia De La Hoz
Especialista en Ginecología y Obstetricia
Universidad Militar Nueva Granada
espitiafranklin@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es una construcción psicosocial que comprende aspectos biológicos, culturales, de relación y subjetivos; abarca todas las prácticas físicas y mentales realizadas con la finalidad de obtener placer sexual (consigo mismo o con otro), e integra la identidad personal y contribuye con la reproducción humana (1).

La sexualidad femenina posee una plasticidad erótica mayor que la masculina, debido a que soporta mayor presión de los estándares socioculturales de belleza y atractivo sexual (2); no obstante, es un aspecto central de la calidad de vida de la mujer, y es reflejo de su bienestar físico, psicológico y social (3).

La sexualidad humana es un fenómeno complejo, y un aspecto central del ser humano, que está presente a lo largo de toda su vida (4); abarca al sexo, las identidades y los roles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la orientación sexual y la reproducción. Se vive y se expresa a través de actitudes, conductas, creencias, deseos, fantasías, pensamientos, prácticas, relaciones interpersonales y valores (5); está influida por la interacción de factores biológicos,

culturales, económicos, espirituales, éticos, históricos, legales, políticos, psicológicos, religiosos y sociales, factores propios de cada mujer y que le dan la característica de ser una cualidad individual (6,7,8).

Las disfunciones sexuales se definen como la alteración de una o más etapas del ciclo de respuesta sexual (deseo, excitación, orgasmo y resolución), que le impide al individuo o a su pareja el disfrute de la actividad sexual de modo satisfactorio (9,10), lo que genera un malestar personal significativo que puede tener impacto en la calidad de vida personal y/o en pareja. Se presentan en cualquier individuo, independientemente de la edad, el sexo, la raza, la religión, el estado civil, etc. Suelen ser muchas y diversas, las causas que sobrellevan a los trastornos de la respuesta sexual, y se pueden presentar en cualquier etapa de la vida sexual del individuo (11,12). En la mujer la disfunción sexual implica una serie de conflictos, entre los que se encuentran la disminución del deseo sexual o una baja motivación, la reducción de la lubricación vaginal o de la excitación, la disminución de la capacidad para alcanzar el orgasmo y el dolor sexual (13).

OBJETIVO

Determinar la prevalencia de disfunción sexual femenina, en una población del eje cafetero colombiano; y analizar si existen diferencias entre las mujeres en edad reproductiva y las menopáusicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este es un estudio prospectivo, trasversal, descriptivo y aplicativo, tipo encuesta realizado a un grupo de mujeres del Eje Cafetero; se aplicó el Índice de función sexual femenina (IFSF) en entrevista personal, voluntaria, y en recinto privado a 20268 mujeres de 18 a 84 años de edad; las que acudieron por primera vez a la consulta externa de ginecología y obstetricia, en seis de los principales centros de salud de las ciudades del Eje Cafetero, que aceptaron voluntariamente ser encuestadas. El Eje Cafetero es 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%.

El IFSF se complementó con datos sociodemográficos que se anexaron al formulario, como: edad, nivel académico, estado civil, ocupación, paridad, frecuencia promedio de relaciones sexuales, tabaquismo, ingesta de alcohol, método de anticoncepción, cirugía ginecológica o urológica, uso de terapia hormonal de reemplazo, antecedente de abuso sexual o

violencia sexual en el matrimonio, recurrencia a la masturbación, condición espiritual, ocupación, área de origen e identidad sexual; todas estas actividades fueron realizadas por nuestro grupo de enfermeras encuestaste, las que instruían a las mujeres en el auto diligenciamiento del IFSF, además de tallarlas y pesarlas para luego calcularles el IMC. Al final del cuestionario cada mujer firmó el documento dando su consentimiento informado.

El estudio se hizo de forma prospectiva desde el 1 de julio de 2009 hasta el 30 junio de 2013; teniendo la precaución de buscar en la base de datos que no se repitiera la misma paciente, a fin de evitar que participara varias veces de la encuesta.

En Colombia no contamos, según la búsqueda bibliográfica realizada por nosotros, con escalas para la evaluación de Disfunción sexual Femenina, sin embargo, existen trabajos americanos con herramientas válidas para evaluar la disfunción sexual femenina, como el Índice de función Sexual Femenina (IFSF) / Female Sexual Function Index (FSFI) de alta confiabilidad y fiables propiedades psicométricas en la evaluación de la función sexual femenina (14).

El Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) se caracteriza por ser autoadministrado, simple y confiable para evaluar la función sexual femenina en un amplio rango de edad; tiene demostrados altos niveles de confiabilidad, consistencia interna y propiedades psicométricas para la evaluación de la función sexual femenina

(15). Este cuestionario consta de 19 preguntas, que se agrupan en seis dominios: deseo (ítems 1 – 2), excitación (ítems 3 – 6), lubricación (ítems 7 – 10), orgasmo (ítems 11 – 13), satisfacción (ítems 14 – 16) y dolor (ítems 17 – 19). Cada pregunta tiene 5 ó 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5. Los aspectos se evalúan con preguntas cuantitativas respecto al tema específico, cuya respuesta se gradúa según el siguiente puntaje: 0. Sin actividad sexual; 1. Casi nunca; 2. Menos de la mitad de las veces; 3. La mitad de las veces; 4. Más de la mitad de las veces; 5. Casi Siempre (16). El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios, a mayor puntaje mejor sexualidad. Se considera alterado un aspecto con un puntaje igual o menor a 3 en cada ítem preguntado, excepto las preguntas referentes a dolor, en las cuales se consideró alterado un puntaje igual o mayor a 3. El punto de corte para definir disfunción sexual es un puntaje menor a 26,55 puntos (17).

Los criterios de inclusión fueron: mujeres que aceptaron participar en el estudio, mayores de 18 años, con pareja estable por lo menos durante los últimos seis meses, con actividad sexual en los últimos tres meses, y que acudieron por primera vez a la consulta externa de ginecología y obstetricia; se excluyeron las mujeres menores de 18 años, las embarazadas y lactantes, las que no desearon participar, las que previamente presentaban disfunción sexual, con déficit mental que les impidiera entender o diligenciar el cuestionario, tercer trimestre

del embarazo, primeras seis semanas postparto o las que presentaban alguna enfermedad que las incapacitara para tener vida sexual.

Se hizo un análisis de las características sociodemográficas de la población general (Tabla N° 1); y luego se realizó un análisis comparativo entre las características sociodemográficas de las mujeres en edad reproductiva (menores de 40 años) y menopáusicas (mayores de 40 años) (Tabla N° 2).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos fueron estadísticos analizados en el software estadístico SAS (v9.2) e InfoStat versión 2012. Se realizaron análisis descriptivos univariados, bivariados, tanto con el IFSF (y sus dominios), como con las variables biosocio-demográficas. En el estudio estadístico para variables cuantitativas se expresan los datos en rango, media y desviación estándar (\pm DE); mientras que las variables categóricas se expresaron como frecuencia numérica (n) y relativa (%). Para la comparación de medias se utiliza el test de la t de Student. En el caso de no normalidad se expresaron las variables numéricas como mediana. Para determinar la relación entre el IFSF (y sus dominios) y las variables biosocio-demográficas cuantitativas se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson (Spearman, en caso que no se cumplía la normalidad), y se aplicó análisis de varianza, cuando las variables biosocio-demográficas eran categóricas. Este análisis se realizó en general y por cada estamento. La

significación estadística se considera con una $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se solicitó a 28749 mujeres que diligenciaran la encuesta "Índice de Función Sexual Femenina" (IFSF), bajo la orientación de nuestras enfermeras de campo, capacitadas en su diligenciamiento, y que acompañaron a cada una de las mujeres encuestadas. Se retiraron de la encuesta 5142 mujeres por sentirse incómodas con algunas preguntas, se eliminaron 2136 formularios por estar incompletos, y 1203 no desearon participar; por lo tanto, el análisis final del estudio se realizó con 20268 formularios. El estudio

fue aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud correspondiente.

La Tabla N° 1 muestra las características socio-demográficas de la población general, y la Tabla N° 2 muestra las características socio-demográficas de ambos grupos. En la población general el promedio de edad fue 36.9 ± 8.4 y de nivel educativo 11.4 ± 4.8 años (La mayoría de predomino urbano 87%), la paridad fue 2.4 ± 2.1 . El 5.91% eran fumadoras e ingería alcohol el 31,53%; el 5,06% eran menores de 19 años, el 24,89% eran postmenopáusicas, y 3,61% eran usuarias de terapia de remplazo hormonal.

TABLA N° 1
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA POBLACION GENERAL

Edad, X±DE	36.9±8.4
Peso, X±DE	72.3 ± 11.4
Talla, X±DE	1.62 ± 0.3
IMC, X±DE	27,6 ± 4,8
Nivel académico, X±DE	11.4±4.8 años
Paridad X±DE	2.4±2.1
Unión libre, n (%)	57
Anticoncepción hormonal oral (%)	65.89
Fumadoras, n (%)	5.91
Ingesta alcohol, n (%)	31.53
Uso actual de terapia hormonal, n (%)	3.61
Menores de 18 años, n (%)	5.06
Postmenopáusicas, n (%)	24.89
Amas de casa	42.17
Urbana, n (%)	87
Cirugía ginecológica / urológica	6.1
Heterosexual	99.3

TABLA N° 2
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LAS DOS POBLACIONES

	Edad reproductiva	Edad menopáusica
Edad, X±DE	30.2 ± 1.3	46.1 ± 2.5
Peso, X±DE	60.8 ± 2.2	64.7 ± 2.8
Talla, X±DE	1.65 ± 0.3	1.61 ± 0.4
IMC, X±DE	27.6 ± 4.8	29.5 ± 4.1
Nivel académico, X±DE	11.9 ± 3.7 años	10.1 ± 2.8 años
Paridad X±DE	1.7 ± 0.7	3.8 ± 0.7
Unión libre, n (%)	83.46	43.71
Fumadoras, n (%)	7.98	4.89
Ingesta alcohol, n (%)	37.26	17.49
Menores de 19 años, n (%)	7.76	-
19 a 39 años, n (%)	92.23	-
Transición menopausia, n (%)	-	10.34
Perimenopáusicas, n (%)	-	18.05
Postmenopáusicas, n (%)	-	71.6
Amas de casa	37.17	58.74
Urbana, n (%)	71.34	81.27
Cirugía ginecológica / urológica	4.53	7.41
Heterosexual	88.59	99.84

En la población general, el estado civil más frecuente fue en Unión Libre (57%). Lo más frecuente fueron los estudios secundarios (57.4%). El 57.83% de las mujeres trabajaba y el 42.17% eran amas de casa.

En el grupo de las mujeres menopáusicas, a 2517 (35.71%) se les había realizado histerectomía, de las cuales a 957 (13.58%) se les realizó salpingooforectomía

bilateral concomitante. Presentaban enfermedades el 58.79%. Las más frecuentes fueron: Diabetes Mellitus tipo 2 en 1539 casos (37.14%), hipotiroidismo en 1026 casos (24.76%), hipercolesterolemia en 969 casos (23.38%) e HTA en 609 casos (14.69%).

En el 34.94% (7083) de la población general de mujeres encuestadas, en base al puntaje obtenido en el IFSF, presentaron

disfunción sexual en al menos uno de los aspectos analizados; y de éstas presentaron alteración en dos aspectos 1404 mujeres (6.92%), y en más de dos aspectos 2181 mujeres (10.76%). Tenían dificultades en las relaciones sexuales, pero no en la masturbación el 23.25% (4713), y no se masturbaba el 44.81% (9084).

En este estudio, las mujeres en edad reproductiva mostraron una prevalencia del 27.41% de trastornos del deseo, 15.95% inhibición de la excitación, 13.56% falla en la lubricación, 11.86% ausencia de orgasmos, 10.8% falta de satisfacción sexual y 6.24% dispareunia; mientras que en las mujeres en etapa menopáusica los rangos mostraron una prevalencia del 42.91% de trastornos del deseo, 28.65% inhibición de la excitación, 25.79% falla en la lubricación, 26.52% ausencia de orgasmos, 18% falta de satisfacción sexual y 11.66% dispareunia.

En la población general, el promedio en la frecuencia de relaciones sexuales fue de 9.6 veces por mes (rango de 1 a 27 veces mensuales). En este estudio, en la población general, de las 7083 mujeres que

presentaron disfunción sexual, 4.95% (351) habían reducido la frecuencia en el número de encuentros íntimos como resultado de la disfunción que presentaban.

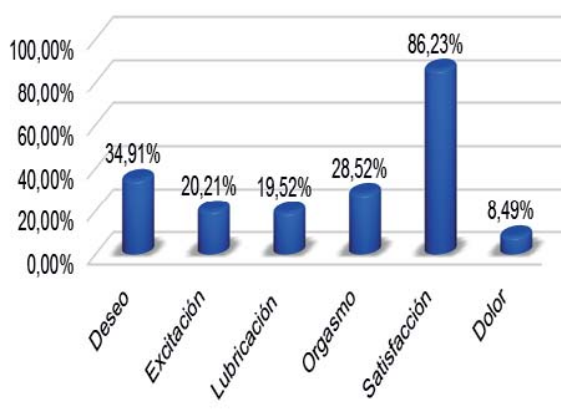
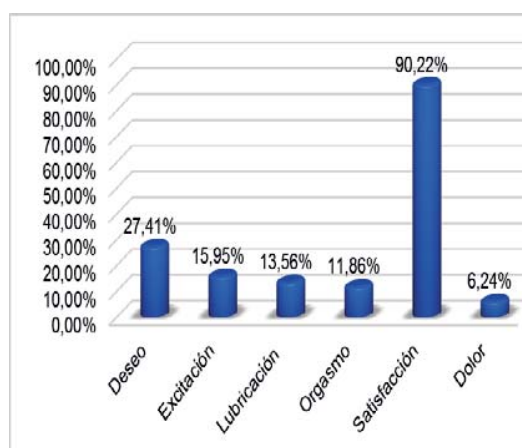
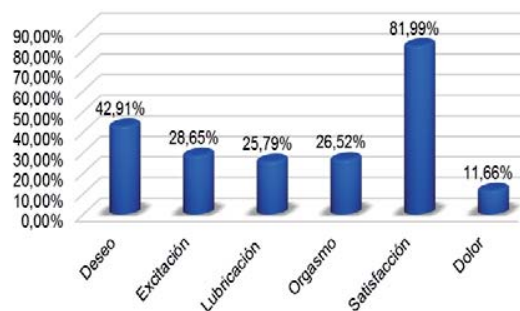
En la población general, el dominio más alterado fue el deseo sexual; presentando el menor de los puntajes (3.6 ± 1.2) y una alteración en 7077 mujeres (34.91%). El segundo aspecto más alterado fue la ausencia de orgasmo o marcada infrecuencia en el orgasmo, con un puntaje de 3.9 ± 1.5 , que se presentó en 5781 mujeres (28.52%). La falta de lubricación, se hizo presente en el 19.52% de las mujeres y su puntaje fue de 5.1 ± 1.2 , la excitación estuvo alterada en el 20.21% de las mujeres y el dolor en la relación sexual estuvo presente en el 8.4% de las mujeres, lo que muestra que estos dos últimos dominios fueron los que presentaron el mayor puntaje (4.8 ± 1.8 y 5.1 ± 1.5 respectivamente). La presencia de insatisfacción sexual fue referida por el 8.49% de las mujeres, la que mostró un puntaje de 4.8 ± 2.4 . Tabla N° 3 y Gráfica N° 1, 2 y 3.

TABLA N° 3.
INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA DE LAS MUJERES DEL EJE CAFETERO

Dominios	Reproduc.	Menopá.	Población general
Deseo	27.41%	42.91%	34.91%
Excitación	15.95%	28.65%	20.21%
Lubricación	13.56%	25.79%	19.52%
Orgasmo	11.86%	26.52%	28.52%
Satisfacción	90.22%	81.99%	86.23%
Dolor	6.24%	11.66%	8.49%

Gráfica N^a 1. Población General

En la población general, a la pregunta sobre la importancia del sexo en la relación de pareja, 18603 mujeres, que corresponden al 91.78% de las encuestadas, consideraron la actividad sexual como un aspecto fundamental en la relación con el vínculo (independientemente del estatus marital); lo que muestra que la sexualidad tiene un impacto importante en el contexto socio-familiar y de pareja en la mujer del Eje Cafetero.

Gráfica N^a 2. Población en edad reproductiva.Gráfica N^a 3. Población en edad menopáusica.

La mayoría de las mujeres del estudio se encontraban en edad fértil representando al 65.23% (13221), mostrando un promedio del IFSF de 29.4 ± 4.8 puntos, mientras que el 24.89% estaban en etapa postmenopáusica, con un puntaje de 24.3 ± 4.5 puntos. En el grupo de las usuarias de terapia de remplazo hormonal arrojaron el IFSF un puntaje de 25.5 ± 9.3 .

En cuanto al origen urbano o rural, en la población general, se encontró un 24.6% de disfunción sexual en mujeres del área rural que obtienen un promedio de índice menor (27.3 ± 5.1), mientras que aquellas mujeres del área urbana obtienen un promedio de índice mayor (29.7 ± 8.1).

En el grupo de mujeres en edad reproductiva, el método anticonceptivo más utilizado es el hormonal oral en un 65.89% (8712), grupo que obtiene un promedio de 28.5 ± 4.2 puntos en el IFSF; seguido por el 29.54% de usuarias del implante subdérmico, con un promedio de 29.1 ± 6.3 puntos en el IFSF; mientras que el 4.57% (4029) no utilizaba ningún método anticonceptivo, a pesar de referir su no

intención reproductiva, y obtienen 26.9 ± 6.9 puntos promedio en el IFSF.

En la población general, el antecedente de abuso sexual, maltrato infantil y/u otro tipo de agresión está presente en el 16.9% de las mujeres encuestadas, las que obtienen un puntaje de 23.1 ± 7.2 promedio en el IFSF.

En la población general, el grupo de mujeres que obtuvo un IFSF menor de 26.5 puntos, el 78.8% de ellas relacionaban el tipo de trastorno sexual con los problemas sexuales o de salud de la pareja (disfunción eréctil en un 3.3%, eyaculación precoz en un 3.9% e hiperplasia prostática en un 2.4%, logrando puntajes promedios en el IFSF de 16.3 ± 8.4 , 25.3 ± 8.7 y 21.7 ± 9.6 puntos, respectivamente).

DISCUSIÓN

La prevalencia de disfunción sexual femenina varía según el instrumento utilizado en cada estudio, lo que identifica diferentes subgrupos; por lo tanto, el instrumento de investigación afecta la prevalencia (18). En los últimos años han comenzado a aparecer en la literatura médica, los primeros trabajos de investigación y revisión sobre la función sexual femenina y sus disfunciones (19,20). No en vano, el más citado y que ha servido como patrón de oro en el estudio de la sexualidad femenina, aplicó el cuestionario del Índice de función sexual femenina (IFSF) (21).

Las disfunciones sexuales son más frecuentes en mujeres (43%) que en hombres (31%), con el agravante que el trastorno es mucho más complejo y

multifactorial en la mujer (22). El grupo de consenso internacional calculó que la disfunción sexual femenina afecta a más de un 20% de las féminas (10). En nuestra población de estudio, más de la tercera parte de las mujeres prestaban alguna disfunción sexual sobrepasando las cifras de la mayoría de los estudios citados; por lo tanto, habría que incidir en la idoneidad de la consulta médica interrogando a las mujeres acerca de estos trastornos, y alertar a la población de profesionales de atención primaria a tener en cuenta la salud sexual de la mujer.

El Estudio Global de Actitudes y Comportamientos Sexuales (EGACS), una encuesta realizada (entre 2001 y 2002) a 27.500 personas, hombres (13618) y mujeres (13882) entre los 40 y 80 años de edad, en 29 países diferentes; incluidos 10.000 hombres y mujeres de 8 países europeos (Alemania, Austria, Bélgica, España, Francia, Italia, Reino Unido y Suecia) (23), aporta información sobre la actividad sexual y actitudes frente a la misma, evidenciándose la alta frecuencia de problemas sexuales relacionados fundamentalmente con la edad y con la presencia de enfermedades. En este estudio el 43% de los hombres y el 49% de las mujeres informaron por lo menos un trastorno sexual; estas últimas acusaban disfunción del tipo falta de interés sexual y la incapacidad para alcanzar el orgasmo. En la población española, se entrevistó a 750 mujeres; y los problemas sexuales más comunes descritos fueron la falta de interés sexual en un 36,0%, la incapacidad de alcanzar el orgasmo en un 27,8% y las

relaciones sexuales no placenteras en un 25,1% (24).

En nuestro estudio las mujeres con menor actividad sexual, tenían significativamente más edad; un porcentaje menor tenía pareja estable con alguna disfunción sexual, y el resto eran postmenopáusicas, por lo que la prevalencia de disfunción sexual era mayor y el score total del IFSF tendía a ser menor de 26,55 ($p < 0.0007$). La prevalencia de disfunción sexual femenina reportada en este estudio se encuentra dentro del rango señalado en estudios previos (25).

El estudio de Prevalencia de Problemas Sexuales Femeninos Asociados con Angustia y Determinantes para la Búsqueda de Tratamiento (PRESIDE, por sus siglas en inglés) (6) valoró la prevalencia de los problemas sexuales y el malestar derivado de las relaciones sexuales, incluyó 31,581 mujeres estadounidenses de 18 años o mayores (18 y 102) y utilizó cuestionarios validados para evaluar la función sexual y medir la angustia. El problema más común fue la falta de deseo, con una prevalencia ajustada a la edad del 37,7%. La prevalencia de la disminución del deseo y angustia fue del 8,9% en mujeres entre 18 y 44 años, del 12,3% en mujeres entre 45 y 64 años, y del 7,4% en mujeres mayores de 65 años. Al ajustar el perfil de edad en las mujeres estadounidenses, la prevalencia de la disminución del deseo asociada al malestar fue del 9,5%. Las cifras de alteraciones en el orgasmo señalan que un 10% de las mujeres casadas no lo experimentan (26,27); otros números van desde el 11,6% (28) al 37% de las mujeres

(16); sin embargo, estudios más recientes oscilan rangos entre el 20% y 50% (29).

La prevalencia de los trastornos sexuales femeninos, diagnosticables, es del 12%; en EEUU el 43% de las mujeres de 18 a 59 años tienen trastornos sexuales, y aproximadamente el 40% de las mujeres experimentan algún tipo de problema sexual en el transcurso de su vida (6,21). No obstante, los índices de prevalencia de disfunción sexual femenina varían entre 40 y 53,8% (30,31,8). En nuestro estudio un 34,91% de las mujeres encuestadas presentaban trastornos sexuales.

La disfunción sexual más prevalente en las mujeres de todas las edades es la disminución del deseo sexual: 51% (deseo sexual hipoactivo y la aversión sexual), (32,33) anteriormente denominado trastorno del deseo sexual hipoactivo en la 4ta Edición del DSM, Texto Revisado (30) (DSM-IV-TR) y trastorno del interés y la excitación sexual femenina en la 5ta Edición del DSM (DSM-5) (34); en nuestros resultados, se demuestra nuevamente esta prevalencia, puesto que la disfunción sexual más prevalente, tanto en las mujeres en edad reproductiva como en las menopausicas, es la disminución del deseo sexual; las alteraciones del orgasmo representan el 18,5%, porcentajes menores a lo registrado en otros estudios, que destacan el 24% (13).

Algunos autores describen que el 20% de las mujeres manifiestan dificultades en la lubricación, 20% refieren no tener sexo placentero, y más del 40% acusan deseo infrecuente y/o que no disfrutaban el sexo placenteramente (35); lo que no

coincide con nuestra población general de estudio, que refleja cifras inferiores, ya que las dificultades en la lubricación representan el 14,8%, mientras que la satisfacción es del 88,2%.

Las cifras de trastorno de dolor durante la práctica sexual, en mujeres en edad reproductiva, muestran que la prevalencia de dispareunia se encuentra en el rango de 10 a 15% (21,36); lo que no concuerda con las cifras reportada por nuestra población en edad reproductiva, ya que se caracterizan cifras inferiores (3,9%), y 5,7% en las menopáusicas, con un 8,4% para la población general del estudio.

En este estudio se encontró una prevalencia de disfunciones sexuales, mayor en las mujeres menopáusicas que en aquellas en edad reproductiva, pero la prevalencia de satisfacción en estas últimas fue inferior a la de las menopáusicas; lo que puede estar relacionado con varios factores, uno es el aspecto cultural, ya que por tratarse de mujeres mayores, interpretan la actividad coital como un marcador de buena sexualidad, independientemente de las variables del ciclo de respuesta sexual; en segundo lugar las mujeres jóvenes demandan un mejor encuentro íntimo, con exigencias de sus respectivos orgasmos y satisfacción general.

La disfunción del deseo sexual reflejado en el estudio de estas mujeres, hizo que se mostraran insatisfechas con su vida sexual ($p < 0.001$), con su relación ($p < 0.001$), manifiestan más emociones negativas ($p < 0.001$) y peores relaciones íntimas. Se pudo observar en este estudio,

que mujeres que experimentaron violencia sexual, en diferentes etapas de su vida, fueron más proclives a reportar bajos puntajes en el IFSF.

La violencia sexual contra las mujeres, dentro del matrimonio o dentro de las uniones consensuales, no es un evento poco común en este estudio; con una cifra porcentual del 5.37% (1089), las mujeres participantes del estudio, han sido forzadas a tener relaciones sexuales con su pareja cuando ellas no lo deseaban.

Las mujeres declararon su condición de pareja estable, ya sea por estar casadas, en unión libre o por tener una relación de pareja conviviente, y el 99.3% de ellas se consideró heterosexual.

El presente estudio tiene algunas limitaciones. Primero, es importante señalar que en esta investigación solamente participaron mujeres que asistieron por primera vez a consulta externa, lo que puede limitar algunos aspectos de la educación sexual especializada; segundo, es la selección de las mujeres, ya que se eligieron directamente en la consulta de ginecología y obstetricia; tercero, en este estudio se encontró que las mujeres en edad reproductiva representaron más de las $\frac{2}{3}$ partes de la población general; cuarto, no se consideró el nivel socioeconómico de las mujeres encuestadas, lo que podría influir en algunas de las variables asociadas, como el nivel académico.

A pesar de estas limitaciones, se puede afirmar que se encontró una elevada prevalencia de disfunciones sexuales en la muestra estudiada de mujeres del Eje

Cafetero. El impacto de algunas variables de salud y socioculturales sobre el riesgo de tener disfunción sexual, se observa en edad superior a 45 años, paridad mayor de dos hijos, el estado postmenopáusico, las cirugías pélvicas, el antecedente de abuso sexual y la histerectomía. La asistencia o pertenencia a un grupo religioso en particular, fue un factor que tendió a ser protector ante la presencia de una pareja estable.

A fin de contribuir con el bienestar sexual de las mujeres colombianas, los programas de educación y asesoramiento sexual deben fomentarse desde edades tempranas; por lo tanto, los médicos, y en especial los ginecólogos, debemos enseñarles a perder el temor a consultar, y a su vez nosotros, debemos aprender a preguntar sobre los trastornos sexuales; puesto que la mujer con disfunción sexual tiene derecho a ser estudiada. Se deben diseñar estudios específicos para evaluar el impacto que las disfunciones sexuales puedan acarrear en la vida de las mujeres del país.

CONCLUSIONES

En el Eje Cafetero, existe una proporción importante de mujeres con disfunción sexual (34,94%), pero la existencia de insatisfacción sexual es baja (11.8%); lo que lo hace un problema frecuente y complejo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Villela WV, Arilha M. Sexualidade, Gênero e Direitos Sexuais e Reprodutivos. In: Berquo E, editor. *Sexo & Vida- Panorama da Saude Reprodutiva no Brasil*. Campinas: Editora Unicamp; 2003:95-150.
2. Woertman L, Van Den Brink F. Body Image and Female Sexual Functioning and Behavior: A Review. *J Sex Res*. 2012;49(2-3):184-211.
3. Ojanlatva A, Makinen J, Helenius H, Korkeila K, Sundell J, Rautava P. Sexual activity and perceived health among Finnish middle-aged women. *Health Qual Life Outcomes* 2006; 4: 29.
4. Blumel J, Araya H, Riquelme R, Castro G, Sánchez F, Gramegna G. Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas. Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal. *Rev Méd Chile* 2002; 130: 131-8.
5. Gagnon J. *Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade*: Editora Garamond; 2006.
6. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol* 2008; 112:970-8.
7. Basson R, Brotto LA, Laan E, Redmond G, Utian WH. Assessment and management of women's sexual dysfunctions: problematic desire and arousal. *J SexMed* 2005; 2: 291-300.
8. Paul RN, Kleeman SD, Karram MM. Female sexual dysfunction: principles of diagnosis and therapy. *Obstet Gynecol Surv*. 2005;60(3):196-205.
9. Conaglen HM, Conaglen JV. Drug-induced sexual dysfunction in men and women. *Austr Prescr*. 2013;36:42-5.
10. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol* 2000;163:888-93.
11. Sasson A, Leiblum S. Revised Definitions of women's sexual dysfunctions. *Journal of Sexual medicine* 2004;1:40-8.
12. Kaplan, H. *Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy*. New York: Simon & Schuster. (1979).
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
14. Osborn M, Hawton K, Gath D. Sexual dysfunction among middle aged women in the community. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1988;296(6627):959-962.
15. Althof SE, Rosen RC, DeRogatis L, Corty E, Quirk F, Symonds T. Outcome measurement in female sexual dysfunction

- clinical trials: review and recommendations. *J Sex & Marital Ther.* 2005 Mar-Apr;31(2):153-166.
16. Blümel J, Binfa L, Cataldo A, Carrasco V, Izaguirre L, Sarrá C. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2004;69(2):118-125.
16. Rosen R, Braown C, Heiman J. Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000;26:191-208.
17. Cindy M. Validation of the Female Sexual Function, Index (FSFI) in Women with Female Orgasmic Disorder and in Women with Hypoactive, Sexual Desire Disorder, MESTON. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2003; 29: 39-46.
18. Nusbaum MR, Gamble G, Skinner B, Heiman J. The high prevalence of sexual concern among women seeking routine gynecological care. *J Fam Pract* 2000; 49(3): 229-32.
19. Genazzani AR, Nicolucci a, Campagnoli C, Crosignanip, Nappi C, Serra GB ET AL. Assessment of the QoL in Italian menopausal women: comparison between HRT users and non-users. *Maturitas* 2002; 42: 267-80.
20. Abdo CHN, Oliveira WM, Moreira ED JR, Fittipaldi JAS. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women- results of the Brazilia study in sexual behaviour (BSSB). *Int J Impot Res* 2004; 16: 160-6.
21. Sexual problems common among women and men. *Women's Health Weekly;* 1999;17:16-18.
22. Vardi Y, Gruenwald I, Sprecher E, Gertman I, Yarnitsky D. Normative values for female genital sensation. *Urology* 2000; 56:1035- 40.
23. Dennerstein L.; Third Annual Female Sexual Function Forum: New perspectives in the Management of Female Sexual Dysfunction. www.medscape.com/Womens-Health/journal/2000/v05.n06/wh11205.denn/wh1205.denn.html.
24. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res.* 2005;17:39–57.
25. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Fairley ChK. What is the “true” prevalence of female sexual dysfunctions and does the way we assess conditions have an impact? *J Sex Med.* 2008;5: 777–87.
26. Moreira Jr ED, Glasser DB, Gingell C. Sexual activity, sexual dysfunction and associated help-seeking behaviours in middleaged and older adults in Spain: a population survey. *World J Urol.* 2005;23:422–9.
27. Chesser E. The sexual marital and family relationships of the english woman. Londres: Hutchinson's Medical Publications; 1956.
28. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martín CE, Gebhard P. *Sexual Behaviour in the human female.* Filadelfia: W.B. Saunders Co; 1953.
29. Hite S. *El informe Hite.* Barcelona: Plaza y Janés; 1976.
30. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual Dysfunction in the United States. Prevalence and Predictors. *JAMA* 1999; 281: 537-44.
31. Oksuz E, Malhan S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *J Urol.* 2006 Feb;175(2):654-8.
32. Ponholzer A, Roehlich M, Racz U, Temml C, Madersbacher S. Female sexual dysfunction in a healthy Austrian cohort: prevalence and risk factors. *Eur Urol.* 2005;47(3):366-74.
33. Basson, R. Clinical practice. Sexual desire and arousal disorders in women. *N Engl J Med.* 2006;354:1497.
34. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.* 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
35. Weijmar W, Basson R, Binik Y, Eschenbach D, Wesselmann U, Van Lankveld J. Women's Sexual Pain and its Management. *J Sex Med* 2005;2:301-316.
36. West SL, Viniloor LC, Zolnoun D. A systematic review of the literature on female sexual dysfunction prevalence and predictors. *Ann Rev Sex Res.* 2004;15: 40-172.

IMPORTANCIA DEL ABORDAJE DE LA SALUD SEXUAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Susana Estepa Jorge.

Médica de Familia. Miembro del Grupo de trabajo de Sexología de Semergen
Centro de Salud Dr. Mediguchia Carriche. Leganés (Madrid).

Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos universales, basados en la libertad inherente, dignidad e igualdad para todos los seres humanos. Dado que la salud es un derecho fundamental, la salud sexual y reproductiva debe ser un derecho humano básico.

Los derechos sexuales siguientes deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades¹:

1. Derecho a la libertad sexual.
2. Derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo
3. Derecho a la privacidad sexual
4. Derecho a la equidad sexual
5. Derecho al placer sexual.
6. Derecho a la expresión sexual emocional
7. Derecho a la libre asociación sexual
8. Derecho a la toma de decisiones reproductivas libres y responsables
9. Derecho a la información basada en el conocimiento científico.
10. Derecho a la educación sexual integral
11. **Derecho a la atención de la salud sexual.**

Un abordaje integral de la salud conlleva que los profesionales de la Atención Primaria no pasen por alto la salud sexual de los pacientes. Durante siglos ha estado vinculado el concepto de sexualidad a algo mal considerado, dificultando a muchas personas el hablar de ello. El abordaje de la sexualidad se mueve en el terreno de lo íntimo, donde se encuentran fantasías, secretos, complejos, preocupaciones, miedos.... Es el profesional el que debe saber hacer que el paciente vea su salud sexual como parte de la salud integral, y para ello necesita formación específica y desarrollar habilidades en comunicación, para mejorar el abordaje clínico y terapéutico de la sexualidad en la práctica profesional, incluso promover la investigación en el campo de la sexología.

La Organización Mundial de la Salud insta a aprovechar la situación del Médico de Familia, en la puerta de entrada al Sistema Sanitario, situación privilegiada para prevenir o resolver las dificultades en sexualidad^{2,3}.

Hombres y mujeres expresan su sexualidad de manera muy diferente en las distintas etapas del ciclo vital y aquí es donde el profesional debe centrarse y ayudar a la expresión individual de todas las necesidades, derribar mitos y dar un

sentido biográfico a los cambios que vayan ocurriendo. El modelo de sexualidad dominante centra su atención en la edad de la reproducción de la mujer, olvidándose con frecuencia de los bebés, niños, adultos y ancianos como seres sexuados. Los profesionales pueden actuar en las diferentes etapas⁴:

Infancia y adolescencia: explicar etapas evolutivas y transmitir normalidad y tranquilidad a madres y padres, abordar aspectos como la intimidad, el respeto y la educación afectivo-sexual, no solo la anticoncepción.

Personas mayores: en esta etapa de la vida no deja de ser activa la sexualidad. El deseo y la necesidad de afecto continúan, aunque hay peculiaridades debidas a factores psicológicos, sociales y biológicos. Pueden aparecer dificultades por cambios físicos, falta de intimidad, situaciones de dependencia, pérdida de la pareja, patologías crónicas o secuelas de otros padecimientos. Así, el deseo sexual puede llegar a estar más relacionado con motivaciones emocionales que eróticas. Pero nuestra sociedad contribuye al retraimiento de la sexualidad en mayores creando estereotipos y mitos tales como que tener deseo sexual a cierta edad no es adecuado (“viejo verde o viuda alegre”). Algunos consideran ilegítimo mantener una vida sexual activa en la vejez, puesto que la sexualidad se sigue asociando a la reproducción, a la buena salud y la juventud.

La **historia clínica sexual**⁵ debe integrarse en la historia clínica general de todos los pacientes. Pero aparecen

dificultades para realizar la anamnesis en salud sexual en Atención Primaria, por parte del profesional, del paciente y del sistema sanitario. Debe realizarse en el contexto del cuidado integral de la salud y biografía del paciente, respetando su privacidad e intimidad; dejando claro que es parte de la atención general y rutinaria de la salud, y garantizando la confidencialidad. Se necesita tiempo y práctica para que paciente y profesional se encuentren cómodos. Siempre hay que preguntar de forma habitual, proactiva, con un enfoque preventivo, teniendo en cuenta a la persona y sus circunstancias, considerando y respetando su contexto familiar, laboral, social y cultural. Es fundamental la escucha activa, una actitud empática, y el cuidado del lenguaje verbal y no verbal, usando un lenguaje corporal en favor de la comunicación. Se debe hablar de la sexualidad desde lo positivo y no centrándose únicamente en riesgos, peligros y contagios...Hay que afrontar estos temas con naturalidad y sensibilidad, estando abiertos a los diferentes comportamientos posibles.

A la hora de preguntar a los pacientes se debe evitar modelos coitocentristas, orgasmocentrista, homofóbico, culpabilizante ... Hay que tener en cuenta que en sexualidad nada es bueno o malo por definición, que va a depender de gustos, deseos...en definitiva de la diversidad. Se han de evitar opiniones personales o suposiciones, controlar nuestros propios prejuicios y no hacer juicios morales, siempre formulando preguntas y comentarios que ayuden al paciente a explorar y expresar sus

sentimientos. Procurar no utilizar términos con sentidos peyorativos o con juicios de valor (frigidez, impotencia, promiscuidad...), o presuponer la orientación del deseo sexual del paciente, y favorecer la comunicación mediante un lenguaje inteligible para el paciente, ajustado a su edad y situación, no sexista, y respetando el valor que concede cada sujeto a su sexualidad. Hay que informar claramente sobre los cambios que la respuesta sexual puede manifestar con la edad y las diferentes situaciones físicas, y ayudar a las personas a que aprendan a conocerse, aceptarse, y a vivir una sexualidad sana y satisfactoria: SU SEXUALIDAD.

Si el profesional de la salud no tiene apuros para hablar de sexo/sexualidad, el paciente probablemente tampoco los tendrá. En la práctica clínica se comprueba como muchos pacientes agradecen que se les brinde la oportunidad de hablar sobre ello, pues probablemente no tengan con quien hacerlo fuera del ámbito sanitario. El objetivo es que los pacientes consideren a los profesionales de Atención Primaria como **referentes en salud sexual**.

BIBLIOGRAFÍA

1. Declaración de los derechos sexuales de la Asociación Mundial de Sexología (WAS). 1999. Hong Kong. Disponible en: <http://derechossexuales.com/2009/04/>
2. Organización Mundial de la Salud (1975). *Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud*. Informe de una reunión de la OMS. Col. Serie de Informes Técnicos No 572. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_572_spa.pdf
3. Defining sexual Health. Report of a technical consultation on sexual Health. 28-31 January 2002, Geneva. WHO. Geneva 2006. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
4. Jurado AR, Sánchez F. Salud sexual en Atención Primaria [Curso de formación online en Internet]. Madrid: Science tools, 2012. [acceso 30 de septiembre de 2012]. Disponible en: <http://www.dpcap.es>.
5. Sánchez Sánchez F, González Corrales R, Jurado López AR, San Martín Blanco C, Montaña Hernández EM, Tijeras Úbeda MJ, Benítez Moreno JM, Brenes Bermúdez F, Mir Pizá J, Villalba Quintana E. La anamnesis en la historia clínica en salud sexual: habilidades y actitudes. *Smergen* 2013 ;39 :433-9. Disponible en : <http://zl.elsevier.es/es/revista/semergen-medicina-familia-40/articulo/la-anamnesis-historia-clinica-salud-90259660>

LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN LA CONSULTA DEL MÉDICO DE FAMILIA

Antonio Ferrández Infante. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro del Grupo de Sexología de SEMERGEN. Centro de Salud Alicante. Fuenlabrada, Madrid.

DEFINICIÓN Y CONCEPTO DE DE

Según el DSM-V¹, para considerar presencia de trastorno eréctil, o disfunción eréctil (DE), se tiene que experimentar uno de los tres síntomas siguientes en todas o en casi todas (del 75% al 100%) las ocasiones de la actividad sexual en pareja:

1. Dificultad marcada en la obtención de una erección durante la actividad sexual.
2. Dificultad marcada para mantener la erección hasta finalizar la actividad sexual.
3. Reducción marcada de la rigidez de la erección.

Los síntomas deben persistir durante 6 meses como mínimo y provocar malestar clínicamente significativo en el individuo.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA DE EN ESPAÑA

Los pacientes que sufren DE no siempre consultan su trastorno, por lo que es difícil establecer su prevalencia. En España, el estudio EDEM², realizado sobre 2480 varones de 25 a 70 años, utilizó dos métodos para diagnosticar la DE. Según la respuesta a una pregunta clave, la prevalencia global fue del 12,1% y con base en las puntuaciones recogidas en el IIEF,

del 18,9%. Por esta investigación sabemos que en nuestro país existen entre 1,5 y 2 millones de hombres con DE.

Estudios posteriores indican prevalencias similares o superiores y confirman que la edad es el principal factor de riesgo, seguido de otros como bajo nivel económico, sedentarismo, obesidad, tabaquismo, diabetes mellitus, hipertensión arterial y cardiopatía isquémica.

IMPORTANCIA DE LA DE EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Los tres disfunciones sexuales más comunes en los hombres son eyaculación precoz, DE y disminución de la libido. De ellas, la DE es, con diferencia, el motivo de consulta más frecuente en atención primaria, y en la actualidad afecta a más de 150 millones de hombres en todo el mundo, con una prevalencia proyectada que aumentará a 322 millones de hombres en el año 2025³. Esta disfunción tiene un impacto significativo en la calidad de vida, autoconfianza y relaciones interpersonales de los pacientes.

DE COMO MARCADOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR

La patogénesis de la disfunción eréctil orgánica suele ser de origen multifactorial,

y entre sus principales causas se encuentran la vascular, la endocrina y la farmacológica⁴. Además de los problemas de erección y sus consecuencias, la DE puede ser un importante síntoma centinela de una enfermedad cardiovascular subyacente aún sin diagnosticar⁵. Asimismo, existe un creciente cuerpo de evidencia científica que indica que la DE comparte un origen etiológico y fisiopatológico con la enfermedad cardiovascular y que puede ser un síntoma centinela que indica una futura amenaza de infarto de miocardio, enfermedad arterial periférica o ictus⁵. Sorprendentemente, hasta el 70% de los pacientes con angina de pecho de nuevo inicio y enfermedad arterial coronaria verificada por angiografía tienen antecedentes de DE⁵. 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.

DE Y SÍNDROME DE TRACTO URINARIO INFERIOR (STUI)

El STUI es una entidad muy frecuente con varios aspectos fisiopatogénicos en común con la DE⁶, susceptibles de ser abordados con un mismo tratamiento farmacológico, y que se traducen en fuertes analogías epidemiológicas⁷ (tabla 1).

ABORDAJE DE LA DE POR EL MÉDICO DE FAMILIA

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. Entre sus funciones se encuentran las que se exponen a continuación.

Identificar a los pacientes con riesgo de DE

Entre las condiciones médicas subyacentes que aumentan el riesgo de DE y deben ser identificadas se encuentran: edad mayor a 50 años o mayor a 40 años con algún factor de riesgo cardiovascular asociado, diabetes mellitus, hipertensión arterial, síndrome de tracto urinario inferior, prostatectomía, traumatismos pélvicos/ perineales, infecciones de transmisión sexual, obesidad, tabaquismo, depresión, ansiedad, y abuso de alcohol y/o drogas⁸.

Búsqueda activa de casos de DE

La DE es una dura carga para los hombres afectados y sus parejas, y resulta problemático para muchos pacientes con este trastorno consultar a un profesional de la salud. Por lo tanto, la tarea más importante para el médico general es

preguntar a sus pacientes si sufren DE⁹. Para ello deben estar entrenados en el uso tanto de preguntas directas como indirectas, que ayuden a romper el hielo de la comunicación médico-paciente (Tabla 2).

Cuestionarios

Pueden utilizarse para confirmar el diagnóstico si no ha quedado claro, o para romper barreras de comunicación en el caso de los autocumplimentados, y así facilitar el diagnóstico. Uno de los más utilizados en atención primaria es el SHIM (índice de salud sexual para el varón), también conocido como IIEF-5, que recoge las preguntas del IIEF relacionadas con el dominio de la función eréctil.

Anamnesis

Es muy importante para clasificar la disfunción eréctil, y detectar si predomina el componente psicógeno o el orgánico. Para ello conviene interrogar sobre una serie de características⁸ que se detallan en la Tabla 3.

Exploración Física

Para valorar correctamente una DE, debe explorarse minuciosamente al paciente. Además de tomar pulsos y presión arterial deben valorarse pene, retractabilidad del prepucio, testículos y caracteres sexuales secundarios, así como comprobar los reflejos bulbocavernoso y anal digital.

Pruebas complementarias

Basta con análisis de sangre básico que incluya hemograma, perfil hepático, renal y lipídico. A veces, debe añadirse testosterona total y libre -si se sospecha

hipogonadismo-, prolactina -en caso de que se asocie a libido baja-, perfil tiroideo -si la historia sugiere una alteración del tiroides- u otras determinaciones que el facultativo considere necesarias para cada caso individualizado.

Tratamiento

El médico de familia interviene en la modificación de las causas reversibles, en el tratamiento etiológico y en el tratamiento sintomático, sobre todo mediante la correcta prescripción de fármacos IPDE5 y de otras opciones terapéuticas que han demostrado una alta efectividad y seguridad, como el alprostadil tópico, intrauretral o intracavernoso.

Además, es el principal responsable del control o corrección de las enfermedades asociadas y de la educación sanitaria, debe evitar o sustituir los fármacos que pudieran ocasionar o favorecer la DE, abordar al paciente y su pareja con intervención sexológica básica, luchar contra los mecanismos psicógenos mantenedores y utilizar tratamientos orales específicos.

Intervención sexológica (consejo sexual) en atención primaria

El médico de familia puede aprovechar su privilegiada situación de cercanía, continuidad en la atención y habilidades en entrevista clínica para aplicar un consejo sexual efectivo para la DE basado en varios pilares fundamentales: instauración de un modelo de sexualidad no demandante ni basado en la penetración mediante la priorización del contacto no genital y la relación sin objetivos, mejora de la comunicación sexual en pareja,

eliminación de expectativas sexuales erróneas, implicación de la pareja, pautas de relajación y concentración, abordaje del impacto emocional y desdramatización.

Derivación a especialistas del hospital si procede

Aunque el especialista de hospital más consultado es el urólogo, el médico de familia suele también derivar a cardiología, endocrinología, neurología y salud mental, en los casos que lo requieren.

DIFICULTADES DEL MÉDICO DE FAMILIA EN LA ATENCIÓN DE LA DE

Existen una serie de dificultades y limitaciones que el facultativo de atención primaria debe superar si desea realizar correctamente las funciones para las que es competente a la hora de abordar la DE en su consulta¹⁰:

1. **Falta de formación específica.** Aunque no es preciso ser un terapeuta sexual para atender esta disfunción, sí es necesario poseer conocimientos suficientes sobre información sexual científica, así como habilidades terapéuticas.
2. **Dificultades para la entrevista clínica.** Deben saberse qué preguntas son imprescindibles, el tipo de lenguaje a emplear para vencer el miedo a invadir la privacidad del paciente. El médico necesita una actitud positiva y saludable frente a la sexualidad, saber escuchar sin prejuicios y sin emitir juicios de valor, recurriendo a la asertividad para vencer las resistencias, aprovechar oportunidades para realizar las

preguntas adecuadas (directas o indirectas), lenguaje sencillo, creación de atmósfera de confianza, inclusión de preguntas sobre la sexualidad en la anamnesis general de los pacientes, preservar la confidencialidad del encuentro, tener empatía y comportarse con coherencia a lo largo de toda la interacción.

3. **Tiempo en consulta.** Es escaso en la consulta de un médico de familia pero la continuidad en la atención que caracteriza la atención primaria puede extenderlo y favorecer la relación de confianza médico-paciente. El médico debe esforzarse en promover un espacio íntimo y libre de interacciones de otros profesionales (por ejemplo, la consulta programada).
4. **Desinformación y vergüenza del paciente para consultar.** Para resolverlo, deben adquirirse habilidades para romper barreras de comunicación en salud sexual.

Tabla 1. Relación entre DE y STUI

1º. EPIDEMIOLOGÍA

- Ambas entidades aumentan con la edad y son más frecuentes en >50 años.
- Comparten factores de riesgo en común: edad, factores de riesgo vascular, síndrome metabólico.
- La frecuencia de Disfunción Eréctil en pacientes con STUI mod-grave es 2-5 veces mayor.
- La gravedad de los STUI se correlaciona con la intensidad y frecuencia de Disfunción Eréctil.

2º. FISIOPATOGENIA

- Musculatura lisa peneana y prostática responde a los mismos neuroestimuladores (NO, RhoA, etc)
 - Disminución de NOS/NO.
 - Arterioesclerosis pélviana.
 - Alterac. factores neuroreguladores: Rho A-Rhokinasas, Hiperactividad adrenérgica
- Desde que toma el tratamiento, ¿ha notado algún cambio en la sexualidad?
 - Desde que tiene ese síntoma, ¿ha notado cambios en su sexualidad?

Preguntas indirectas:

- ¿Ha notado últimamente algún cambio en su sexualidad?
- ¿Ha tenido alguna dificultad con el sexo?

Tabla 2. Ejemplos de preguntas directas e indirectas para detectar DE

Preguntas directas:

Tabla 3. Diagnóstico Diferencial entre disfunción eréctil orgánica y psicógena

CARACTERÍSTICAS	ORGÁNICA	PSICÓGENA
Edad	> 50 años	< 40 años
Comienzo	Gradual	Agudo
Tiempo de evolución	> 1 año	< 1 año
Aparición	Permanente	Situacional
Curso	Constante	Variable
Erección extracoital	Pobre	Rígida
Problemas psicosexuales	Secundarios	Larga historia
Problemas de pareja	Secundarios	Al inicio
Ansiedad y miedo	Secundarios	Primarios

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Martin-Morales A, Sanchez-Cruz JJ, Saenz de Tejada I, Rodriguez-Vela L, Jimenez-Cruz JF, Burgos-Rodriguez R. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina Study. *J Urol* 2001; 166(2):569-74.
- Aytac IA, Araujo AB, Johannes CB, Kleinman KP, McKinlay JB. Socioeconomic factors and incidence of erectile dysfunction: findings of the longitudinal Massachusetts Male Aging Study. *Soc Sci Med*. 2000; 51(5):771-8.
- Goldstein I. Male sexual circuitry. Working Group for the Study of Central Mechanisms in Erectile Dysfunction. *Sci Am*. 2000; 283(2):70-5.

Dong JY, Zhang YH, Qin LQ. Erectile dysfunction and risk of cardiovascular disease: metaanalysis of prospective cohort studies. *J Am Coll Cardiol*. 2011; 58(13):1378–85.

Jackson G. Prevention of cardiovascular disease by the early identification of erectile dysfunction. *Int J Impot Res*. 2008; 20(Suppl 2):S9–14.

Ghanem H, Shamloul R. An evidencebased perspective to commonly performed erectile dysfunction investigations. *J Sex Med*. 2008; 5(7):1582–9.

Gacci M, Eardeley I, Giuliano F, Hatzichriston D, Kaplan SA, Maggi M, McVary KT, Mirone V, Porst H, Roehrborn CG. Critical analysis of the relationship between sexual dysfunction and lower urinary tract symptoms due to benign prostatic hyperplasia. *Eur Urol* 2011 Oct; 60(4): 809-825.

Mazur DJ, Helfand BT, McVary KT. Influences of neuroregulatory factors on the development of lower urinary tract symptoms/benign prostatic hyperplasia and erectile dysfunction in aging men. *Urol Clin of North America*. 2012, Feb; 39 (1): 77-88

Documento de Consenso sobre Disfunción Erectil. Elaborado por 12 entidades científicas. Madrid: Grupo 2 Comunicación Médica, 2013.

Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*. 1997; 49(6):822–30.

Molero F. Disfunciones sexuales. Detección, enfoque y tratamiento. *Curso de Salud sexual*. 7DM. 2016; 869: 15-29.

ACTITUDES HACIA LAS AGRESIONES SEXUALES EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA MACHISTA

M.D. Gil-Llario y R. Ballester-Arnal

Dpto Psicología Evolutiva y de la Educación. Universitat de València

Dpto Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Universitat Jaume I Castellón.

rballest@psb.uji.es

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud el 30% de las mujeres de todo el mundo han sufrido violencia física y/o sexual en algún momento de su vida (OMS, 2013). En España la prevalencia de violencia contra la mujer se sitúa entre el 25% y el 32% (Ruiz-Pérez, et. al. 2010). La violencia sexual hace referencia a todo acto de índole sexual resultante de conductas coercitivas, intimidatorias, chantajes, lesiones y/o amenazas (Saldívar, Jiménez, Gutiérrez y Romero, 2015) las cuales, como muestra la investigación (Marston, 2005), son más frecuentes en las relaciones sentimentales e íntimas. Si atendemos por sexos, según Malacova, Butler, Yap et. al. (2012) la prevalencia de victimización entre los hombres es del 14% frente al 60% en las mujeres, siendo los hombres los principales agresores.

Uno de los aspectos más relevantes en la comprensión del fenómeno que permite explicar cómo se percibe a la víctima de violencia sexual es la normalización de algunas falsas creencias acerca de la violación según las cuales se culpa a la víctima y se justifica al agresor (Bohner et al., 1998; Buddie y Miller, 2002).

El presente estudio se fundamenta en la teoría de Glick y Fiske (1996, 1999, 2001)

sobre la existencia de nuevas formas de sexismo como justificación para el uso de la violencia, la diferenciación de actitudes sexuales en hombres y mujeres y la creencia de mitos acerca de las agresiones sexuales. Estos autores hablan sobre la existencia de un sexismo que combina sentimientos aparentemente positivos hacia las mujeres junto con sentimientos negativos. Es decir, hablan de un sexismo ambivalente formado por dos componentes: el sexismo hostil y el sexismo benevolente. El sexismo hostil es el tradicional y se caracteriza por una actitud negativa hacia las mujeres a las que se define como inferiores. El sexismo benevolente, por su parte, presenta una actitud más positiva hacia las mujeres aunque en realidad enmascara una visión estereotipada de ellas como personas débiles a las que hay que proteger y de las que cabe esperar una actitud sumisa. El sexismo hostil explícito está sancionado social e incluso legalmente en algunos países lo que hace que las creencias sexistas se dirijan hacia manifestaciones benévolas y más sutiles (Ovejero, 2010; Rudman y Glick 2008). Pero tanto unas manifestaciones como otras llevan a la discriminación, a la desigualdad de género e incluso a la aceptación de actitudes positivas hacia la violencia de género.

MÉTODO

Participantes. En el estudio participaron 139 personas de las cuales 29 habían sido víctimas de violencia ejercida por su pareja o ex pareja (34'5% hombres y 65.5% mujeres) y 110 que no habían sido víctimas de ningún tipo de agresión sexual (54.7% hombres, 45.3% mujeres), todos ellos de edades comprendidas entre los 18 y los 36 años.

Instrumentos. A todos los participantes se les aplicó una batería compuesta por los siguientes instrumentos: el cuestionario de Sexismo Ambivalente hacia Mujeres de Glick y Fiske (1996) en la adaptación española de Rodríguez, Lameiras y Carrera (2009); el de Actitudes Ambivalentes hacia hombres de Glick y Fiske (1999) en la adaptación española de Rodríguez, Lameiras y Carrera (2010); y el de Aceptación de Mitos acerca de las Agresiones Sexuales de Gerger, Kley, Bohner y Siebler (2007) en la adaptación española de Megías, Romero-Sánchez, Durán, Moya y Bohner (2011).

Procedimiento. Para el reclutamiento de la muestra se utilizaron dos vías, por un lado, se creó un cuestionario online a través de la aplicación *Google Drive* con los instrumentos citados que fue distribuido a través de la red social 'Facebook'. En un primer apartado, se informaba del carácter anónimo de la prueba y se solicita la autorización para la realización de la misma, rogándose la mayor sinceridad posible.

Por otro lado, se solicitó la participación de cuatro centros educativos de Ciclos Formativos de Grado Medio y Superior de la ciudad de Valencia poniendo como requisito que los estudiantes que quisieran participar fueran mayores de 18 años. En este caso la aplicación, previa aceptación, fue en las propias aulas en horario de tutorías.

RESULTADOS

Entre los resultados principales destaca que en el subgrupo de **víctimas**, hombres y mujeres solo difieren en cuanto a los mitos siendo mayores en los hombres ($X_{\text{hombres}}=98.4$; $DT=25.02$; $X_{\text{mujeres}}=77.8$; $DT=18.51$; $t=2.369^*$), pero al comparar hombres y mujeres en el subgrupo de **no víctimas** aparecen diferencias en el sexismo tanto hostil ($X_{\text{hombres}}=12.69$; $DT=5.9$; $X_{\text{mujeres}}=7.59$; $DT=5.5$; $t=5.83^{***}$) como benevolente ($X_{\text{hombres}}=12.4$; $DT=6.4$; $X_{\text{mujeres}}=8.6$; $DT=6.1$; $t=3.97^{***}$) hacia las mujeres; en el sexismo tanto hostil ($X_{\text{hombres}}=7.5$; $DT=5.2$; $X_{\text{mujeres}}=9.3$; $DT=6.7$; $t=-1.9^*$) como benevolente ($X_{\text{hombres}}=7.6$; $DT=5.6$; $X_{\text{mujeres}}=4.8$; $DT=4.3$; $t=3.64^{***}$) hacia hombres; así como en los mitos ($X_{\text{hombres}}=104.9$; $DT=28.3$; $X_{\text{mujeres}}=80.7$; $DT=24.7$; $t=5.82^{***}$) siendo, en todos los casos, las medias mayores en los hombres excepto en el caso del sexismo hostil hacia los hombres.

Al comparar las víctimas de violencia con las personas que no han sido víctimas de violencia vemos que existen diferencias significativas en sexismo benevolente hacia las mujeres ($X_{\text{no víctimas}}=10.7$; $DT=6.6$; $X_{\text{víctimas}}=8.2$; $DT=5.1$; $t=1.93^*$) siendo superior en el caso de las no víctimas.

Tabla 1. Correlación entre variables del estudio en la submuestra de hombres no maltratados.

	ASI HOSTIL	ASI BENEV	AMI HOSTIL	AMI BENEV	AMAS
ASI HOSTIL	1				
ASI BENEV	.370**	1			
AMI HOSTIL	.409**	.413**	1		
AMI BENEV	.457**	.637**	.503**	1	
AMAS	.661**	.391**	.304**	.463**	1

Nota: ASI HOSTIL: Sexismo hostil hacia las mujeres; ASI BENEV: Sexismo benevolente hacia las mujeres; AMI HOSTIL: Sexismo hostil hacia los hombres; AMI BENEV: Sexismo benevolente hacia los hombres; AMAS: Aceptación de Mitos hacia las Agresiones Sexuales.

Por último, se ha analizado la relación entre las variables analizadas en este estudio en el subgrupo de personas que no han sido víctimas de agresiones sexuales por parte de sus parejas. Como se puede observar en las tablas 1 y 2, el

sexismo hostil y benevolente tanto hacia hombres como hacia mujeres así como las actitudes positivas hacia las agresiones sexuales correlacionan fuertemente entre sí tanto en la población masculina no víctima de agresiones como en la femenina.

Tabla 2. Correlación entre variables del estudio en la submuestra de mujeres no maltratadas.

	ASI HOSTIL	ASI BENEV	AMI HOSTIL	AMI BENEV	AMAS
ASI HOSTIL	1				
ASI BENEV	.675**	1			
AMI HOSTIL	.497**	.575**	1		
AMI BENEV	.596**	.692**	.488**	1	
AMAS	.607**	.561**	.514**	.641**	1

Nota: ASI HOSTIL: Sexismo hostil hacia las mujeres; ASI BENEV: Sexismo benevolente hacia las mujeres; AMI HOSTIL: Sexismo hostil hacia los hombres; AMI BENEV: Sexismo benevolente hacia los hombres; AMAS: Aceptación de Mitos hacia las Agresiones Sexuales.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos subrayan que hombres y mujeres que no han sido víctimas de la violencia sexual perciben y toleran de modo muy diferente el sexismo. Los hombres muestran una actitud mucho más favorable hacia las agresiones sexuales que las mujeres y presentan unos niveles de sexismo superiores a los de las mujeres tanto en su vertiente hostil como en su vertiente benevolente hacia las mujeres, si bien en el caso del sexismo hacia los hombres, son las mujeres quienes puntúan por encima en la vertiente hostil. Parece pues que, entre la población que podemos considerar normal el sexismo y la justificación de la violencia sexual es muy superior en el caso de los hombres. Sin embargo, cuando realizamos el mismo análisis en la población que ha sido víctima de abuso sexual encontramos que no existen diferencias entre los sexos lo que significa que la experiencia de victimización anula las diferencias de género.

En esta línea, otro de los resultados que merece la pena subrayar de la comparación entre las víctimas de violencia y las personas que no han sido víctimas es que entre la población general, según los datos obtenidos, el sexismo benevolente hacia las mujeres es superior al del subgrupo de las víctimas. De nuevo, la experiencia de victimización hace a los individuos, indiferentemente de que se trate de hombres o de mujeres, más sensibles y menos tolerantes a las formas benevolentes de sexismo.

Por último, cabe resaltar la elevada correlación existente entre las diversas formas de sexismo, tanto hacia hombres

como hacia mujeres, y la actitud justificativa de las agresiones y de los agresores sexuales haciendo recaer sobre la víctima, en cierta medida, la causa de la agresión. Este resultado es especialmente relevante dado que asocia claramente las actitudes sexistas con la justificación de las agresiones sexuales ofreciéndonos una vía clara de intervención/prevenición. Esto es, si queremos que se reduzcan las agresiones, probablemente no encontremos un modo más sencillo y más directo que reducir el sexismo no solo en su vertiente hostil sino también y sobre todo, en su vertiente benevolente, que claramente se extiende de forma mayoritaria entre la población que no ha experimentado dicha violencia.

Desgraciadamente, la conclusión general sigue siendo que las actitudes sexistas siguen muy arraigadas en la población en general, sobre todo en la masculina, y que dado que dichas actitudes se asocian fuertemente a aquellas que justifican las agresiones, las autoridades sociosanitarias deberían asumir como un objetivo de primer orden erradicarlas cuanto antes.

REFERENCIAS

- Bohner, G., Reinhard, M.A., Rutz, S., Sturm, S., Kerschbaum, B. and Effler, D. (1998). Rape myths as neutralizing cognitions: Evidence for a causal impact of anti-victim attitudes on men's self-reported likelihood of raping. *European Journal of Social Psychology*, 28, 257 – 268.
- Buddie, A.M. & Miller, A. (2002). Beyond rape myths: a more complex view of perceptions of rape victims. *Sex Roles*, 45, 139 – 160.

- Glick, P. & Fiske, S. T. (1996). The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 491 – 512.
- Glick, P. & Fiske, S. T. (1999). The Ambivalence toward Men Inventory: Differentiating hostile and benevolent beliefs about men. *Psychology of Women Quarterly*, 23, 519 – 536.
- Glick, P. & Fiske, S. T. (2001). Hostile and Benevolent Sexism as Complementary Justification for Gender Inequality. *American Psychologist*, 2, 109 – 118.
- Malacova, E. Butler, T. & Yap, L. (2012). Age as a modifier of sexually aggressive attitudes in men. *International Journal of STD and AIDS*, 23, 533 – 539.
- Marston, C. (2005). What is heterosexual coercion? Interpreting narratives from young people in Mexico City. *Soc Health Ill*, 7, 8 – 91.
- Megías, J.L, Romero-Sánchez, M., Durán, M., Moya, M., Bohner, G. (2011). Spanish Validation of the Acceptance of Modern Myths about Sexual Aggression Scale (AMMSA). *The Spanish Journal of Psychology*, 14 (2), 912 – 925.
- Ovejero, A. (2010). *Algunas claves para entender la conducta humana*. Madrid: Biblioteca Nueva
- Rodríguez Castro, Y., Lameiras Fernández, M., Carrera Fernández, M.V (Octubre, 2009). Validación de la versión reducida de la escala ASI y AMI en una muestra de estudiantes españoles. *Psicogente*, 12 (22), 284 – 295.
- Rodríguez Castro, Y., Lameiras Fernández, M., Carrera Fernández, M.V y Faílde Garrido, J.M. (2010). Evaluación de las actitudes sexistas en estudiantes españoles/as de educación secundaria obligatoria. *Psychologia: avances de la disciplina*, 4(1), 11 – 24.
- Rudman y Glick 2008). Rudman, L.A. & Glick, P. (2008). *The social psychology of gender: How power and intimacy shape gender relations*. New York; NY: Guilford Press.
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Vives-Cases, C., Montero-Piñar, M^a I., Escribà-Agüir, V., Jiménez-Gutiérrez, E., Martín-Baena, D. y G6 para el estudio de la Violencia de Género en España (2010). Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España. *Gaceta Sanitaria*, 24 (2), 128 – 135.
- Saldívar, G.; Jiménez, A.; Gutiérrez, R.; Romero, M. (2015). La coerción sexual asociada con los mitos de violación y las actitudes sexuales en estudiantes universitarios. *Salud Mental*, vol. 38 (1), pp. 27-32
- World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine/ South African Medical Research Council (2013). *Global and Regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva: World Health Organization; 51.

MANIFESTAÇÕES DO CIÚME NA SEXUALIDADE DE CASAIS

Franciesco Luiz Graffitt (FACISA/CELER, Xaxim, SC, Brasi)

Marli Kasper Rex (Psicóloga, Pedagoga e Mestre em Psicologia Clínica pela Unisinos, RS, Brasil.

Professora do Curso de Psicologia da Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas)

marlirex@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

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 ciúme é um sentimento muito complexo e envolve muitos outros aspectos da vida relacional das pessoas. Além de ter origem nos fatores externos, pela pessoa concorrente, a qual pode roubar o par romântico, o ciúme também pode ser desencadeado por fatores internos, como baixa autoestima, sentimentos de inferioridade e simbiose do casal, que pode causar em determinados momentos sofrimento para o casal, impossibilitando-os de exercerem a sexualidade e um relacionamento, verdadeiramente, saudável e feliz.

BREVES CONSIDERAÇÕES ACERCA DO CIÚME

O ciúme tem mudado repentinamente ao longo dos anos e influenciado principalmente, pela cultura e religião dos povos. Há muitas aproximações históricas do ciúme com o amor, porém, em contrapartida, há também momentos em que o ciúme se distancia do amor, como manifestação inconcebível entre os casais.

Entretanto, quando está próximo ao amor, é considerado como um sentimento que tem a função primordial de demonstrar preocupação, carinho, afeto em relação ao parceiro. Atualmente, ainda está muito presente este conceito do século XVII em relação ao ciúme. Quando é considerado um sentimento que não faz parte da esfera do amor, o ciúme é considerado ruim justamente, por fazer transparecer sentimentos de medo, insegurança, ansiedade sendo tão íntimos de cada um, que muitas vezes a pessoa nem percebe que é em decorrência do ciúme (FERREIRA-SANTOS, 2003, p. 51).

Estas concepções são criadas, principalmente, por pressupostos religiosos e culturais. Entretanto, atualmente as pessoas são fortemente influenciadas pelas mídias produtoras de subjetividade, principalmente no que se refere aos padrões ideias de beleza impostos pelos meios de comunicação, resultando em sentimentos negativos de inferioridade, quando o sujeito não está dentro da norma estabelecida, afetando diretamente na manifestação, tanto individual, quanto do casal, além de reforçar o ciúme, como forma de proteção contra corpos que possuem uma beleza padronizada (NUNES, 2006; VIEIRA, 2008).

Estes padrões de beleza impostos pelos meios de comunicação também influenciam nas relações, uma vez que a pessoa não se vê dentro dos parâmetros estabelecidos e, acaba se sentindo insegura, podendo apresentar baixa autoestima, um

fator que contribui para o surgimento do ciúme, diante o outro e que o faz exhibir um corpo perfeitamente padronizado (NUNES, 2006; VIEIRA, 2008 *apud* MONTEIRO, 2014, p. 22). Na sociedade onde o ter vale mais que o ser, o comportamento de possessividade, em relação ao parceiro, parece estar em íntima relação com a sobrevivência da pessoa.

Além da possibilidade destes sentimentos estarem presentes juntamente com o ciúme, há também os sentimentos destrutivos, como a raiva, que pode resultar em consequências desastrosas, como as que foram ilustradas pelo poeta William Shakespeare em sua peça intitulada "Otelo, o mouro de Veneza", na qual são apresentados vários aspectos relacionados ao ciúme, incluindo o ciúme sexual. O personagem principal desta trama, chamado Otelo, é casado com Desdêmona. Lago, amigo de Otelo, sentindo muita inveja por Otelo ter sido promovido e não ele, criou pseudo indícios de infidelidade entre Desdêmona e outro homem. Acreditando que sua esposa teria um relacionamento sexual com outro homem, Otelo estrangula-a na cama, cometendo o assassinato de sua própria esposa. (RUGE; LENSON, 2006, p. 20).

É relevante ressaltar que Lago sentiu inveja de Otelo, o que é diferente de ciúme, sendo este caracterizado por uma situação triangular, envolvendo algo que julgamos ser nosso e não queremos dividir, enquanto a inveja se constitui de uma relação em que o desejo é direcionado para algo que o outro possui (PACHECO, 1998 *apud* MONTEIRO, 2014, p. 27). Além disso, um componente de grande importância e que faz parte do ciúme é a imaginação (MONTEIRO, 2014, p. 27). No caso de

Otelo, ele imaginava-se sendo traído por sua esposa, fato que alimentava ainda mais sua raiva contra ela.

O CIÚME

O ciúme geralmente é definido como um sentimento fisiológico, marcado pela presença de ansiedade e medo que está relacionada à ideia (real ou imaginária) de perda do objeto de desejo, neste caso, o parceiro. O ciúme considerado normal é aquele que se apresenta em decorrência de uma situação real e concreta, bem definida, e as reações do sujeito devem ser proporcionais à intensidade da situação (BALLONE, 2010, p.14).

Há as mais diversas definições atreladas ao ciúme, porém, há uma espécie de unanimidade em relação a uma tríade conceitual, que refere ser o ciúme um sentimento que inicia pela reação frente a uma ameaça percebida, havendo um rival real (ou imaginário), e esta reação tem por finalidade diminuir, ou mesmo, eliminar riscos de uma possível perda do objeto amado (ALMEIDA, 2007, p. 45).

As manifestações do ciúme se configuram de diversas formas, o ciúme de um concorrente que pode roubar o parceiro, o ciúme patológico em que a pessoa apresenta delírios e, que são incongruentes com a realidade do casal, imaginando e crendo que o parceiro vai por algum motivo se envolver com outra pessoa e trair a relação (FREUD, 1920-1923).

No entanto, o que merece maior atenção neste momento, é o ciúme sexual. Este vem marcado pela suspeita de infidelidade em que o parceiro se envolva sexualmente com outra pessoa. Este tipo de ciúme é intensificado quando há uma disparidade entre o casal, seja por uma

grande diferença da idade, *status* social, condição econômica ou mesmo pela beleza, surgindo, além destes sentimentos, outros, como o medo e a insegurança (FERREIA-SANTOS, 2003).

Entretanto, o ciúme pode se manifestar de maneira tão intensa, causando sofrimento psicoemocional e até mesmo, levar ao adoecimento da pessoa e muitas vezes, há a necessidade de auxílio psicoterápico para ajudar na recuperação da pessoa e devolver o equilíbrio afetivo.

METODOLOGIA

Este estudo contou com a participação de três casais heterossexuais, com idades entre 19 e 28 anos, que estavam em união conjugal pelo período mínimo de um ano. Os participantes deste estudo eram de uma cidade da região Oeste do Estado de Santa Catarina, região Sul do Brasil. A seleção da amostra foi por conveniência. Os nomes são fictícios para resguardar a identidade dos participantes. Este estudo utilizou-se da abordagem qualitativa e descritiva. O método para a análise e interpretação dos dados foi à técnica de conteúdo de Bardin, que consiste em uma interpretação baseada na inferência que varia entre a objetividade e a subjetividade (BARDIN, 1977).

Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário com perguntas abertas. Após a coleta dos dados, estes foram organizados em três categorias temáticas, para melhor análise. São elas: 1ª) Ciúme emocional *versus* ciúme sexual; 2ª) Ciúme, intimidade e sexualidade e, 3ª) Ciúme e manifestação da sexualidade. A partir da criação das categorias temáticas, foram realizadas as interpretações e inferências do material levantado com base no referencial teórico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira temática se refere ao medo e, por consequência, o surgimento do ciúme emocional e do ciúme sexual. O ciúme emocional se desenvolve pelo temor de que o parceiro se envolva emocionalmente com outra pessoa, já o ciúme sexual diz respeito ao medo de que o parceiro se envolva sexualmente com outra pessoa.

O ciúme do tipo sexual é manifestado com maior incidência no sexo masculino, enquanto o ciúme emocional se manifesta com maior intensidade no sexo feminino. Estas manifestações do ciúme resultam em sofrimento por um dos parceiros, fato que pode ser percebido nos seguintes relatos: “*Na verdade me sentiria muito mal com os dois tipos, mas o emocionalmente é o que sobressai, [...]*” (SALETE). “[...] *porque se ele já tiver afeto por outra pessoa, é porque nosso relacionamento não tem mais sentido.*” (MARIA).

Quando relacionado o ciúme sexual como tendo maior incidência em homens, em virtude da paternidade ser posta em dúvida e também a ideia de exclusividade sexual, este estudo demonstra o contrário, com os participantes entrevistados do sexo masculino. Dois dos três homens referem ter ciúme emocional, julgando que a possível traição sexual é equiparado simplesmente a um ato sexual apenas, sem nenhum tipo de envolvimento afetivo, visto que um entrevistado relata ter ciúme emocional, em suas palavras: “[...] *porque vai me deixar daí, vai com a outra pessoa, e eu vou ficar sozinho, de novo. Caso ela se envolva sexualmente ainda vai sentir algo por mim.*” (CARLOS). O outro entrevistado relata ter ciúme emocional “[...] *porque é algo mais profundo, mudaria completamente o modo dela pensar em relação ao relacionamento.*” (JOÃO).

Enquanto, apenas um relata que *“No começo tinha medo que fosse sexualmente (traído), hoje posso dizer que não sinto mais.”* (VILMAR). Neste caso, o fato de estarem sempre juntos tanto no trabalho, quanto nas outras atividades diárias, contribuiu para a maior confiança deste casal e, conseqüentemente, para o baixo índice de manifestações de ciúme, tanto emocional quanto sexual.

A segunda temática engloba o ciúme, intimidade e sexualidade dos casais entrevistados, sendo possível perceber a relação entre os dois primeiros aspectos e a manifestação da sexualidade, enquanto casal. De modo geral, quando há intimidade e confiança no relacionamento, ambos criam uma atmosfera mais tranquila, que possibilita a manifestação espontânea da singularidade sexual do casal. Entretanto, o ciúme sempre está à espreita, nitidamente perceptível no relato deste casal: *“Eu não sou muito carinhosa, mas meu parceiro é carinhoso, aquela coisa de falar antes, tipo: ah amorzinho [...]”* (CAROLINA). E, na fala de seu par romântico: *“Ela gosta que seja carinhoso, ela gosta muito que repare nas roupas íntimas, ela é bem detalhista.”* (JOÃO). A atenção aos detalhes faz com que o companheiro se sinta valorizado e tenha um sentimento de valia e importância em relação ao parceiro, além de contribuir para que o ciúme prejudicial não venha a se instalar na relação, sendo que este pode se manifestar em consequência de sentimentos como rejeição, de não ser importante para o parceiro e de menosprezo. (FERREIRA-SANTOS, 2003 *apud* ALMEIDA; RODRIGUES; SILVA, 2008, p. 84).

A sexualidade vai além do ato sexual e das carícias, ela engloba muitas variáveis, como o modo de se vestir, de se comportar, o modo singular de se apresentar ao

mundo. Intimidade e sexualidade são assuntos que podem estar intimamente relacionados com a presença (ou ausência) do ciúme. A intimidade do casal proporciona uma atmosfera de confiança e liberdade para o descobrimento de si e do parceiro. *“Nós conhecemos o corpo um do outro, sabemos onde se tocar, o jeito de se dar prazer, o que o outro gosta.”* (SALETE). Em um relacionamento, ambos devem ter comprometimento em relação à manutenção do vínculo e também em relação à sexualidade do casal, no que diz respeito à intimidade e conhecimento sobre seu próprio corpo e do seu parceiro (FERREIRA-SANTOS, 2003, *apud* ALMEIDA; RODRIGUES; SILVA, 2008, p. 88).

A confiança entre os parceiros possui papel importante na dinâmica do casal, uma vez que ela implica em sentimento de proteção, necessário para um maior e melhor entrosamento e manifestação espontânea e livre da sexualidade entre o casal (GIDDENS, 2002 *apud* BARONCELLI, 2001, p.167), podendo ser facilmente detectado nas seguintes falas: *“Assim, quanto a isso ficamos bem à vontade, é a parte que a gente mais se dá bem, a gente tem confiança para falar sobre isso, conversar [...]”* (MARIA). *“A gente se dá muito bem, com relação à sexualidade, com liberdade, respeito [...]. A gente tem uma vida sexual ativa.”* (VILMAR).

Na última temática, fica visível a relação do ciúme e sua implicação na manifestação da sexualidade. A sexualidade pode se manifestar de várias maneiras, pelo modo de se vestir, falar, gesticular. Nesta categoria de análise, buscou-se sondar sobre a possibilidade de

inibição ou maximização da sexualidade do casal decorrente da manifestação do ciúme.

De modo geral, a manifestação da sexualidade do parceiro se apresenta como uma fonte que desperta o ciúme, principalmente, o ciúme competitivo que é manifestado pela ameaça que se apresenta para a relação conjugal: o da figura de um rival, alguém que poderá roubar o parceiro de determinada pessoa, provocando medo dessa possível perda e, conseqüentemente, o ciúme como forma de evitá-la. (FREUD, 1920-1923, p.189).

Este tipo de ciúme, juntamente com a manifestação da sexualidade da pessoa, estão presentes nos relatos a seguir: *“Às vezes quando ele começa a conversar muito, quando tem uma menina, eu não gosto, porque parece que ele quer se aparecer. Porque ele é muito soltinho, conversa demais.”* (SALETE). E, também pode-se verificar no relato deste outro entrevistado, que diz que sua parceira *“[...] se veste bem, fica bonita pra outras pessoas, não pra mim. Mas se sair junto não teria ciúme, porque eu estaria junto, ficava de olho.”*(CARLOS).

Um entrevistado relata que sua parceira tem muita facilidade em fazer novos amigos, mas que a fonte principal do seu ciúme é a de que *“antes de conhecer ela, meus amigos comentavam dela, do corpo. Eu comecei a sair com ela, e eles não sabiam, e comentavam sobre ela. Eles falavam que eram amigos dela. E ela gosta de ser muito próxima dos amigos. Isso me deixava com ciúme porque meus amigos queriam ficar com ela, sabe. É algo automático.”* (JOÃO). Neste mesmo sentido, sua parceira também refere essa mesma dificuldade: *“a única coisa que atrapalha que eu percebo é que eu tenho mais amigos homens que mulher.”* (CAROLINA).

Neste sentido, um ponto crucial que pode determinar o curso da sexualidade do casal e, até mesmo, a continuidade do relacionamento, é a confiança. *“Quando a gente começou a namorar eu era bastante ciumento, até o ponto de quase nos separar. Hoje eu dou total liberdade pra ela exercer a sexualidade dela como ela quiser, deixo ela se vestir como ela quer, e tudo mais. Hoje se ela se arrumar melhor, eu sei que ela está se arrumando pra mim, eu vou sentir orgulho da esposa que eu tenho.”* (VILMAR).

Além disso, o ciúme pode maximizar a sexualidade do casal, no sentido de que ele pode funcionar como um dispositivo sinalizador de algum tipo de distanciamento entre o casal ou, até mesmo, algum tipo de problema entre eles. O seguinte relato, ilustra este caso: *“Quando ela tem ciúme e briga comigo, eu vou lá e faço carinho, digo que amo ela.”* (CARLOS). Este benefício do ciúme pode ser visto facilmente quando um dos parceiros está mais distante da relação, deixando o vínculo mais frágil. Sendo assim, o ciúme funciona como alerta para investir na relação (ROSSET, 2004 *apud* ALMEIDA; RODRIGUES; SILVA, 2008, p. 88). *“No nosso caso, (o ciúme) aflora a sexualidade. No começo era mais complicado, quando tinha ciúme tinha briga, e a sexualidade era inibida, mas agora não, parece mais fofinho.”* (SALETE).

Dois dos três casais entrevistados referem que o ciúme contribui para potencializar a sexualidade do casal, de acordo com os relatos: *“Você sentir que a outra pessoa se importa com você, [...] demonstra uma forma de cuidado.”* (MARIA). Nas palavras de seu par romântico, *“Aflora a sexualidade se é um ciúme bom”. [...]. Ah, faz a outra pessoa se sentir desejada [...] isso ajuda na sexualidade.”* (VILMAR). Um dos casais

aponta o ciúme como inibidor da sexualidade, referindo que “*Quando ele está com ciúme, não fala comigo. Se ele tem ciúme ele não me chama de amor, me chama pelo nome [...] ele vira (na cama) e dorme sem me dar boa noite [...]*” (CAROLINA). E, seu marido relata que: “*Às vezes incomoda um pouco, inibe [...]*” (JOÃO). Não somente a presença do ciúme, mas também a forma como o casal lida com este sentimento implica diretamente na manifestação da sexualidade.

CONCLUSÃO

A partir da concepção de que este sentimento multifacetado que é o ciúme pode afetar positivamente ou negativamente a vivência da sexualidade do casal, pode-se concluir que os efeitos do ciúme podem ser potencializados pelas reações apresentadas pelo casal, em efeitos que podem desencadear sentimentos opostos, como sofrimento ou felicidade. Se o casal souber lidar com a dinâmica do ciúme, poderá utilizá-lo para contribuir com uma vivência mais saudável na relação conjugal e nas questões da sexualidade. Caso, o casal não saiba lidar com este sentimento, poderá ter reações desproporcionais à intensidade e direcionamento do ciúme, podendo causar consequências desastrosas, afetando aspectos como autoimagem, autoestima, fazer aflorar sentimento ambivalente e de difícil controle, como o amor e o ódio, afetando direta e intensamente a manifestação da sexualidade de ambos os parceiros, tanto como indivíduos singulares, como casal.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Thiago de. Ciúme Romântico e Infidelidade Amorosa Entre Paulistanos:

incidências e relações. 2007. Dissertação. (Mestrado em Psicologia Experimental). Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

ALMEIDA, Thiago de; RODRIGUES, Kátia Regina Beal; SILVA, Ailton Amélio da. O Ciúme Romântico e os Relacionamentos Amorosos Heterossexuais Contemporâneos. *Estudos de Psicologia*, n.º 13, 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v13n1/10.pdf>> Acesso em: 29 jul. 2016.

BALLONE, Geraldo. Histórias de Ciúme Patológico: identificação e tratamento. São Paulo: Manole, 2010.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Rio de Janeiro. Edições 70, 1977.

BARONCELLI, Lauane. Amor e Ciúme na Contemporaneidade: Reflexões psicossociológicas. *Psicologia & Sociedade*, n.º 23, 2001.

CASTRO, Thiago Gomes de; ABS, Daniel; SARRIERA, Jorge Castellá. Análise de Conteúdo em Pesquisas de Psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*: [s.n.], 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v31n4/v31n4a11.pdf>> Acesso em: 01 jun. 2016.

FARINHA, Inês dos Santos. A Natureza do Ciúme. Dissertação. (Mestrado em Psicologia). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Portugal, 2010.

FERREIRA-SANTOS, Eduardo. Ciúme: o medo da perda. São Paulo: Claridade, 2003.

FREUD, Sigmund. Psicologia das Massas e Análise do Eu e Outros Textos. Obras completas, volume 15. Tradução: Paulo César de Souza. [S.l.]: Companhia Das Letras, 1920 – 1923.

MONTEIRO, Cleópatra Kórcia Almeida Coimbra. A percepção do ciúme romântico entre jovens universitários. 2014. Monografia. (Graduação em Psicologia). Universidade Jean Piaget de Cabo Verde: Cabo verde, 2014.

RUGE, Kenneth C., LENSON, Barry. A Síndrome de Otelo. Rio de Janeiro: BestSeller, 2006.

¿QUEREMOS HABLAR DE SEXUALIDAD! UNA EXPERIENCIA DE PREVENCIÓN CON PÚBERES

Natividad Guerrero Borrego

natividadguerrero@infomed.sld.cu

La historia de la sexualidad da cuenta de la complejidad de los procesos que la conforman y las múltiples interrogantes que sobre ella aún no encuentran respuesta. La actualidad ha heredado prejuicios, tabúes y concepciones que la reducen a la genitalidad, al espacio de lo privado y a sus fines reproductivos.

Estas representaciones sociales han estado determinadas por las construcciones socio-históricas existentes en épocas anteriores. Desde mediados del pasado siglo se reconoce la relevancia de la sexualidad como componente esencial para el bienestar psíquico, físico y social del ser humano.

En la ponencia 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 (EIS), como un proceso que se desarrolla durante el transcurso de la vida. Las herramientas que aporta permiten experimentar una

sexualidad placentera y responsable, desde la espiritualidad y el desarrollo de una conciencia crítica.

El abordaje de sus contenidos varía en correspondencia a las diferentes etapas por las que transitan las personas, siendo la pubertad una etapa de vital relevancia para abordar estas temáticas por las constantes transformaciones anatomofisiológicas y psicosociales que se producen.

En Cuba la pubertad ha sido tratada principalmente desde visiones reduccionistas 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 (ITS), entre otras manifestaciones que lesionan la salud de las/os púberes. La existencia de problemas asociados a la insuficiente EIS en estas edades, dan cuenta de la necesidad de intensificar y de elevar la eficiencia de las acciones que se realizan para que puedan convertirse en estrategias coherentes que se implementen como parte del currículo escolar.

La práctica profesional cotidiana desde el quehacer del Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX), 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 desarrolle la línea de investigación Educación Integral de la Sexualidad en la infancia, adolescencia y juventud, cuyo propósito es brindar respuestas a las problemáticas que se presentan en este sentido y profundizar en el desarrollo psicosexual de estas edades.

En correspondencia con estos objetivos y a través de una metodología participativa, se propone un sistema de talleres para la EIS dirigido a púberes. El aporte consiste en ofrecer al Ministerio de Educación (MINED), desde el Programa Nacional de Educación y Salud Sexual (PRONESS), un recurso metodológico para facilitar el trabajo de los/as docentes en este tema. La EIS, asumida de manera que sensibilice y empodere al personal docente permitirá el diálogo con púberes, teniendo en cuenta sus habilidades, competencias e historias de vida.

La pubertad es una etapa de la vida en la que ocurren transformaciones trascendentales en el camino hacia la adultez. Este período comprendido entre los 10 y 12 años regularmente, inicia cuando el cerebro empieza a producir hormonas sexuales que estimulan el desarrollo de los órganos sexuales y provocan cambios en el cuerpo (1).

Junto a las variaciones anatómo-fisiológicas como el crecimiento de las extremidades, la intensificación de los olores corporales provocado por la

actividad hormonal, la aparición del vello, la menarquia, la eyacularquia y la capacidad reproductiva, se suceden cambios de orden psicosocial.

Se va adquiriendo un nuevo aspecto físico que suele provocar angustias, inseguridades y preocupaciones que no siempre encuentran respuestas en los adultos que acompañan el crecimiento. Las familias y las instituciones educativas como principales ámbitos de socialización en esta etapa, generalmente carecen de preparación para acompañar de manera saludable este proceso.

En tal sentido, es recomendable la implicación de los adultos en la formación acerca del cuidado del propio cuerpo, la aceptación de las diferencias que caracterizan lo humano, las relaciones sociales y el desarrollo de los afectos.

En la pubertad también comienzan a cambiar los gustos, las opiniones, las ideas, los sentimientos, los intereses, las maneras de comportarse y de relacionarse con los demás, en fin, el modo de ser. Se inicia el descubrimiento de sí mismo (a) y de otras personas, el interés por explorar y vivenciar las nuevas expresiones de su sexualidad, el flirteo y el enamoramiento. Todo lo anterior genera la aparición de nuevas necesidades, exigencias y demandas, pero también nuevas responsabilidades y deberes.

Otra de las transformaciones que ocurren en este período es en el sistema de relaciones que establecen, a partir de las nuevas necesidades de independencia, autoafirmación y reconocimiento. Se inicia el desprendimiento de la protección familiar y las maneras en que se han

conformados los vínculos a lo interno de la misma, lo que representa ambivalencia y autonomía.

Aparece la búsqueda de nuevas relaciones fuera del ámbito familiar en la pertenencia a un grupo de coetáneos como espacio ideal para la satisfacción de sus necesidades; sin embargo, el intercambio de experiencias en este espacio no favorece por sí solo todas las respuestas para esta etapa de la vida en torno a la sexualidad. Esta situación, unida a su inexperiencia, la no percepción de riesgo y a la escasa educación sexual, genera comportamientos de riesgo que pueden vulnerar la salud sexual y reproductiva.

La pubertad no es una etapa adecuada, como ninguna otra, para tener relaciones que conduzcan a consecuencias no deseadas, ni planificadas, por lo que se requiere de una preparación que garantice la responsabilidad de esas prácticas. Como consecuencia de las transformaciones que se producen en estas edades, se requiere de una atención integral especial para que se pueda comprender lo que les ocurre y logren entender los riesgos de comportamientos impulsivos, ingenuos, impensados o sencillamente actúan con desconocimientos que los hagan tomar decisiones no adecuadas para la edad.

Es necesario dedicarle especial atención al cuerpo y sus transformaciones, a los comportamientos más saludables para su bienestar y el de sus familias. Se busca comprensión a partir de recursos materiales que facilitan su visualización, otros recursos vivenciales asociados con lo que van sintiendo de manera que tengan una

percepción lo más natural y legítima de lo que son como seres humanos.

Se pudiera pensar que la pubertad como etapa de la vida es homogénea por la repetición de los cambios que ocurren en todos los individuos; no obstante, el proceso en sí es más bien excluyente. Según la Dra. Pasqualini, “el comienzo, el ritmo y la magnitud de los cambios puberales están sometidos a la influencia de factores genéticos, hormonales y ambientales” (2).

En esta etapa se avanza en el proceso del condicionamiento del género, en la medida en que la familia refuerza roles instituidos socialmente en dependencia del sexo biológico; en tal sentido se exige la asunción de tareas estigmatizadas para unos y otras. Estas asignaciones de alguna manera sirven de justificación a comportamientos posteriores relacionados con lo femenino y masculino, en los que las primeras resultan sobrecargadas.

Para este período de vida, el sistema escolar cubano, desde las asignaturas correspondientes, no brinda la suficiente información acerca de la sexualidad como componente estructurante de la sociedad y de gran importancia para el bienestar humano. Lo anterior está determinado por la falta de integralidad en los procesos educativos que atañen a la sexualidad, no están instaladas las competencias necesarias en los recursos humanos y son insuficientes los materiales atractivos para ello, a pesar de las acciones que se realizan desde el Programa Nacional de Educación Sexual del MINED.

Estas problemáticas implican el incumplimiento de los derechos sexuales

que les asisten a los púberes y por lo tanto, los exponen a situaciones de vulnerabilidad como las desigualdades de género, acoso y abuso sexual, entre otras. De ahí la necesidad de una real implementación de la EIS como un proceso transformador dirigido a favorecer el bienestar y calidad de vida de los seres humanos en su condición de seres sexuados. Tiene un carácter flexible y promueve vivencias sexuales saludables dentro de un marco ético de responsabilidad.

Para la Dra. C. Stella Cerruti, asesora internacional del CENESEX, la EIS es “un proceso educativo continuo vinculado profundamente a la formación integral de niñas/os y adolescentes que les aporte información científica y elementos de esclarecimiento y reflexión para incorporar la sexualidad de forma plena, enriquecedora, responsable y saludable en los distintos momentos y situaciones de vida” (3).

Esta autora significa la necesidad de educar la sexualidad en el plano de la salud y el desarrollo, en el plano personal, familiar, social y comunitario, considerando la multidimensionalidad del proceso y el requerimiento de la preparación y ética de los educadores. En este sentido, la sexualidad es definida como “un aspecto fundamental de la condición humana, presente a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se vivencia y expresa por medio del pensamiento, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas y relaciones. Si bien puede incluir

todas estas dimensiones, no todas ellas se vivencian o expresan siempre. La sexualidad recibe la influencia de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, así como religiosos y espirituales” (4).

Durante la pubertad se inicia la búsqueda de la propia identidad, aparecen preguntas sobre quiénes son y quiénes quisieran ser. Es en este proceso cuando comienzan a autoafirmarse como individuos independientes con sus propios cuerpos, criterios, formas de sentir y proyectos. En este período son frecuentes los cuestionamientos y requieren aún el apoyo de los adultos para la evaluación de sus logros y dificultades, el señalamiento de los errores a partir de lo cual adquieren más confianza, seguridad y respeto por sí mismos.

Empieza a ser de gran importancia la opinión y valoración del grupo de coetáneos, para la aceptación y aprobación que experimenten en este espacio. Se habla aquí de la **autoestima** como estructura psicológica esencial en el desarrollo de la identidad personal. Se forma a partir de la valoración de los demás y el autoconocimiento y tiene que ver con la capacidad para amarse a sí mismo/a, el reconocimiento del valor de los propios juicios, de las emociones y cualidades como ser humano; en la satisfacción con la imagen corporal, la identificación de defectos y errores, de las virtudes y potencialidades, de los alcances y limitaciones personales, de las aspiraciones.

La autoestima estimula la confianza en sí mismo y contribuye a una autoimagen y decisiones más realistas en correspondencia con lo que se quiere en la vida y los recursos personales con que se cuenta para lograrlo. Ello redundará en respeto por sí mismo/a y en una actitud de autocuidado y defensa de sus derechos humanos, sexuales y reproductivos.

Otra habilidad necesaria es la **toma de decisiones** como una capacidad que requiere ser entrenada, formada en todos y todas y en las diferentes edades. Significa la habilidad para evaluar y valorar de forma activa, crítica, creativa, constructiva y con conocimiento de causa, las diferentes opciones que nos atañen, así como las consecuencias que estas podrían tener en nuestras vidas y la de los demás.

Siempre se está tomando decisiones, pero no siempre hay conciencia de ello. La conciencia incipiente acerca de estos temas constituye objeto de reflexión, por lo que devendrán potencialmente en temas sobre los cuales el púber podrá identificar comportamientos que no se correspondan con la formación recibida y con sus intereses, así como prevenirse sobre intenciones de otros/as que no quiere compartir.

El tema de los **valores** asociados a lo sexual se trae a debate por considerar necesario proveer y contribuir al análisis crítico de los púberes en torno a las relaciones de pareja, los vínculos amorosos y las significaciones de estos vínculos. Cada vez las relaciones sexuales se inician a edades más tempranas, por lo que tener

una posición acerca de las cualidades y condiciones humanas que valdría la pena distinguir en la persona objeto de atracción sexual, generará preparación. No será el desconocimiento y la ingenuidad cuestiones que atenten contra la integridad de estos/as escolares.

Es necesario también dedicar especial atención al tema de los **derechos sexuales y reproductivos** que les asisten por el mero hecho de ser humanos. El debate sobre estos temas facilitaría la comprensión de los derechos sexuales como derechos humanos inherentes a todas y todas, en tanto sujetos sexuados en un momento en el que aumenta y se hace más cercano el interés por estos asuntos.

Los Derechos Humanos son recursos legales internacionales que dan fundamento a la convivencia pacífica, respetuosa y en condiciones de igualdad y libertad entre todas las personas del mundo. Son considerados universales, complementarios, indivisibles e interdependientes.

A pesar de que existen varios documentos que protegen a la infancia, la adolescencia y la juventud, existe poca cultura acerca de los derechos, tema que desde la sexualidad se analiza dentro de otros, debido a su condición universal desde la naturaleza humana.

Tanto en cuestiones relacionadas con la salud reproductiva, la diversidad sexual y la familia resultan de interés el llamar la atención de los púberes, respecto a su conexión con la realidad que viven. Así mismo son seres humanos en cuya condición gozan de múltiples derechos que

deben al menos conocer para que puedan ser personas más seguras, sanas y futuramente responsables.

A pesar de los avances alcanzados en el país, aún persisten conductas de riesgo que inciden en la salud sexual y reproductiva y dan cuenta de la necesidad de contribuir a la EIS. Ya desde la pubertad, que se corresponde con la Enseñanza primaria segundo ciclo, se observan en las estadísticas del sistema de salud cubano indicadores relativos a la adolescencia que revelan comportamientos que comprometen la pubertad, pues es la etapa que le antecede y que se muestra con insuficiente preparación para experimentar una sexualidad sana y responsable.

Según los resultados de la encuesta de indicadores múltiples por conglomerados (MICS5) Cuba, 2014 (13); hay un 16 % de adolescentes casadas o en unión marital y un 7 % de adolescentes varones, la muestra de fue de a 1039 mujeres y la de 511 hombres. El 60% emplea algún anticonceptivo y el 9 % tuvo un hijo nacido vivo en los dos últimos años.

El 62% ha tenido alguna vez una relación sexual, ocurriendo en el 12% antes de los 15 años, en un 12% con un hombre 10 años mayor o más y el 48% con una pareja ocasional. El 5% de los muchachos y el 4% de mujeres adolescentes consideran justificado que el esposo la golpee por las siguientes razones: llegar tarde sin avisar, si descuida a los niños, si discute con él, si se niega a tener relaciones sexuales, si no se siente atendido, y si le es infiel.

Esta información reitera que el inicio de la EIS en la adolescencia pone en riesgo

la salud de la sociedad futura y compromete la presente, mas signa la infancia como etapa que requiere de una atención particular en esta dirección. Comprender esta afirmación pone en mejores condiciones a los adultos responsables de contribuir a esa educación con la preparación que a ellos corresponde para asumirla adecuadamente.

La existencia del PRONESS y en particular de un programa educativo diseñado por el MINED, favorece que se trabaje en el perfeccionamiento de las acciones educativas ya implementadas, buscando un mayor y mejor impacto en los/as púberes y sus educadores/as respecto a la sexualidad, tomando en consideración que no es frecuente encontrar la pubertad como período al que se destinan acciones de esta índole.

El sistema de talleres que en este trabajo se propone va dirigido a púberes, quienes están experimentando importantes transformaciones biopsicosociales que les genera curiosidad, dudas, aflicciones y preocupaciones que no siempre encuentran respuestas en los adultos responsables de su educación.

Los adultos en general no se sienten en capacidad de asumir la formación de este sector de la población, ni en condiciones de dialogar e intercambiar sobre sus inquietudes en torno a la sexualidad. El conocimiento del cuerpo, sus funciones y la naturalización de la condición sexuada de los seres humanos, así como las respectivas y diversas formas de vivir la sexualidad, constituyen saberes necesarios e imprescindibles para mejorar

la salud sexual y reproductiva desde un enfoque de género y derechos.

Se pretende identificar demandas de aprendizaje de los púberes, además de considerar las relacionadas con las regularidades de estas edades relacionadas con la esfera de la sexualidad. Compartir saberes y vivencias a partir de una secuencia temática, en la que estudiantes y coordinadoras son sujetos de aprendizaje.

A partir de las investigaciones consultadas, las experiencias de trabajo con adolescentes de las investigadoras del proyecto, los contenidos en correspondencia con la etapa de la vida, las inquietudes de los púberes identificadas al inicio (ver anexo 2) y la selección de técnicas, se diseñó un sistema de talleres bajo el título de: **¡Queremos hablar de sexualidad!**

Se consideró necesario tratar los siguientes contenidos:

Ante todo una presentación inicial para ajustar y encuadrar los temas sucesivos. Luego se trabajaron conceptos básicos (sexo, género, sexualidad, diversidad sexual), seguidos de sesiones de dos horas con una frecuencia semanal para prestar atención a contenidos relacionados con el Género, Diversidad sexual, Conociendo mi cuerpo para compartir los aspectos biológicos esenciales. Se trabajaron aspectos asociados a la Protección, a las ITS/VIH-sida, a la Autoestima, la Toma de decisiones, la Comunicación como habilidades necesarias para la vida. Se prestó atención al tema Familia, a la Violencia, a los Valores y sexualidad, a los

Derechos humanos; sexuales y reproductivos, se cerró con una sesión que favoreció un recuento de lo aprendido: ¡...y aprendimos! (en la que se trataron los principales aprendizajes, retos, cuestiones que quedan pendientes)

A modo de conclusiones se precisaron las siguientes consideraciones como esenciales:

- Las necesidades básicas de aprendizaje acerca de la sexualidad del grupo de púberes estudiado giraron en torno a temas como las relaciones coitales, las ITS-VIH/sida, el embarazo y formación de la familia, los métodos anticonceptivos y los modos de empleo, la respuesta sexual humana, la infidelidad, los cambios anatomo- homosexualidad.

- La implementación del sistema de talleres, sus incidencias, lecciones aprendidas y las habilidades cognitivas, afectivas y comportamentales desarrolladas durante el mismo, hicieron posible la elaboración de una nueva propuesta para la Educación Integral de la Sexualidad dirigida a púberes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castro Espín M. ¿Qué nos pasa en la pubertad?. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México: Promopal Publicidad Gráfica S.A; 2012.
2. Pasqualini D. Pubertad y crecimiento somático. México: Ed. Organización Panamericana de la Salud; 2010.
3. Cerruti S. 2012, 1er. Taller Regional de expertos en Educación Sexual Regional. La Habana. Cuba

4. World Association for Sexual Health. Salud Sexual para el Milenio: Declaración y Documento Técnico. Minneapolis, MN, USA, 2008.
5. Peretti ML. El género, una variable normal en la construcción de la identidad sexual: aportes, fantasmas, evolución. *Revista Sexología y Sociedad* [Internet]. 2014; 20(2):[196-209 pp.]. Available from: www.revsexologiaysociedad.sld.cu.
6. Gayle Rubin. El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo En Lamas Marta comp. *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. PUEG, Mexico. 35-96 p
7. Mariela Castro, Grupo de Trabajo del PRONESS, Ramón Rivero Pino. Responsabilidad gubernamental y educación integral de la sexualidad en Cuba. La Habana: Editorial CENESEX, 2015.
8. Guerrero N. "Descubriendo Caminos. Una alternativa para la preparación de la vida sexual y familiar de los adolescentes", 2012, Molinos Trade. La Habana
9. CESJ. Encuesta Nacional de Juventud. La Habana, 2012.
10. Colectivo de autores, 2007, *Adolescencia. Una reflexión necesaria*. La Habana, Molinos Trades
11. Alcides Alejandro Roca Zayas. Educación Integral de la Sexualidad con enfoque de género y de derechos en el sistema educacional. VIII Ciclo de cooperación entre el MINED y el UNFPA (2014-2018). La Habana: Ministerio de Educación, 2015.
12. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, Ministerio de Salud Pública (MINSAP). Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados. La Habana: MINSAP; 2014.
13. Guerrero N. La salud reproductiva de los jóvenes. En Colectivo de autores. *Lecturas de la realidad juvenil cubana a principios del siglo XXI*. La Habana: Centro de Estudios Sobre la Juventud. Molinos Trade; 2011, pp. 73-91.
14. Quintana L., Bombino Y., Rodríguez G, Molina M.C, Aguirres S., Vega Y. y Peñalver N. La toma de decisiones en torno a la reproducción en la adolescencia. *Tema para el debate. Sexología y Sociedad* 2012; 18 (49): 4-13.
15. Fariñas León G., 2007, *Psicología. Educación y Sociedad. Un estudio sobre el desarrollo humano* La Habana. Editorial Félix Varela. P-152
16. Rosales Guerra MM. Las necesidades de aprendizaje desde el paradigma histórico-cultural de la Psicología. *Revista Internacional de Psicología* [Internet]. 2003; 4(2). Available from: www.revistapsicologia.org
17. Colectivo de autoras, 2016, *Sistema de talleres: ¡Queremos hablar de sexualidad! Una experiencia de prevención en EIS para el trabajo con púberes*.

PRÁCTICAS SEXUALES EN MUJERES MASTECTOMIZADAS

Sunny Guerrero, Hilda Cruz y Lina José

Instituto de oncología Dr. Heriberto Pieter, Santo Domingo, República Dominicana

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, siendo primera causa de muerte por cáncer en mujeres, debido a que la mayor parte de los casos se diagnostican en fases avanzadas, Silvia y cols. En 2002 reporta que actualmente en Latinoamérica mueren anualmente 300,000 a causa de cáncer de mama. Según las estadísticas del Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter reporto 2,839 nuevos casos desde el 2008 al 2012.

El cáncer de mama y sus tratamientos pueden afectar de manera adversa la sexualidad de una mujer, el funcionamiento hormonal vascular y neurológico necesario para que exista 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, ya que la cirugía mamaria – conservadora o no – contiene la quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia, que son medidas terapéuticas agresivas e invasoras, con serias consecuencias corporales que afectan

la vida de la mujer. Efectos colaterales del tratamiento pueden comprometer el bienestar, provocando náuseas, vómitos, fatiga, alopecia, menopausia inducida, reducción de la lubricación vaginal, reducción de la excitación sexual, dispareunía y anorgasmia. De ese modo, las repercusiones físicas, psicológicas y sociales del tratamiento, así como la región corporal acometida, pueden afectar la sexualidad (3). El cáncer es un evento crítico que, al mismo tiempo en que conlleva perplejidad y miedo de la finitud, propicia preocupaciones sobre la recuperación y la calidad de la sobrevivencia (4). Es común que la mujer pase por un período de cuestionamientos y revisión sobre como venía llevando la vida hasta ese momento, con reevaluación de creencias y valores. La literatura también evidencia preocupaciones relacionadas a la imagen corporal (5) y a la relación con el (la) compañero(a) (6), además de preocupaciones con la sexualidad y la vida sexual (7-9). La sexualidad es una construcción psicosocial que comprende aspectos biológicos, culturales, de relación y subjetivos; ella abarca todas las prácticas físicas y mentales realizadas con la finalidad de obtener placer sexual de una persona, siendo mujeres latinas de nivel socioeconómico bajo, nos interesa identificar cuáles son las prácticas sexuales de las mujeres que acuden a la consulta

externa del instituto de oncología Dr. Heriberto Pieter.

OBJETIVO GENERAL

Identificar Prácticas Sexuales en Mujeres Mastectomizadas que acuden a la Consulta Externa del Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter, abril 2016.

Objetivos Específicos

- ✓ Identificar prácticas sexuales según la edad.
- ✓ Identificar prácticas sexuales según estado civil.
- ✓ Identificar prácticas sexuales según su procedencia.
- ✓ Identificar prácticas sexuales según su religión.
- ✓ Identificar prácticas sexuales según su nivel socioeconómico.

Diseño Metodológico:

Tipo de Estudio: Descriptivo transversal, las variables estudiadas fueron

edad, ocupación, procedencia, estado civil, nivel de ingreso, prácticas sexuales, para recoger la información fueron elegidas 50 mujeres al azar, las cuales se le paso un cuestionario con preguntas cerradas, estas informaciones fueron tabuladas, se introdujeron en una base datos en Excel, luego fueron analizados, para ser presentada en tablas y gráficos. **Definición de caso:** Toda mujer que se haya realizado una mastectomía unilateral o bilateral por cáncer.

Criterios de Inclusión: Mujeres mastectomizadas 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

Distribución de las mujeres mastectomizadas, según edad instituto de oncología Dr. Heriberto Pieter.

Encontramos la edad más frecuente estuvo en el rango de 51-70 años, la menor estuvo entre los 31-45 años

Edad	Frecuencia	%
31-40	5	10
41-50	20	40
51-70	25	50
Total	50	100

Fuente: Directa

Observamos que el 60% de las mujeres estaba casada con papeles, mientras que 30% era soltera al momento del diagnostico

Distribución de las pacientes mastectomizadas según estado civil

Estado civil	Frecuencia	%
Soltera	15	30
Casada	30	60
Unión libre	3	6
Viuda	2	4
Total	50	100

Fuente: Directa

En cuanto a la procedencia la mayor parte procedía de zona urbana con un 70%

Distribución de las pacientes mastectomizadas según su procedencia

Procedencia	Frecuencia	%
Zona rural	15	30
Zona urbana	35	70
Total	100	100

Fuente: Directa

Distribución de las mastectomizadas según la religión IOHP, abril 2016

En relación a la religión el 60% correspondió a los católicos, seguidos de evangélicos con un 20%, el socioeconómico que primo fue el bajo con 60% de las encuestadas, en relación a la ocupación la mayor parte era ama de casa 38 correspondiente a un 76% de las mujeres

Religión	Frecuencia	%
Católico	30	60
Evangélico	10	20
adventista	7	14
Otros	3	6
Total	50	100

Fuente: Directa

Distribución según nivel socioeconómico

Nivel socioeconómico	Frecuencia	%
Medio	20	40
Bajo	30	60
Total	50	100

Fuente: Directa

Distribución de las mujeres mastectomizadas según ocupación. en el IOHP

Ocupación	Frecuencia	%
Empleada publica	6	12
Empleada privada	6	12
Ama de casa	38	76
Total	50	100

Distribución de las Prácticas sexuales en Mujeres Mastectomizadas en el IOHP, Abril, 2016

En esta grafica podemos observar que el 32 de las mujeres mastectomizadas tenía deseo sexual,(70%), en relación a la lubricación vaginal 36 de las mujeres manifestaron que podían lubricar cuando tenían relaciones sexuales, para un 70%, cuando hicimos referencia a la estimulación vaginal el 66% refiere que ha tenido estimulación por parte de su pareja, aunque refieren que menos de 15 minutos.Una parte muy importante en el tema de la mastectomía es mostrar su cuerpo a la pareja, 39 de las mujeres presentan

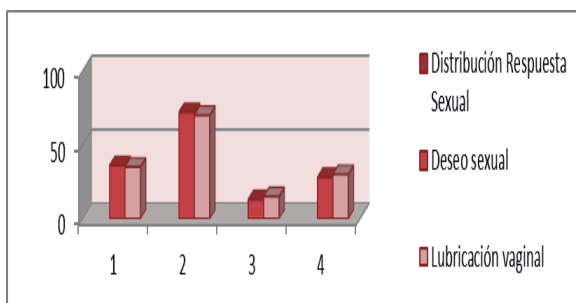
molestias y vergüenza para desnudarse delante de su pareja sexual (78%), mientras que solo 11 de las mujeres (22%) tiene relaciones sexuales con la luz apagada, 30 de las mujeres refiere que nunca inician las relaciones sexuales, esto solo tienen relaciones a solicitud de sus pareja, hay que desatacar que solo 30 de las mujeres mastectomizadas están activas sexualmente, situación que paradójicamente mejoró debido a que antes de la cirugía solo 19 (38%) eran activas sexualmente, en relación al tipo de cirugía solo 5 mujeres la cirugía fue parcial para un 10%, mientras que 45 fue total para un 90%.

Distribución por práctica y respuesta sexual

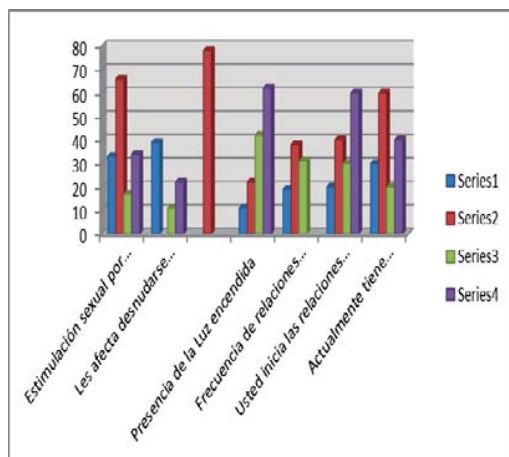
Prácticas sexuales	Si	%	No	%
Deseo sexual	36	72	13	28
Lubricación vaginal	35	70	15	30
Estimulación sexual por parte de la pareja	33	66	17	34
Les afecta desnudarse delante de la pareja	39	78	11	22
Presencia de la Luz encendida	11	22	42	62
Frecuencia de relaciones antes de la cirugía	19	38	31	
Usted inicia las relaciones sexuales	20	40	30	60
Actualmente tiene relaciones sexuales	30	60	20	40
Mastectomía parcial	5	10	Radical 45	90

Fuente: Directa

Sexualmente Activas



Distribución por prácticas sexuales



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- En su mayoría de procedencia urbana, casadas con papeles, de religión católica y de nivel socioeconómico bajo

- La mayoría no había recibido ninguna instrucción sexual en sus vidas
- Es el Instituto Oncológico un centro de referencia Nacional para el manejo de los diferentes tipos de Cáncer, el caso que nos compete cáncer de mama, se desprende de esta investigación la propuesta de la implementación de prótesis generalizada.(cobertura por las ARS)
- Que la sexualidad sea tomada en cuenta en las mujeres que acuden al servicio, que su vida sexual no quede mutilada.
- Las pacientes que tienen parejas sean integradas al proceso desde el inicio.
- Incluir del equipo multidisciplinario la figura del sexólogo, la mujer necesita ser orientada en la esfera sexual.

BIBLIOGRAFIA

Posted by: Paolanm on: 2 marzo, 2010.

López Pérez MD, Polaino Lorente A, Arranz P, Grande MJ. La sexualidad en enfermas mastectomizadas. Clin salud. 1991; 2 (1):271-278

Banco R. Imagen de sexualidad de la mujer mastectomizadas. Tesis Doctoral. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2006.

Lugones, M.; Ramírez M. Aspectos históricos y culturales sobre el CaMa. Rev Cubana Med Gen Integr. 2009; 25(Supl 3):160S-166S.

López Mendoza L, Méndez Martínez M A. Detección oportuna de CaMa en la consulta externa (clínica de mama) del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza. Revista de

- Especialidades Médico-Quirúrgicas 2008; 13(Supl 2):45-49.
- Lozano-Ascencio R, Gómez-Danés H, Lewis S, Torres-Sánchez L, López-Carrillo L. Breast cancer trends in Latinoamérica and theCaribbean. Salud Pública Mex 2009; 51(Suppl. 2):147S-156S.
- Smith AR, Caleffi M, Ute-Susann A, Chen T, DuffyW S, Franceschi D, et.al. El CaMa en los Países de Recursos Limitados: Detección Temprana y Acceso a la Asistencia. The Breast Journal, 2007; 13(Supl 1):16S–29S.

SALUD VAGINAL Y SEXUALIDAD

Ana Rosa Jurado López. Doctora en Medicina. Sexóloga. Coordinadora del GT de Atención a la Mujer de Semergen. Instituto Europeo de Sexología. Marbella. Málaga
marxichos@hotmail.com

Salud Sexual en la enfermedad

La Atención Primaria de Salud está tomando conciencia de su importancia en la preservación de la Salud Sexual de los/as usuarios/as, entre otros motivos, por la relación existente entre las diferentes patologías que se manejan en este escalón asistencial y la sexualidad¹. Del mismo modo que la Salud Sexual afecta a la calidad de vida y a la Salud General de las personas, el estado de Salud puede afectar a la sexualidad de diversas formas^{1,2}:

- Afección directa de órganos y sistemas que intervengan en la respuesta sexual: sistema neurológico, vascular, endocrino, órganos genitales, mamas, piel, sistema músculo esquelético...
- Deterioro físico: cuando se afecta el estado general de los pacientes o se reduce la movilidad y/o la posibilidad de comunicación se altera la expresión de la sexualidad, a veces por desinterés y/o a veces por dificultad en la respuesta sexual fisiológica.
- Iatrogenia: son numerosos los tratamientos médicos y/o quirúrgicos que pueden alterar las diversas fases de la respuesta sexual, muchos de los cuales se manejan habitualmente en la consulta de Atención Primaria (antihipertensivos, antidepressivos,

post-cirugía prostática, post-episiotomía, etc)

- Afección psicológica: la idea de la sexualidad permitida bajo el prisma de la reproducción conlleva una limitación social intrínseca de la práctica sexual en las personas que no son jóvenes y sanos. Concretamente, las enfermedades pueden hacer que las personas sientan el deseo sexual, suyo o de su pareja, como inadecuado, o que se altere la autoimagen con respecto a anteriores etapas, o en relación al canon social de belleza/normalidad establecido.

Percepción de la genitalidad

Existen determinados órganos y sistemas cuya afección orgánica puede modificar especialmente la respuesta sexual, desde todas estas perspectivas; entre ellos, los genitales externos femeninos.

Los/as profesionales de la medicina sin formación sexológica han menospreciado las alteraciones en este sentido, probablemente por considerar otras afecciones prioritarias en las distintas situaciones clínicas. Durante el parto y puerperio parecen ser prioritarios evitar las lesiones del neonato y preservar el estado general de madre y recién-nacido/a, previniendo sepsis puerperal y complicaciones graves. En las consultas

ginecológicas de rutina, se atiende directamente a la detección precoz del cáncer cervical y a los consejos para evitarlo. Cuando hay infecciones genitales, la prioridad es curarlas. Durante el climaterio y menopausia se atiende al riesgo cardiovascular o de osteoporosis, y a la calidad de vida que puede verse mermada por la sintomatología vasomotora. Esta falta de abordaje de la Salud Sexual en las consultas médicas conlleva el que el interés por los genitales externos femeninos quede relegado a un segundo plano.

Desde el punto de vista de la sexología, la idea de descoitalizar y desgenitalizar la práctica sexual para hacerla más rica y menos susceptible a las disfunciones sexuales, tampoco ayuda a mantener una preocupación por la genitalidad; sin embargo, distintos estudios demuestran cómo la vivencia de la sexualidad femenina puede estar bastante vinculada al aspecto y funcionalidad de su vulva y su vagina.

Los genitales externos influyendo en la respuesta sexual

La vagina y la vulva intervienen en la respuesta sexual desde varios puntos de vista:

- Intervienen en las sensaciones excitatorias, que pueden ser percibidas como más o menos placenteras dependiendo de las experiencias previas y las habilidades desarrolladas, pero también de la calidad de la piel y las mucosas, de los neuroreceptores

dermatológicos, y de la autoconfianza que tenga la mujer en su desenvolvimiento sexual, así como de su autoimagen.

- Intervienen en la lubricación: cuando la mucosa vaginal está en buen estado, y el estímulo excitatorio es valorado como adecuado por la mujer, se produce un trasudado de plasma a través de las paredes vaginales provocando la lubricación. Esta es una de las características más significativas del proceso de excitación femenino, junto con la vasodilatación del plexo vascular perivaginal, la tumefacción de los bulbos vestibulares, de los cuerpos cavernosos y del glande de clítoris, y la invaginación interna del fondo de saco de Douglas, que requiere además de un buen estado de elasticidad de las paredes vaginales.
- Intervienen en las sensaciones coitales: ya se alcance el orgasmo mediante el estímulo directo del clítoris o mediante la penetración vaginal, mediante ambos, e incluso en la ausencia de orgasmo, la funcionalidad de la vulva y vagina condicionan gran parte de las sensaciones coitales. El coito placentero ayuda a la satisfacción en el encuentro, aunque no sea considerado como el estímulo principal para la mujer.
- Implicación en el orgasmo: tanto la plataforma orgásmica que se genera con la vasodilatación perivaginal en el tercio externo de la vagina, como la disposición de las raíces o pilares

del clítoris alrededor de los bulbos vestibulares, como las contracciones que se perciben en el orgasmo requieren una funcionalidad adecuada de vulva y vagina.

Ante afecciones agudas, como las vulvovaginitis infecciosas, o lesiones quirúrgicas, como las producidas por la episiotomía, parece obvio que exista una sintomatología vulvo-vaginal que dificulte las sensaciones genitales y la respuesta sexual satisfactoria, principalmente debido a la inflamación local.

Sin embargo, en determinadas situaciones clínicas de carácter más progresivo y menos sintomático, como infecciones crónicas, liquen esclero-atrófico, déficit estrogénico postmenopáusico, se puede modificar gran parte de las funciones que la vulva y la vagina tienen en la respuesta sexual. Ante los cambios, a veces por desconocimiento, a veces por pudor, la mujer desarrolla a una serie de mecanismos de adaptación, entre los cuales a veces figura la disminución del deseo sexual e incluso la evitación.

Por ejemplo, el déficit estrogénico² reduce la vascularización de los tejidos de la zona genital, lo cual provoca un adelgazamiento de las paredes vaginales, con disminución de la grasa subcutánea, del grosor de las mucosas y la pérdida de pliegues. La funcionalidad se altera porque todo esto provoca cambios en la sensibilidad de los tejidos, reducción o incapacidad de lubricación en respuesta al estímulo sexual, retraso en la tumefacción de la plataforma orgásmica, sequedad vaginal y dispareunia (molestia no solo en

la penetración sino en cualquier tipo de contacto)³.

Toda esta sintomatología está inmersa en lo que se denomina Síndrome Urogenital Postmenopáusico (además de incontinencia, infecciones de repetición, picor, irritación, etc), durante mucho tiempo llamado Atrofia Genital Postmenopáusica. Sin embargo, siempre se ha priorizado el tratamiento de la incontinencia urinaria o de las infecciones de repetición, sin abordar las alteraciones en la funcionalidad sexual que tanto modifican la calidad de vida. Los estudios corroboran el hecho de que la sequedad vaginal debida al Síndrome Urogenital puede ser la causa de la disminución de la libido en el 87% de las mujeres postmenopáusicas y el 78% de las perimenopáusicas con esta disfunción⁴.

Los genitales externos femeninos y la autoimagen.

Los genitales externos femeninos intervienen en la autoimagen de la mujer, como parte del canal del parto, de la construcción de la feminidad y del atractivo sexual.

El atractivo sexual, junto con la condición física y el peso son los factores que más influyen en la autoestima física de las mujeres⁵. En diversos estudios se ha visto como el atractivo sexual influye en la satisfacción sexual, sobre todo atendiendo al aspecto de las mamas, de la cara y de los genitales⁶. En la escala de autoimagen genital de Zielinski (GSIS-20)⁷ aparecen los items que condicionan esta autoimagen, como las preocupaciones que realmente

tienen las mujeres en relación al aspecto de sus genitales. Entre ellos:

- Me avergüenza la forma de mis genitales
- Mis genitales no son atractivos
- Mis genitales son deseables
- Mis genitales son sanos
- Mis genitales excitarían a mi pareja
- Disfruto de mis genitales
- Mis genitales funcionan adecuadamente
- Mis genitales son como los de otras mujeres
- Mis genitales huelen mal
- Siento vergüenza sobre el olor de mis genitales

Procesos que alteran el aspecto y la funcionalidad de los genitales externos.

Son muy numerosas las situaciones clínicas en las cuales se puede modificar el aspecto y la funcionalidad de los genitales femeninos. Entre los que más se manejan en la consulta encontramos:

- Parto
- Episiotomía
- Cirugía ginecológica
- Síndrome urogenital postmenopáusico
- La edad
- Prolapso pelviano
- Incontinencia urinaria
- Infecciones de transmisión sexual
- Vulvo-vaginitis crónicas
- Agresiones
- Alergias

- Cáncer genital
- Enfermedades crónicas no ginecológicas

No existen estudios sobre la afectación de la sexualidad en todos estos casos, pero si se sabe que las mujeres con prolapso pelviano tienen peor imagen corporal y menor deseo sexual⁸; o que el diagnóstico de HPV provoca sentimientos negativos y reduce el deseo sexual de forma específica en las mujeres⁹; las mujeres jóvenes con infección genital por Chlamydia sufren más dolor e insatisfacción sexual que las que saben que no tienen una infección de transmisión sexual¹⁰; del mismo modo que las mujeres mayores que sufren Síndrome Urogenital Postmenopáusico, o solo alguno de sus síntomas, tienen pero relaciones interpersonales, calidad de vida o función sexual¹¹.

Detección activa de afecciones sexuales

Las mujeres que padecen alteraciones de su sexualidad derivadas de estas afecciones genitales no suelen consultar por este motivo. Está pues en las manos del profesional el hacer la detección activa en todos aquellos casos susceptibles¹.

El abordaje de la Salud Sexual pasa por la realización de preguntas sencillas en los momentos precisos. Por ejemplo, ante una mujer en la perimenopausia se puede preguntar: "Algunos de los síntomas que refieren las mujeres en esta etapa de la vida están relacionados con la respuesta sexual,

falta de lubricación, sensación de sequedad, etc, ¿tiene alguna dificultad al respecto?”.

El hablar de sexualidad en consulta, aunque en el momento no exista ningún problema, abre la puerta a futuras consultas y a poder realizar una adecuada prevención y educación sexual que minimice el impacto que algunas patologías pueden tener.

También es fundamental poder realizar un correcto diagnóstico diferencial de las disfunciones sexuales. Como hemos visto, la falta de deseo, aunque sea la primera queja, puede reflejar dificultades o cambios en la respuesta sexual. El bajo deseo en este caso sería secundario y se beneficiaría del tratamiento de la afección genital.

Diagnóstico de Salud Vaginal

Todas las disfunciones sexuales pueden ser diagnosticadas mediante la anamnesis¹, realizando las preguntas que permitan explorar la causalidad fisiológica o psicógena del cuadro, y teniendo en cuenta que aún en casos fisiológicos puros habrá elementos de origen psicógeno relativos a creencias, prejuicios, experiencias previas, etc que habrá que conocer para poder abordar en el consejo sexual.

El diagnóstico de la patología vulvar y vaginal se realiza además mediante un examen físico directo, con espéculo si es necesario, y con las pruebas complementarias adecuadas a cada caso, de forma individualizada (cultivo de exudado, citologías, analíticas, biopsias...).

Abordaje terapéutico de las disfunciones sexuales derivadas de alteraciones genitales

Una vez diagnostica la disfunción sexual y determinada su relación con el cuadro vulvo-vaginal, el tratamiento específico de este último es fundamental.

No todos los tratamientos utilizados han sido testados para saber si se mejora la sexualidad de la mujer tras su uso, pero en los casos en los que si se ha hecho se pueden apreciar los resultados.

La terapia hormonal sustitutiva vía sistémica para mujeres menopáusicas con Síndrome Urogenital ha demostrado su eficacia en la mejora de vaginitis y dispareunia¹². La combinación hormonal más beneficiosa ha sido la de estrógenos-progestágenos-testoterona¹³. La estrogenoterapia local también ha demostrado mejorar la vascularización, el ph vaginal, la respuesta lubricadora y la sequedad, habiéndose consensuado como el tratamiento de primera línea en estas pacientes¹⁴.

También se han testado sildenafil, que parece que al aumentar la vasodilatación local podría postularse para el tratamiento de mujeres con disminución de la excitabilidad, como diabéticas, pacientes con esclerosis múltiple o usuarias de antidepresivos¹⁵; compuestos a base de soja para uso local diario, que disminuyen la sequedad, la dispareunia y aumentan el índice de maduración y el grosor epitelial, la expresión de receptores estrogénicos en los tejidos genitales y favorece la disminución del ph vaginal¹⁶; Ginkgo biloba también mejora todos los mecanismos

implicados en la respuesta sexual excitatoria medidos por pletismografía¹⁷; y Ospemifeno, un modulador selectivo de los receptores estrogénicos que se utiliza vía oral diaria, ha demostrado que mejora el índice de maduración celular del epitelio vaginal, disminuye el ph y reduce la dispareunia¹⁸.

Los ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico en mujeres con prolapso han conseguido mejorar la incontinencia urinaria y la sexualidad de las pacientes, aumentando el disfrute sexual, su autoimagen y autoconfianza¹⁹.

En todos los casos es conveniente asociar el Consejo Sexual al abordaje terapéutico. Entre las medidas no sexológicas más importantes para mejorar el desenvolvimiento sexual se encuentran: dejar de fumar, disminuir el índice de masa corporal, evitar el ejercicio físico extenuante, evitar geles y jabones y utilizar hidratantes vulvo-vaginales¹⁴.

Las medidas sexológicas que completan el consejo en las disfunciones sexuales son¹:

- Información real y adaptada a la persona sobre los cambios fisiológicos y los aspectos médicos y factores psicógenos implicados
- Información sobre las ventajas de la práctica sexual en el mantenimiento de los tejidos y de su funcionalidad
- Descoitalización y desgenitalización: para hacer intervenir al resto del cuerpo de las sensaciones eróticas, mejorando así la variedad y la respuesta sexual, y

haciéndola menos vulnerable a las disfunciones

- Desdramatizar y relativizar las dificultades
- Incorporar a la pareja siempre que sea posible, pues se ha demostrado que mejora los resultados de la mayoría de las intervenciones sexológicas.
- Incorporación de lubricantes cuando la excitabilidad esté reducida.

Aunque necesiten derivaciones puntuales, los profesionales de la Atención Primaria toman cada día más conciencia de que su papel en el diagnóstico y tratamiento de las afecciones genitales son capaces de mejorar la Salud Sexual y la calidad de vida de las mujeres.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jurado AR, Sánchez F. Salud sexual en Atención Primaria [Curso de formación online en Internet]. Madrid: Science tools, 2012. [acceso 30 de septiembre de 2012]. Disponible en: <http://www.dpcap.es>.
2. Sánchez-Borrego R, Molero F, Castaño R, Castelo-Branco C, Honrado M, Jurado AR, Laforet E, Prieto R, Cabello F, Larrazabal M, Sánchez F, Florido J, Mendoza N. Spanish Consensus on sexual health in men and women over 50. *Maturitas*. 2014 Jun;78(2):138-45.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
4. Cumming GP, Currie HD, Moncur R, Lee AJ. Web-based Survey on the effect of menopause on

- women's libido in a computer-literature population. *Menopause Int.* 2009 Mar;15 (1):8-12
5. Franzoi SL, Shields SA. The Body Esteem Scale: multidimensional structure and sex differences in a college population. *J Pers Assess.* 1984 Apr;48(2): 173-8
 6. Pujols Y, Seal BN, Meston CM. The association between sexual satisfaction and body image in women. *J Sex Med.* 2010 Feb;7(2 Pt2): 905-16
 7. Zielinski RE, Kane-Low L, Miller JM, Sampsel C. Validity and reliability of a scale to measure genital body image. *J Sex marital Ther.* 2012;38(4):309-24
 8. Zielinski R, Miller J, Low LK, Sampsel C, DeLancey JO. The relationship between pelvic organ prolapse, genital body image, and women sexual health. *NeuroUrol Urodyn.* 2012 Sep;31(7):1145-8
 9. Ferenidou F, Salakos N, Vaidakis N, Paltoglou G, Bakalianou K, Papadimitriou G, Creatsas G. The impact of HPV diagnosis on women's sexual and mental health: preliminary findings. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2012; 39(1):79-82
 10. Cai T, Mondaini N, Migno S, Meacci F, Boddi V, Gontero P, Malossini G, Geppetti P, Mazzoli S, Bartoletti R. Genital Chlamydia trachomatis infection is related to poor sexual quality of life in young sexually active women. *J Sex Med.* 2011 Apr;8(4):1131-7
 11. Parish SJ, Nappi RE, Krychman ML, Kellogg-Spadt S, Simon, JA, Golstein JA, Kingsberg SA. Impact of vulvovaginal health on postmenopausal women: a review of surveys on symptoms of vulvovaginal atrophy. *Int J Womens Health.* 2013 Jul 29;5:437-47
 12. Blümel JE, Del Pino M, Aprikian D, Vallejo S, Sarrá S, Castelo-Branco C. Effect of androgens combined with hormone therapy on quality of life in post-menopausal women with sexual dysfunction. *Gynecol Endocrinol.* 2008 Dec;24(12):691-5
 13. Somboonpom W, Bell RJ, Davis SR. Testosterone for perimenopausal and menopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Art No.: CD004509 (pub 2010)
 14. Salud vaginal. *Menoguías de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM).* AEEM: Marzo 2014. ISBN: 978-84-940319-5-3 Disponible en: www.aeem.es
 15. Schoen C, Bachmann G. Sildenafil citrate for female sexual arousal disorder: a future possibility?. *Nat Rev Urol.* 2009 Apr;6(4):216-22
 16. Lima SM, Bernardo BF, Yamada SS, Reis BF, da Silva GM, Galvao MA. Effects of gycine max (L.) Merr. Soy isoflavone vaginal gel on epithelium morphology and estrogen receptor expression in postmenopausal women: a 12-week, randomized, doouble-blind, placebo-controlled trial. *Maturitas.* 2014 Jul;78(3):205-11
 17. Meston CM, Rellini AH, Telch MJ. Short and long-term effects of Ginkgo biloba extract on sexual dysfunction in women. *Arch Sex Behav.* 2008 Aug; 37(4): 530-47
 18. Portman DJ, Bachmann GA, Simon JA, Ospemifene Study Group. Ospemifene, a novel selective estrogen receptor modulator for treating dyspareunia associated with postmenopausal vulvar and vaginal atrophy. *Menopause,* 2013 Jun;20(6):623-30
 19. Kao HT, Hayter M, Hinchliff S, Tsai CH, Hsu MT. Experience of pelvic floor muscle exercises among women in Taiwan: a qualitative study of improvement in urinary incontinence and sexuality. *J Cli Nurs.* 2015 Jul;24(13-14)

ABUSO SEXUAL INTRAFAMILIAR NA ADOLESCÊNCIA

Marli Kasper Rex¹, Erlei FranciscoTavares¹
marlirex@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O abuso sexual intrafamiliar é um problema de saúde pública e de grande magnitude, uma vez que desafia a ciência psicológica por apresentar-se de forma multifacetada e envolver pessoas do meio familiar com relações e vínculos afetivos muito próximos. Este configura-se como um problema de ordem familiar e social, vivenciado por inúmeras crianças e adolescentes através das mais perversas formas de violência intrafamiliar, em especial do abuso sexual.

Diante disso, o abuso sexual intrafamiliar na adolescência, torna-se um assunto muito complexo e danoso, pois este nem sempre é identificado, permanecendo escondido ou mascarado, causando inúmeras sequelas ao menor, já que o adolescente considera a sua família um lugar de aconchego, amor, proteção, afeto e busca nesta a referência pra sua vida. Assim, 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.

ABUSO SEXUAL INTRAFAMILIAR

O abuso sexual intrafamiliar é um tipo de agressão que envolve os membros familiares menores ou dependentes ainda imaturos quanto às questões da sexualidade

e, que necessitam de cuidados por parte dos seus familiares ou responsáveis legais. Geralmente, as vítimas são crianças e adolescentes, que ainda não tem discernimento e compreensão dos fatos, nos quais o abusador se aproveita da situação, oferecendo-lhe carinho, objetos ou coisas materiais, se impondo sobre estes menores através da força material, física ou psicológica para violar os seus direitos e abusá-los (SANDERSON, 2005).

O abuso sexual é um ato violento que denigre a pessoa e define-se como:

Qualquer interação, contato ou envolvimento da criança ou adolescente em atividades sexuais que ela não compreende, não consente, violando assim as regras legais da sociedade. [...] significa todo ato ou relação sexual erótica, destinada a buscar prazer sexual. A gama de atos é bastante ampla abrangendo atividades: sem contato físico – voyeurismo, cantadas obscenas, etc.; com contato físico, implicando graus diferentes de intimidade que vão dos beijos, carícias nos órgãos sexuais até cópulas (oral, anal, vaginal); sem emprego da força física; mediante emprego da força física (SCOBERNATTI, 2005, p. 99-100).

Segundo a Pastoral da Criança¹³ (1999), a violência intrafamiliar ou doméstica é um tipo de violência que vitimiza crianças, adolescentes, mulheres e idosos no meio familiar e, envolve três aspectos: 1º) o abuso do poder do mais forte contra o mais fraco; 2º) a reprodução da violência, ou seja, pais que quando eram crianças também foram maltratados e, 3º) a situação de pobreza e a miséria em que se encontra a família. Para a Pastoral da Criança, são muitos os tipos de violência intrafamiliar, entre elas estão: a violência física que acontece quando os cuidadores se utilizam da força física e acabam batendo, agredindo causando danos físicos à criança ou adolescente; a violência psicológica quando os pais ou responsáveis recusam dar carinho, atenção e fazem a criança ou adolescente passar por humilhações, agredindo-o verbalmente ou fazendo tortura psicológica como ameaças de abandono ou depreciação do menor, causando desgaste e sofrimento mental. E, terceira a violência sexual ou ato sexual entre uma pessoa adulta contra uma criança ou adolescente, sendo esta usada para obtenção da satisfação sexual do adulto (Pastoral da Criança, 1999).

O abuso sexual do adolescente no meio intrafamiliar tem ocorrido com muita frequência e, de forma velada, muitos casos

¹³ A **Pastoral da Criança** é um organismo de ação social da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB, que tem como objetivo a promoção do desenvolvimento integral de crianças em seu ambiente familiar e em sua comunidade. Fundada em 1983, hoje se faz presente em todos os estados brasileiros e em outros 17 países da África, Ásia, América Latina e Caribe.

não são relatados para as autoridades, devido o medo, as críticas, os constrangimentos e está diretamente relacionada à saúde física, psíquica e social do adolescente, como afirmam Silva, Ferriani e Silva (2012, p.2), “a violência sexual está relacionada a diversos danos à saúde biopsicossocial que podem ser imediatos (se apresentam nos primeiros dois anos) e de longo prazo (podem acompanhar a vítima por toda a vida).” Portanto, os adolescentes vítimas de violência sexual, têm as suas vidas aprisionadas, pois seus desejos e vontades estão sob o controle e poder do abusador.

METODOLOGIA

Este estudo possui contribuições e o olhar da prática clínica, fundamentado em teorias da psicologia, com discussões a partir da abordagem qualitativa, desenvolvido com uma adolescente vítima de abuso sexual intrafamiliar e contato com sua mãe, tia/madrinha da adolescente de uma cidade localizada no Oeste do Estado de Santa Catarina, região Sul do Brasil. Os instrumentos utilizados foram: uma entrevista com a mãe, uma entrevista com a tia/madrinha, observações do comportamento dos envolvidos, diálogos ocorridos com os membros familiares e dez sessões de psicoterapia com a adolescente. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977), para a descrição dos conteúdos manifestos, linguagens e entrelinhas. Após colhido o material, estes foram lidos e transcritos na íntegra e, posteriormente, organizados em categorias temáticas. Este estudo teve o

Consentimento Livre e Esclarecido das partes envolvidas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram interpretados e discutidos a partir da construção de três categorias temáticas, a seguir: 1ª) Cuidar e abusar; 2ª) Poder e abuso e, 3ª) Abuso e rompimento de laços familiares. 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 molestar e abusar, principalmente, na ausência da mãe. Aqui o abusador torna-se uma pessoa querida que deixa a adolescente em confusão mental, pois ao mesmo tempo, que se sente protegida pelo padrasto, também percebe que há atos invasivos e de violência contra ela. 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”*. O abusador se coloca na posição de amigo e cuidador, como alguém que está ensinando para abusar da adolescente. Segue: *“Deixa eu dormir com você abraçadinho, vou te fazer carinho e cuidar de você, te proteger como se fosse o teu pai”*. Aqui neste relato, alegava que suas carícias era para protegê-la e que isso é carícias de pai, algo normal. A adolescente também referiu várias vezes que o abusador dizia ser pai e que podia

ensinar sexo, pois estava educando ela. A adolescente deixa claro nas suas falas que o padrasto passava a mão em seu corpo e tinha muito ciúmes dela. Conforme pesquisa realizada pelas autoras Favaretto e Valle (2011), na qual participaram sete adolescentes que sofreram abuso sexual intrafamiliar, observaram que quando o adolescente passa a ser abusado sexualmente, pode vivenciar uma confusão de papéis, uma vez que é praticada por alguém que deveria dar lhes cuidado e proteção, assim a vítima vivencia uma situação traumática, permeada por sentimentos de medo, raiva, prazer, culpa e desamparo. Outros danos como depressão e ansiedade também podem ser comprovados, através dos estudos de Penagos et al (2013), realizado com adolescentes que sofreram abuso sexual nas cidades de Bogotá e Ibagué. 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 (sic) 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 dormir contigo, te abraçar, fazer carinho, vou ser bem bonzinho (sic), 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, e a adolescente vai se adaptando a esse tipo de violência, o que gera dependência psicológica e ao mesmo tempo negação desta dependência. Como nos estudos apontados por Habigzang, Koller et al (2005), ao relatarem que o abuso sexual intrafamiliar é desencadeado e mantido por uma dinâmica complexa que sustenta os aspectos da "Síndrome de Segredo" e "Síndrome de Adição". A primeira gera uma proteção da figura do agressor sobre a criança, formando uma teia de segredos e, a segunda permite que o abusador use o adolescente para obter excitação sexual e alívio das suas tensões de forma que o abusado vai se adaptando a esse tipo de ação e violência. Ambas as situações trazem dependência psicológica e também a negação da dependência (HABIGZANG et al, 2005). Nesta temática, o poder do abusador também pode ser observado neste relato: *"Se você contar pra sua mãe, eu nego e você vai apanhar, só tô querendo te ensinar"*. Aqui é nítido a ameaça e o abuso contra a adolescente. Há outros estudos, apontados por Arpini, Siqueira e Savegnago (2012), que o adolescente chega a ter traumas psíquicos e adoecer por conta dos abusos intrafamiliares, seja, de forma física ou 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 [...]"*. *"Assim ele me dizia e me ameaçava, eu tinha medo dele [...] chorava e ficava com raiva"*. *"Na frente da mãe, ele era uma coisa e quando ela ia trabalhar ele ficava em casa, colocava música e vinha na minha cama se esfregar, tinha nojo"*. Conforme Habigzang (2004), a maior incidência de abuso sexual com crianças e adolescentes, ocorre no seio familiar e este tenderá no futuro a reproduzir o mesmo tipo de comportamento, pois estabelece com o mundo uma relação de medo, dor, isolamento, raiva e agressão. 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 (HABIGZANG et al, 2005).

CONCLUSÃO

A partir do dados levantados, conclui-se que a mãe torna-se uma pessoa passiva e ausente, por não ter protegido a sua filha, enquanto que o padrasto oportunista, mantinha uma relação de poder sobre a família e tinha a adolescente como seu objeto de satisfação sexual. E,

consequentemente, a dor, o medo e a rejeição levaram a adolescente a uma fuga do lar. Constatou-se que as sessões de psicoterapia, possibilitaram a vítima uma recuperação da autoestima, porém as consequências psicológicas do abuso sexual poderão comprometer a vida desta menor. Assim, entendemos que a complexidade do problema exige intervenções mais complexas com acompanhamento da família, dos órgãos de proteção, com atendimento psicológico minimizando os prejuízos psicoemocionais.

Portanto, este estudo tem a intenção de disponibilizar aos profissionais da saúde, as vítimas e familiares, maior acesso ao universo sombrio do abuso sexual. No entanto, há uma necessidade de mais pesquisas nesta área, as quais poderão contribuir para que muitos casos de abusos sexuais intrafamiliares possam ser evitados. Assim como a Psicologia e área afins poderiam dar maior atenção, não somente a pessoa abusada, mas também aos abusadores através do trabalho preventivo e interventivo, auxiliando a partir da sua essência psicológica e, considerando que ambos necessitam de tratamento. Medidas de prevenção não acabariam com o abuso ou violência sexual em si, mas evitaria inúmeros casos contra as crianças e os adolescentes, como também poderiam minimizar a dor dos familiares e pessoas envolvidas.

Por fim, este tema não se esgota por aqui, pois o caso apontado é apenas um, entre tantos outros que permanecem no silêncio. Assim, há necessidade de mais pesquisas nesta área, as quais poderão auxiliar nas atividades de prevenção e

elaboração de campanhas de enfrentamento ao abuso sexual intrafamiliar na adolescência.

REFERÊNCIAS

- ARPINI, D. M.; SIQUEIRA, A. C. e SAVEGNAGO, S. O. Trauma psíquico e abuso sexual: o olhar de meninas em situação de vulnerabilidade. **Psicologia: Teoria e prática**. 2012, vol.14, n.2, p. 88-101.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Rio de Janeiro. Edições 70, 1977.
- HABIGZANG, L. F. et al. Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 2005, 21(3), p. 341-348.
- HABIGZANG, L. F.; CAMINHA, R. M. **Abuso sexual contra crianças e adolescentes: Conceituação e intervenção clínica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- FAVARETTO, P. Z.; VALLE, T. G. M. Compreendendo a dinâmica familiar de adolescente expostos a violência sexual intrafamiliar. **Omnia Saúde**, 2011, v.8, n.1, p.01-25.
- PASTORAL DA CRIANÇA. **A Paz Começa em Casa: como trabalhar as relações humanas para prevenir a violência contra a criança no ambiente familiar**. Curitiba: Pastoral da Criança, 1999.
- RODRÍGUEZ CASTAÑEDA, M. T. et al. **Ansiedad, depresión y estrategias de afrontamiento en adolescentes víctimas de explotación sexual**. Monografía. (Especialización en Psicología Clínica de la Niñez y la Adolescencia). Universidad De La Sabana. Colombia, 2013.
- SANDERSON, C. **Abuso sexual em crianças: fortalecendo pais e professores para proteger**

crianças de abusos sexuais. São Paulo: M. Books do Brasil, 2005.

SCOBERNATTI, G., **Violência intrafamiliar: teoria e prática uma abordagem interdisciplinar.** Pelotas: Armazém Literário, 2005.

SILVA, L. M. P.; FERRIANI, M.G.C.; SILVA, M.A.I. O Poder Judiciário como última instância de proteção às crianças e aos

adolescentes: ações intersetoriais, investimento em recursos humanos e estruturação dos serviços.

Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 444-452, maio-jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a04v20n3.pdf>. Acesso em: 27 de jun. 2016.

LA OBJETIVIZACION DEL CUERPO DE LAS MUJERES EN EL CONTEXTO DE LAS RELACIONES DE PAREJA

Maria Lameiras Fernández

Profesora Titular de Universidad acreditada a Catedrática

Facultad de Ciencias de la Educación

Campus de Ourense, Universidad de Vigo

lameiras@uvigo.es

INTRODUCCIÓN

El debate en torno a la objetivización arranca en los años 60-70 del siglo pasado de la mano del movimiento feminista de la segunda ola, que materializa y visibiliza el ataque más feroz contra la objetivización sexual con el subversivo mensaje “lo personal es político”. Desde este movimiento se sustancializa la crítica contra la pornografía y la publicidad, al ser considerados los principales altavoces a través de los que se proyecta la objetivización sexual del cuerpo de las mujeres. En palabras de Goffman (1979, p. 58) en su texto fundacional *Gender Advertisement* “tal flagrante objetivización no requiere unas lentes sociológicas muy potentes”. En las últimas décadas hemos sido testigos del incremento de la representación de las mujeres usadas como objetos sexuales al mismo tiempo que se refuerza la imagen de las mujeres como sujetos “universales” o “genéricas”, por tanto intercambiables, frente a los hombres como sujetos “individuales” y por tanto resaltando su carácter único (MacDonald, 1995). Estas imágenes de objetivización no solo resisten sino que en las últimas décadas van a experimentar una significativa potenciación. En la revisión de

las imágenes de las mujeres en la publicidad de los magazines dirigidos a hombres desde 1983 a 2003 llevada a cabo por Reichert y Carpenter (2004) se confirma esta exposición de la imagen de las mujeres cada vez más sexualizada. Y aunque los hombres han sido ahora también incluidos, de modo que no solo “miran” sino que también “posan”, los cuerpos de las mujeres son expuestos de maneras sexualmente más explícitas. En la revisión de las publicaciones de Maxim y Stuff la mujer era más probable que el hombre a ser expuesta desnuda (pechos y nalgas), y tres veces más probable a ser objetivizada sexualmente (Krassas, Blauwkamp & Wesselink, 2003). En las revistas Time y Vogue se mantiene la objetivización de las mujeres durante todo el periodo estudiado (1955-2002) (Lindner, 2004), y en el estudio más reciente de Hatton y Trautner (2011), en el que se lleva a cabo la revisión de la publicidad de la revista Rolling Stone desde 1967 hasta el año 2000, se confirma la sexualización que alcanza su nivel más álgido en las últimas décadas con la hipersexualización del cuerpo de las mujeres. Estas autoras concluyen que tales imágenes “no muestran a mujeres como músicas y actrices con agencia sexual lo que están mostrando es a mujeres músicas

y actrices listas y disponibles para el sexo” (Hatton & Trautner, 2011, p. 273).

Junto a la objetivización de las mujeres que se produce en el espacio macro (cultural), existe un micro espacio (interpersonal) que incluye los mensajes transmitidos en los encuentros interpersonales. Los piropos representan uno de los vehículos a través de los que las mujeres reciben mensajes de objetivización en sus relaciones interpersonales. La etimología del término piropo nos deriva en primer lugar al latín “*pyrōpus*”, y este a su vez deriva del griego “*πσρωπός*” que representa la unión de las palabras “fuego” y “cara”. Por lo que tal como detalla Calvo (2005, p. 36) el piropo se vincula con el concepto “fuego en la cara”, que tiene que ver con colorear las mejillas como la piedra fina del mismo nombre, al “exaltar las supuestas virtudes generalmente sexuales del interlocutor”. El interés desde el ámbito lingüístico representa la primera aproximación al estudio de los piropos, destacando los llevados a cabo por Janet Holmes desde Nueva Zelanda. En las principales conclusiones de sus estudios se resalta que los piropos representan mensajes centrados mayoritariamente en la apariencia y en los cuerpos de las mujeres (Holmes, 1988). Ya previamente Knapp et al. (1984) establecieron una taxonomía en relación a los piropos en la que junto al tipo relativo a la apariencia/vestuario, se incluían los relativos a las habilidades, personalidad y, finalmente, a las posesiones. Estos autores, en la línea de los estudios de Janet Holmes, concluyen que los piropos más frecuentes caen dentro del grupo apariencia/vestimenta y que son las

mujeres las que los reciben de forma mayoritaria, en contraposición a los piropos que reciben los hombres que se centran mayoritariamente en sus habilidades. En la revisión más reciente de la práctica de piropo la lingüista Janie Rees-Miller (2011) confirma que se mantiene la misma tendencia establecida tres lustros atrás. Por tanto, la persistencia de las diferencias evidenciadas entre hombres y mujeres por los/as lingüistas justifican la necesidad de abordar el estudio de los piropos desde una perspectiva de género.

Los estudios confirmar el malestar causado por las experiencias de acoso sexual callejero (MacMillan, Nierobisz & Welsh, 2000) y el acoso sexual en el lugar de trabajo (McDonald, 2012) sin embargo, prácticamente desconocemos como viven las mujeres estas experiencias dentro de las relaciones románticas. Es por tanto el objetivo de esta investigación identificar como se sienten las mujeres (disfrute versus objetivización) cuando reciben comentarios sobre su apariencia y cuerpo sexuado emitidos por extraños, colegas, amigos y parejas.

METODOLOGÍA

Participantes

Un total de 301 mujeres americanas (media edad = 37.0; *DS* = 12.2) participan en este estudio. Solo las mujeres que se identifican como heterosexuales (88.4%) o bisexuales (11.6%) fueron incluidas. Todas las mujeres fueron reclutadas a través de la plataforma *Amazon Mechanical Turk*, y

fueron compensadas con un dólar por completar el cuestionario.

Procedimiento

Después de recibir la aprobación del *Institutional Review Board* de la Universidad de Princeton a las participantes se les presentaron diversos escenarios en los que un hombre (extraño, colega, amigo o pareja) hace un comentario sobre la apariencia (ej. “tienes un bonito cuerpo”, “no me gusta como te sientan esos pantalones”) y sobre su cuerpo sexuado (ej. “tu eres muy sexy”, “tu estás muy sexy con esa camiseta”).

Materiales

Escala de Objetivización y Disfrute de la Sexualización (OESS, Lameiras, Fiske, Gonzalez, Rodriguez & Carrera, in press). Una escala compuesta por 18 ítems que mide dos subfactores: Objetivización (10 ítems; ej. “sientes que le perteneces a otras personas”, “te sientes como un objeto para ser usado”) y Disfrute de la Sexualización (8 ítems; ej. “te sientes bien”, “te sientes deseada”, “te sientes atractiva”) Todos los ítems se responden siguiendo una escala tipo Likert de 6 puntos (en un rango que va desde el totalmente en desacuerdo con valor 1, al totalmente de acuerdo con valor 6).

Resultados

Para determinar si las valoraciones que hacen las mujeres de los comentarios está influenciado por el emisor del

comentario se llevó a cabo un ANOVA (2 escalas x 4 tipos de comentarios) para los datos de apariencia y cuerpo sexuado.

Primero los resultados indican que no hay diferencias significativas entre las subescalas de objetivización y la subescala de Disfrute tanto para los comentarios sobre apariencia ($M_{\text{disfrute}} = 2.863$ y $M_{\text{objetivización}} = 2.824$; $t = .284$, $df = 300$, $p = .776$) como para los de cuerpo sexuado ($M_{\text{disfrute}} = 3.183$ and $M_{\text{objetivización}} = 3.184$; $t = -.003$, $df = 300$, $p = .997$). Segundo, los datos confirman una significativa interacción entre los emisores del mensaje (extraños, colegas, amigos y parejas) y las dos subescalas (disfrute y objetivización) tanto para los comentarios sobre la apariencia ($F_{(1,300)} = 14.135$, $p = .000$, $\eta^2_{\text{partial}} = .127$) como para los comentarios sobre el cuerpo sexuado ($F_{(1,300)} = 32.685$, $p = .000$, $\eta^2_{\text{partial}} = .248$). El análisis *t*-test para los comentarios sobre apariencia indican que las participantes sienten más objetivización cuando los comentarios fueron hechos por extraños ($M_{\text{disfrute}} = 2.569$, $M_{\text{objetivización}} = 3.220$, $t = -2.670$, $df = 77$, $p = .009$) y colegas ($M_{\text{disfrute}} = 2.439$, $M_{\text{objetivización}} = 3.251$, $t = -3.273$, $df = 73$, $p = .002$); el mismo nivel de disfrute y objetivización se encontraron cuando los comentarios fueron hechos por amigos ($M_{\text{disfrute}} = 2.950$, $M_{\text{objetivización}} = 2.617$, $t = 1.317$, $df = 74$, $p = .192$); y finalmente las mujeres disfrutaban más cuando los comentarios fueron hechos por parejas ($M_{\text{disfrute}} = 3.508$, $M_{\text{objetivización}} = 2.186$, $t = 4.497$, $df = 73$, $p < .001$). Los análisis *t*-tests para los comentarios sobre cuerpo sexuado siguen la misma tendencia. Las mujeres se sienten más objetivizadas cuando ellas recibían los comentarios de extraños ($M_{\text{disfrute}} = 2.779$, $M_{\text{objetivización}} = 3.583$, $t = -3.402$, $df = 77$, $p = .001$) y

colegas ($M_{\text{disfrute}}=2.605$, $M_{\text{objetivación}}=3.729$, $t=-4.705$, $df=73$, $p<.001$), el mismo nivel de disfrute y objetivización cuando los comentarios fueron emitidos por amigos ($M_{\text{disfrute}}=3.131$, $M_{\text{objetivación}}=3.233$, $t=-.378$, $df=74$, $p=.707$); y, finalmente las participantes disfrutaban más de los comentarios cuando son emitidos por parejas ($M_{\text{disfrute}}=4.242$, $M_{\text{objetivación}}=2.168$, $t=-8.069$, $df=73$, $p<.001$).

Conclusiones

Este estudio aporta la primera evidencia, hasta donde llega nuestro conocimiento, de que las mujeres disfrutaban y se sienten objetivizadas al mismo nivel considerando tanto los comentarios sobre apariencia como los comentarios sobre cuerpo sexuado. Además las mujeres disfrutaban los comentarios sobre apariencia y cuerpo sexuado más y se sienten menos objetivizadas cuando estos comentarios son emitidos por sus parejas.

El estudio de la objetivización dentro de las relaciones románticas se ha mantenido hasta ahora escasamente estudiado por lo que la objetivización ejercida por las parejas románticas se ha mantenido como una realidad prácticamente desconocida hasta ahora. Sin duda necesitamos dirigir un mayor esfuerzo en esta dirección porque la objetivización ejercida por las parejas representa una objetivización que debido a su forma benevolente es más difícil de identificar y en consecuencia, tal como ocurre con el sexismo benevolente, más difícil de combatir y por tanto más pernicioso. En conclusión solo a través del

ejercicio de la reflexión crítica, especialmente dentro de las relaciones románticas donde las mujeres se pueden considerar erróneamente libres de comportamientos sexistas y por tanto emerger las mayores resistencias, será posible identificar, combatir y erradicar los comportamientos sexistas. Tylka y Calogero (2011), después de constatar los negativos efectos del sexismo benevolente en las mujeres se preguntan cómo podemos convencerlas de que el sexismo benevolente es contraproducente para su bienestar y libertad. A la luz de los resultados de esta investigación, nos vemos abocados a hacernos la misma pregunta poniendo en el centro de la diana la objetivización ejercida por las parejas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Calvo, J. (2005). El piropo en la España del 2000 y las nuevas formas de cortesía. *Revista Internacional de Lingüística Iberoamericana*, 3 (1), 31-47.
- Goffman, E. (1979). *Gender advertisements*. New York: Harper and Row.
- Hatton, E., & Trautner, M. N. (2011). Equal opportunity objectification? The sexualisation of men and women on the cover of Rolling Stone. *Sexuality and Culture*, 15, 256-278. doi:10.1007/s12119-011-9093-2
- Holmes, J. (1988). Paying compliments: A sex-preferential politeness strategy. *Journal of Pragmatics*, 12(4), 445-465. doi:10.1016/0378-2166(88)90005-7
- Knapp, M.L., Hopper, R. & Bell, R.A. (1984). Compliments: A descriptive Taxnomy. *Journal of Communication*, 3412-31.

- Krassas, N. R., Blauwkamp, J. M., & Wesselink, P. (2001). Boxing Helena and corseting Eunice: Sexual rhetoric in *Cosmopolitan* and *Playboy* magazines. *Sex Roles, 44* (11/12), 751-771. doi:10.1023/A:1012254515434
- Lameiras-Fernández, M., Fiske, S., Gonzalez-Fernández, A., Rodriguez-Castro, Y., & Carrera-Fernández, M.V. (in press). Hostile versus Benevolent Objectification: Development and exploration of the Objectification and Enjoyment of Sexualization Scale. *Journal of Sex Research*.
- Lindner, K. (2004). Images of women in general interest and fashion magazine advertisements from 1955 to 2002. *Sex Roles, 51*, 409-421. doi:10.1023/B:SERS.0000049230.86869.4d
- MacDonald, M. (1995). *Representing women: Myths of femininity in the popular media*. London: Edward Arnold.
- MacMillan, R., Nierobisz, A., & Welsh, S. (2000). Experiencing the Streets: Harassment and perceptions of safety among women. *Journal of Research in Crime and Delinquency, 37*(3), 306-322. doi: 002242780003700300310.1177/
- McDonald, P. (2012). Workplace sexual harassment 30 years on: Review of the literature. *International Journal of Management Review, 14*, 1-17. doi:10.1111/j.1468-2370.2011.00300.x
- Reichert, T. & Carpenter, C. (2004). An update on sex in magazine advertising. 1983 to 2003. *Journalism & Mass Communication Quarterly, 81* (4), 823-83. doi:10.1177/107769900408100407
- Rees-Miler, J. (2011). Compliments revisited: Contemporary compliments and gender. *Journal of Pragmatics, 43*(11), 2673-2688. doi:10.1016/j.pragma.2011.04.014
- Tylka, T., & Calogero, R. M. (2010). Fiction, fashion, and function revisited: An introduction to the special issue on gendered body image, Part II. *Sex Roles 63*, 601-608. doi:10.1007/s11199-010-9888-x

CONSUMO DE PORNOGRAFÍA ONLINE Y VIOLENCIA SEXUAL. EVALUACIÓN DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

Cristina López-del Burgo, C.¹; Guinea Barrilero, E.²; Osorio, A.³; Beltramo, C.⁴; Lupo, C.⁴; de Irala, J.¹.

¹Instituto Cultura y Sociedad (ICS) y Dpto. Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Navarra; ²Facultad de Medicina, Universidad de Navarra; ³Instituto Cultura y Sociedad (ICS) y Facultad de Educación y Psicología, Universidad de Navarra; ⁴Instituto Cultura y Sociedad, Universidad de Navarra; Instituto Cultura y Sociedad (ICS). Los autores (excepto Guinea E.) pertenecen al IdiSNA (Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra).

cldelburgo@unav.es

INTRODUCCIÓN

La violencia de pareja íntima (del inglés, “*intimate partner violence*”) es un grave y prevenible problema de salud pública que afecta a millones de personas en todo el mundo.

En el informe *Intimate Partner Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements* de los CDC de Atlanta (Centers for Disease Control and Prevention), encontramos una definición actual y uniforme de los principales conceptos que engloban este problema (Breiding et al. 2015). Aunque suele utilizarse el término “violencia de género”, en el presente trabajo utilizaremos el término “violencia de pareja íntima” (VPI), que es el adoptado por los CDC y por gran parte de la literatura científica.

La VPI se define como el uso de la violencia física, sexual, acoso o agresión psicológica (incluyendo actos de coacción) por parte de una pareja íntima, siendo esta actual o anterior (por ejemplo, exmaridos,

exnovios/as, parejas de citas, parejas sexuales...). Así pues, la VPI es un término general que incluye, entre otros, la violencia sexual. La violencia sexual comprende todo acto sexual, o tentativa de consumir 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 de Atlanta, 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.

El consumo de pornografía ha aumentado exponencialmente desde la

aparición de las páginas web en los años 90. En la actualidad existen >200 millones de páginas web de acceso a material pornográfico.

Covenanteyes (<http://www.covenanteyes.com/pornstats/>),

una empresa que realiza informes sobre el consumo de internet en el hogar, afirmó en 2015 que 1 de cada 5 búsquedas en el móvil son sobre pornografía y que la industria pornográfica en general gana aproximadamente unos 13 billones de dólares al año. Este fenómeno social puede explicarse por lo que técnicamente se denomina el efecto de la Triple-A: 1) Accesibilidad; 2) Asequibilidad; y 3) Anonimato (Cooper, 1998). Eventualmente, algunos autores añaden una cuarta A: Aceptabilidad (King, 1999).

En un estudio publicado en 2010, un grupo de investigadores indagó sobre el contenido de las escenas en las películas pornográficas más populares, obtenidas de listas publicadas por la plataforma *Adult Videos News*. La mayoría de las películas analizadas contenían agresiones sexuales dirigidas fundamentalmente hacia las mujeres, sin que reaccionasen 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).

Es necesario conocer la evidencia científica sobre la influencia del consumo de pornografía en la violencia sexual. Si la pornografía es un factor de riesgo, la prevención de la violencia sexual incluiría

también medidas para evitar dicho consumo.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo fue analizar la literatura científica disponible sobre la relación entre el consumo de pornografía, principalmente online, y la violencia sexual.

MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed, Google Scholar, y Web of Science utilizando diversos términos de búsqueda ("Violence"[Mesh] AND "Erotica"[Mesh], "Erotica"[Mesh]) AND "Rape"[Mesh], pornography gender violence, pornography intimate partner violence, pornography violence, pornography sexual aggression). Se obtuvieron también artículos procedentes de revisiones sistemáticas recientes, bibliografía de algunos estudios, editoriales y se consultaron páginas web de los principales organismos involucrados en la lucha contra la violencia sobre las mujeres, como los Centers for Disease Control and Prevention (CDC), el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España o la Entidad de las Naciones Unidas para la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres.

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 artículos obtenidos en la búsqueda inicial, se preseleccionaron un total de 47 artículos por su contenido directo con la temática de estudio. Se encontraron:

- 6 metaanálisis (Allen, 1996; Allen, 1995a; Allen, 1995b, Hald, 2010; Seto, 2010; Wright, 2016).
- 13 revisiones (Bagwell-Gray, 2015; Diamond, 2009; Drieschner, 1999; Fisher, 2013; Gannon, 2008; Kutchinsky, 1991; Lim, 2016; Manning, 2006; Owens, 2012; Peter, 2016; Ryan, 2004; Seto, 2001; Sharp, 2013).
- 17 estudios descriptivos (Bonino, 2006; Carr, 2004; Davies, 1997; Dean, 1997; Demaré, 1988; Demaré, 1993; Ford, 1995; Malamuth, 2000; Stanley, 2016; Sun, 2016; Vega, 2007; Zakireh, 2008; Malamuth, 1998; Mercer, 2014; Polaschek, 1997; Bandura, 1961, Bridges, 2010).
- 6 estudios longitudinales (Brown, 2009; Chang, 2014; D'Abreu, 2014; Kingston, 2008; Thompson, 2011; Ybarra, 2011).
- 1 estudio experimental (Hald, 2015).
- 1 artículo que contenía 2 estudios transversales y 1 experimental (Padgett, 1989).

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. El metaanálisis más reciente (Wright et al, 2016) concluye además que el contenido pornográfico violento podría ser un factor agravante para la violencia sexual.

De las 13 revisiones analizadas, 4 encontraban asociación entre pornografía y abuso sexual, 4 concluían que la asociación no era demostrable o incluso afirmaban una relación inversa entre ambas variables y 4 fueron descartadas debido a que no trataban directamente la relación entre ambas variables. En los artículos de Diamond (2009), Fisher (2013) y Kutchinsky (1991) se exponen los resultados de estudios ecológicos, que muestran que conforme aumenta el acceso a contenidos pornográficos, disminuye el número de agresiones sexuales y opiniones negativas entorno a la mujer. El principal inconveniente de los estudios ecológicos es la falacia ecológica, que asume que todos los miembros de las poblaciones están expuestos a la misma cantidad del factor de riesgo, pudiéndose encontrar a nivel individual una asociación opuesta a la encontrada a nivel global, invalidándose los resultados.

Los estudios descriptivos transversales mostraron en su mayoría asociación entre el consumo de pornografía y la violencia sexual, asociación mediada en parte por rasgos de personalidad específicos. Aunque la magnitud de la asociación varía entre los distintos estudios, los resultados son consistentes.

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. En el estudio de Chang et al. (2014) y en el de Ybarra et al. (2011), se especifica que puede existir un sesgo de inaceptabilidad en la recogida de datos, ya que los adolescentes podrían no comunicar su consumo de pornografía o el haber acosado sexualmente a alguien (o haber sido víctima de acoso). También podría existir un sesgo de selección, ya que la quinta parte de los estudiantes rechazó participar en el estudio. Dichos estudiantes podrían presentar con más frecuencia las variables de estudio. Otro posible sesgo es el de pérdidas en el seguimiento, que en el estudio de Chang (2014) fue del 20%, aunque afirman que no fueron pérdidas informativas. Estos sesgos podrían conducir a una subestimación del efecto. Sin embargo, el hecho de encontrar asociación entre el consumo de pornografía y la posterior ejecución de actos sexuales violentos incluso en estas circunstancias nos habla a favor de la existencia de la misma.

En el ensayo realizado por Hald (2015) se encontró que el consumo de pornografía no violenta, junto con determinados rasgos de personalidad, se asocia con tener actitudes favorables a la violencia contra las mujeres.

DISCUSIÓN

Las investigaciones descritas anteriormente indican que el consumo de pornografía se asocia a conductas sexuales conflictivas bajo determinadas circunstancias tanto de la situación como

del individuo concreto. Por ello, los factores de riesgo que mejor predicen el riesgo de que un varón cometa una agresión sexual han sido clasificados a lo largo de la literatura en dos grupos: aquellos encontrados en delincuentes sexuales y aquellos autorreferidos por varones de la población general.

La investigación llevada a cabo en varones de la población general se centra principalmente en características específicas asociadas con la incidencia de agresión sexual, como actitudes personales que apoyan la agresión sexual, el nivel de hostilidad hacia las mujeres, la actitud dominante, las conductas sexuales impersonales y el gran consumo de pornografía (Vega and Malamuth, 2007). Estos estudios, sin embargo, han incluido en un menor grado algunos factores que podrían ser considerados más generales, como tendencias delictivas en la adolescencia o comportamientos antisociales y rasgos de personalidad como impulsividad e insensibilidad, los cuales sí han sido estudiados en agresores sexuales.

Se han propuesto diversos modelos y teorías del comportamiento sobre cómo se llega a la agresión sexual, como el "*Hierarchical-Mediational Confluence Model*" o la teoría del comportamiento planificado. 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). Recientes investigaciones señalan que los varones y mujeres adolescentes que se encuentran más expuestos a medios de comunicación social hipersexualizados tienen mayores

probabilidades de ver a la mujer como un mero objeto sexual (Manning, 2014).

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, tanto a nivel personal como de pareja y familiar. Hay estudios que muestran que el consumo de pornografía online puede llegar a compartir mecanismos cerebrales comunes con la adicción a sustancias psicotrópicas y por ello puede enmarcarse dentro del campo de las adicciones (Love et al, 2015). Otros estudios encuentran que la pornografía online resulta ser un importante predictor de distrés conyugal, separación y divorcio (Manning, 2006). El consumo de pornografía por adolescentes y adultos jóvenes se ha asociado también con comportamientos sexuales de riesgo (Rogala, 2003).

Los estudios científicos revisados indican que existe una asociación entre el uso de pornografía y la violencia sexual, que además parece que podría ser causal, aunque son necesarios más estudios longitudinales para confirmar dicha causalidad. No obstante, debido a la alta incidencia de abusos sexuales en la sociedad actual, 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.

El principal inconveniente para implementar estas políticas de educación sexual es la gran aceptabilidad que tiene la pornografía en la sociedad actual. Generalmente, las personas desconocen las consecuencias perjudiciales que tiene el consumo de pornografía tanto a nivel personal como en las relaciones de pareja. La información (cuanto más clara y precisa mejor y basada en evidencias científicas) es un componente imprescindible para una auténtica elección informada en sexualidad. Actualmente existen plataformas de divulgación general sobre los riesgos reales de la pornografía (por ejemplo, www.yourbrainonporn.com, www.daleunavuelta.org, www.fightthenewdrug.org).

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.

BIBLIOGRAFÍA

Allen, M, D'Alessio, D., & Brezgel, K. (1995). A meta-analysis summarizing the effects of

- pornography II aggression after exposure. *Human Communication Research*, 22(2), 258-283.
- Allen, M., D'Alessio, D., Emmers, T. M., & Gebhardt, L. (1996). The role of educational briefings in mitigating effects of experimental exposure to violent sexually explicit material: A meta-analysis. *The Journal of Sex Research*, 33(2), 135-141.
- Allen, M., Emmers, T., Gebhardt, L., & Giery, M. A. (1995). Exposure to pornography and acceptance of rape myths. *Journal of Communication*, 45(1), 5-26.
- Bagwell-Gray, M. E., Messing, J. T., & Baldwin-White, A. (2015). Intimate partner sexual violence: A review of terms, definitions, and prevalence. *Trauma, Violence & Abuse*, 16(3), 316-335.
- Bandura, A., Ross, S., & Ross, D. (1961). Transmission of aggression through imitation of aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63(3), 575-582.
- Bonino, S., Ciairano, S., Rabaglietti, E., & Cattelino, E. (2006). Use of pornography and self-reported engagement in sexual violence among adolescents. *European Journal of Developmental Psychology*, 3(3), 265-288.
- Breiding MJ, Basile KC, Smith SG, Black MC, Mahendra RR. Intimate Partner Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements, Version 2.0. Atlanta (GA): National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2015.
- Bridges, A. J., Wosnitzer, R., Scharrer, E., Sun, C., & Liberman, R. (2010). Aggression and sexual behavior in best-selling pornography videos: A content analysis update. *Violence Against Women*, 16(10), 1065-1085.
- Brown, J. D., & L'Engle, K. L. (2009). X-rated: Sexual attitudes and behaviors associated with U.S. early adolescents' exposure to sexually explicit media. *Communication Research*, 36(1), 129-151.
- Carr, J. L., & VanDeusen, K. M. (2004). Risk factors for male sexual aggression on college campuses. *Journal of Family Violence*, 19(5), 279-289.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). *Sexual Violence Surveillance: Uniform Definitions And Recommended Data Elements*.
- Chang, F., Chiu, C., Miao, N., Chen, P., Lee, C., & Chiang, J. (2014). Predictors of unwanted exposure to online pornography and online sexual solicitation of youth. *Journal of Health Psychology*.
- Cooper, A. (1998). Sexuality and the Internet: Surfing into the new millennium. *Cyber psychology and Behavior*, 1, 181-7.
- D'Abreu, L. C. F., Krahé, B. (2014). Predicting sexual aggression in male college students in Brazil. *Psychology of Men & Masculinity*, 15(2), 152.
- Davies, K. A. (1997). Voluntary exposure to pornography and men's attitudes toward feminism and rape. *The Journal of Sex Research*, 34(2), 131-137.
- Dean, K. E., & Malamuth, N. M. (1997). Characteristics of men who aggress sexually and of men who imagine aggressing: Risk and moderating variables. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(2), 449-455.
- Demaré, D., Briere, J., & Lips, H. M. (1988). Violent pornography and self-reported likelihood of sexual aggression. *Journal of Research in Personality*, 22(2), 140-153.
- Demaré, D., Lips, H. M., & Briere, J. (1993). Sexually violent pornography, anti-women attitudes, and sexual aggression: A structural equation model. *Journal of Research in Personality*, 27(3), 285-300.
- Diamond, M. (2009). Pornography, public acceptance and sex related crime: A review. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(5), 304-314.
- Drieschner, K., & Lange, A. (1999). A review of cognitive factors in the etiology of rape: Theories, empirical studies, and

- implications. *Clinical Psychology Review*, 19(1), 57-77.
- Fisher, W. A., Kohut, T., Di Gioacchino, L. A., & Fedoroff, P. (2013). Pornography, sex crime, and paraphilia. *Current Psychiatry Reports*, 15(6), 362-368.
- Ford, M. E., & Linney, J. A. (1995). Comparative analysis of juvenile sexual offenders, violent nonsexual offenders, and status offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 10(1), 56-70.
- Gannon, T. A., Collie, R. M., Ward, T., & Thakker, J. (2008). Rape: Psychopathology, theory and treatment. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 982-1008.
- Hald, G. M., & Malamuth, N. N. (2015). Experimental effects of exposure to pornography: The moderating effect of personality and mediating effect of sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 44(1), 99-109.
- King, S. A. (1999). Internet gambling and pornography: Illustrative examples of psychological consequences of communication anarchy. *Cyberpsychology & Behavior*, 2, 175-193.
- Kingston, D. A., Fedoroff, P., Firestone, P., Curry, S., & Bradford, J. M. (2008). Pornography use and sexual aggression: The impact of frequency and type of pornography use on recidivism among sexual offenders. *Aggressive Behavior*, 34(4), 341-351.
- Kutchinsky, B. (1991). Special issue: Socio-legal studies of obscenity pornography and rape: Theory and practice? *International Journal of Law and Psychiatry*, 14(1), 47-64.
- Lim, M. S. C., Carrotte, E. R., & Hellard, M. E. (2016). The impact of pornography on gender-based violence, sexual health and well-being: What do we know? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(1), 3-5.
- Love, T., Laier, C., Brand, M., Hatch, L., & Hajela, R. (2015). Neuroscience of Internet Pornography Addiction: A Review and Update. *Behavioral Sciences*, 5(3), 388-433.
- Malamuth N.M. 2003. Criminal and noncriminal sexual aggressors: Integrating psychopathy in a hierarchical-mediational confluence model. In: Prentky RA, Janus ES, Seto MC (eds). *Sexually Coercive Behavior: Understanding and Management*, New York, NY: Annals of the New York Academy of Sciences, pp. 33-58.
- Malamuth, N. M. (1998). The confluence model as an organizing framework for research on sexually aggressive men: Risk moderators, imagined aggression, and pornography consumption. In R. G. Geen E. Donnerstein (Ed.), (pp. 229-245). San Diego, CA, US: Academic Press.
- Malamuth, N. M., Addison, T., & Koss, M. (2000). Pornography and sexual aggression: Are there reliable effects and can we understand them? *Annual Review of Sex Research*, 11(1), 26-91.
- Manning, J. C. (2006). The impact of internet pornography on marriage and the family: A review of the research. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 13(2-3), 131-165.
- Manning, J. C. (2014). "La influencia de la pornografía en la mujer: Hallazgos científico-sociales y observaciones clínicas", en Stoner (Jr.) J. R. y Hugues, D. M. (ed.). *Los costes sociales de la pornografía*. Madrid: Rialp S.A.
- Mulac A., Jansma L.L., Linz D.G (2002). Men's behavior toward women after viewing sexually-explicit films: degradation makes a difference. *Communication Monographs*, 69 (4), 311-28.
- Owens, E. W., Behun, R. J., Manning, J. C., & Reid, R. C. (2012). The impact of internet pornography on adolescents: A review of the research. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 19(1-2), 99-122.
- Padgett, V. R., Brislin-Slütz, J. A., & Neal, J. A. (1989). Pornography, erotica, and attitudes toward women: The effects of repeated

- exposure. *The Journal of Sex Research*, 26(4), 479-491.
- Peter, J., & Valkenburg, P. M. (2016). Adolescents and pornography: A review of 20 years of research. *The Journal of Sex Research*, 53(4-5), 509-531.
- Polaschek, D. L. L., Ward, T., & Hudson, S. M. (1997). Rape and rapists: Theory and treatment. *Clinical Psychology Review*, 17(2), 117-144.
- Rogala, C. y Tyden, T (2003). Does Pornography Influence Young Women's Sexual Behavior? *Women's Health Issues* 13 (1), 39-43.
- Ryan, K. M. (2004). Further evidence for a cognitive component of rape. *Aggression and Violent Behavior*, 9(6), 579-604.
- Seto, M. C., & Lalumiere, M. L. (2010). What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(4), 526-575.
- Seto, M. C., Maric, A., & Barbaree, H. E. (2001). The role of pornography in the etiology of sexual aggression. *Aggression and Violent Behavior*, 6(1), 35-53.
- Stanley, N., Barter, C., Wood, M., Aghtaie, N., Larkins, C., Lanau, A., & Overlien, C. (2016). Pornography, sexual coercion and abuse and sexting in young people's intimate relationships: A European study. *Journal of Interpersonal Violence* (In Press).
- Sun, C., Bridges, A., Johnson, J. A., & Ezzell, M. B. (2016). Pornography and the male sexual script: An analysis of consumption and sexual relations. *Archives of Sexual Behavior*, 45(4), 983-994.
- Tharp, A. T., DeGue, S., Valle, L. A., Brookmeyer, K. A., Massetti, G. M., & Matjasko, J. L. (2013). A systematic qualitative review of risk and protective factors for sexual violence perpetration. *Trauma, Violence & Abuse*, 14(2), 133-167.
- Thompson, M. P., Koss, M. P., Kingree, J. B., Goree, J., & Rice, J. (2011). A prospective mediational model of sexual aggression among college men. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(13), 2716-2734.
- Vega, V., & Malamuth, N. M. (2007). Predicting sexual aggression: The role of pornography in the context of general and specific risk factors. *Aggressive Behavior*, 33(2), 104-117.
- Wright, P. J., Tokunaga, R. S., & Kraus, A. (2016). A meta-analysis of pornography consumption and actual acts of sexual aggression in general population studies. *Journal of Communication*, 66(1), 183-205.
- Ybarra, M. L., Mitchell, K. J., Hamburger, M., Diener-West, M., & Leaf, P. J. (2011). X-rated material and perpetration of sexually aggressive behavior among children and adolescents: Is there a link? *Aggressive Behavior*, 37(1), 1-18.
- Zakireh, B., Ronis, S. T., & Knight, R. A. (2008). Individual beliefs, attitudes, and victimization histories of male juvenile sexual offenders. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 20(3), 323-351.

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.

borjaluquemartinez@gmail.com

La sexualidad es un aspecto normativo de la adolescencia y en este contexto, el surgimiento del erotismo puberal es un proceso de gran relevancia, ya que el deseo erótico se configura como una tendencia de acción que se ve dirigida hacia la búsqueda de experiencias sexuales nuevas e intensas (Udry, Talbert, y Morris, 1986). Paralelamente, se produce un importante desarrollo socioafectivo en el cual el adolescente establece nuevos vínculos afectivos con sus pares, que coexisten e interactúan con los vínculos afectivos ya existentes, con las figuras de apego familiares (Delgado, Oliva y Sánchez-Queija, 2011). De esta manera la búsqueda de sensaciones y la asunción de riesgos coinciden cronológicamente con el desarrollo de nuevas bases de seguridad (López, 2006).

Las relaciones sexuales y de afecto pueden ser entendidas desde la perspectiva teórica del apego, ya que aporta un marco apropiado para su estudio (Ortiz, Gómez-Zapiain, y Apodaca, 2002). El apego es un repertorio de cogniciones, afectos y conductas que resultan de la habilidad de los cuidadores para satisfacer las necesidades de cuidado y de proximidad.

Desde esta perspectiva se plantea que la interacción durante la infancia del niño y su figura de apego genera una serie de representaciones mentales en torno a las cuales se organizan estrategias de regulación de los afectos.

A partir de la adolescencia, dos sistemas comportamentales se ven modificados y deben ser integrados correctamente. Se trata del sistema apego y el sistema sexual. Éstos responden a la satisfacción de necesidades muy potentes, sexuales y afectivas cuya finalidad es el logro del bienestar personal y social. Tal como afirma Bowlby (1969) el deseo sexual y la vinculación afectiva proceden de dos sistemas adaptativos diferentes, pero están relacionados. De modo que gracias a su interacción se pueden ver potenciados mutuamente favoreciendo una relación sexual y amorosa y aportando bienestar. Pero también pueden entorpecerse resultando poco adaptativos. Esto se ve explicado porque el deseo erótico perteneciente al sistema sexual lleva al contacto con otras personas en un espacio de intimidad, en el cual se ven activados los afectos y los modelos internos de apego

(Gómez-Zapiain, 2009; Hazan y Shaver, 1994).

Estas representaciones mentales conforman el modelo interno de uno mismo integrando el yo en términos de autoestima y el modelo de los demás en términos de confianza (Bartholomew y Horowitz, 1991). Ambos modelos se operacionalizan en dos dimensiones (ansiedad y evitación) que permiten establecer cuatro estilos de apego. Por un lado se encuentra el estilo de apego seguro y por otro los estilos de apego inseguros (ansioso, evitativo y miedoso).

En la medida en que los modelos internos de apego median todas las relaciones afectivas y también las relaciones sexuales se puede explicar la relación entre la seguridad en el apego y los comportamientos sexuales protegidos (Ruedisueli, 2010).

Por el contrario la inseguridad en el apego se relaciona con comportamientos más disfuncionales, en general, y más conductas sexuales de riesgo, especialmente en el caso de los ansiosos (Paulk y Zayac, 2013).

A raíz de la revisión bibliográfica comentada, el presente trabajo 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: 1. A mayor seguridad en el apego y mayor calidad afectiva respecto al padre, la madre y los amigos, menor disposición al riesgo; 2. Se hallará una asociación positiva entre la disposición al riesgo y la asunción de riesgos asociados a las relaciones sexuales; 3. A su vez, los sujetos que consumen alcohol y otras drogas antes de mantener relaciones sexuales poseerán mayor disposición al riesgo así como mayor nivel de conductas sexuales de riesgo.

MÉTODO

Participantes

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, teniendo en consideración el tipo de centro (público, privado o concertado) y su ubicación (zona rural o urbana). En el mismo participaron un total de 1911 adolescentes de entre 15 y 20 años (54.6% varones, 45.4% mujeres).

Instrumentos de medida

“Cuestionario de valoración del comportamiento sexual” (Gómez-Zapiain, 2005). Incluye ítems de valoración de los comportamientos de protección, así como la adaptación de la escala de Schofield (1977) que mide el nivel de experiencia sexual.

“Escala de disposición a riesgos asociados al comportamiento sexual” (Gómez-Zapiain,

2005). Está compuesta por 18 ítems. El coeficiente alfa de Cronbach fue de .81.

“Attachment Style Questionnaire” ASQ (Feeney, Noller y Hanrahan, 1994), escala compuesta por 40 ítems. Incluye una escala de Ansiedad y otra de Evitación. El coeficiente alfa de Cronbach para la escala de Evitación fue de .75, y para la de Ansiedad de .74.

“Inventory on Parent and Peer Attachments” IPPA (Armsden y Greenberg, 2009). Esta escala está compuesta por 25 ítems que analizan la relación de apego con la madre, con el padre y con los iguales. El coeficiente alfa de Cronbach fue de .95.

Procedimiento

Los análisis estadísticos fueron efectuados con el software SPSS Statistics 22.0. Posterior a la pasación de los instrumentos y antes de realizar los citados análisis, se procedió a efectuar dos agrupaciones de sujetos.

La primera de ellas consistió en agrupar a los adolescentes en función de su experiencia sexual, a partir de los niveles propuestos por Schofield (1977): Nivel 1: Ninguna experiencia sexual; Nivel 2: Besos en los labios, abrazos y caricias; Nivel 3: Experiencias próximas al coito; Nivel 4: Haber llegado al coito solamente con una persona; Nivel 5: Relaciones coitales con más de una persona. Se procedió a agrupar a aquellas personas de los niveles 3, 4 y 5 para formar el grupo de las personas sexualmente activas y a las de los niveles 1 y 2 para conformar el grupo de personas no activas.

La segunda es la confección de las categorías de apego. Para ello, fueron empleadas las dimensiones de ansiedad y evitación presentes en la escala de Feeney y cols. (1994). Se seleccionaron los sujetos situados por encima y por debajo de los percentiles 60 y 40 en ambas variables, reduciéndose la muestra a un total de 647 sujetos. Se establecieron cuatro 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).

RESULTADOS

Los datos arrojados indican que la disposición a asumir riesgos en las relaciones sexuales es significativamente superior en varones ($M=21.49$) que en mujeres ($M=17.21$) ($t =11.82$, $p < .001$) en población sexualmente no activa, no así en el caso de las personas sexualmente activas.

Entre los sujetos sexualmente activos, tanto en varones ($r=.356$, $p<.001$) como en mujeres ($r=.471$, $p<.001$) se halló una relación significativa entre la disposición a asumir riesgos en las relaciones sexuales y la asunción 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.

Tabla 1. Correlaciones de Pearson entre disposición al riesgo en personas activas y no activas, ansiedad, evitación y apego a madre, padre e iguales.

	Ansiedad		Evitación		Dispo. Riesgo (No activos)		Dispo. Riesgo (Activos)	
	V	M	V	M	V	M	V	M
Ansiedad					.18**	.23**	.09	.14*
Evitación					.29**	.21**	.21**	.17**
Apego Madre	-.29**	-.23**	-.29**	-.30**	-.34**	-.33**	-.18**	-.23**
Apego Padre	-.26**	-.39**	-.25**	-.24	-.26**	-.20**	-.13*	-.14*
Apego Iguales	-.37**	-.47**	-.42**	-.41**	-.36**	-.27**	-.15*	-.17**

** $p < .01$ * $p < .05$

Comparando, mediante análisis ANOVA de un factor, 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 éstos quienes menor disposición muestran ($M=15.62$), seguidos por: ansiosos ($M=19.73$) ($t=-3.539$, $p<.001$), evitativos ($M=19.5$) ($t=-3.13$, $p=.002$) y miedosos ($M=21.39$) ($t=-7.134$, $p<.001$). Sin embargo, en el caso de los sujetos sexualmente activos, únicamente se encuentran diferencias significativas entre los grupos con apego seguro ($M=17.32$) y miedoso ($M=23.25$) ($t=-5.148$, $p<.001$).

En cuanto a los niveles de experiencia sexual, los evitativos ($M=3.38$) serían quienes mayor experiencia han mostrado tener, siendo ésta significativamente superior a la de los ansiosos ($M=2.83$) ($t=2.481$, $p=.014$) y miedosos ($M=2.83$) ($t=3.296$, $p=.001$). Los seguros ($M=3.22$) por su parte, configuran el segundo grupo con mayor experiencia, siendo significativamente superior al grupo de los

miedosos ($t=3.478$, $p=.001$). Por último, quienes menos experiencia sexual manifiestan son los miedosos y ansiosos.

Los adolescentes sexualmente activos que consumen “alguna vez” ($M=22.49$) drogas previamente a mantener relaciones sexuales muestran significativamente más disposición al riesgo que aquellos que no consumen nunca ($M=20.01$) ($t=3.028$, $p=.003$). 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 ($r=.426$, $p<.05$) y en las evitativas-miedosas una asociación de otras drogas y disposición al riesgo sexual ($r=.448$, $p=.022$). Asimismo, este último grupo muestra una asociación entre el consumo de alcohol y el de otras drogas en el contexto de las relaciones sexuales ($r=.651$, $p<.001$). 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.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos respaldan la hipótesis de que mayor seguridad en el apego se relaciona con menor disposición al riesgo sexual. Resulta de especial interés ver cómo la calidad afectiva con las figuras de apego significativas funciona como catalizador de las relaciones más íntimas. De esta manera el adolescente que tiene relaciones afectivas positivas con sus figuras de referencia siente la seguridad suficiente en las relaciones para no involucrarse en riesgos con la finalidad de captar la atención (dejándose llevar por la deseabilidad social) o evitar, evadirse y/o negar ciertas situaciones o sentimientos. Estos datos concuerdan con los aportados por Steinberg (2008), quien afirma que si un adolescente cuenta con relaciones afectivas seguras con iguales y con amigos, será menos dependiente de la aprobación de los demás y precisará en menor medida realizar comportamientos de riesgo para ser aceptado. Así mismo, Udell, Sanford, Reitz, Bos, y Dekovic (2010), hallaron que aquellos individuos que tienen bajos niveles de apego a la madre pueden verse impulsados hacia las relaciones sexuales precozmente y poseer patrones de conductas disruptivas y agresivas.

En el presente trabajo, los adolescentes con apego seguro son el segundo grupo con mayor experiencia sexual. Sin embargo, son quienes menos disposición al riesgo sexual poseen, tanto

entre sexualmente activos como entre los no activos. Esto se puede explicar porque aquellos que han desarrollado unos modelos internos de apego seguros realizan una exploración del mundo y de las relaciones interpersonales y sexuales de una manera más saludable, asumiendo menos riesgos y gestionando las diversas situaciones contextuales y los propios estados internos con mayor eficacia.

Por otro lado, aquellos adolescentes que muestran altos niveles de ansiedad y/o evitación en el apego muestran mayor disposición al riesgo sexual. Estos datos apuntan en la misma línea que los obtenidos por Paulk y Zayac (2013), quienes encontraron que sujetos con mayor puntuación en las dimensiones de ansiedad y evitación mostraban mayores niveles de riesgo sexual. Esto puede deberse a que quienes muestran inseguridad en el apego estarían poniendo las relaciones sexuales al servicio de otras necesidades.

Considerando las características de los individuos ansiosos, su preocupación por el rechazo y el abandono y su elevada dependencia, es coherente proponer que exista en ellos una cierta tendencia a mantener relaciones sexuales no por el interés en la experiencia sexual en sí misma, sino más bien como vía para complacer a la pareja y poder satisfacer su necesidad de relación y aceptación.

En la presente investigación, el grupo de evitativos muestra al mismo tiempo los mayores niveles de experiencia sexual y de disposición al riesgo. Esto les sitúa en una posición de especial vulnerabilidad. Este grupo podría estar poniendo sus relaciones

sexuales al servicio de la necesidad de evadirse o huir de una situación de alta carga emocional, mediante la distanciamiento de la fuente de estrés. Se trata de estrategias de evitación, evasión o reducción de la tensión a través de actividades como el consumo de alcohol y otras drogas o la realización de actividades sexuales (Brady, Dolcini, Harper, y Pollack, 2009), incluso manteniendo relaciones sexuales al margen de su pareja romántica (Beaulieu-Pelletier, Philippe, Lecours, y Couture, 2011).

En cuanto a la hipótesis número dos podemos afirmar que, independientemente del sexo, a mayor disposición al riesgo se observa una mayor probabilidad de asumir riesgos. Este hecho es relevante a la hora de plantear intervenciones antes de que se produzca la asunción de riesgos. Es decir, podemos estudiar los fenómenos que predisponen a los adolescentes a asumir riesgos antes siquiera de que tengan relaciones sexuales compartidas. Esto supone tener un importante margen de acción en la prevención de tales conductas.

La tercera hipótesis se cumple parcialmente. Tal como se esperaba, los adolescentes que consumen drogas antes de mantener relaciones sexuales poseen mayor disposición al riesgo que aquellos que no lo hacen. Datos respaldados por Turchik y cols. (2010), quienes vieron cómo el uso de drogas se asocia a la asunción de riesgos sexuales en ambos sexos. En cambio no se han obtenido datos consistentes que apunten a un aumento de la disposición al riesgo mediante el consumo de alcohol, salvo en mujeres activas con apego evitativo. Diferiendo con los datos obtenidos, amplia literatura es la que

confirma la existencia de relación entre el uso de alcohol y la conducta sexual de riesgo (Patrick, Maggs, y Lefkowitz, 2014; etc.). Dicha divergencia puede deberse a la edad de los sujetos encuestados.

Los resultados obtenidos en esta investigación aportan evidencia empírica acerca de la importancia de considerar 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. 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 calibrar la influencia de sus vínculos afectivos. Para poder, de esta a manera, vivir y desarrollar su sexualidad de una forma positiva y libre de riesgos.

Para finalizar cabe mencionar dos aspectos a tener en cuenta en futuras líneas de trabajo. En el contexto del consumo de alcohol el sexo oral se da con más facilidad y frecuencia (Patrick y Maggs, 2009). Es menor la cantidad de estudios empíricos que centran la atención en conductas sexuales que no supongan penetración. Por ello, se ve necesario explorar esta clase de comportamientos. Por otra parte, se precisa aumentar el rango de edad de la muestra. Ya que los jóvenes de más edad comienzan a disponer de situaciones vitales e infraestructuras que les confieren espacios de intimidad con menor vigilancia y

monitorización parental, lo cual puede llevar al aumento en la experiencia sexual y de consumos.

REFERENCIAS

- Armsden, G. C. y Greenberg, M. T. (1987). The Inventory of Parent and Peer Attachment: Relationships to well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16(5), 427-454. doi:10.1007/BF02202939
- Bartholomew, K. y Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-245.
- Beaulieu-Pelletier, G., Philippe, F. L., Lecours, S., y Couture, S. (2011). The role of attachment avoidance in extradyadic sex. *Attachment & Human Development*, 13, 293-313.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*, Vol. 1: *Attachment* (Vol.1). London: Hogart Press.Brady, Dolcini, Harper, y Pollack, 2009.
- Brady, S. S., Dolcini, M. M., Harper, G. W., y Pollack, L. M. (2009). Supportive Friendships Moderate the Association Between Stressful Life Events and Sexual Risk Taking Among African American Adolescents. *Health Psychology*, 28(2), 238-248. doi: 10.1037/a0013240
- Delgado, I., Oliva, A., y Sánchez-Queija, I. (2011). Apego a los iguales durante la adolescencia y la adultez emergente. *Anales de Psicología*, 27(1), 155-163.
- Feeney, B.C, Noller, P. y Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment: Developments in the conceptualization of security and insecurity. En M. B. Sperling y W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Theory, assesment and treatment*. New York: Guilford.
- Gómez-Zapiain, J. (2005). Apego y comportamiento sexual en la adolescencia, en relación con la disposición a asumir riesgos asociados a la experiencia erótica. *Infancia y aprendizaje*, 28(3), 293-308.
- Gómez-Zapiain, J. (2009). *Apego y sexualidad. Entre el vínculo afectivo y el deseo sexual*. Madrid: Alianza Editorial S.A.
- Hazan, C., y Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 5, 1-22.
- López, F. (2006). Apego: estabilidad y cambio a lo largo del ciclo vital. *Infancia y Aprendizaje*, 29, 9-23.
- Ortíz, M.J., Gómez-Zapiain, J., y Apodaka, P. (2002). Apego y satisfacción afectivo sexual en la pareja. *Psicothema*, 14(2), 469-475.
- Patrick, M. E., y Maggs, J. L. (2009). Does drinking lead to sex? Daily alcohol-sex behaviors and expectancies among college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(3), 472- 481. doi: 10.1037/a0016097
- Patrick, M. E., Maggs, J. L., y Lefkowitz, E. S. (2014). Daily associations between drinking and sex among college students: a longitudinal measurement burst design. *Journal of research on adolescence*, 1-10. doi: 10.1111/jora.12135
- PaulK, A., y Zayac, R. (2013). Attachment style as a predictor of risk sexual behavior in adolescents, *Journal of Social Sciences*, 9(2), 42-47.Rosenthal y Kobac, 2010.
- Ruedisueli, A. (2010). "Parental Attachment And Sexual Risk Behavior Among Adolescents" *Wayne State University Dissertations*. Paper 113. http://digitalcommons.wayne.edu/oa_dissertations/113Shofield (1977)

- Schofield, M. (1977). *The sexual behaviour of young adults*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review*, 28(1), 78-106.
- Turchik, J. A., Garske, J. P., Probst, D. R., e Irvin, C. R. (2010). Personality, sexuality, and substance use as predictors of sexual risk taking in college students. *The Journal of Sex Research*, 47(5), 411-419. doi: 10.1080/00224490903161621
- Udell, W., Sanfort, T., Reitz, E., Bos, H., y Dekovic, M. (2010). The Relationship Between Early Sexual Debut and Psychosocial Outcomes: A Longitudinal Study of Dutch Adolescents. *Archives of Sex Behavior*, 39, 1133-1145. doi 10.1007/s10508-009-9590-7
- Udry, J. R., Talbert, L. M., y Morris, N. M. (1986). Biosocial Foundations for adolescent female sexuality. *Demography*, 23(2), 217-230.

JUEGO, LENGUAJE ERÓTICO Y DESEO SEXUAL

Olga Marega

olgamarega@gmail.com

Muchas personas de ambos sexos llegan a la consulta angustiadas por haber perdido el deseo sexual por su pareja, o por no sentir las mismas ganas de intimar sexualmente con ella como al principio de la relación. Muchas también se muestran sorprendidas al verse involucradas en esa dicotomía: por un lado sentir amor, cariño y respeto por su compañero/a de vida; y por otro lado, sentir una intensa apatía sexual. Y esta condición es más frecuente de ver en las mujeres que llevan muchos años de casadas, o en relaciones estables de pareja: ... “es muy bueno conmigo, lo quiero mucho, lo volvería a elegir, pero que no me toque”.

Algunas personas significan la pérdida de deseo sexual por su pareja como un proceso natural, como algo propio de la edad cronológica que tienen, o del tiempo que llevan en su relación, y se resignan o se acostumbran a vivir una vida sin actividad sexual. Por lo general estas personas no son quienes nos llegan a la consulta buscando una solución para modificar su realidad. También es frecuente de ver en estos casos, la práctica de nuevas actividades recreativas que van llenando poco a poco los espacios que antes correspondían a la intimidad de la pareja. Lo más lamentable de esta realidad es que la mayoría de las veces es solo un miembro de la pareja quien no tiene ganas

de tener relaciones sexuales, y no desea hacer nada para modificar la situación; y por lo general es la mujer. En estos casos lo “invita”, o más bien lo “arrastra” a su pareja a disfrutar otra forma de estar juntos, a compartir otros espacios que reemplacen el placer sexual. A veces la pareja acompaña feliz la decisión de su mujer, otras veces acompaña resignado, y muchas más manifiesta su rechazo con un profundo dolor.

También hay personas de ambos sexos que al sentir la pérdida de su deseo sexual propia o de su pareja, hacen una consulta profesional en busca de una solución. Y aquí tenemos una realidad diferente porque existe el reconocimiento de un problema, por parte del consultante. Y es un buen principio para poder trabajar en terapia: la búsqueda de la solución a un problema que causa insatisfacción y dolor a uno o ambos miembros de la relación. Lo que muchas veces ocurre es que quien consulta desea la resolución inmediata, mágica y con el mínimo esfuerzo. A veces las mujeres en la edad de la menopausia tienen la esperanza que el reemplazo hormonal les va a devolver la pasión, las ganas de besar y acariciar como al principio de la relación. Si bien es cierto que el reemplazo hormonal ayuda mucho, o cualquier corrección del factor biológico cuando está alterado por sustancias

químicas, malos hábitos o enfermedades, según mi experiencia, lo más importante para lograr resultados efectivos para despertar el deseo sexual es *modificar los hábitos inadecuados* de las personas y/o de la relación, y ayudar a *recuperar la seducción*. Esto se logra mediante la *educación y la desmitificación* de los falsos preceptos que las personas tienen sobre su ser sexual.

El erotismo es una de las expresiones más importantes de la sexualidad, porque le permite al ser humano expresarse en la búsqueda de intimidad y placer, desde su dimensión individual y como pareja.

La necesidad de *expresión erótica es una condición humana y natural de todos los varones y mujeres* de diferentes edades, etnias, y condiciones físicas, mentales y sociales. Las diferencias están marcadas por las culturas que fijan de diferente manera los límites de su expresión, imponiendo reglas a sus integrantes.

Para que una persona experimente *placer sensual y sexual*, es necesario que *reciba estímulos sensoriales* adecuados a sus necesidades; y también que tenga su *mente libre de pensamientos negativos*, para que pueda recepcionar los estímulos y experimentar el placer. Un componente está dado por los *sentidos* (tacto, olores, olfato, gusto, imágenes), y otro, por el *cerebro* que procesa toda la información recibida.

Varones y mujeres somos diferentes, y también lo somos dentro de un mismo género. Por esta razón, es muy importante que *aprendamos sobre nuestras necesidades y gustos*, y fundamentalmente, que *podamos comunicarlos* a nuestra pareja sexual de forma recíproca.

Durante el transcurso de una relación sexual, *una persona siente placer tanto por los estímulos que recibe cuando es acariciada o besada, como por los estímulos que da*; es decir, cuando besa o acaricia ciertas partes del cuerpo de su compañero/a, o cuando asume alguna actitud especial. Por eso, algunas personas descubren que las excita mucho besar los genitales de su pareja, o jugar especialmente con la zona anal de su compañero sexual. Por alguna razón, el dar algún tipo de estímulo, actúa como un disparador para su propio placer. En este sentido es muy importante no solo *descubrirlo*, sino también *comunicarlo*, para afianzar el placer de ambos.

El *placer tiene componentes sensoriales y también simbólicos*. Importan no solamente *los estímulos* de los sentidos, sino también *los significados* que tenemos en nuestra mente sobre lo que estamos haciendo, o están haciendo sobre nuestro cuerpo.

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. Según esta realidad, podríamos decir que *es un mito creer que el deseo sexual 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 sensorio-sexual*. A personas adultas de ambos sexos, de cualquier edad,

estado de salud, de relación, y condición sexual, sobre *su responsabilidad en crear condiciones adecuadas a sus gustos*, y sobre *su responsabilidad en mantener relaciones saludables* para que se pueda generar y mantener el deseo sexual. Se pueden ofrecer distintas posibilidades de tareas para instrumentar el cambio a las personas que nos consultan por desordenes del deseo sexual, que se adapten a cada necesidad individual.

Cuando me refiero a la *educación de la sexualidad*, tengo en cuenta los tres pilares básicos que definen la función de educar: *dar información, desarrollar actitudes y habilidades* relacionadas con el tema en cuestión. En este caso, la salud sexual.

- ✓ Brindar *información* de sustento científico sobre la sexualidad que ayude a reemplazar los viejos mitos por información veraz.
- ✓ Desarrollar *actitudes* positivas, abiertas, seguras y de respeto, sobre nuestro ser sensual y sexual, y el de las demás personas.
- ✓ Adquirir y desarrollar *habilidades de comunicación de sensaciones y sentimientos* a través de la estimulación *de los sentidos*.
- ✓ Fomentar *habilidades de seducción*, para despertar la pasión que ayuda a mantener íntegra la intimidad de la pareja.
- ✓ Empoderar *la autoestima sexual*.
- ✓ Descubrir y *explotar el rol erótico* que todos tenemos y algunos sin conocer, además del de ser madre,

padre, hermano, amigo, maestro, etc.

- ✓ Revalorizar algunos aspectos que son muy significativos para lograr *la satisfacción sexual*, reconocida como fuente de calidad de vida en la mayoría de las personas de todas las edades y condición sexual.
- ✓ Reconocer el *derecho al placer*.
- ✓ Aceptar y explorar *el placer extragenital a través de los sentidos*.
- ✓ Alentar y facilitar *la comunicación* en la pareja sobre sus gustos, sus tiempos y sus condiciones emocionales para sentir y expresar placer.
- ✓ *Re valorar y jerarquizar el beso y la caricia* para expresar sentimientos y provocar sensaciones en todo nuestro ser.
- ✓ *Incorporar el juego* como elemento de comunicación erótico sensual.

Todas las personas, en los diferentes estados y condiciones de la vida, tienen derecho al placer sensual y sexual. La WAS (Asociación Mundial por la Salud Sexual) reconoce el derecho al placer sexual como uno de los prioritarios para mantener la salud sexual de todas las personas y fundamenta sus razones en la declaración y documento técnico llamado: *Salud sexual para el milenio*. (WAS 2008)

El *conocer y respetar el derecho al placer* hace posible que muchas personas puedan vivir su sexualidad sin culpa, aceptando las distintas posibilidades de expresión según su

edad, su sexo, su salud, su estado de pareja, su orientación sexual, su condición física, etc. También hace posible que se pueda aceptar la expresión y comunicación sensual y sexual en las demás personas, sin emitir juicios de valor censurante y destructivo.

Quiero dejar claro que cuando me refiero a *la pareja*, no hago diferencia de condición sexual en cuanto a la orientación o identidad. Es decir que me refiero a una pareja integrada por dos personas de diferente sexo o identidad, o por dos mujeres, o por dos varones, o por una mujer y un varón.

El erotismo y su expresión a través del placer es un componente de la sexualidad que tiene una gama amplia de posibilidades: *emocionales, espirituales, físicas genitales y físicas extragenitales*. Todo nuestro cuerpo tiene una amplia potencialidad de sentir placer sensual, más allá del límite de los genitales, a través de la estimulación de nuestra piel.

En *occidente*, varones y mujeres hemos aprendido una modalidad de comportamiento erótico especialmente orientada a la estimulación *genital*, con la finalidad de producir el contacto coital durante *la penetración*. Esta manera expresa las pulsiones más primarias del ser humano ya que esta es la modalidad necesaria para la reproducción de la especie, y por supuesto que está envuelta en un inmenso placer, referido especialmente a los genitales. Es necesario educar sobre la existencia de otras formas de experimentar placer a través del cuerpo, con la expresión de todos los sentidos, utilizando como escenario principal a la piel, y como actores destacados al *beso y*

la caricia sola o complementada con distintos elementos de cosmética sensorial.

Las caricias constituyen una inmensa fuente de placer y relajación para varones y mujeres. Está demostrado que la caricia produce secreción de oxitocina, hormona que juega un rol muy importante en el apego, y también facilita el orgasmo en varones y mujeres. Todo nuestro cuerpo tiene la capacidad de experimentar placer a través de la caricia, no solamente en las zonas que están descritas como erógenas (cuello, mamas, genitales, entrepierna, etc.).

“ Animarse a explorar toda nuestra piel para poder sentir, reconocer que nos gusta, y así poder comunicar nuestras preferencias a nuestra pareja, suele ser un gran desafío para muchas personas que no se animan a salir de su esquema aprendido. Tenemos esa maravillosa capacidad, pero para vivenciarla, debemos que aprender a focalizar en las sensaciones y a concentrarnos en el estímulo que circula por nuestra piel y ese es el gran desafío: no distraernos y mantener la atención en el estímulo” (Decime que te gusta. E-book www.amazon.es)

Todas las acciones que las *personas adultas* realicen en *pareja bajo consenso mutuo* dentro de los límites de la *intimidad*, sin *causar daño*, para *expresarse amor, placer, espiritualidad*, etc., se consideran saludables dentro del contexto de una pareja. Es muy importante respetar la voluntad de las personas involucradas en un acto de amor y comunicación erotico-sexual.

El juego y el lenguaje erótico

Como lo exprese al principio, una de las creencias más falaces de la sexualidad, es que el deseo será espontáneo en todo momento de la vida. Nada más alejado de la realidad, incluso en parejas que tienen una relación de amor, respeto y comprensión, deberán mantener viva la seducción para reavivar la pasión de sus encuentros *haciéndose responsables de crear situaciones que actúen como disparador del deseo.*

La pareja debe seducirse para mantener el deseo, sorprenderse para incentivar la pasión, renovarse, creando nuevas formas de demostrar amor.

Al introducir *el juego en el encuentro íntimo*, la pareja puede representar personajes, incluir historias ficticias, divertidas, audaces, liberales. Esta dinámica incentiva la creatividad y facilita la realización de acciones sin censura en un entorno lúdico y divertido.

El juego es un recurso terapéutico muy efectivo para trabajar en pareja en la resolución de disfunciones sexuales de ambos sexos. A continuación describiré algunas ventajas que mi experiencia clínica me permitió observar:

- ✓ Cumplimiento de consignas indicadas en las tareas de la terapia dentro de un *clima relajado, innovador, y divertido.*
- ✓ *Innovación de los escenarios y las formas de seducción,*
- ✓ *Mostrarse mas audaces y desinhibidos.* Al representar otros personajes se animan a decir o hacer cosas que no harían, porque no se sienten ellos,

sino los personajes que juegan ese determinado rol.

- ✓ *Crear nuevas posibilidades de encuentro y comunicación íntima.*
- ✓ *Descubrir y expresar fantasías propias o de su pareja.*
- ✓ *Adquirir la habilidad de introducir e inventar historias eróticas de acuerdo a su imaginación y realidad.*
- ✓ *Aprendan a introducir un lenguaje sensual y erótico durante los encuentros producto de los propios sentimientos.*
- ✓ *Aprender a asumir una actitud de aceptación y naturalidad ante la expresión de sus sensaciones, sin temor, sin vergüenza, con confianza y seguridad.*

El juego causa un efecto mágico por la conjunción de los múltiples factores citados: 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. Hay distintos tipos de juegos y diferentes maneras de jugar, lo importante es tener una buena predisposición para hacerlo, y saber administrar los tiempos de los distintos encuentros, para incluirlos.

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:

- ✓ Aprender a *verbalizar sensaciones y sentimientos* sin temor y vergüenza.
- ✓ Aprender a *focalizar la atención y concentración en los estímulos*.
- ✓ *Incentivar la excitación* en ambos miembros de la pareja *al exacerbar las sensaciones eróticas* a través del feed back continuo de palabras de connotación sexual que intercambian los amantes. Esta corriente de expresiones eróticas creada por ellos, los moviliza a *focalizar la atención* en lo que están haciendo.
- ✓ Es el recurso fundamental para *distraer al distractor*. Considero "distractor" al pensamiento negativo y censor, que aparece muchas veces de manera

involuntaria en las mentes de las personas anticipándolas al fracaso, o controlando su performance sexual. Cuando una pareja esta hablando de manera erótica durante su encuentro sexual, las dos partes se encuentran conectadas a través de un mismo canal cerebral. Entonces no hay lugar para que ingrese algún pensamiento negativo que les permita distraerse, y desexitarse.

- ✓ El lenguaje también les brinda la oportunidad de que puedan *halagar* a su pareja en un contexto íntimo, o *preguntarle sobre sus gustos*, y fundamentalmente les ofrece la posibilidad de *ser espontáneos al jugar*.

VIDA SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE PANAMÁ Y EL DISTRITO DE SAN MIGUELITO (AVANCE DE INVESTIGACIÓN)

Martínez Lasso. V. PhD.
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 primeros 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 el mes de agosto del año 2014 entra a la palestra pública el Proyecto de Ley 61, 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, y como era de esperarse el mismo ya fue bajado a primer debate el día 18 de agosto del presente año.

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 encuentran 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.

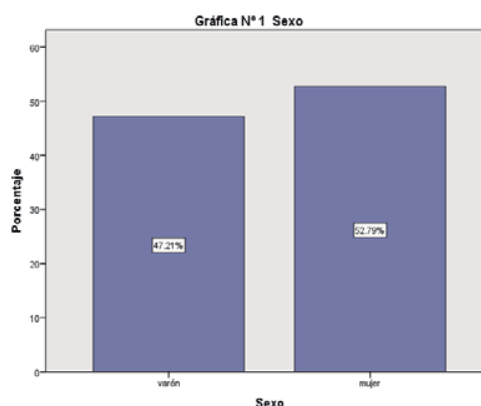
El objetivo principal de esta investigación consiste en Examinar la vida y experiencia sexual de los jóvenes adolescentes del Distrito de la Ciudad de Panamá y el Distrito de San Miguelito, desde una perspectiva psico - socio cultural, con el fin de proporcionar insumos para la generación de políticas 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.

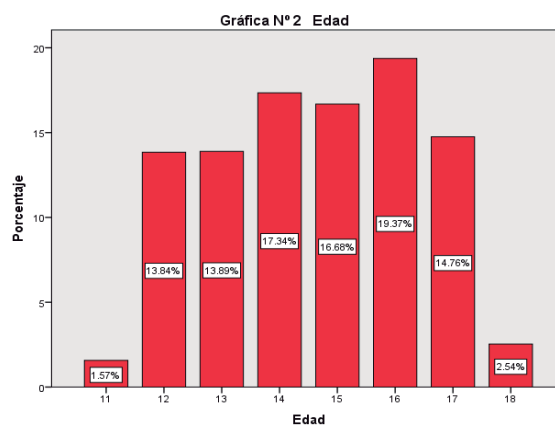
Esta investigación es de tipo mixto (la integración del método cuantitativo y cualitativo), debido a la naturaleza del fenómeno al estudiar, y la misma tiene un carácter de tipo explicativa - etnográfica

Para recabar estas vivencias y opiniones se aplicó (en el mes de marzo de 2016) una encuesta auto administrada a una muestra de 1972 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

Como datos preliminares podemos señalar que el 52.79% de los jóvenes adolescentes encuestados es del sexo femenino y el 47.21% es del sexo masculino, como se muestra en la gráfica N°1.¹⁴



Las edades de los encuestados oscilan entre los 11 a 18 años de edad, siendo las edades de 12 a 17 años con las de mayor frecuencia, como se observa en la gráfica N° 2.



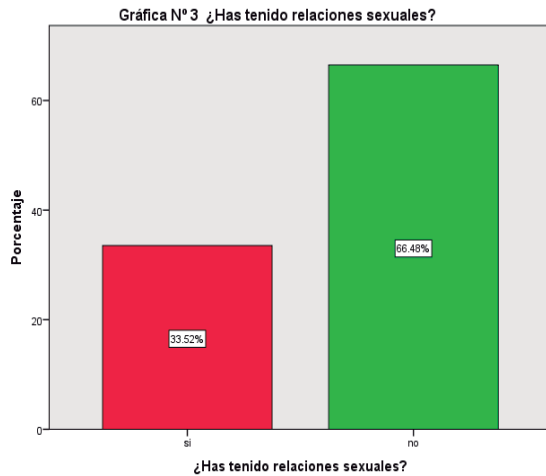
La masturbación en nuestros jóvenes adolescente es una práctica a la cual el 37.98% recurre, mientras que un 61.97% indica que no se masturba. Si vemos en la tabla N°1 observaremos las edades y el sexo de los y las jóvenes que se masturban y los que no.

¹⁴ Los datos que se muestran a continuación fueron obtenidos de las encuestas aplicadas del 14 al 28 de marzo de 2016, a 1972 jóvenes adolescentes de

colegios oficiales y particulares de la Ciudad de Panamá y el Distrito de San Miguelito.

Tabla N° 1 Masturbacion, segun edad y sexo

Masturbación			Edad								Total
			11	12	13	14	15	16	17	18	
si	Sexo	varón	1.1%	5.7%	8.9%	13.6%	12.6%	17.2%	13.6%	2.9%	75.7%
		mujer		2.3%	2.4%	3.6%	4.8%	3.9%	6.5%	0.8%	24.3%
	Total		1.1%	8.0%	11.3%	17.2%	17.4%	21.1%	20.2%	3.7%	100.0%
no	Sexo	varón	0.2%	7.2%	5.6%	5.4%	4.9%	4.4%	1.6%	0.4%	29.8%
		mujer	1.6%	10.2%	9.8%	12.0%	11.4%	13.8%	9.9%	1.4%	70.2%
	Total		1.9%	17.4%	15.5%	17.4%	16.3%	18.2%	11.5%	1.8%	100.0%
no contestó	Sexo	mujer						100.0%			100.0%
	Total							100.0%			100.0%
Total	Sexo	varón	0.6%	6.6%	6.9%	8.5%	7.8%	9.3%	6.1%	1.4%	47.2%
		mujer	1.0%	7.2%	7.0%	8.8%	8.9%	10.1%	8.6%	1.2%	52.8%
	Total		1.6%	13.8%	13.9%	17.3%	16.7%	19.4%	14.8%	2.5%	100.0%

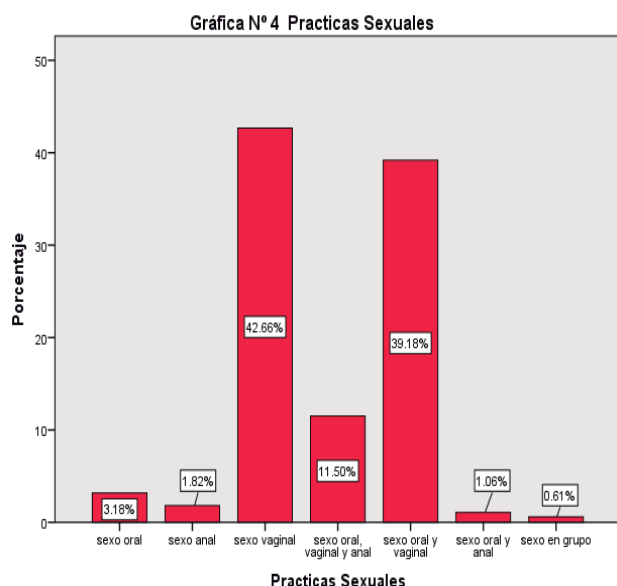


Si observamos la gráfica N° 3, destacamos que el 33.52% de los encuestados señala que han tenido relaciones sexuales, mientras que un 66.48 % indicó que no. En la tabla N° 2 podemos observar la distribución por edad y sexo, de los encuestados que han tenido relaciones sexuales.

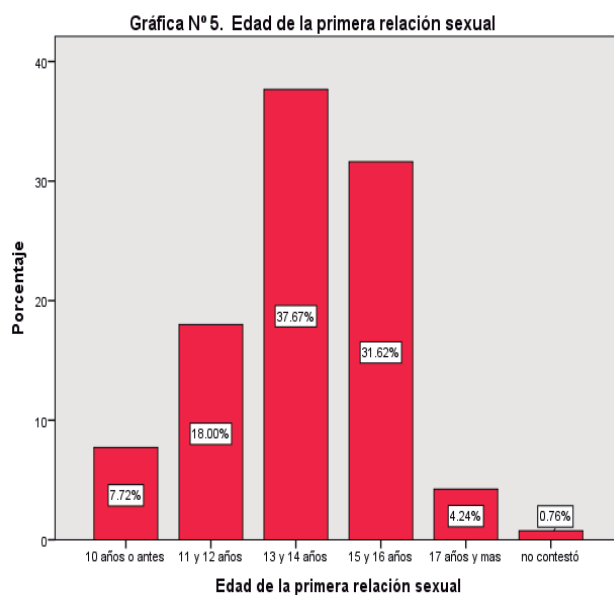
Tabla N° 2 Relaciones Sexuales, según edad y sexo.

¿Has tenido relaciones sexuales?			Edad								Total
			11	12	13	14	15	16	17	18	
si	Sexo	varón	0.5%	3.2%	5.6%	9.1%	10.9%	16.8%	11.3%	2.7%	60.1%
		mujer		1.4%	2.4%	3.5%	7.4%	10.1%	13.0%	2.1%	39.9%
	Total		0.5%	4.5%	8.0%	12.6%	18.3%	26.9%	24.4%	4.8%	100.0%
Total	Sexo	varón	0.5%	3.2%	5.6%	9.1%	10.9%	16.8%	11.3%	2.7%	60.1%
		mujer		1.4%	2.4%	3.5%	7.4%	10.1%	13.0%	2.1%	39.9%
	Total		0.5%	4.5%	8.0%	12.6%	18.3%	26.9%	24.4%	4.8%	100.0%

Entre las prácticas sexuales que realizan los jóvenes adolescentes que han tenido relaciones sexuales, podemos destacar el sexo vaginal, el sexo oral – vaginal y el sexo oral – vaginal – anal, como se muestra en la gráfica N° 4.



Y en la gráfica N° 5 destacamos de manera general la edad de inicio de sus relaciones sexuales.



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 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.

A MULHER COMO PERPETRADORA DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA O HOMEM

Meireles-Alexandre, C. M.
caumeireles@uol.com.br

A fragilidade física, a cultura de que a mulher é um ser que deve obediência ao homem e, na grande maioria das vezes, a dependência financeira, são fatos que ao longo dos séculos colocaram a mulher como vítima de violência, seja física, psicológica e sexual.

No Brasil, em 7 de agosto de 2006, foi promulgada a Lei nº 11.340, intitulada como Lei Maria da Penha, a qual visa prevenir e punir qualquer tipo de violência doméstica e familiar contra a mulher (Brasil, 2006). Essa Lei, a Lei Maria da Penha, está ajudando a colocar a mulher como uma pessoa que merece respeito, tem evitado muitas mortes devido às medidas protetivas, contudo, está longe de resolver o problema, pois é necessário que haja uma mudança de paradigmas, uma reestruturação universal da forma de pensar a mulher. As mulheres precisam se empoderar de que são elas que estão criando os futuros homens, elas precisam fazer seus filhos perceberem o que é o certo, precisam educar a criança para ser homem digno e que para isso é necessário respeitar o ser humano independente do sexo. Isso não é novidade, todos sabemos. Talvez seja difícil por em prática. O que poucos sabem, até por que o homem não fala, é que é cada

dia mais crescente o número de homens que sofrem violências por parte de suas companheiras. Vamos aqui tirar a mulher da posição de vítima e coloca-la na posição de violentadora, ainda que seja uma violência reativa, mas a mulher como perpetradora de violência contra o homem.

Neste século, tem sido comum a mulher denunciar a violência sofrida. Assim como, tem sido cada vez maior a busca da mulher por uma sexualidade prazerosa, independente da idade (Araújo, Queiroz, Moura, & Penna, 2013). Não falaremos de pedofilia, não falaremos de estupro sexual e nem de assédio sexual; aqui será tratada a violência sexual psicológica, a qual poderá levar o homem a uma disfunção sexual, à depressão ou até ao suicídio. O homem começa a ser vítima de uma violência sem vestígios, uma violência cuja evidência só ele conhece, pois não há arranhões, edemas, fissuras ou fraturas físicas.

Como então ela se evidencia? Nos consultórios de sexologia clínica. Tem sido comum chegar ao consultório pacientes relatando disfunção eretiva ou ejaculatória, sem causa orgânica e, segundo eles sem nenhuma razão de ser. Geralmente, as sessões iniciais acontecem assim: paciente,

casal, parceiro/a. Não tem sido a fala do paciente a reveladora da violência; a revelação vem na fala do parceiro/a, seja na entrevista com o casal ou apenas como parceiro/a. Na entrevista do paciente ele relata que tem a disfunção, mas que sua meta é ficar bom, pois sua parceira merece.

Na entrevista do casal, a parceira é mais falante e, ali diante do terapeuta, fala que o problema é dele, que com outros não era assim, que quando acontece acha que ele não sabe fazer sexo, acha que ele não é homem, acha que ele gosta de homem. Geralmente, o paciente fica de cabeça baixa e não fala nada, mantém-se calado. Na entrevista individual com a parceira, ela reforça tudo o que disse. E, ainda, complementa dizendo que o tem na sua mão, que se não fizer tudo o que ela quer que contará aos outros.

Essa violência perpetrada pela mulher é o que podemos chamar de violência psicológica e sexual, a qual foi estudada por Schraiber, Barros, Couto, Figueiredo, & Albuquerque (2012). Ela não deixa marca visível no corpo, é uma violência que magoa e causa dano à saúde psicosssexual. Esses homens apresentam uma vida sexual marcada por esquivas e temor de desempenho, fatos que reforçam a disfunção. Os pacientes, no consultório, ganham nomes de Deuses Mitológicos.

Caso 1

Aquiles, 32 anos, nível superior, traz a queixa de uma ejaculação precoce, sua parceira, Volúpia, 28 anos, nível superior, relata que o marido é ejaculador precoce e que quando acontece ela diz a ele que ele

não é homem, pois ela gosta de sexo forte, animal, com penetrações rápidas e profundas e ininterruptas, diz que não gosta que ele pare o coito a cada 10 estocadas para evitar a ejaculação. Por fim, ela diz que por ser ruim de cama ele a mima, faz todas as vontades, afinal ela o tem na mão e quando vai iniciar uma relação sempre diz que: acho bom ser homem dessa vez, pois não aguento mais. Após receber toda psicoeducação sobre resposta sexual ela me diz que ele tem que agir como homem de filme pornô, pois eles que são homens e conseguem gozar apenas quando a mulher vai gozar. Descobre-se por fim que ela não atinge o orgasmo, pois fica toda a relação lembrando o que a atriz fazia para gozar igual. E por fim vem a confirmação da violência sexual perpetrada por ela: não quero que ele saiba que eu tenho problema, quero continuar com ele na minha, é ótimo vê-lo em sofrimento.

Caso 2

Caso clássico de violência sexual perpetrada pela mulher foi com o paciente Anteros, 50 anos, nível superior, e sua parceira Regia, 35 anos, nível médio. Anteros chega com queixa de disfunção eretiva situacional, o qual as vezes não tinha ereção com a parceira, e que ela o comparava muito com os parceiros anteriores, os quais já chegavam ereção e assim permaneciam até que ela gozasse. O nível de ansiedade para corresponder às exigências da parceira era tão alto que nem entrava em ereção e, assim, ela dizia coisas que o fazia ficar deprimido.

Em consulta individual, Regia diz que ele relatou um episódio de uma perda eretiva em uma relação anterior por conta de alto nível de estresse por doença de familiar. Ela então percebeu que o manteria cordato e em suas mãos se mantivesse o controle sobre a ereção dele. Assim passou a fazer, toda vez que se encontravam ela falava do quanto fora feliz com os demais parceiros, o quanto eram viris e a satisfaziam, com isso ele fica colado nela, ele pensa que me mantém junto por que me provem e não sabe que eu o mantenho junto, reforçando a falta de ereção, para que ele continue me provendo.

Ambos os casos tem uma similaridade, as parceiras sabem que sua postura tornam seus homens mais disponíveis para elas; os casos tem uma diferença ética; 1) a Vollupia acreditava que o que via nos filmes era o real o correto, o que acontecia com todos os casais, embora soubesse que sua postura fazia seu marido sentir-se culpado e isso trazia ganhos secundários; 2) a Regia, contudo, agia de caso pensado, ela utilizou-se de uma confiança de Anteros para, de caso pensado, agir de forma a possibilitar a deflagração de uma disfunção erétil.

Então, onde está caracterizada a violência sexual das mulheres contra os homens? Está na ação dessas mulheres em relação ao desempenho sexual dos seus parceiros. Uma mulher que premedita uma ação para reforçar uma disfunção sexual está cometendo um ato de violência contra esse parceiro.

Por milênios, e ainda hoje, a mulher sofre violências diversas; os homens

começam a sofrer violência sexual perpetrada por mulher, uma violência que se instala devido uma vivência sexual destrutiva, que tem como ação as palavras. Schraiber et al. (2012) Levantaram que em 623 homens, 30% sofreram violência psicológica, 1,9% psicológica e sexual e 1,3% violência sexual, pelo que pode-se concluir que a violência psicosssexual, é real e pode estar sendo vivida silenciosamente, pois poucos homens buscam ajuda para tratar de disfunções sexuais. É nova essa modalidade de violência contra o homem ou é novo, incipiente, que um homem busque ajuda para essas disfunções? Será que os suicídios de homens, sem nenhuma resposta, pública e plausível, para tal ato, pode estar bem respondida como uma total insuportabilidade à essa vivência sexual destrutiva?

REFERÊNCIAS

- Araújo, I. A. D., Queiroz, A. B. A., Moura, M. A. V., & Penna, L. H. G. (2013). Representações sociais da vida sexual de mulheres no climatério atendidas em serviços públicos de saúde. *Texto & contexto enfermagem*, 22(1), 114-122.
- Brasil (2006). *Lei Maria da Penha. Lei n. 11.340/2006. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher*. Presidência da República.
- Schraiber, L. B., Barros, C. R. D. S., Couto, M. T., Figueiredo, W. S., & Albuquerque, F. D. (2012). Homens, masculinidade e violência: estudo em serviços de atenção primária à saúde. *Revista Brasileira Epidemiologia*, 15(4), 790-803.

AFLICCIONES DE UNA RECIÉN SEXÓLOGA - LOS ABUSOS, EL FRACASO Y LA REDENCIÓN

Cláudia L. Meireles Alexandre.

Psicóloga e Sexóloga Clínica. BRASIL

caumeireles@uol.com.br

La redacción de este documento se basa en la trayectoria de un recién sexóloga, que sigue la línea racional, emocional, conductual, y hace uso de unos registros semi-estructurados. Ella lo sabe todo, teóricamente, e incluso tenía una aplicación bastante razonable durante supervisiones en el gimnasio, pero con el paciente real, dentro de los límites de su propia oficina, olvidarse de todo. Una trayectoria errores, configuraciones y ajustes. Por último, sobre la base de sus ultrajes, el fracaso y la redención, sugiere 14 pasos esenciales para actuar en sexología clínica, sin muchos contratiempos.

Es clásica reivindicación de que la clínica es soberana. Nadie está en desacuerdo con eso, pero en la práctica la aplicación de bloques afirmativas una nueva formación profesional. Durante la universidad se instrumentaliza con las teorías y ejemplos de casos clínicos. Al lado de los conocimientos teóricos que, al igual que todos los principiantes, lleva tres cualidades negativas: la impaciencia, la inexperiencia y el deseo de verse tan bien terapeuta.

Al iniciar en la práctica clínica, olvidar todo lo que ha aprendido y quiere mostrar al paciente cuánto sabe sobre él. De hecho, el terapeuta es autoafirmando

querer parecer una experiencia y un conocimiento práctico que no tiene.

Esta autoafirmación es el comienzo de un verdadero suicidio terapéutico. Voy a dar un ejemplo muy sencillo. Es común que el paciente que preguntar cuánto cuestan las consultas posteriores. Aquí, el novato puede tener dos actitudes. La primera es inflexible para mantener el valor de la consulta, inferir que la persona puede pagar el valor notificado, que no siempre es cierto; la segunda es la reducción de los valores posteriores a niveles muy bajos debido a que el terapeuta deduce que el paciente no puede permitirse un alto valor.

Si la intención era mantener el cliente, el terapeuta está jugando el paciente fuera de la oficina. En el primer caso, tal vez el cliente no puede pagar las consultas y el terapeuta afirmativa no deja espacio para la negociación. Resultado: el paciente no vuelve. En el segundo caso, el terapeuta puede dar la impresión de que la terapia puede ser mejor o peor dependiendo del precio. Siendo peor es más barato. El paciente puede confundirse y el resultado: él no vuelve.

El acuerdo forma parte del contrato terapéutico. Pero imaginemos que eras lo suficientemente expertos en estas materias. Deje que la terapia adecuada.

Nuestro terapeuta sigue la línea racional, emocional, conductual, y hace uso de unos registros semi-estructurados. Esta gráfica (1) de la queja operacionalizado a continuación un breve resumen de la historia clínica, señalando los mejores procedimientos para el manejo del caso.

El terapeuta sabe todo, teóricamente, e incluso tenía una aplicación bastante razonable durante supervisiones en la Academia. Con paciente real, dentro de los límites de su propia oficina, olvidarse de todo. No hay tiempo para el paciente hablar o respirar. Anticipar preguntas y respuestas, discurso completo. Oye pero no escucha. Se puede identificar más de seis cuestiones importantes para la terapia. El terapeuta pierde el foco de quejas de los clientes. en la prisa para formular diagnósticos y prescribe técnicas. Por supuesto, el terapeuta estaba condenado al fracaso en el proceso terapéutico. Recobrado el juicio, la humildad y el deseo de hacer el bien, la alternativa era iniciar el proceso terapéutico.

La nueva consulta se caracterizó por un incremento en la relación terapeuta / paciente y un mejor contrato terapéutico. Sobre la base de PETE, después de identificar y operacionalizar la queja, a la cronología relativa y absoluta y escuchar a la meta del paciente, el terapeuta fue capaz de realizar el proceso terapéutico..

Narré esta historia para demostrar lo que un terapeuta experiencias al comienzo de su vida profesional. Hice todos estos errores. De ellos he aprendido a no ser orgullosos, de ser una escucha atenta y generosa y prudente al hablar; no tiene

prisa, respetar el tiempo y el silencio del paciente en la creencia de que un buen oído vale más que una lengua hiperactiva.

Sugerencias para uno joven sexólogo clínico:

1) capacite-se para saber o que fazer com o paciente com queixa de disfunção sexual; busque cursos⁽²⁾⁽³⁾ em instituições⁽⁴⁾ que aliem a teoria, a experiência e a supervisão clínica;

2) aprimore a escuta auditiva e visual, o corpo fala;

3) treine a paciência e a sabedoria para escutar os silêncios do paciente. Eles podem acobertar informações preciosas;

4) lembre que só o paciente sabe a verdade dele; não infira, faça perguntas abertas e se certifique de que você entendeu o que foi dito;

5) desnude-se de preconceitos e juízos de valor com relação ao modo como os outros vivem sua sexualidade;

6) seja empático, coloque-se no lugar dele, pense como ele; ser empático não é concordar e nem viver como o outro, mas entender os seus motivos;

7) não corra, inicie sua jornada seguindo as orientações recebidas em suas capacitações. Sem pressa e com segurança vá imprimindo ao processo terapêutico sua marca pessoal;

8) deixe seu paciente falar, emprestando-lhe seus ouvidos, sobre o que ele quiser falar;

9) respeite o tempo do seu cliente;

10) instrumentalize-se de informações que ajudem na condução da tomada de decisões sobre a terapia. Por exemplo, conhecer sobre farmacoterapia, e psicoterapia; saber distinguir se um paciente é para terapia sexual, conjugal, familiar ou geral, ou ainda deverá ser encaminhado para psiquiatria;

11) lembre que, nem toda queixa que envolve a sexualidade é para terapia sexual. Ela pode ser um sintoma de uma psicopatologia mais séria;

12) lembre que seus gostos, preferências, orientação com relação a sua sexualidade não deve ser parâmetro para o outro.

13) acredite que o cliente não é obrigado a nada, nem a gostar de fazer ou receber sexo oral ou anal, nem de frequentar motéis e casas de swing, nem a se masturbar ou ao parceiro/a;

14) esteja convicto que o sexólogo clínico não precisa experienciar todas as modalidades e variações sexuais, assim

como o ginecologista não precisa engravidar para ser um excelente ginecologista. Em verdade, o sexólogo clínico necessita ser habilitado e capacitado, ser empático, atualizado, ter respeito pelo ser humano que se desnuda diante dele expondo suas aflições mais íntimas.

(1) PETE - Proposta de Estrutura Terapêutica – Cavalcanti, R.; Cavalcanti, M. - Tratamento Clínico das Disfunções Sexuais – 5ª edição em prelo – Editora Paya – Brasil

(2) Pós Graduação Lato Sensu em Sexologia Clínica – Centro de Sexologia de Brasília – CESEX / Faculdade Bahiana de Medicina – Salvador – Bahia –
Brasil www.cesex.org.br www.cesex.org

(3) Curso Intensivo de Terapia Sexual – CITS - Centro de Sexologia de Brasília – CESEX Salvador – Bahia –
Brasil www.cesex.org.br www.cesex.org (4) Centro de Sexologia de Brasília – CESEX Salvador – Bahia –
Brasil www.cesex.org.br www.cesex.org

LA SEXUALIDAD Y ESPIRITUALIDAD. REFLEXIONES QUE EXTIENDEN LOS MÁRGENES DE LA SEXOLOGÍA

Silvana Musso

silvanamusso2004@yahoo.com.ar

Mi intención con este trabajo es poder humildemente contribuir a ampliar los márgenes de la Sexología en la posibilidad de incluir la dimensión espiritual dentro de las posibilidades que la sexualidad nos brinda.

Como hija de sexólogos me crié llena de libros que hablaban de la respuesta sexual humana y de Educación Sexual y entre todo lo que circulaba en casa, siempre recuerdo el libro "El Adolescente" de Alex Comfort y Jane Comfort como un libro que en aquel entonces ampliaba los márgenes de la sexualidad ya que planteaba a los adolescentes que en los seres humanos el sexo tiene tres finalidades: reproducción, relación y recreación. En otras palabras decía que el sexo servía para tener hijos, para manifestar el amor y para divertirse. Siempre me guiaron estas tres posibilidades y como Sexóloga Clínica y Educativa intento acompañar a los niños y adolescentes y a las personas que se acercan al consultorio a entender a la sexualidad desde estas tres dimensiones, buscando que se liberen de prejuicios y tabúes que les restringen y aprisionan en la vivencia de la sexualidad.

Pero muchos años después, ya en toda una búsqueda espiritual personal más allá de las grandes religiones, me encontré con un libro de Riane Eisler, "Placer Sagrado, sexo, mito y la política del cuerpo", donde en la introducción dice:

"Velas, música, flores y vino – la materia prima del romance, sexo y amor.

Pero velas, música, flores y vino son también la materia prima de rituales religiosos, de nuestros ritos más sagrados."¹⁵

Encontrarme con esta similitud me abrió a la posibilidad de empezar a pensar la Sexualidad como un canal de conexión con lo trascendente, y entender a las relaciones sexuales como un ritual amoroso de carácter sagrado y espiritual.

Estamos transitando un tiempo social donde es mucho lo que hemos podido desmitificar en relación a la sexualidad, lo que ha permitido sacarla del terreno de lo oculto, de lo que no se habla, del pecado y la vergüenza y en muchos países ya es materia de las escuelas, es cátedra dentro de las formaciones de grado y de postgrado y es un tema del que se puede hablar en la televisión ya en cualquier horario y sin restricciones.

Sin embargo no podemos perder de vista, que todo esto no ha contribuido totalmente a que la sexualidad sea dignificada en su práctica y si bien hoy la entendemos como una función natural del ser humano y está incluida la salud sexual dentro de los derechos a defender, también se ha convertido en un tema de consumo más, medible y cuantificable en la cantidad y no en la calidad.

¹⁵ Eisler, Riane. "Placer Sagrado, sexo, mitos y la política del cuerpo" Vol. 1. Ed. Cuatro Vientos, 1999, Chile, pag. 13.

Y en esta búsqueda espiritual fui encontrando en que muchas culturas anteriores a la nuestra, occidental, blanca, patriarcal, misógina, homofóbica, capitalista y judeocristiana, esta concepción de la sexualidad era parte de la cosmovisión de esos pueblos.

Entiendo lo espiritual como aquella conexión con nosotros mismos y con la naturaleza que nos conecta con lo trascendente, que permite que nuestro ego, aquella construcción que hicimos de nosotros y que hace que nos percibimos como un ser independiente de todo lo que nos rodea, se diluya y tomemos consciencia de ser parte de una totalidad. Esta conexión es lo que muchos logran a través de la meditación. Y es la conexión de la que hablan los místicos de todas las religiones.

La Sexualidad también puede ser una puerta de acceso a ese estado de consciencia, a través del contacto con nuestro propio cuerpo, o de fundirnos en el encuentro con otro/ otra, otros/ otras.

Entender a la Sexualidad como sagrada, como lo más elevado a lo que hemos podido acceder los seres humanos en nuestra evolución también es hoy una idea novedosa pero que no lo fue hace miles de años atrás en las culturas que fueron exterminadas tanto de Europa, Oriente como América.

Para la mayoría de las personas que acceden a una consulta por disfunciones sexuales, que se acerca por psicoterapia, o las mujeres que en la búsqueda de un crecimiento personal participan de los Círculos de mujeres, les produce una disonancia cognitiva cuando me escuchan hablar del sexo como sagrado. Las viven como dos cosas totalmente opuestas. Por un

lado la sexualidad que se entiende responde a las necesidades básicas, naturales e instintivas y por otro lo más sagrado y elevado que se relaciona con lo intelectual, con el conocimiento y con las artes. Una bella pieza musical puede entender como sagrada, que expresa y nos conecta con lo más elevado del ser humano, que nos conecta con otros planos, que eleva nuestro espíritu; mientras una masturbación o una relación sexual lo máximo que hemos logrado es considerarlo como un acto natural, inherente al ser humano, integrado a nuestros derechos, pero no como un acto que nos conecta con la espiritualidad.

Cuando hablo de sagrado, si bien juego con este término porque dentro de sus significados está el de algo a ser respetado por su relación con la divinidad, yo lo utilizo en su forma más popular, ya que dentro de las distintas acepciones que tiene, hay una que lo interpreta para aquello que por su importancia debe ser respetado y no puede ser transgredido ni dañado.

Por lo tanto, sin llegar a afirmar que la sexualidad nos conecta con la divinidad, cosa que sí hacían otras culturas, yo me animo a proponer a la Sexualidad como sagrada, ya que por su importancia debe ser respetada y no puede ser transgredida ni dañada.

Actualmente la sexualidad no es respetada, sí es transgredida y dañada. Cuando se expone a algo tan íntimo como es el contacto con el propio cuerpo o con el cuerpo del otro, a la pornografía, al sadomasoquismo y a tantas otras prácticas sexuales que no deberían llamarse sexuales sino violencia la estamos desvirtuando esta

manifestación humana que es parte esencial de lo que nos hace humanos.

La sexualidad ha sido uno de los factores decisivos en la conformación de lo humano. Cuando las hembras homínidas dejaron de ser sexualmente activas solo en determinadas épocas del año y empezaron a estar disponibles sexualmente todo el año, esto trajo aparejado un cambio en los grupos que llevó a que la unión sexual ya no sea solo por la reproducción sino como una fuente de placer y contacto afectivo, dando esto origen a grupos humanos basados en sus vínculos afectivos más allá del de madre-hijo ya existente. La evolución de nuestra mano y el erguirnos también trajo aparejado todo un cambio en la sexualidad, ya que el contacto frontal y las caricias pasaron a ser parte de los artilugios del encuentro sexual humano.

En culturas donde antiguamente se adoraba a la Naturaleza y a lo femenino a través de la imagen de la Diosa, como hoy sabemos que fueron culturas de 30.000 años atrás con mucho avance en sus sistemas sociales, artísticos y tecnológicos, la sexualidad también era parte de la adoración, entendiéndola como la manifestación humana de la creación divina. Existen en India templos donde se adora a la Vulva, Ioni, como el portal a lo sagrado y al pene, Lingam, como la fuerza que impulsa a la materia a manifestarse. Y ya las culturas Paleolíticas o de la Antigua Edad de Piedra daban todo un carácter ritual a la unión sexual.

En la actualidad, el pene es adorado como el Falo, asociándolo a la energía masculina de imposición y batalla y la vulva lejos de ser adorada es más bien

despreciada o expuesta de una forma grotesca y humillante.

El sistema social en el que estamos inmersos promueve la desconfianza, la desconfianza entre el hombre y la mujer, entre los hombres y entre las mujeres como una forma de instalar el miedo y por lo tanto la violencia. Y la sexualidad, uno de los mayores momentos de intimidad en la vida de las personas, al igual que un parto y la muerte, están siendo desde hace miles de años profanados, patologizados para ser medicalizados, comercializados y expuestos de una manera tan grotesca que lo que busca generar es que estos momentos tan profundos en la existencia humana, de tan profunda conexión, sean vividos desde la desconexión y el accionar mecánico funcionales a un sistema que nos mantiene alienados y desconectados de nuestro sentir.

Hoy el sexo es un tema más de consumo, se ha generado todo un mercado en relación a la sexualidad, a supuestamente mejorar nuestras relaciones sexuales donde se focaliza en la obtención del máximo placer como si habláramos del auto más veloz. Existe todo un comercio en la búsqueda de obtener un placer sexual a través de productos de todo tipo, juguetes eróticos, ropa, técnicas y saberes que nos lleva cada vez más a estar más desconectados del otro y de nosotros mismos y mi temor es cómo la Sexología en su intención de naturalizar la sexualidad se convierta en cómplice de esta enajenación que a través del sexo promueve nuestra cultura.

En el trabajo con jóvenes me encuentro hoy que lejos de que la sexualidad sea vivida con naturalidad y en

confianza está siendo algo más a alcanzar a cualquier costo, para lo cual el alcohol, las drogas y los lugares de recreación facilitan llegar a las relaciones sexuales sin consciencia a fin de sumar encuentros y creer que de este modo logran alcanzar un status que lo único que hace es llenarlos de vacío.

Quizás mi postura sea muy fundamentalista, pero me encuentro hoy con la preocupación como Sexóloga Clínica y Educadora Sexual de cuestionar a mi entender el vacío de contenido con el que se presenta hoy a la sexualidad. Aquello que entonces me resultó impactante y novedoso, que la sexualidad tenía también dentro de sus funciones no solo la reproductiva y vincular sino también la de divertirnos, hoy creo que es insuficiente, si no contribuimos a ver también a la sexualidad como ese espacio que nos conecta con lo trascendente, con lo más profundo, íntimo de nosotros mismo y del otro, que nos puede ayudar a abrir nuestra percepción y conectar con otros planos, con otras dimensiones y porque no también con la divinidad, con esa parte nuestra que nos permite sentirnos parte de una totalidad mayor, donde el contacto, las caricias, la intimidad de los cuerpos y el orgasmo son las experiencias más sublimes a las que podemos acceder como humanos. Y para esto no necesitamos cremas, ni videos, ni prendas, ni jugar roles y ser lo que no somos, ni juguetes eróticos, ni lugares ni situaciones extremas que nos lleven al miedo ni al peligro.

Sino que cambiando el ritmo de la respiración, buscando aquietar nuestra mente y solo llevando la atención a las sensaciones de nuestro cuerpo, de la misma

forma que inicia cualquier meditación, observando lo que ocurre en nuestro interior sin querer cambiarlo, podemos acceder a una de las experiencias más maravillosas. Y esto considero que también debemos transmitirlo como sexólogos y educadores.

Volver a mirar nuestra vulva como sagrada, como ese portal maravilloso que conecta con la vida, esa puerta por la que todos llegamos a este mundo, con su clítoris, esa perla preciosa que nos abre a todo un mundo de sensaciones, y la vagina, esa cueva calentita y aterciopelada llena de pliegues a explorar. Poder acariciar los pechos y besarlos como esos tesoros que nuestro cuerpo puede llenar de alimento. Y volver a mirar el pene con su magia de erectarse y dejar al descubierto esa suave piel de su glande, pudiendo recorrer el escroto como esa piel que en su interior guarda las semillas de la vida. Y así volver a mirar y descubrir nuestro cuerpo y el del otro nos lleva a vivir la sexualidad en plenitud y por fin sea que esa verdaderamente una fuente de placer y regocijo y no un lugar más de consumo que nos deja nuevamente en el vacío.

BIBLIOGRAFIA

- Eisler, Riane. "El cáliz y la espada. La mujer como fuerza en la historia". Ed. Cuatro Vientos, Chile, 1990.
- Eisler, Riane. "Placer Sagrado, sexo, mitos y la política del cuerpo" Vol. 1. Ed. Cuatro Vientos, Chile, 1999.
- Noble, Vicki. "La mujer Shakti. Sintiendo nuestro fuego, sanando nuestro mundo". Ed. Perito en Lunas, Madrid, 2004.
- Noble, Vicki. "La Diosa Doble. Las mujeres compartiendo el poder". Ed. Perito en Lunas, Madrid, 2005.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y LA VIOLENCIA HOMICIDA DE MUJERES: EL CASO DE YUCATÁN, MÉXICO

Yolanda Oliva Peña, Andrés Santana Carvajal, Guadalupe Andueza Pech, Jolly Hoil Santos, Ricardo Ojeda Rodríguez, Elsa María Rodríguez Angulo y Manuel Ordóñez Luna
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.

RIESGO Y VIOLENCIA DE GÉNERO

La OMS define como violencia: “El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra

uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. Las Naciones Unidas en la Conferencia de Beijing en 1995 define: “violencia contra la mujer significa cualquier acto basado en el género que resulte en daños psicológicos, sexuales, físicos, incluyendo amenazas de tales actos, privación de la libertad”.

Bronfenbrenner, (1987) propone que son diversas las causas que dan origen a la violencia de género en la pareja y recomienda una mirada que contemple la interacción de factores culturales, sociales y psicológicos. Es así que el concepto género, inscrito en la expresión violencia de género, se refiere al proceso de construcción social, histórico y personal (Turinetti y Vicente 2008), (Corsi 1999) que permea creencias, actitudes, sentimientos, valores y conductas que marcan la diferencia entre hombres y mujeres, sustrato necesario para la violencia de género de carácter estructural.

Si bien se ha avanzado en caracterizar y visibilizar la violencia de género quedan algunas tareas pendientes. La Reunión del grupo de expertos de la OMS y la Comisión Económica Europea de 2005, señalaron que, es necesario propiciar la desagregación de los datos existentes en función del sexo y

sensibilizar con perspectiva de género a los estadistas. Aunado a ello hablar de feminicidio encuentra una dificultad y resistencia toda vez que exhibe problemáticas de orden diverso, al representar un hecho de violencia sistémica y la impunidad, hasta el “homicidio de mujeres por el simple hecho de ser mujeres”, se construye para la responsabilidad directa o indirecta del Estado. En el contexto mexicano, en agosto de 2006, el Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer emitió una serie de observaciones finales resultantes de su visita a nuestro país, entre las cuales instaba al Estado a acelerar “*la aprobación de la enmienda del Código Penal para tipificar el feminicidio como delito*”. En el Estado de Yucatán se aprobó en el presente año, lo que lleva a carecer de información pormenorizada de los casos de feminicidio y se encuentran tipificados globalmente en homicidios.

La categoría *Riesgo* caracteriza un estado de cosas complejo que incorpora atribuciones diversas, en el sentido de Luhmman (1992) a nivel conceptual abarca diversas dimensiones tales como seguridad, peligro, exposición, implicando la decisión de someterse a la exposición, conciencia de las repercusiones, incertidumbre ante el futuro, peligro, entorno, utilización de las oportunidades, acumulación de efectos, valoración de alternativas. La sociedad moderna es caracterizada de riesgo tanto a nivel perceptual como de construcción de un orden e infraestructura social y personal, recreada en la vida cotidiana. Cada conjunto social atribuye y actúa en torno al riesgo desde diversas formas y en el ámbito

de la violencia de género se crean complejos que minimizan el riesgo. Por ello es de suma importancia desvelar los recursos, espacios y mecanismos que se desarrollan para visibilizarlos y cambiar conductas de silenciamiento, inmovilismo entre otras formas de acercamiento al riesgo de la violencia de género. De ahí la facultad de la investigación para la generación de información que apoye la toma de decisiones para la necesaria toma de conciencia y por ende el cambio social y cultural necesario a fin de evitar más daños y muertes a causa de la violencia de género. Proponemos elaborar la geografía del riesgo de violencia de género para visibilizar el problema y al mismo tiempo, exponer las desigualdades en todos los ámbitos y en el caso que nos ocupa las repercusiones a la salud humana integral, social y contextual. Nos parece que es necesario entrelazar el presente y el futuro; Luhmman nos invita a incorporar la ética de la solución de los problemas de riesgo, y no solo analizarlo como probabilidad de ocurrir el riesgo, asumir el análisis de la inseguridad, el peligro entre otros componentes importantes del riesgo, que aplicados a la violencia de género reviste de suma relevancia para la toma de conciencia de la población para contribuir en la transformación del riesgo y prevenir muertes feminicidas.

El análisis del riesgo de violencia de género en América Latina en el ámbito de la salud y con perspectiva de género exige trabajar en la búsqueda de co-gestionar “*cuerpos*” más valorados, más protegidos por las normas, leyes y reglamentación de la vida social ya que en nuestros contextos

los “cuerpos son jerarquizados” (Berlanga 2015), se erigen como cuerpos conquistadores –hombres- y cuerpos conquistados y para ser dominados –mujeres- (Bourdieu 2009). Los feminicidios íntimos y los públicos, incluyendo las violaciones están relacionados con esta valoración al mismo tiempo que con el constante ejercicio de prueba y de reafirmación de la masculinidad (Berlanga 2015). Así, el papel de la investigación es denotar las diferencias y escenarios de riesgo de muerte feminicida. Del Valle y Maqueira (2006) proponen que es el enfoque de los derechos humanos con perspectiva de género como se explican las desigualdades que experimentan y viven hombres y mujeres en diversos terrenos de la vida cotidiana en lo simbólico y lo material, es así que el tema de la seguridad nos aseguran, repercute en el ejercicio de la autonomía y el bienestar para preservar la vida; las autoras recomiendan que el aspecto de la seguridad debe ser observado en forma interrelacionada en todas las dimensiones posibles lo local, grupal y global, para así visibilizar la violencia a nivel espacial y relacionar las esferas de ocurrencia, interconectadas y silenciadas por el sistema de poder dominante.

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 oficiales de Instituto Nacional de Geografía e Informática, La Secretaría de Salud del Estado y otras fuentes de información

directas. Se analizaron las variables: violencia intrafamiliar, delitos sexuales, homicidios de mujeres y la asociación con el tamaño de localidad y la distribución espacial. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 21: se calcularon tasas y para la asociación se aplicó la prueba *Fisher*; asimismo se calculó la probabilidad de riesgo de muerte feminicida con la prueba *Razón de Proporciones*. Así mismo se analiza la Intensidad de las violencias en dos categorías: tres indicadores presentes y menor a tres indicadores presentes; la gravedad de las violencias se clasificó de acuerdo a dos categorías la violencia total, aquella que presenta todas las variables analizadas y violencia parcial aquellos municipios con tres o menos indicadores registrados.

RESULTADOS

Los principales hallazgos de la investigación muestran la presencia de hechos de violencia en 49 de los 106 municipios que comprende el estado de Yucatán. 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. La tasa Nacional de muertes de mujeres en el 2013 fue de 4.369 por cien mil, la estatal de 1.24; destacan seis municipios con tasas elevadas, que oscilan entre 3.85 y 16.50. La distribución por edades de las muertes registradas en este año, 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% que 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.

Respecto a la violencia intrafamiliar a nivel estatal, en el 2014 se registraron 2483 casos; con una tasa de 23.42 por 10 mil; los municipios que registraron mayor cantidad de casos son Mérida con 1318, Ticul 606, Valladolid 248, Panabá y tekax con 53 cada uno y Butzótz 51 casos; de éstos los que registraron tasas más elevadas son Ticul 298.40, Panabá cn una tasa de 132.19 y Butzotz con 113.66, seguido de Valladolid con 61.81. En cuanto a los reportes sobre delitos sexuales, se puede observar en un periodo de 20 años, que existen vacíos de información en los datos registrados; se muestran 13 municipios que históricamente

y algunos recurrentemente, registran casos de delitos sexuales: Buctzotz en el 2014; Dzidzantun en el 2009; Hunucmá y Umán en 5 años; Izamal, Mérida, Progreso, Tekax, Tizimin y Valladolid, durante 8 años; Maxcanú en 7 años; Motul solo en el 2010; Ticul en 9 años.

El análisis de la distribución geográfica de los tres indicadores de violencia de género seleccionado en esta investigación muestran la gravedad e intensidad de los sucesos de violencia, dado por la presencia del número de indicadores de violencia de género que inciden en la probabilidad de muerte homicida en las mujeres que habitan los contextos o localidades con violencia extrema, es decir violencia homicida que se detalla en el cuadro 1:

Cuadro 1: Distribución de la gravedad de las violencia a las mujeres

GRAVEDAD DE LA VIOLENCIA			TOTAL MUNICIPIOS
INTENSIDAD DE LA VIOLENCIA	Total	Parcial	
Tres Indicadores de violencia	18	24	42
Menos de tres indicadores de violencia	7	0	7
	25	24	49

Fuente: Elaboración propia

Se puede observar que aquellos municipios que registraron tres indicadores de violencia observan mayor gravedad de violencia en relación con aquellos municipios con menos de tres indicadores ($p=0.0096251$). Asimismo, se asociaron los casos registrados de homicidios de mujeres con la presencia según tamaño de la localidad a fin de determinar la probabilidad de ser víctimas de homicidio. Cuadro 2.

La prueba de asociación arroja un valor de FISHER= 0.005053073; $RP= 5.5877$ ($IC= 1.3253-23.5588$). Dicho valor expresa que las mujeres que viven en localidades de menos de 5000 habitantes tienen 5 veces más probabilidad de ser víctimas de homicidios que las que viven en localidades de más de 5000 habitantes.

El análisis espacial muestra una tendencia a concentrar la gravedad de la violencia en las regiones norte, oriente y

sur, según división del Comité de Estado de Yucatán (COPLADE).(Figura 1)
Planeación para el desarrollo del Gobierno

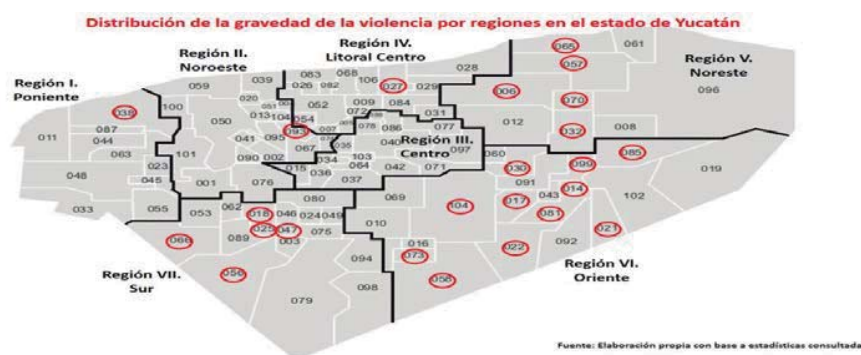
Cuadro 2: Distribución de los casos de violencia homicida de mujeres por tamaño de localidad

Tamaño localidad	Muni. con casos	Mun. sin casos	Número de municipios
MENOS DE 5000	13	44	57
MAS DE 5000	2	47	49
TOTAL	15	91	106

Fuente: Elaboración propia

FISHER= 0.005053073; RP= 5.5877 (IC= 1.3253–23.5588)

Figura 1: Distribución de la gravedad de la violencia por regiones en el estado de Yucatán.



CONCLUSIONES

- Persiste una ausencia y posible sub-registro de feminicidios y hechos de violencia de género que requiere voluntad política para comprometerse en el proceso de visibilizar, reconocimiento del riesgo y por tanto prevención de los feminicidios en el Estado.
- Un primer paso fue la reciente modificación a la normativa para la identificación y registro como tal de los casos de violencia feminicida, que sin duda es un punto de inflexión para atender la problemática aquí bosquejada. El análisis espacial constituye una herramienta indispensable para la política pública enfocada y por tanto

evaluar los avances y logros en la erradicación del riesgo para las mujeres en los contextos de violencia extrema. 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.

PROPUESTAS

- Generar un proceso interinstitucional en el cual las estadísticas generadas contribuyan a la toma decisiones, así

como a la prevención y atención tanto de hombres como de mujeres para romper el círculo de la violencia intrafamiliar y de género.

- Capacitar a los diferentes profesionales en la perspectiva de género y prevención de la violencia en los diferentes niveles de educación.
- Eliminar el sub-registro, y que las estadísticas sean realmente fuentes para las toma de decisiones y acciones concretas de prevención en violencia.
- Contar con un sistema de vigilancia para la prevención de violencia de género, así mismo proporcionar terapia tanto a hombres como mujeres que han vivido o han ejercido violencia en forma sistemática e impartida por personal capacitado y sensible para proporcionar dicha atención, y por tanto evitar muertes a causa de violencia de género.

REFERENCIAS

- Berlanga, M. (2015). Femicidio: el valor del cuerpo de las mujeres en el contexto latinoamericano actual. *Pelícano*, 1. Recuperado de <http://pelicano.ucc.edu.ar/ojs/index.php/pel/article/view/18/11>
- Bourdieu P., (2009) La dominación masculina, traducido por Joaguín Jordá. Editorial Anagrama, España, segunda edición, 159 p.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Cantera, L.M. (2004). Más allá del Género. Nuevos enfoques de “nuevas” dimensiones y direcciones de la violencia en la pareja. *Athenea Digital*, 6. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=53700636>.
- Comisión Económica para Europa (CEPE) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). “Violencia contra la mujer: panorama estadístico, desafíos y lagunas en la recopilación de datos, y metodología y enfoques para superarlos”. Abril, 2005
- Corsi, J. (1999). *Violencia masculina en la pareja*. Buenos Aires: Ed.
- Del Valle, T; & Maqueira, V. (2006). El derecho a la movilidad libre y segura en: *Mujeres, Globalización y Derechos humanos*. Madrid: Ediciones Cátedra. Pp.245-291.
- Hernández, H; & Narro, J. (2010) El homicidio en México, 2000-2008. *Papeles de Población*, vol. 16, núm. 63, pp. 243-271 Toluca, México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- INEGI. (2014) *Estadísticas Vitales*. Boletín junio 2014.
- Luhman N (1992). *Sociología del Riesgo*. Guadalajara. Universidad de Guadalajara.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1993). Sitio de Health and Human Rights (HHR) Definición de violencia de género. Recuperado el 01 de Abril de 2016 de: http://www.hhri.org/es/thematic/gender_based_violence.html
- Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD) en América Latina y el Caribe. (2013). *Seguridad Ciudadana con rostro humano: diagnóstico y propuestas para América Latina*. Informe Regional de Desarrollo Humano, Ginebra, Suiza. 2013-2014.
- Rodríguez, M. (2008). *Violencia homicida: clasificación y factores de riesgo*. *Homicide violence: classification and risk factors*. *MEDICINA UPB* 27 (2): JUL-DIC 2008. pp. 125-139.
- Toledo, P. (2009). *Femicidio*. ONU, México
- Turinetti, A.Q. & Vicente, P. C. (2008). *Hombres maltratadores: Tratamiento psicológico de agresores*. Madrid: Grupo 5 Acción y Gestión

ESTADO DE LA FUNCION ORGASMICA EN MUJERES ADSCRITAS AL PROGRAMA DE REGULACION DE LA FECUNDIDAD EN EL CESFAM TUCAPEL DE LA CIUDAD DE CONCEPCION, CHILE

Parra J.^{1a}, Acuña C.^{1b}, García L.^{1b}, Moya K.^{1b}, Stuardo V.^{1b}, Villalobos C.^{1b}

¹ Departamento de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile. ^aMatrón, Magister en Salud Reproductiva, Universidad de Concepción. ^bLicenciadas en Obstetricia y Puericultura, Universidad de Concepción. jaimeparra@udec.cl

Agradecimientos

Dr. Juan López de Santa María Gaymer por facilitarnos generosamente el instrumento utilizado en este estudio. Profesor Camilo Manriquez Vidal por su cooperación en el análisis estadístico del

INTRODUCCIÓN

La Salud Sexual es definida por la OMS en el año 2002 como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad. No es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. Esta requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. ⁽¹⁾ En el 2006 la OMS avala que la sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. ⁽²⁾

A través de los años se ha descubierto que en las mujeres las disfunciones sexuales son un problema complejo y que estas se pueden superponer. ⁽⁴⁾

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. ⁽⁵⁾ Entre las disfunciones sexuales encontramos los trastornos de la función orgásmica. Se estima que la incidencia de anorgasmia abarca de un 5% a un 40% de la población femenina. 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. ⁽⁵⁾ La revista NIH Medine plus, publicó que la estimación de anorgasmia primaria es 15 de cada 100 mujeres que tienen actividad sexual. ⁽⁴⁾ Se sabe que entre un 10% y un 22% de las mujeres tienen orgasmos coitales, pero de forma irregular. Cerca del 7% al 22% no alcanzan a llegar a éste por medio del coito; sin embargo, lo logran por otros medios en un 6%, además un 11% de las mujeres nunca han tenido un orgasmo y 50% lo logran hacia el fin del primer mes de relación y el 80% hacia el final del primer año. ⁽⁵⁾

Se ha encontrado que factores sociales como la educación afectan el funcionamiento sexual, es así como en Irán se encontró que entre las mujeres con anorgasmia, solo un 26,3% tenía educación superior, al contrario de un 32,8% en mujeres con orgasmo normal. Un 52,2% de las mujeres con trastorno del orgasmo estaban insatisfechas sexualmente en comparación de un 39,2% de las mujeres con orgasmo normal. ⁽¹²⁾ Otro factor asociado es la baja de deseo. ⁽⁸⁾

Actualmente a nivel país los datos estadísticos sobre disfunciones sexuales tienden a ser escasos y no se encuentran cifras concretas sobre función orgásmica. Con el nuevo enfoque biopsicosocial que se ha establecido en los Centros de Salud Familiar en Chile, es importante considerar todas las problemáticas de salud que afecten a la mujer y sus familias, una de estas es la disfunción sexual, la que involucra directamente a la pareja provocando en sus integrantes una inestabilidad emocional, que afecta tanto a la mujer como a su compañero/a sexual.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio Observacional Descriptivo Correlacional, comprendido entre los meses de Septiembre y Octubre del año 2015, en el CESFAM Tucapel de la Ciudad de Concepción. De un universo de 834 mujeres de entre 20 y 34 años adscritas al programa de regulación de la fertilidad, del CESFAM Tucapel de la ciudad de Concepción, Chile; se aplicó una encuesta a 124 usuarias que acudieron a control y que aceptaron participar del estudio de manera voluntaria.

Se excluyó del estudio a las mujeres embarazadas.

Para la obtención de los datos se utiliza un instrumento diseñado por el médico urólogo y sexólogo chileno Juan López de Santa María Gaymer, el cual ha sido adaptado a la población en estudio, al que se le incluyó el domino Orgasmo del instrumento "Dominios Evaluadores de Actividad Sexual" (DEAS). La encuesta cuenta con 39 preguntas, que se dividen en 6 ítems dentro de los cuales se incluyen antecedentes generales; antecedentes mórbidos; antecedentes personales; antecedentes vida sexual; características de la relación sexual y antecedentes y características del orgasmo.

El protocolo de estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Servicio de Salud Concepción y previo a la aplicación de la encuesta, se solicitó el consentimiento informado a cada participante.

RESULTADOS

El análisis de datos se realiza a través de un análisis descriptivo tomando las frecuencias absolutas, y un análisis bivariado sometido a chi cuadrado a través del programa infostat.

Para el primer objetivo, relacionado con el perfil sociodemográfico, la variable edad considera un rango entre los 20 a 34 años. En el intervalo 20 a 24 años se encuentra la mayor cantidad de muestra, representado por un 40,32%. En la variable escolaridad, en general, se encuentra un alto índice de escolaridad para la población muestreada, destacando la enseñanza media completa y la técnica superior, obteniendo un mismo porcentaje de 29,84%. Para el estado civil,

destacan aquellas mujeres solteras, que corresponden a un 23,53%, le según las

mujeres convivientes en un 29,03% y las casadas en un 17,74% (Tabla 1).

Tabla 1: Distribución numérica y porcentual de las características sociodemográficas

Grupo	Edad	Escolaridad		Estado civil	
	N=124 (%)	Nivel	N=124	Situación	N=124
20-24	50 (40.32%)	Básica Incompleta	8 (6.45%)	Soltera	66 (53.23%)
25-29	36 (29.03%)	Básica Completa	5 (4.03%)	Casada	22 (17.74%)
30-34	38 (30.65%)	Media Incompleta	14 (11.29%)	Conviviente	36 (29.03%)
		Media Completa	37 (29,84%)		
		Técnico Superior	37 (29.84%)		
		Universitaria	23 (18.55%)		

Para la determinación del estado de función orgásmica se usan los Dominios Evaluadores de la Actividad Sexual. Del total de la muestra, el 83,1% presenta una

función normal, el 7,3% una alteración moderada, el 0,8% una alteración severa y el 4% una anorgasmia primaria (Tabla 2).

Función Normal		Alteración Moderada		Alteración Severa		Sin Actividad Sexual		Anorgasmia	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
103	83.1	9	7.3	1	0.8	6	4.8	5	4.0

Tabla 2: Distribución numérica y porcentual del estado de la función orgásmica.

En relación a la frecuencia del orgasmo en las relaciones sexuales la el grupo en estudio manifiesta que el 42,02%, casi todas las veces que tienen relaciones sexuales, el orgasmo está presente, frente a

un 27,73% que indica que todas las veces que mantiene relaciones sexuales tiene un orgasmo, ambas respuestas representan un 69,75% de la presencia en estos dos ámbitos mencionados (Figura 1).

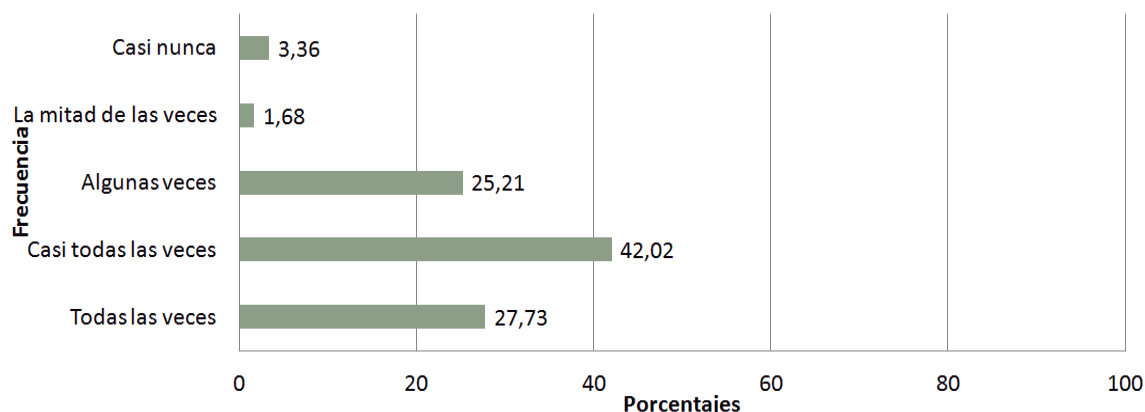


Figura 1: Frecuencia del orgasmo en las relaciones sexuales

Respecto a las variables asociadas, por ejemplo pareja estable y satisfacción sexual se encuentra significancia estadística asociada a la presencia de orgasmo. Un

90,2% de las mujeres que tiene pareja estable, tiene función orgásmica normal y el 22,7% de quienes no tienen pareja estable y tienen algún tipo de disfunción. (Tabla 3.1).

Tabla 3.1: Distribución numérica y porcentual de variables pareja estable y función orgásmica.

	Función normal		Alteración moderada		Alteración severa		Sin actividad sexual		Anorgasmia		p-valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Pareja estable											<0,0001
Si	92	90,2	8	7,84	0	0	0	0	2	1,96	
No	11	50	1	4,55	1	4,55	6	27,27	3	13,64	
Total	103	83,06	9	7,26	1	0,81	6	4,84	5	4,03	

La satisfacción sexual también tiene una significancia estadística, ya que las mujeres que tienen una función orgásmica normal se sienten sexualmente satisfechas en un 91%, lo que llama la atención es que

las mujeres que refieren una anorgasmia primaria se sienten satisfechas sexualmente en un 60%, un porcentaje que es alto frente a esa problemática (Tabla 3.2)

Tabla 3.2: Distribución numérica y porcentual de Satisfacción Sexual asociado a la función orgásmica.

		Función Normal		Alteración Moderada		Alteración Severa		Sin Actividad Sexual		Anorgasmia		P*
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
		103	83.1	9	7.3	1	0.8	6	4.8	5	4.0	
Satisfacción Sexual	Si	94	91	3	33	0	0	5	83	3	60	<0.0001
	No	9	9	6	67	1	100	1	17	2	40	

Otros factores asociados son el deseo que tiene una significancia estadística también importante. Lo que se destaca con respecto a la percepción del deseo como

regular en las mujeres con una función orgásmica normal es de un 52% y aquellas que refieren anorgasmia la percepción del deseo como malo alcanza al 60% (Tabla 3.3)

Tabla 3.3: Distribución numérica y porcentual de factor deseo asociado a la función orgásmica.

		Función Normal		Alteración Moderada		Alteración Severa		Sin Actividad Sexual		Anorgasmia		P*
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
		103	83.1	9	7.3	1	0.8	6	4.8	5	4.0	
Deseo	Malo	10	10	1	11	0	0	3	50	3	60	0,0006
	Regular	54	52	5	56	1	100	3	50	1	20	
	Bueno	39	38	3	33	0	0	0	0	1	20	

Finalmente con respecto al abuso, el 19,3% del total de las mujeres muestreadas tienen un historial de abuso de las cuales un

16,6% presenta algún tipo de disfunción orgásmica.

Tabla 3.4: Distribución numérica y porcentual de factor abuso sexual asociado a la función orgásmica.

		Función Normal		Alteración Moderada		Alteración Severa		Sin Actividad Sexual		Anorgasmia		P*
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
				103	83.1	9	7.3	1	0.8	6	4.8	
Abuso Sexual	Si	18	17	2	22	0	0	2	33	2	40	0.6203
	No	85	83	7	78	1	100	4	67	3	60	

DISCUSIÓN

Los hallazgos relevantes de este estudio revelan que un 4,0% de las mujeres en una edad promedio de 20-24 años, tienen ausencia de orgasmo. De acuerdo a esto Uribe. J ⁽⁹⁾ el 3,3% manifestó tener anorgasmia, para una población con una media de edad de 23 años.

Respecto a la frecuencia de orgasmo en las relaciones sexuales; Navarro. B, et al. en España el año 2010, evaluó a mujeres entre 18 y 29 años, donde ellas refirieron tener orgasmo casi todas las veces o todas las veces en el 77,1% de las ocasiones que mantenían relaciones sexuales. Consistente con la presente investigación, donde el 69.75% de las encuestadas refieren obtener

el orgasmo siempre o casi siempre que mantienen relaciones sexuales. ⁽¹⁰⁾

En relación a los factores asociados E. Armstrong ⁽¹¹⁾ afirmó que el 75% de las mujeres que tenían relaciones con una pareja estable podían lograr el orgasmo, mayor es el porcentaje encontrado en este estudio donde el 90,2% de las mujeres que tenía pareja estable tenía una función del orgasmo normal y un porcentaje no menor (22,7%) presenta algún tipo de disfunción orgásmica. Esto demuestra que tener pareja estable se relaciona con la capacidad para obtener o no el orgasmo. ⁽¹¹⁾

El 91% de nuestra muestra tenía función normal y se consideraba satisfecha sexualmente. Del 100% de mujeres que padecían anorgasmia primaria el 60% decía

sentirse satisfecha sexualmente. Distinto a esto Tadayon M., indicó que un 52,2% de las mujeres que tienen una anorgasmia primaria se sienten insatisfechas sexualmente⁽¹²⁾. Frente a esto se puede comprender ampliamente que la satisfacción sexual no solo depende de la presencia o ausencia de orgasmo, reafirmando que múltiples factores influyen en esta variable.

En la percepción propia del deseo, las mujeres ya sea con función normal, alteración moderada y severa; siendo los porcentajes 52%, 56% y 100% respectivamente; percibe su deseo en un nivel regular. Sin embargo un estudio que se publicó en la Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, donde se indicó que un 38% de las mujeres que asisten a la consulta de sexualidad humana refiere tener su deseo sexual hipoactivo.⁽¹³⁾

Por último en relación a la historia de abuso sexual en Brasil el año 2013 se encontró que la prevalencia de la historia de abuso 6,5% sin tener significancia estadística con la disfunción sexual global⁽⁶⁾. Aún así, sí existía significancia estadística entre la historia de abuso sexual y alguna disfunción sexual subtipo. En este estudio la anorgasmia primaria alcanza al 16,6%.⁽⁶⁾

CONCLUSIONES

Se encuentra una baja prevalencia de alteración en la función orgásmica de mujeres que están adscritas al programa de regulación de la fecundidad en el CESFAM TUCAPEL durante el año 2015.

Según los resultados de este estudio la presencia o no de una pareja estable se relacionaría con algún tipo de disfunción orgásmica.

Las mujeres con estado de la función orgásmica normal se encuentran más satisfechas sexualmente que aquellas que presentan una alteración moderada o severa.

Dentro de los factores que se relacionan con la presencia o ausencia de orgasmo en la relación sexual, corresponden a deseo sexual, satisfacción sexual, pareja estable y antecedentes de abuso sexual. Las variables deseo y satisfacción sexual tienen significancia estadística como factor asociado al estado de la función orgásmica.

Es necesario profundizar en el estudio de otras variables que pudieran relacionarse con las disfunciones del orgasmo en este segmento de la población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Calvo M. Sexualidad atlética o erotismo. 1era ed. Barcelona: Icaria Editorial S.A, 2008
2. Salud sexual OMS.org. [internet].
3. U.S National Library of Medicine [internet]. NIH Medline plus, the magazine: Orgasm Female. <http://www.nlm.nih.gov/orgasmfemale/>
4. Arias L, Vásquez M L, Dueñas E P, García L M, Tejada E L. Comportamiento sexual y erotismo en estudiantes universitarios, Cali, Colombia. Colomb Med. 2011; 42:309-318.

5. Latif E Z, Diamond M P. Arriving at the diagnosis of female sexual dysfunction. *Fertility and Sterility*. 2013; 100 (4): 898-904
6. Rivero B, Magalhães A, Mota I. Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva – prevalência e fatores associados. *Rev Port Med Geral Fam*. 2013; 29:16-24.
7. Arcos E, Molina I, Oelrich P. Evaluación de la Función Sexual de Mujeres en Edad Reproductiva. Centro de Salud Familiar Rahue Alto, Osorno. *Cuad Méd Soc (Chile)*. 2006; 46 (4): 274-283.
8. Burri A, Graziottin A. Male Sexual Dysfunction Cross-cultural Differences in Women's Sexuality and Their Perception and Impact of Premature Ejaculation. *Urology* 85. 2015; (1): 118-124.
9. Uribe J F, Gómez M, Quintero M T, Perfil orgásmico en universitarias de ciencias de la salud. *Revista Urología Colombiana* 2013XXIII18-29.
10. Navarro. B, et al. Hábitos, Preferencias y Satisfacción Sexual en Estudiantes Universitarios. *REV Clín Med Fam*. 2010; 3 (3): 150-157.
11. Armstrong. E, England. P, Fogarty. C. Accounting for Women's Orgasm and Sexual Enjoyment in College Hookups and Relationships. *American Sociological Review*. June 2012 vol. 77 no. 3 435-462
12. Tadayon M, Salmani Z, Abedi P. Prevalence and related factors for anorgasmia among reproductive aged women in Hesarak, Iran. *Rev. Cubana Invest Bioméd*. 2011; vol (30):83-86.
13. Aliaga, P.; Ahumada, S.; Villagrán, O.; Santamaría, M.; Manzor, S. Rojas, O. (2000). Disfunciones sexuales: asistencia clínica y factores asociados en ginecología. *Revista Chilena Obstetricia y Ginecología* Vol. LXV N° 6, pp. 442-452

ADAPTACIÓN DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD SEXUAL (2009) PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA

Myriam Ponsa Masana*; Luis Botella García del Cid**; Emilia Sánchez Ruiz*

*Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna. Universitat Ramon Llull. **Facultat de Pedagogia i Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna. Universitat Ramon Llull

myriampm@blanquerna.url.edu

INTRODUCCIÓN

Los términos Salud y Sexualidad han ido evolucionando en los últimos años, pasando de una definición orgánica a visiones más holísticas. En 1994 tuvo lugar en el Cairo la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas (CIPD) donde se introdujo el término de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), dejando atrás ciertas concepciones reduccionistas existentes hasta el momento. Fue en 1996 cuando el Parlamento Europeo adoptó formalmente en el Plan de Acción sobre Población y Desarrollo del Cairo este enfoque holístico de la Salud Sexual, y consecuentemente de los derechos sexuales y reproductivos.

La Salud Sexual debería acompañarnos a lo largo de toda la vida; permitiendo vivir la sexualidad de una manera integral, autónoma, igualitaria, satisfactoria y respetuosa, sin discriminación de ningún tipo, para disfrutar de los sentimientos, las emociones y la libertad de decidir nuestro comportamiento sexual. Pero, cuando nos preguntamos sobre la Salud Sexual de las personas con discapacidad física, nos damos cuenta que debemos abandonar los tabúes y crear conocimiento, para que el

entorno profesional, parental y/o social deje de trivializar su situación (Diserens, 2006).

Los conceptos y expresiones para referirse a las personas que, debido a un déficit o anomalía en una estructura o función corporal, presentan una ausencia o limitación física o psíquica han ido evolucionando. En mayo de 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) sustituyó la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM. 1980) por la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF. 2001) por deficiencia, limitaciones en las actividades y restricciones en la participación, respectivamente.

Actualmente, la forma más ampliamente aceptada para recoger todos los tipos de discapacitados (de causa psíquica, orgánica, sensorial y/o física) es el término "persona con discapacidad". Pero, el debate sobre qué término es el más adecuado, sigue abierto entre las instituciones, los profesionales, el mundo científico y la población. Un ejemplo claro es el término "Hombres y mujeres con diversidad funcional" que fue propuesto en el Foro de Vida Independiente, en enero de 2005, sugiriendo el uso de un modelo inclusivo con la diversidad y la

equiparación de oportunidades, que sustituya aquellos términos con una semántica que podría considerarse peyorativa, como por ejemplo "discapacitado" o "minusvalía".

Para obtener información oficial sobre la población con discapacidad en España hay que referirse a la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD, 2008), que realizó el Instituto Nacional de Estadística (INE), donde se obtuvo que el número total de personas que declaran tener alguna discapacidad, residentes en hogares españoles, asciende a 3.847.900 (8,5% de la población).

Hay que recordar que la Declaración del 13º Congreso Mundial de Sexología (1997) manifestó la necesidad de tener cura de la Salud Sexual de las personas, siendo una obligación del profesional y un derecho del paciente. La Salud Sexual es un derecho fundamental y universal que tiene que ser reconocido, respetado, ejercido, promovido y defendido por las sociedades, es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social. A menudo, las personas que presentan una discapacidad física/diversidad funcional no forman parte de los estándares sociales relacionados con la imagen, la funcionalidad o la autonomía para obtener una satisfacción sexual (Castillo, 2010).

Hubo que esperar hasta el I Plan Integral de Acción para las mujeres con discapacidad, para el trienio 2005-2008, que se introdujera por primera vez una área sobre sexualidad, y se plantearan los siguientes objetivos estratégicos: fomentar

la sensibilización, ofrecer protección, garantizar formación y accesibilidad a los recursos y a la información sexuales, obtener datos estadísticos específicos sobre la sexualidad de las mujeres con discapacidad y toma de decisiones para poder ejercer los derechos sexuales tanto en la vida independiente como institucional.

ANTECEDENTES

Estudiar la Salud sexual de una población es una tarea de gran complejidad. Nos encontramos frente dos palabras de gran contenido conceptual: Salud y Sexualidad. Cada una de ellas está condicionada por un sinnúmero de determinantes de distintas áreas.

La bibliografía nos presenta varios instrumentos para evaluar la función sexual pero, a pesar de querer dar una visión multidimensional de la sexualidad, aspectos como: la educación, el concepto de sexualidad, la percepción de la autoimagen o la discapacidad, son variables con una representación mínima o nula.

Una de las escalas más utilizadas para evaluar la sexualidad de las mujeres con discapacidad es la que diseñaron y validaron Rosen et. al. (2000) la Female Sexual Function Index (FSFI), un cuestionario de 19 ítems que evalúa aspectos como: el deseo, la excitación, la lubricación, el orgasmo, la satisfacción y el dolor. Ha sido utilizada por Matzaroglou, Assimakopoulos, Panagiotopoulos y Kasimatis (2005) en 39 mujeres con lesión medular cervical grave, por Tikiz, Muezzinoglu, Pirildar, Taskin, Feriado y Tuzun (2005) en mujeres con fibromialgia,

por Tzortzis et. al. (2008) en mujeres diagnosticadas de esclerosis múltiple y por Lee et. al. (2015) en una muestra de sujetos con espina bífida.

Pero, si se quiere ser más eficaz en los planes de intervención hace falta más que un diagnóstico de disfunción sexual. Hay que conocer la población diana, cómo han vivido y viven su sexualidad. En esta línea, Rodríguez (2014) realizó un estudio descriptivo sobre los cambios sexuales que habían sufrido los hombres con lesión medular, en una muestra de 50 hombres, a partir de una entrevista clínica y un examen físico exhaustivo que incluyó la escala de American Association Spinal Injuries.

Como referente en el estudio de la Salud Sexual de la población en general, se dispone de la Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009 (Observatorio de Salud de la Mujer, 2009) que se creó a partir de la revisión de estudios realizados por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), el Instituto Nacional de Estadística (INE), estudios de la Comunidad Valenciana y de países como Irlanda, Inglaterra y Francia. Esta encuesta ofrece un conocimiento muy amplio sobre la Salud Sexual, en relación a otras encuestas existentes, como las de Irlanda, Francia o Suecia, y supuso dos saltos cualitativos importantes: la inclusión de género en el diseño y una visión más integral de la sexualidad.

El objetivo principal de la ENSS (2009) fue la obtención de información en relación a la Salud Sexual de la población española, para poder identificar, dentro de

los distintos ámbitos relacionados con la salud sexual, cuales son las necesidades, y plantear acciones, dentro el eje de Salud Sexual de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Sistema Nacional de Salud.

La ENSS (2009) es un cuestionario 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 les gustaría obtenerla; las experiencias sexuales de las personas 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 discapacidad y fantasías sexuales; las posibles fuentes de satisfacción e insatisfacción sexual; y las consultas realizadas a personas del 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, recoge las propias de los estudios del CIS y las propuestas por la OSM (trabajo no remunerado, labores de cuidado de otras personas sin remuneración, número de horas dedicadas a estas labores, 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. En el análisis posterior se observó: que los entrevistados partían de su propia concepción de relaciones sexuales; que debido a la longitud del cuestionario se podía perder la referencia temporal de las preguntas; que existía cierta confusión en los sujetos transexuales; que la mayoría de entrevistados no diferenciaban entre violaciones y relaciones sexuales en contra de su voluntad; y que el hecho que fuera necesario la presencia de otra persona para el cumplimiento del cuestionario pudo disminuir el nivel de sinceridad en las respuestas. Se aplicó a la población española, mayor de 16 años.

Dentro de la ENSS (2009) se hace referencia a la discapacidad únicamente en las preguntas 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 enfermedad neurológica (ej.: esclerosis múltiple), 48 (1%) hombres y 110 (2,2%) mujeres. Según las cifras de la Base Estatal de Datos de Personas con valoración del Grado de Discapacidad (INE, 2014), 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).

El actual II Plan Integral de Acción de Mujeres con discapacidad 2013-2016 pone

de manifiesto los obstáculos que todavía tienen las mujeres con discapacidad para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. Ilustra su lucha para eliminar el prejuicio de asexualidad, hipersexualidad o infantilización, que pueda tener la sociedad hacia las personas con discapacidad, y recuerda el riesgo de abusos sexuales que pueden estar sufriendo.

Por estas razones, se creyó necesario ampliar y modificar la ENSS (2009) para adaptarla a la población con discapacidad física y obtener mayor información fidedigna sobre la Salud Sexual de este colectivo.

Objetivo: Adaptar la Encuesta Nacional de Salud Sexual (2009) a la población con discapacidad física.

METODOLOGÍA

Para poder adaptar la Encuesta Nacional de Salud Sexual (2009) a la población con discapacidad física se contó con un equipo de expertos en sexología, psicología, investigación y representantes de distintos colectivos de personas con discapacidad física.

Se decidió cómo ubicar temporalmente las preguntas en relación al momento de la adquisición de la limitación física, en que punto era mejor presentar el grupo de preguntas relacionadas con la percepción de la sexualidad, que ítems debían ser eliminados por su inadecuación, que ítems podían ser añadidos por no estar presentes en la ENSS (2009) y que ítems

eran necesarios para entender mejor la limitaciones físicas de los sujetos.

La encuesta modificada se pasó por el proceso de traducción y retro-traducción, a la lengua catalana, ya que sería la población en la que se iniciarían las pruebas piloto.

A continuación, se realizó el proceso de digitalización, para poder enviar la encuesta vía e-mail a los domicilios, permitiendo así que los sujetos con limitaciones motoras pudieran responder con sus propios dispositivos y mantener su intimidad.

Una vez diseñada, traducida y digitalizada pasó a denominarse *Enquesta de Salut Sexual per Persones amb Discapacitat Física* (ESSPDF, 2016); y se realizó la primera prueba piloto, a 5 sujetos con discapacidad física, para poder obtener un feedback del contenido de las preguntas y posibles respuestas. Se recogieron sus comentarios y se hicieron pequeñas correcciones.

Seguidamente, debido a la complejidad de la encuesta, al tratarse de preguntas condicionadas que generan distintos circuitos, se realizó una segunda prueba piloto, en 25 sujetos, para comprobar el procesamiento de codificación, validación y tabulación de las respuestas.

Finalmente, la Comissió de Ètica i Recerca de la Facultat de Ciències de la Salut evaluó de forma positiva la adecuación de la encuesta en relación a su objetivo, contenido y recogida de datos.

RESULTADOS

La *Enquesta de Salut Sexual per persones amb discapacitat física 2016* (ESSPDF) es el resultado de la modificación y ampliación de la Encuesta Nacional de Salud Sexual (2009).

Uno de los primeros puntos, y el más importante, fue modificar las referencias temporales de ciertos enunciados, para que el sujeto pudiera situarse desde el momento de la adquisición de la limitación; ya que hablaríamos de una posible nueva vivencia sexual. Y así pudiera responder a las preguntas: cómo fue su primera relación sexual y las relaciones sexuales durante los últimos 12 meses.

Hemos de tener en cuenta que no todos los sujetos deberán responder al total de preguntas de la encuesta, ya que los circuitos están condicionados y existen subpreguntas.

Debido a la extensión de la encuesta se decidió presentar la secuencia de los distintos apartados, de este modo el sujeto podía tener conocimiento del punto de la encuesta en el que se encontraba. Los apartados se presentaron de la siguiente manera:

La encuesta tiene 5 partes:

- 1.- Conocer el tipo de educación y socialización sexual una vez adquirida la discapacidad/diversidad funcional.
- 2.- Conocer los aspectos relacionados con su percepción de la sexualidad.
- 3.- Conocer sus experiencias sexuales una vez adquirida la discapacidad/diversidad funcional.

- 3.1.- Si es su caso, conocer cómo fue su primera relación sexual una vez adquirida la discapacidad/ diversidad funcional
- 3.2.- Si es su caso, conocer cómo han sido sus relaciones en los 12 últimos meses.
- 4.- Conocer aspectos generales sobre su estado de salud
- 5.- Conocer aspectos sociodemográficos.

En la figura 1 y figura 2 se presentan el circuito general de la ENSS (2009) y el circuito general de la ESSPDF (2016) respectivamente, para poder hacer una comparación de los cambios que se han realizado.

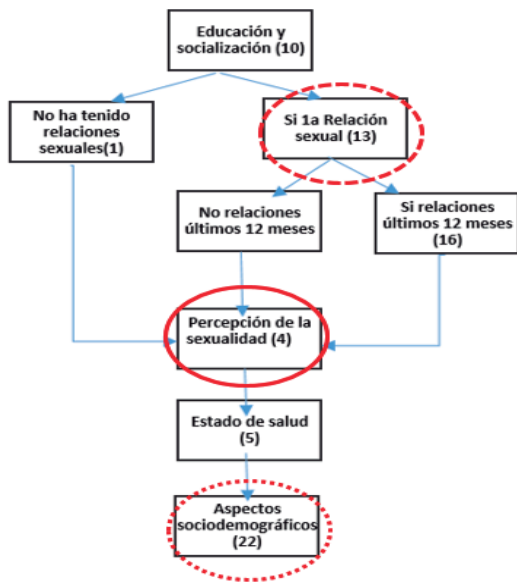


Figura 1. Circuito general de la ENSS (2009)

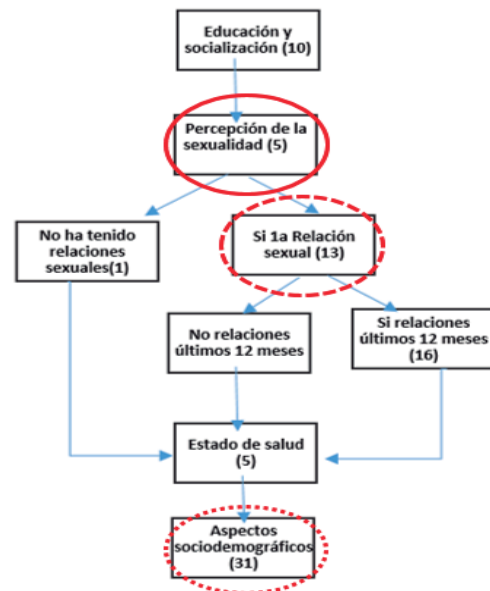


Figura 2. Circuito general de la ESSPDF (2016)

Podemos observar cómo se mantuvieron el mismo grupo de apartados, pero las modificaciones se realizaron en su orden y cantidad de preguntas.

El apartado “Percepción de la sexualidad” se ubicó a continuación del apartado “Educación y Socialización”, debido a que en la prueba piloto los sujetos consideraron confuso este ir y venir de aspectos más generales que presentaba la ENSS (2009). En este mismo apartado se añadió una pregunta en relación a la

masturbación, por considerarse que es parte de la sexualidad individual.

En el apartado “Sí, 1ª Relación sexual” se han eliminado las preguntas en relación a abusos sexuales y se mantuvo únicamente la pregunta sobre haber mantenido relaciones sexuales en contra de su voluntad, debido que el propio análisis de la ENSS (2009) consideró que la mayoría de sujetos no diferenciaban ambas situaciones. No se observa diferencia en el

número de preguntas, porque se trata de una subpregunta.

En el apartado “Aspectos sociodemográficos” se eliminó las preguntas referentes al tener cuidado de los demás, porque se consideró que el grado de autonomía se valoraba a continuación de forma más extensa y quedaba redundante. Y se añadieron preguntas relacionadas con el tipo de lesión, el momento en que se adquirió, el grado de autonomía y de sensibilidad, aumentando en este apartado el número de preguntas.

Por tanto, la ENSS (2009) tiene un mínimo de 42 y un máximo de 70; y en la ESSPDF (2016) tiene un mínimo de 52 y un máximo de 81, sin tener en cuenta las subpreguntas. El tiempo aproximado de respuesta de la ESSPDF (2016) oscila entre 20 y 40 minutos.

Debido a que la población inicial para la puesta a punto de la encuesta se realizaba en Cataluña se tuvo que traducir al catalán.

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, y se digitalizó, para poder enviar la encuesta vía e-mail a los domicilios, permitiendo a los sujetos con limitaciones motoras poder responder con sus propios dispositivos. Además, dada la longitud de la encuesta, el programa también permite guardar los datos y continuar cuando la persona lo desee. El servidor utilizado para recoger y procesar los datos garantiza el anonimato de los sujetos que han respondido a la encuesta, manteniendo la confidencialidad.

LIMITACIONES

A pesar de haber reducido ciertas limitaciones, que ya se observaron en la ENSS(2009), como: posicionar al sujeto en el marco conceptual de las relaciones sexuales desde un sentido amplio, evitar la confusión entre violación y abuso sexual, aumentar preguntas para recoger mayores situaciones sexuales que se puedan dar, y permitir una mayor intimidad en la respuesta del cuestionario; siguen existiendo ciertas limitaciones en la ESSPDF (2016), como: la confusión en designar la transexualidad, la posible dificultad en la comprensión de algunos términos por parte de los participantes que reciben la encuesta, y la longitud de la encuesta.

La ESSPDF (2016) nos permitirá tener una idea más concreta sobre la salud sexual de la población con discapacidad física, ayudándonos a tomar las decisiones necesarias en los distintos ámbitos relacionados con la Salud Sexual, ya sea desde la sanidad, la educación, los derechos humanos, etc.

Tanto la ENSS (2009) como la ESSPDF (2016) nos aportan datos estadísticos sobre estas poblaciones, pero si queremos acercarnos a la Salud Sexual de los individuos, hemos de considerar la investigación cualitativa como un camino a tener presente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Castillo, J. (2010) El problema sexual de las personas con discapacidad. ¿Ficción o realidad? *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*. 244, 148.
- Cayo, L. (2005). *I Plan Integral de Acción para Mujeres con Discapacidad*. Madrid: Comité

- Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI)
 Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006). Nueva York. Recuperado de: <http://www.boe.es/boe/dias/2008/04/21/pdfs/A20648-20659.pdf>
- Declaración del 13.º Congreso Mundial de Sexología (1997) Valencia, España. Revisado y aprobado por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS) el 26 de agosto de 1999 en el XV Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, República Popular China.
- Diserens, C.A. (2006). Sexualité et handicaps d'abord femmes et hommes, avant le handicap. *Proinfirmis*. Recuperado de: http://www.proinfirmis.ch/fileadmin/user_upload/pdf/Hintergruende/Franzoesisch/sexualite_handicap.pdf
- Institut de Estadística de Catalunya. (2011). *Enquesta de discapacitat, autonomia personal i situacions de dependència 2008*. Recuperat de: <http://idescat.cat/pub/edad>
- Instituto Nacional de Estadística. (2009). *Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008*. Recuperat de: http://www.ine.es/prodyser/micro_disca.htm
- Instituto Nacional de Estadística. (2014). *Base estatal de datos de Personas con valoración del grado de discapacidad (2014)* Recuperado de: http://imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/bd_estatal_pcd/index.htm
- Lee, N.G., Andrews, E, Rosoklija, I., Logvinenko, T., Johnson, E.K., Oates, et al. (2015) The effect of spinal cord level on sexual function in the spina bifida population. *Journal of Pediatric Urology*. Received: November 3, 2014; Accepted: February 5, 2015; Published Online: March 14, 2015
- Matzaroglou, C., Assimakopoulos, K., Panagiotopoulos, E. i Kasimatis, G. (2005) Sexual function in females with severe cervical spinal cord injuries: a controlled study with the Female Sexual Function Index. *International Journal of Rehabilitation Research*, 28(4), 375-377.
- Naciones Unidas (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. El Cairo.
https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf
- Observatorio de Salud de la Mujer (2009) *Encuesta Nacional de Salud Sexual*. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Parlamento Europeo (1996) Plan de Acción sobre Población y Desarrollo. El Cairo. <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A4-1996-0152+0+DOC+XML+V0//ES>
- Peláez A. i Villarino P. (2013) *II Plan Integral de Acción para Mujeres con Discapacidad*. Madrid: Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI)
- Rodríguez, R., Mauricio, R., Jiménez, RM., Cordero, R., Brunet, D.i Macías, Y. (2014) Conducta sexual en hombres con lesión medular traumática. *Gac Méd Espirit*; 16(1); 12-19; 2014-04
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., et al. (2000) The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 26(2), 191-208.
- Tikiz, C., Muezzinoglu, T., Pirildar, T., Taskin, Eo., Firat, A i Tuzun, C. (2005). Sexual dysfunction in female subjects with fibromyalgia. *The journal of urology*, 174(2), 620-623.
- Tzortzis, V, Skriapas, K., Hadjigeorgiou, G., Mitsogiannis, I., Aggelakis, K., Gravas, et al. (2008) Sexual dysfunction in newly diagnosed multiple sclerosis women. *Multiple Sclerosis*, 14, 561-563

O TRABALHO E AS RELAÇÕES DE CASAIS

Angela Riffel Stockmann¹ y Maria Lúcia Badalotti Tavares¹
stockmann_ld@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Com o processo da globalização é possível perceber mudanças e transformações nos mais variados aspectos do mundo, sejam na esfera social, familiar, institucional ou tecnológica. Essas mudanças geram necessidades novas, sejam de consumo, comportamentais ou tecnológicas e fazem com que as pessoas necessitem adequar-se ao sistema que se impõe, alterando significativamente o modo de viver. Atualmente é comum encontrar casais que possuem um ou mais empregos devido à necessidade de se manter um padrão socioeconômico, pautado no capitalismo e consumismo, forçados a adequarem-se as exigências sócias contemporâneas. Como consequência do excesso de trabalho percebe-se um aumento gradativo de queixas de pessoas que sofrem de estresse devido à sobrecarga de trabalho, esse comportamento pode gerar conflitos e desequilíbrio na família, no relacionamento conjugal, no trabalho e no ambiente social justificando dessa forma a importância do estudo dessa pesquisa.

Afinal, no atual cenário social, onde ambos os cônjuges trabalham e são submetidos a uma gama elevada e exaustiva de exigências laborais, é fundamental reconhecer os reflexos provocados por esse fenômeno. A questão aqui é: Como os casais que trabalham em excesso mantêm a harmonia e a homeostase no relacionamento conjugal?

ESTRESSE: O GRANDE VILÃO DO SÉCULO XXI

De acordo com Lipp (2000, p. 12), “a palavra estresse é de origem latina, usada pela primeira vez no âmbito da saúde mental no ano de 1926 por Dr. Hans Selye para descrever um estado patogênico do organismo. Diante deste fenômeno Hans Selye, desenvolveu e descreveu a Síndrome Geral da Adaptação (SAG) a partir de três fases correspondentes. A primeira é a fase de alarme, onde após receber o estímulo estressor tende a responder através da excitação de agressão ou fuga (luta ou fuga), conhecida como um processo de adaptação. A segunda fase é a fase da resistência, no qual a pessoa não consegue assimilar e elaborar os efeitos do agente estressor, levando-o a resistência. A terceira caracteriza-se como a fase da exaustão que consiste no excesso de atividades e alto consumo de energia, reagindo de forma a externalizar o problema na forma de doenças orgânicas.

Para França e Rodrigues (2002, p. 34), no âmbito do trabalho, o estresse é percebido como uma ameaça à realização pessoal/profissional ou da saúde, prejudicando a interação com o ambiente de trabalho, geralmente ocorre quando a demanda excede os recursos disponíveis.

Conforme Silva e Cardoso (1998, p. 36-37), os sintomas mais frequentes desencadeados pelo alto nível de exposição

ao estresse são: cansaço físico e mental, nervosismo, irritabilidade, ansiedade, insônia, dificuldade de concentração, respiração ansiosa, palpitações, pressão arterial alta, falhas de memória, tristeza, dores musculares sem causa orgânica, dores de cabeça, medo, indecisão, mãos frias e suadas, distúrbios de apetite, pesadelos, sentimentos de raiva, dificuldades sexuais, baixa autoestima, sentimento de solidão, maior consumo de álcool, fumo e drogas, emoções e choro fácil.

A INFLUÊNCIA DA COMUNICAÇÃO NO SISTEMA FAMILIAR

Percebe-se que a organização das famílias sofre transformações no decorrer da história do ser humano e a essa é atribuída o caráter conservador e social. Afinal, é o primeiro espaço de mediação de qualquer indivíduo com a sociedade, onde se aprende os hábitos e costumes da cultura (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2008, p. 238). O nascimento de um filho normalmente é algo marcante na vida do casal, porém apesar de ser algo normal do ciclo da vida familiar, pode vir a ser um fator de estresse por ser um fenômeno gerador de grandes e profundas transformações, exigindo do casal adequar-se à nova condição, além de marido e mulher, o casal passa agora também a ocupar o papel de pai e mãe. Tendo que necessariamente adequar-se e reorganizar sua vida pessoal, conjugal, familiar, profissional e social.

No mundo moderno e globalizado ao qual se insere o cenário social atualmente,

cada vez mais se enfatiza a importância da comunicação. Segundo Tonet (2009, p. 1), “A comunicação nos relacionamentos conjugais é uma ferramenta indispensável para a construção do bem-estar psíquico do indivíduo.” Ela é fundamental para que o casal possa ter um bom relacionamento, pois propicia a troca de ideias, o planejamento de projetos familiares, permite que ambos expressem seus diferentes pontos de vista, exigindo paciência, autocontrole e respeito sendo que alguns sentimentos como ansiedade, irritação e raiva que podem estar presentes quando o casal trabalha muito afetam a comunicação favorecendo situações de discórdia entre o casal. Rosset (2004, p. 28-29) ao discorrer sobre hábitos que dificultam a comunicação destaca que: interromper o parceiro quando está falando e especular sobre o que o parceiro está sentindo ou pensando quando este tenta falar sobre seu real problema. Aratangy (2002) *apud* Bereza, E.A. et al., (2005, p.33) diz que as pessoas evitam falar sobre assuntos que constroem e emitem insegurança, como exemplo falar de sexo, o que evidencia falar sobre si próprio.

A VIDA A DOIS: EMAMORAMENTO E SEXUALIDADE

Contemporaneamente pode se observar que os relacionamentos conjugais estão sofrendo cada vez mais com o impacto das diversas mudanças que ocorrem em detrimento à globalização, propiciando ao conflito e a desestruturação dos pilares que estruturam o sistema familiar. Braz (2010, p. 12) afirma que o

relacionamento conjugal está intimamente ligado à saúde e a qualidade de vida no decorrer do ciclo vital, porém a duração do casamento não se deve a satisfação e reciprocidade entre ambos, mas a necessidade de estar na companhia um do outro, por uma questão de comodidade, costume, por não conseguir desvincular-se um do outro. Na atualidade é comum encontrar casais onde os dois possuem um ou mais empregos devido à necessidade em se manter um padrão socioeconômico, pautado no capitalismo e consumismo, forçados a adequarem-se as exigências sócias contemporâneas.

Segundo Rosset (2004, p. 31) descreve que “Uma boa vida sexual não é garantia que o casal não terá problemas em outras áreas”, porém facilita a resolução dos possíveis conflitos conjugais que possam eventualmente surgir no dia-a-dia.

Ferreira (2013, p.1) destaca os principais indicadores que promovem ou perturbam a intimidade e o desejo sexual, é o impacto produzido pela atividade laboral, parentalidade e as saídas do casal para fora do ambiente familiar. Para a autora os fenômenos que mais se destacam são o estresse, falta de tempo e fadiga, tendo como campo originário o trabalho e o apoio para com os filhos, rotina ou monotonia e conflitos.

MÉTODO

Com o propósito de descrever como a excessiva e exaustiva rotina de trabalho e o estresse laboral refletem sobre a qualidade de vida conjugal, bem como procurar verificar como ocorre à comunicação entre o

casal e a importância do apoio conjugal para a redução do estresse laboral, optou-se por utilizar neste trabalho o método fenomenológico, que procura resgatar o mundo da vida cotidiana, partindo da compreensão do nosso viver, sem que se tenha algum conceito pré-formado, permitindo ao pesquisador ver o cotidiano das pessoas na sua vida diária no modo como se apresenta, possibilitando a apropriação do conhecimento através do modo de ser do elemento investigado. De nível exploratório, qualitativo e quantitativo, através de um estudo de campo onde utilizou-se como ferramenta de pesquisa a entrevista semi estruturada. A amostra foi constituída por dez casais (dez homens e dez mulheres), heterossexuais, indiferente da classe social, com mais de cinco anos de casamento, independente de terem ou não filhos.

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Através dos dados socioeconômicos coletados a partir das entrevistas de ambos os sexos pode se perceber que a média de idade das mulheres entrevistadas foi de 34 anos, sendo a de menor idade de 26 anos e a de maior idade de 48 anos. Já a média de idade dos homens foi de 38 anos sendo o mais novo com 29 anos e o mais velho 53 anos.

Nessa pesquisa as mulheres apresentaram um maior nível de instrução do que os homens, três delas trabalham em dois empregos e todas elas cuidam da casa e dos filhos. Dos homens entrevistados, apenas um trabalha em dois empregos. Os casais relataram que o que faz o casamento ser duradouro é o amor, carinho,

compreensão, diálogo, a demonstração constante de afeto, respeito, compreensão e cumplicidade.

As alterações de humor observadas quando seus (as) companheiros (as) trabalham muito são: irritação, falta de paciência e atenção, estresse, mau-humor, nervosismo, cansaço físico, desânimo, inquietação e isolamento.

Sobre a forma de comunicação entre o casal, a grande maioria dos homens e mulheres responderam que o diálogo entre o casal se faz presente e cem por cento deles (homens/mulheres), acreditam que a comunicação é um fator importante para se ter um bom relacionamento, pois proporciona ao casal transparência na relação e facilita a solução de conflitos.

Cem por cento dos casais afirmam que o estresse devido ao excesso de trabalho influencia diretamente na qualidade de vida e relacionamento do casal.

Quanto ao namoro e a sexualidade, 100% dos casais entrevistados acreditam que o namoro é necessário e essencial na vida do casal. Em suas opiniões o momento a dois é importante para que o casal possa reafirmar o amor existente entre eles.

No que se referem à manifestação do desejo sexual quando trabalham em excesso os homens afirmam que o desejo é algo presente, porém este apresenta-se diminuído. Para as mulheres 90% responderam que o desejo sexual quando trabalham em excesso apresenta-se de modo diminuído e 10% afirmam que não existe manifestação de desejo sexual quando se trabalha em excesso. “Quando

trabalho em excesso não se tem desejo sexual, a única coisa que se deseja é descansar”.

Para os homens entrevistados quando se trabalha em excesso relatam que: “O cansaço e as preocupações com o trabalho fazem com que diminua o desejo sexual”. Mas mesmo cansado os homens responderam que procuram suas parceiras para ter relação sexual e relaxar. Observou-se que nas mulheres quando trabalham em excesso o desejo sexual na sua maioria é quase que ausente e procuram não ter contado com seus parceiros.

CONCLUSÃO

Após o término e análise das entrevistas pode se perceber o quanto as opiniões femininas e masculinas divergem sobre alguns questionamentos. Cem por cento dos casais acreditam que a comunicação é importante para haver harmonia e uma boa relação entre o casal, embora muitas vezes não tenham “tempo” para praticá-la. Relataram que o diálogo e a compreensão são fatores importantes para a redução do estresse e de possíveis conflitos que possam resultar da exaustiva e excessiva rotina de trabalho dos entrevistados.

Os homens e as mulheres percebem com nitidez a alteração de comportamento emocionais quando estão trabalhando muito e estressados. As mulheres são mais emotivas e sensíveis do que os homens e mais vulneráveis ao descontrole emocional, bem como trabalham mais e cuidam da casa e dos filhos.

Quanto à manifestação do desejo sexual, os homens após excessiva jornada de trabalho apresentam disposição para terem relação sexual e com isso poderem relaxar enquanto que as mulheres evitam o contato sexual preferindo descansar ou dormir para relaxar.

É importante salientar que o estudo apresentado foi realizado com uma amostra reduzida de pessoas, sendo que as conclusões aqui descritas foram analisadas levando em conta o número de participantes dessa amostragem. Como sugestão para o futuro sugere o aprofundamento dessa pesquisa com um maior número de entrevistados para que sejam analisados e comparados aos dados levantados nessa pesquisa.

REFERÊNCIAS

- BEREZA, E.A.; MARTINS, J.P.; MORESCO, L.; ZANONI, S.H.M.S. A influência da comunicação no relacionamento conjugal. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama*, 9(1), jan./abr. p.31-0, 2005.
- BOCK, Ana M. B.; FURTADO, Odair; TEIXEIRA, Maria de Lourdes T. *Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia*. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.
- BOLZE, Simone Dill Azeredo. Relacionamento conjugal e táticas de resolução de conflito entre casais. Apresentado em: Familiar e Instituto Sistêmico. 22p. 2012.
- BRAZ, Sandra V. Stress, qualidade de vida e mitos conjugais. Dissertação (Mestrado em Psicologia). PUC-Campinas. São Paulo, 2010. 102 p.
- DINIZ, Gláucia. O casamento contemporâneo em revista. In: CARNEIRO, Teresinha Feres (Org.). *Casal e família: permanência e rupturas*. São Paulo-SP. Casa do Psicólogo, p.135-156, 2009.
- FERREIRA, L.C. Intimidade e desejo sexual nas relações de casal: O paradoxo da diferenciação conjugal. 2013. Tese de Doutorado. Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa.
- FRANÇA, Ana C. L.; RODRIGUES, Avelino L. *Stress e Trabalho: uma abordagem psicossomática*. 3. ed. São Paulo; Atlas, 2002.
- HALBESLEBEN, Jonathon R. B.; ZELLARS, Kelly L. Stress e a Interface Trabalho-Família. In: ROSSI, Ana M.; PERREWE, Pamela L.; SAUTER, Steven L. (Org.). *Stress e Qualidade de Vida no Trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional*. São Paulo: Atlas, 2005.
- LIPP, M. E.N. Malagris. *O stress está dentro de você*. 2. Ed- São Paulo: Contexto, 2000.
- PEDROSA, Gustavo. A importância do cônjuge para a redução do stress laboral. [S.I.]: Oficina de Psicologia, 2012. Disponível em: <http://oficinadepsicologia.blogs.sapo.pt/132717.html>. Acesso em: 02/11/2015.
- PERLIN, Giovana; Diniz, Gláucia. Casais que trabalham e são felizes: mito ou realidade? *Psicologia Clínica*. Rio de Janeiro, vol. 17, nº 2, p. 15-29, 2005.
- ROSSET, Solange Maria. *O casal nosso de cada dia*. Curitiba-PR. Ed. Sol, 2004. 171p.;
- ROSSI, Ana M.; PERREWE, Pamela L.; SAUTER, Steven L. (Org.). *Stress e Qualidade de Vida no Trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional*. São Paulo: Atlas, 2005.
- SADIR, Maria A.; BIGNOTTO, Marcia M. LIPP, M. E. N. *Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais*. Campinas, v.20, p.73-81, 2010.
- SILVA, Neto; CARDOSO, Álvaro Duarte. *Stress Ocupacional: uma abordagem pessoal e empresarial*. São Paulo, 1998.

SILVA, Juliana Fernandes da Costa. Estresse ocupacional e suas principais causas e consequências. Apresentado em: Universidade Cândido Mendes. Rio de Janeiro-RJ. 2010.

SPROVIERI, Maria Helena. A importância dos papéis no relacionamento familiar. In: ROSSET, Solange Maria. (Org.). Relações de

casal: tempo, mudança e práticas terapêuticas. Curitiba: Sol, 2005.

TONET, Nvunda. A comunicação no relacionamento conjugal. [S.I.]: Psicólogo Clínico no Hospital Psiquiátrico de Luanda. 2009. Disponível em: http://www.psicologia.pt/artigos/ver_opiniao.php?codigo=AOP0195. Acesso em: 02/11/2015.

TERAPIAS DE ÚLTIMA GENERACIÓN Y TERAPIAS SEXUALES EN SITUACIONES DE ESTRÉS CRÓNICO

Lic. María Bernarda Romero*

marber58@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

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 agravante, 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. Por ejemplo nos encontramos con EMDR (acrónimo en inglés de Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Este modelo, hoy en día es llamado la penicilina de la psicología, como 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 y positiva, así como también, complemento de las terapias sexuales breves. Se conocen también otros modelos, como TIR (Traumatic Incident Reduction), TAT (Técnica de acupresión Tapas) y EFT (Técnica de Liberación Emocional), que nos presentan un panorama alentador hacia el conocimiento de las terapias de última generación.

Sabemos que las Terapias Sexuales son aquellas que entran en el campo de las Psicoterapias breves, focalizadas y de objetivos limitados, que están basadas en el uso de unas cuantas técnicas probadas como eficaces en diferentes marcos ideológicos y variables de acuerdo a la formación del terapeuta.

También sabemos que en la labor diaria del terapeuta se observa que los pacientes son personas que padecen muy diferentes y variados trastornos, y que el origen de sus padecimientos pueden responder a muy distintas circunstancias y que los mismos pueden obtener alivio por medio de diferentes recursos terapéuticos. Por este motivo, hay cada vez más, un número creciente de enfoques integrativos de psicoterapias. Es legítimo afirmar, que en este momento, dicha integración es una realidad que se ha consolidado en el plano de las actitudes científicas profesionales. (Fernández Álvarez, 1992).

La divulgación de las corrientes que apoyan la integración, se observa como un fenómeno compartido por la comunidad de profesionales en relación con la práctica en general y se manifiesta de manera más pronunciada en áreas específicas como en el tratamiento de los trastornos severos. Como ejemplo podemos hablar de algunos de los programas y modelos terapéuticos que más difusión alcanzaron en los últimos años, como son la Terapia Dialéctica Conductual, (Linehan, 1993) y el E.M.D.R. (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), (Norscross & Shapiro, 2002).

Independientemente de cualquier enfoque teórico, una teoría integradora debe tanto dar cuenta de los síntomas o del cambio a nivel de superficie como de los cambios a niveles más profundos, más implícitos. Debe estudiar los procesos de los niveles de sistemas intrapsíquicos, biopsicoaxiosociales, relacionales y familiares. Debe dar cuenta de cambios en el comportamiento, la cognición, las

emociones y las sensaciones de los pacientes.

El procesamiento emocional de sentimientos, creencias e imágenes que el paciente relata es un proceso a través del cual aprendemos y cambiamos. Una apertura a esa experiencia directa ofrece la mejor esperanza de aprendizaje, dominio y formación de ideas positivas y precisas hacia su persona. (Wolfe, 2003)

Argentina viene de una tradición terapéutica muy influida por el pensamiento psicoanalítico en casi todas sus corrientes, que junto a sus aportes positivos trajo una gran polémica en contra de las Psicoterapias breves” (Sapetti, A.)¹⁶.

Esta polémica también fue extendida a las Terapias Sexuales y sumado a esto el trabajo con el modelo EMDR. Pero por suerte hoy en día muchos psicoterapeutas derivan, cada vez más a sus pacientes al Sexólogo, persona especializada en trastornos sexuales, quien en su formación cada vez más integran técnicas y modelos que ayudan a sanar al paciente de una manera más integral y cada vez menos medicalizada.

DESARROLLO

E.M.D.R. es un Modelo de Psicoterapia complejo que integra elementos y componentes exitosos de diferentes enfoques. Utiliza conceptos teóricos de otras teorías psicológicas

¹⁶ www.sexovida.com .Recuperado en el mes de enero de 2008

(procesamiento bioinformacional, conductual, cognitiva, humanística, sistemas familiares y psicodinámica), toma prestado términos y técnicas de varios modelos y los integra de una manera particular. Las investigaciones de los últimos 20 años lo convierten en uno de los tratamientos con mayores estudios de validación científica. En la actualidad EMDR junto a Exposición Prolongada (EP) son los tratamientos de primera elección por su eficacia en el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).

TIR (reducción del impacto traumático) es otro de los abordajes para el tratamiento del Trauma recientemente investigados por el Dr. Charles Figley en la Florida State University. TIR es un tratamiento altamente focalizado, directivo y controlado, y al mismo tiempo centrado en la persona y no interpretativo.

Desarrollado por Frank Gerbode MD y otros (incluyendo a Gerald French), TIR es un procedimiento de desensibilización regresiva para reducir o eliminar las secuelas negativas del impacto de la experiencia traumática. También es muy efectivo en el tratamiento de otros síntomas como ansiedad, depresión, desórdenes de adaptación, somatizaciones, abuso sexual, ansiedad por desempeño sexual, traumas sexuales, etc.

TIR es un método rápido y eficaz (en comparación con la terapia tradicional) para reducir de manera efectiva el estrés traumático de eventos emocionalmente y / o físicamente dolorosas del pasado. Se trata de volver a experimentar traumas del pasado en un entorno completamente

seguro, libre de distracciones, juicios o interpretaciones.

Cuando sucede algo que es física o emocionalmente doloroso, uno tiene la opción de (1) o bien enfrentarse a ella plenamente y sentir el dolor, o (2) tratando de alguna manera de bloquear la conciencia de uno de ellos. En el primer caso, la acción de experimentar (percibir y entender) lo que ha ocurrido se le permite llegar a su finalización y el incidente se convierte en un incidente pasado. Sin embargo, en el segundo caso, se bloquea la acción de experimentar ese incidente. Es decir, uno reprime el incidente, y el incidente (junto con la intención de no experimentarla, y cualesquiera otras intenciones y actividades presentes en el incidente). TIR ayuda al paciente en la primera fase del tratamiento, a Restablecer la Seguridad en sí, está orientada a que el paciente no sólo esté, sino también se sienta a salvo. En esta etapa el paciente siente que puede volver a tener control interno y externo, es decir, garantizar su seguridad, tanto como aprender a manejar los síntomas que interfieren en su vida y conllevan el riesgo de retraumatización.

En la segunda fase, de Rememoración y Duelo, el tratamiento se orienta a que el paciente pueda reconstruir la historia traumática. A causa de su naturaleza, las memorias traumáticas rara vez se presentan linealmente. Los fragmentos, a veces incoherentes, las sensaciones físicas y emocionales, deben transformarse en una narración permitiendo de esta manera la integración bajo la forma de la Memoria Explícita o Narrativa.

Finalmente la tercera fase, o de Reconexión, apunta a reconectar al paciente con la vida, con el presente y el futuro, redefiniéndose a sí mismo en el contexto de relaciones y actividades significativas (E. Cazabat)¹⁷.

EFT Tapping (en español “Técnicas de Liberación Emocional”) es actualmente la herramienta de sanación más utilizada en EEUU. Se estima que la utilizan más de 14 millones de personas. Con EFT se pueden eliminar, problemas emocionales (estrés, depresión, fobias, insomnio, creencias limitantes, bloqueos...) y físicos (tanto dolores puntuales como enfermedades) al reequilibrar el sistema energético del cuerpo.

EFT ha sido descrita como la “acupuntura para las emociones, sin agujas”. Tiene sus raíces en la antigua medicina china.

EFT es una forma de psicoterapia alternativa que está basada en el hecho de que las emociones negativas están causadas por desequilibrios en el campo energético del cuerpo. Lo que se hace para volver a equilibrarlo es lo que en inglés se llama ‘tapping’ (dar golpecitos suaves con los dedos) en los puntos de la acupuntura, mientras el paciente está enfocado en la emoción o asunto a tratar. Con esto se neutraliza la emoción negativa y se activan de forma natural los mecanismos autocurativos y regeneradores del cuerpo. Algunos hombres, experimentan disfunciones eréctiles completas y crónicas,

y otros tienen erecciones parciales o breves. Frecuentemente estas disfunciones eréctiles pueden causar problemas emocionales, mucho dolor y sufrimiento y a menudo conducen a una disminución de la autoestima. Lo mismo sucede con otras disfunciones sexuales¹⁸.

TAT (Técnica de Acupresión), desarrollado en 1993 por Tapas Flemming, acupuntora de California, que encontró una nueva forma de acupresión para ayudar a sus pacientes con alergias. Extendió la técnica usándola además para los problemas psicoemocionales, como trastornos de ansiedad, traumas, duelos, desempeño sexual. Es una poderosa modalidad de curación que ayuda a procesar traumas no resueltos y emociones del pasado o del presente. “TAT es una forma de decirle al cuerpo -mira esto otra vez-, es una oportunidad de cambio, una nueva mirada, el flujo de energía en el cuerpo que está estancada es removida de los eventos del pasado y estos pueden ser integrados saludablemente en el sistema mente-cuerpo. TAT reúne las partes de una persona que han estado dispersas o congeladas en el tiempo, integra, armoniza, trae paz y unidad” (Tapas Fleming, 1993).

DISCUSIÓN

Trastornos sexuales

Las llamadas disfunciones sexuales, tratadas en las terapias sexuales, son aquellas entendidas como alteraciones del deseo, cambios psicofisiológicos en la respuesta sexual normal, malestar o

¹⁷

<http://www.psicotrauma.com.ar/cazabat/nuevosabordajes.htm> recuperado 13 de agosto 2016

¹⁸ <http://www.aheft.com/> recuperado 13 de agosto 2016

problemas interpersonales relacionados al tema. Estas pueden ser:

- Eyaculación retardada
- Eyaculación precoz
- Trastorno Eréctil
- Trastorno orgásmico femenino
- Trastorno del interés/excitación sexual femenina
- Trastorno de dolor genito-pélvico/penetración
- Trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón
- Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos

Sin dejar de lado las disfunciones donde los factores orgánicos son predominantes, podemos ver que existen diversas circunstancias por las que puede atravesar la vida sexual de una persona. La edad y las crisis vitales, la constitución de una pareja o de una familia, el nacimiento de un hijo, enfermedades propias o de la pareja, muerte de un ser querido, separaciones situaciones de estrés o cualquier otra situación que produzcan angustia en la persona y estrés crónico. Tanto unos como otros pueden influir sobre la conducta y el desempeño sexual, y en ocasiones materializarse en una disfunción sexual de mayor o menor gravedad.

Angustia sexual y estrés crónico

Destacando que en la terapia sexual el síntoma que con más frecuencia nos encontramos (casi 100%), es con la denominada "angustia sexual",

preocupación que una persona tiene con respecto a su desempeño sexual. Es una sensación que en mayor o menor medida experimentan todos y que se profundiza hasta hacerse altamente dolorosa en las personas que padecen diversas disfunciones sexuales. El licenciado Peralta en su página web nos dice, lo que se ve en la clínica es lo siguiente:

-Pensamientos negativos ("no voy a poder", "¿tendré erección?", "hoy voy a acabar rápido", "¿llegaré al orgasmo esta vez?", "no me está pasando nada", etc.). Estos pensamientos resultan habitualmente anticipatorios de una realidad que en definitiva termina creando y provocando la misma persona: el problema se produce porque los pensamientos negativos conducen a él.

Paul Watzlawick, llama a este fenómeno "profecía que se auto cumple" y aparece en diferentes órdenes de la vida, incluida la sexualidad.

-Reacciones corporales como taquicardia, palpitations, temblores, transpiración, tensión muscular, entre otras. La situación es vivida como peligrosa psíquicamente hablando y por lo tanto las reacciones son las mismas que las que se activan en el cuerpo ante otro tipo de situaciones de riesgo vital.

-Conductas como la evitación del encuentro sexual (para no exponerse a la angustia misma, la frustración y conflictos de pareja) o el enfrentamiento brusco, sin recursos pero con temor. A veces la angustia conduce al diálogo con la pareja o

personas de confianza, incluyendo la consulta con el experto en sexualidad¹⁹.

“Una vida sexual saludable implica estar libres de angustias, temores y culpas en torno a la experiencia sexual” (OMS).

El estrés es un mal de nuestro tiempo, tenemos incertidumbres, inestabilidad, sensaciones de desprotección. La estimulación del sistema nervioso autónomo causa diversos síntomas, tales como:

- Cardiovasculares: taquicardia, hipertensión
- Gastrointestinales: cólicos, diarrea
- Respiratorios: taquipnea (respiración acelerada)
- *Generales: cefaleas, sudoración, contracturas musculares, inquietud, insomnio, ansiedad
- Sexuales: disfunción eréctil, eyaculación rápida...

Estos síntomas son producidos por una excesiva actividad adrenérgica. Un hecho a destacar es que los cuadros de estrés crónicos suelen dar aumentos de la prolactina y cortisol, las cuales retroalimentan la sintomatología, lo psicológico lleva a lo orgánico y lo orgánico a disfunciones psicológicas. (Sapetti, A.)²⁰.

¹⁹ www.ezequillopezperalta.com/2008/01/la-angustia-sexual.html

²⁰ www.sexovida.com .Recuperado en el mes de enero de 2008

La teoría del aprendizaje remarca los efectos de las experiencias negativas en el área sexual: una persona que fracasó en su erección o eyaculó precozmente en el día de su debut (situación vivida como agresiva, violenta o humillante) o padeció ansiedad por el rendimiento ante el acto, podrá repetir esos episodios al asociar encuentros sexuales posteriores con aquellas escenas traumáticas. Con más razón si padeció algunos traumas sexuales con “T” mayúscula, como abuso, violación, eventos propicios para un proceso traumático complejo.

Es aquí donde E.M.D.R. y otros modelos de última generación, funcionan muy bien como abordajes terapéuticos, porque son breves, focalizados, penetran en la memoria traumática, generadora de elevados montos de ansiedad y estrés.

Emociones y procesos cognitivos

Darwin en 1859²¹ permitió comprender que las emociones son parte de un proceso “adaptativo”, generando un ajuste entre animal y medio, manifestó que las emociones comunican intenciones.

LeDoux dice que el cerebro fija la experiencia a través del proceso de aprendizaje, aunque no siempre sea perfecto, porque es preferible confundir una rama con una víbora que viceversa.

El trabajo con Trastornos de Estrés Postraumático y Trastornos disociativos, permite conocer la importancia de las

²¹ Darwin Charles “The expresión of the Emotions in Man and Animals” New York:Oxford University, pp.69-87. 1998

emociones para la sobrevivencia en la experiencia traumática. La hiperreactividad Amigdalina y la pérdida del contexto que da el Hipocampo condicionan las estrategias del clínico. Los pacientes, particularmente con trastornos disociativos, presentan un espectro de síntomas emocionales “cambiantes”, desde la hiperreactividad a la inmovilidad”.

En el antiguo debate entre W. Cannon y W. James, estaba el interrogante si la mente o el cuerpo es quien está involucrado primariamente en la emoción. La biología molecular parece afirmar que estos procesos podrían ser simultáneos. Por otro lado las emociones expresan un tiempo siempre “presente”. Aunque estén disparadas por experiencias del pasado. Por tanto tienden a producir una pérdida de la unidad temporal. Generando una dificultad para el aprendizaje. Reforzado por la pérdida de conexión entre las estructuras límbicas y la corteza prefrontal. Siendo estos efectos los que impiden una integración de la experiencia dentro de la narrativa personal, oponiéndose a la resolución del conflicto. Lo que implica el establecimiento de estrategias de afrontamiento que involucren las emociones, en el tratamiento de los pacientes con TEPT y TD.

EMDR es un método que puede ser incorporado a otros métodos psicoterapéuticos, para ampliar la eficacia de sus recursos, o puede ser utilizado como forma única de atender a un paciente determinado.

Los recuerdos de un suceso traumático (llamése “t” minúscula o “T”

mayúscula) quedan bloqueados en el sistema nervioso con la imagen original, los sonidos, los pensamientos y las emociones vivenciadas. Los movimientos oculares o movimientos alternos bilaterales de sonidos y tacto empleados en EMDR parecen desbloquearlos permitiéndole al cerebro procesar la información que ha estresado el sistema. Estos movimientos resincronizan ambos hemisferios cerebrales ayudando así a procesar el material no consciente que queda circulando en el todo cuerpo-mente.

La filosofía de EMDR está basada en creer que los seres humanos somos capaces, bajo condiciones apropiadas, de movernos naturalmente hacia una mayor salud e integración; por ello, además de ser usado para resolver material emocional perturbador derivado de eventos estresantes o traumáticos, también se emplea como un medio para potenciar estados emocionales positivos, con el fin de facilitar el crecimiento natural de las personas.

Se lo llama “ecológico” porque no necesariamente modifica ninguna emoción que corresponda al suceso al que se hace referencia. Sino que trabaja con el exceso de emoción involucrada que impide el normal procesamiento e integración en la experiencia personal.

Algunas de las poblaciones tratadas con EMDR en Estudios Controlados que cuentan con evidencias clínicas son:

- Veteranos de Guerra (SGM, Corea, Vietnam, Tormenta del desierto).
- Pacientes con fobias y trastornos de pánico.

- Víctimas del crimen y policías afectados por la violencia y el estrés.
- Personas con duelos complicados.
- Niños y adultos sobrevivientes de desastres naturales.
- Víctimas de abuso sexual.
- Víctimas de accidentes o quemaduras.
- Pacientes con disfunción sexual.
- Pacientes fármaco dependientes.
- Pacientes con Trastornos Disociativos.
- Personas que requieren incrementar su desempeño o mantenerlo óptimo
- Pacientes con Trastornos somatomorfos incluyendo dolor crónico.
- Pacientes con Diagnóstico de TEPT.

CONCLUSIÓN

Los nuevos avances científicos sobre el complejo y misterioso cerebro humano en lugar de descartar los importantísimos aportes de las múltiples psicoterapias que se han venido desarrollando a lo largo de un siglo la han venido integrando. Esto constituye una contribución que da mayor rigor científico a la labor psicoterapéutica. EMDR es un excelente ejemplo de cómo la psicoterapia encuentra un sustento biológico que sin reducirla a un orden físico-químico, permite lograr mayor rigurosidad y eficacia en los tratamientos, porque da cuenta de las emociones, sensaciones, pensamientos y creencias, en las tres vertientes existenciales de la persona, como es su pasado, su presente y su futuro.

EMDR contribuye a la nueva ciencia de la mente e introduce nuevas fuerzas a la salud mental y a la salud sexual con una

mirada más humanista que comprende cada vez más y mejor la mente humana.

Los que impulsaron la integración de las psicoterapias proclaman el valor de la flexibilidad de los diversos modelos terapéuticos, EMDR como modelo “ecológico” es flexible y válido porque no modifica ninguna emoción que corresponda al suceso o evento que trae al paciente, sino que trabaja con el exceso de emoción involucrada que impide el normal procesamiento e integración en la experiencia personal. Lo mismo sucede con TIR, EFT y TAT.

Podemos decir entonces que trabajar con estos modelos junto a una terapia sexual, nos abre una puerta más para no tratar al individuo aislado sino al organismo en comunión cuerpo-mente en toda su respuesta sexual.

BIBLIOGRAFIA

1. Agarwal, A.; Ranjan, R.; Dhiraaj, S.; Lakra, A.; Kumar, M.; Singh, U. *Acupressure for prevention of pre-operative anxiety: a prospective, randomised, placebo controlled study.* *Anaesthesia.* 60(10):978-981, October 2005.
2. Asociación Americana de Psiquiatría. “*Guía de consulta de los criterios diagnosticos del DSM5*”. Arlington VA. Asociación Americana de Psiquiatría. Versión digital. 2013
3. Bergmann, U.: “*Neurobiología del EMDR: Especulaciones y pensamientos*” en *Trauma y EMDR.* Buenos Aires. EMDRIA Latinoamérica. 2004
4. Darwin Charles “*The expresión of the Emotions in Man and Animals*” New York:Oxford University, pp.69-87. 1998

5. De Pascale, A. M.: "Sistemas de Memoria" en *Trauma y EMDR*. Buenos Aires. EMDRIA Latinoamérica. 2004
6. Fernandez-Alvarez, H. *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Ed. Talleres Gráficos Edigraf SA. Buenos Aires 1992
7. Fernandez-Alvarez, H. "Claves para la unificación de la psicoterapia (Más allá de la integración)". *Revista Argentina de Clínica Psicológica* V.3 pp.229-246. 200
8. Fleming, T. "Reduce Traumatic stress in minutes". *The Tapas Acupressure Technique*. Workbook. USA. 1996
9. Goleman, D. *Emotional intelligence*. New York: Bantam Books. 1995
10. Kaplan, Helen; *La evaluación de los trastornos sexuales*, Grijalbo, Barcelona, 1985
11. Kolb, L.C. "Neurophysiological hypothesis explaining posttraumatic stress disorder": *American Journal of Psychiatry*, 1987, 144:989-995
12. Lanius, R.A.; Williamson, P.C; Densmore, M.; et al. *Am J Psych*, 2004, 161 (1):36-44
13. LeDoux, J.: *El cerebro emocional*. Barcelona: Ariel-Planeta. 1999
14. Lescano, R.: "Emociones, sentimientos y afectos" en *Trauma y EMDR*. Buenos Aires. EMDRIA Latinoamérica. 2004
15. Lescano, R.: "Biología de los procesos mentales" en *Trauma y EMDR*. Buenos Aires. EMDRIA Latinoamérica. 2004
16. Lescano, R.: "Disociación: Una respuesta adaptativa al trauma" en *Trauma y EMDR*. Buenos Aires. EMDRIA Latinoamérica. 2004
17. Masters, W. y Jhonson, V.: *Respuesta sexual Humana* 1º ed. Buenos Aires. Intermédica SA. 1976.
18. McClelland, J.L, McNaughton, B.L., & O'Reilly, R.C. Why there are complementary learning systems in the hippocampus and neocortex: Insights from the successes and failures of connectionist models of learning and memory. *Psychological Review*, 1995, 102: 419-457
19. Norcross, J.C. & Shapiro, F. "Integration and EMDR" en Shapiro (ed.) *EMDR as an integrative approach* (pp-341-356). Washington, American Psychological Association 2002
20. Revista Argentina de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis, de la Asociación Argentina De Psiquiatras, año I, Vol. 1, N° 1, 1994, Bs. As.
21. Spiegel, D., y Cardeña, E. "Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited" *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 1991, pp.366-378
22. Siegel, J., *The Developing Mind: Toward a Neurobiology of interpersonal Experience*. New York: Guilford. 1999
23. Schiffer, F., Teicher, M. & Papanicolau, A. . "Evoked potential evidence for right brain activity during recall of traumatic memories". *Journal of Neuropsychiatry*, 1997, 7:169-175
24. Shapiro, Francine; "Desenbilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular" Ed. Pax México, 2004
25. Shapiro, Francine, "EMDR Una terapia innovadora para superar la Ansiedad, el Estrés y el Trauma". Buenos Aires: SAPsi Editorial. 2007
26. Stickgold, R. Sleep: Off-line memory reprocessing. *Trends in Cognitive Sciences*, 1998a, 2. 484-492
27. Stickgold, R. REM, memory, PTSD and EMDR. Presented at the EMDR International Association, Annual Conference, Baltimore, Maryland. 1998b
28. Stickgold, R. EMDR: A Putative Neurobiological Mechanism of Action. *Journal of Clinical Psychology*, 2002, 58 (1):61-75
29. Tapas
30. Van der Kolk, B. "The body keeps the store: Memory and the evolving psychobiology of post-traumatic stress". *Harvard Review of Psychiatry*, 1994, 1, 253-265

31. Van der Kolk, B. "Trastorno por estrés postraumático y la naturaleza del trauma". *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*. 2002, Vol. 1, nº 1, 4-19.
32. Van der Kolk, McFarlane & Weisaeth (Eds.) *Traumatic Stress: the effects of overwhelming experience on mind body and society*. Guilford Press. 1996
33. Watzlawick, Paul (et.al.). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*, 1ª Edición, Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires, 1971
34. www.ezequiellopezperalta.com/2008/01/la-angustia-sexual.html
35. www.sexovida.com .Recuperado en el mes de enero de 2008
36. Wolfe, B.E. The integrative experience of psychotherapy integration. In M.R. Goldfried (Ed.) *How therapists change: Personal and professional reflections*. Washington, D.C.: American Psychological Association, pp. 289-312.2001
37. Wolfe, B. E.: Knowing the self: Building a bridge from basic research to clinical practice. *Journal of Psychotherapy Integration*. 13, (2), 83-95.2003
38. www.psicotrauma.com.ar/cazabat/nuevosabordajes.htm recuperado 13 de agosto 2016.
39. www.aheft.com/ recuperado 13 de agosto 2016

¿ME ENVÍAS UNA FOTO SEXY?: COMPORTAMIENTOS Y MOTIVACIONES DE SEXTING EN ADOLESCENTES GALLEGOS/AS

Yolanda Rodríguez-Castro. Profesora Ayudante Doctora. Facultad de Ciencias de la Educación. Campus de Ourense, Universidad de Vigo,

yrcastro@uvigo.es

INTRODUCCIÓN

El estudio del fenómeno del “Sexting” y los riesgos emergentes de la red, así como las consecuencias negativas que tienen asociadas es todavía muy recientes, así lo evidencian los estudios a nivel internacional. En este sentido en nuestro país todavía resulta una línea de investigación muy incipiente, no solo por el propio desconocimiento del término sino también por las nefastas consecuencias que tiene asociadas (sextorsion, grooming, cyberbullying, dating violence).

El origen del sexting podemos vincularlo a la generalización del uso de las nuevas tecnologías empleadas en la comunicación interpersonal y la consecuente irrupción de Internet en nuestras vidas, lo que ha supuesto un gran impacto para las sociedades occidentales provocando transformaciones profundas sobre todo la forma en la que nos relacionamos sobre todo en el colectivo de jóvenes que son los verdaderos nativos de las nuevas tecnologías (Aguirre, Zavariz y Casco, 2012). Este boom tecnológico pone a relieve que el 71,6% de la población de entre 16 y 74 años ha utilizado Internet en los tres últimos meses (INE, 2014).

El primer escollo con el que nos encontramos al abordar el fenómeno de

Sexting es delimitarlo conceptualmente el fenómeno del *sexting* debido principalmente a la escasa literatura científica, a la variabilidad de definiciones de partida así como los instrumentos de medida utilizados. El Sexting es un término anglosajón que resulta de la combinación de *sex* (sexo) y *texting* (envío de mensajes de texto). Se utilizó por primera vez en el año 2005 en Reino Unido (Garner, 2011). Las primeras investigaciones utilizaban una definición que partía de una visión restrictiva del fenómeno de sexting limitándolo al envío de mensajes de texto de cierto contenido erótico y/o sexual. Desde una perspectiva más amplia se define el fenómeno del sexting va a consistir en el envío, recepción y reenvío de contenidos de tipo sexual o erótico (incluyendo fotografías, vídeos y/o textos) a otras personas a través de teléfonos móviles, tablets, redes sociales u otros medios informáticos (Skype, chats, etc) (Alonso, Rodríguez, Lameiras & Carrera, 2015).

Prevalencia del fenómeno de sexting a nivel internacional y nacional

En el ámbito internacional, una de las primeras investigaciones que analizaban de forma específica el fenómeno del sexting fue The National Campaign to Prevent

Teen and Unplanned Pregnancy (2008) realizada en una muestra de 653 adolescentes y jóvenes de edades comprendidas entre los 13 y 19 años y de 20 y 26 años. Revelando una prevalencia del 20% al 33% en lo relativo al envío fotografías con contenido de sí mismos/as, desnudo/a o semidesnudo/a. A mayores también incluyeron preguntas sobre el envío de material con contenido erótico a través de un perfil de red social, de correo electrónico, mensajería instantánea o mensaje de texto, revelando altas tasas de prevalencia que van desde el 39% para el grupo de los y las adolescentes hasta el 59% para el grupo de los y las jóvenes. Posteriormente el estudio de la Associated Press and MTV (2009) que entrevista a 1247 jóvenes de 14 a 24 años mostró prevalencias similares en relación al envío de fotografías de contenido erótico/sexual, que van desde el 24% hasta el 33%. Un estudio más reciente de Hudson (2011) con una muestra de 697 jóvenes de edades entre los 18 y los 27 evidenció prevalencias muy elevadas, desvelando cifras relativas al envío y la recepción de fotografías del 48.2% y 63.8% respectivamente. Fleschler et al. (2013) mostraron que un 21,2% de los y las jóvenes envían fotografías de contenido erótico y/o sexual; un 31% afirman recibir este tipo de fotografías; un 31,5% afirman recibir textos con contenido erótico y/o sexual y un 24,8 afirman que también enviaron textos con contenido erótico y/o sexual.

A nivel nacional, tal y como se ha mencionado con anterioridad, existen pocos estudios sobre la prevalencia del sexting (Agustina, 2010) y menos aún en relación a las consecuencias asociadas al sexting. El

estudio publicado por el Instituto Nacional de Tecnologías y Comunicación en colaboración con la empresa Orange (2010) las tasas de prevalencia reveladas presentan que un 8.1% de los y las jóvenes es pasivo y un 4% es activo. No obstante, este estudio revela también otras cifras relativas a la grabación y difusión de imágenes de otras personas sin tener su consentimiento, así como la difusión de imágenes de menores presentando un 5.6% y 5%, respectivamente. Este estudio supone una primera aproximación al estudio del sexting pero desde una visión bastante restrictiva.

De forma que el objetivo de este estudio es determinar las tasas de prevalencia de los comportamientos de sexting del colectivo de adolescentes así como sus motivaciones para llevar a cabo los comportamientos de sexting.

METODOLOGÍA

Muestra

La muestra quedó formada por 1283 estudiantes del segundo ciclo de la Educación Secundaria Obligatoria y de Bachillerato de la provincia de Ourense, de los cuales un 51.1% son chicas y un 48.9% son chicos con un rango de edad que va desde los 12 a los 25, siendo la media de edad de 15,55 (SD: 1,6).

Instrumentos

Para el desarrollo de este estudio se utilizó un *cuestionario* creado *ad-hoc*. El cuestionario quedó compuesto por las siguientes cuestiones y escalas:

Cuestionario Sociodemográfico: la edad y el género.

Cuestiones relativas a la tenencia y uso de nuevas tecnologías y redes sociales y de contactos: Las cuestiones relativas a la tenencia de las nuevas tecnologías son: i) si tienen teléfono móvil con conexión a internet; ii) si tienen ordenador de uso familiar con conexión a internet; iii) si tienen ordenador de uso personal con conexión a internet; iv) si tienen tablet uso familiar con conexión a internet; y v) si tienen tablet uso personal con conexión a internet.

Finalmente se cuestionaba el *tiempo que dedicaban* al día al uso del teléfono móvil y de conexión a internet (teniendo en cuenta el tiempo de uso de internet a través del dispositivo móvil y del ordenador).

Escala de comportamiento en Sexting de Weisskirch & Delevi (2011) que mide con 5 ítems los comportamientos de sexting a través del móvil con una escala de respuesta de 1 (Nunca) a 5 (Siempre). A mayor puntuación mayor comportamiento de sexting. El alpha obtenido en este estudio fue de .77.

Escala de motivaciones hacia el sexting de Drouin & Tobin (2014), con la que se pretende miden los motivos de los y las adolescentes para practicar sexting. La escala está formada por 10 ítems con un formato de respuesta que va desde 1 (Nunca) a 6 (Siempre). A mayor puntuación mayor motivación. El alpha obtenido en este estudio fue de .86.

Procedimiento

Se contactó con los centros educativos vía e-mail y telefónica,

informando de los objetivos y métodos del estudio. Una vez confirmada la aceptación del centro a colaborar con la investigación, se seleccionaron las aulas de E.S.O. y de Bachillerato para la aplicación de los cuestionarios. En cuanto a las cuestiones éticas se contó con colaboración y consentimiento tanto de la dirección de los centros como del profesorado (consentimiento informado pasivo). Los/as participantes fueron informados/as de la finalidad del estudio y del carácter individual, anónimo y voluntario de los cuestionarios. Todos aceptaron participar.

RESULTADOS

En relación a la *tenencia de las nuevas tecnologías* (ver Tabla 1) podemos destacar que un 95.2% de chicos y un 95.6% de chicas afirman tener móvil con conexión a internet; también un 62.6% de chicos y un 61.7% de chicas afirman que tiene un ordenador de uso familiar en su domicilio con conexión a internet mientras que el 44.3% de los chicos y el 42.4% de las chicas admiten tener un ordenador de uso personal con conexión a internet. En cuanto a la Tablet con acceso a internet solo afirman tenerla un 22.8% de chicos y un 24.8% de chicas.

En relación al *tiempo* que dedican los y las jóvenes a las nuevas tecnologías (ver Tabla 1), destacamos que 34.6% de las chicas afirman usar su teléfono móvil todo el día frente al 21% de los chicos; además un 22.8% de las chicas frente al 19.2% de los chicos afirman utilizar su móvil más de 4 horas al día ($\chi^2=42.83$; $p<.001$). En relación al tiempo que están conectados al día a

internet a través del ordenador, Tablet o móvil, un 38.5% de los chicos frente a un 51.8% de las chicas afirman estar en internet más de cuatro horas al día.

En relación a los *comportamientos de sexting* de enviar fotos o vídeos y/o mensajes de texto sexualmente sugerentes, en ropa interior o desnudo/a (ver Tabla 2), de forma general podemos decir que la media que obtenemos en los y las estudiantes ourensanos/as es baja de 1.30 (DT: .46) en un rango de 1 a 5. Podemos constatar que un 52.8 % de los y las estudiantes afirman que al menos en alguna ocasión han llevado a cabo algún comportamiento de sexting. Si comparamos las medias de cada ítem por separado en función al género, detectamos que son los chicos los que más practican sexting sobre todo para enviar fotos o vídeos de sí mismos sexualmente sugerentes ($t=2.17$; $p<.05$); Además son los chicos nuevamente los que envían mensajes de texto sexualmente sugerentes usando el móvil ($t=5.03$; $p<.001$), los que envían mensajes de texto con proposiciones para tener una relación sexual usando el móvil ($t=5.52$; $p<.001$).

En relación a la escala de *motivos* para llevar a cabo comportamientos de sexting (ver Tabla 3), siguen siendo los chicos los que se justifican en mayor medida que sus compañeras, aludiendo a razones de que querían preliminares, querían cumplir con las necesidades de su pareja, que querían intimidad, que estaban aburridos, que estaban solos, que querían evitar una discusión o que habían tomado drogas.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se ha analizado los comportamientos de sexting así como las motivaciones que tiene los y las adolescentes para llevar a cabo comportamientos de sexting. Además se ha comprobado el impacto de las redes en los/as adolescentes mediante cuestiones sobre la tenencia y uso de las redes sociales. A nivel general se ha constatado que más del 90% de los y las adolescentes gallegos/as disponen de teléfono móvil con conexión a internet, casi la mitad de nuestros jóvenes dispone ordenador con internet. Datos similares son obtenidos en otros estudios con población joven (INE, 2014; Jiménez, de Ayala, & García, 2013; Rial, Gómez, Braña, & Varela, 2014; Valedor do Pobo, 2014). Un dato interesante de nuestro estudio en relación al tiempo de conexión a internet es que son las chicas las que más tiempo usan su teléfono móvil y también son las que están más tiempo conectadas a internet.

En cuanto a las tasas de prevalencia de los comportamientos de sexting, de forma general podemos afirmar que se ha obtenido una media baja de 1.30 (DT: .46) en un rango de 1 a 5, aunque más del 50% de los y las adolescentes afirman que en alguna ocasión han llevado a cabo comportamientos de sexting. Estos porcentajes son mayores a los obtenidos en el Informe del Defensor del Pueblo de Galicia (2014), que afirmaba que solo un 4% de los y las adolescentes había enviado contenido de sexting a través de su teléfono. Al analizar las diferencias de los comportamientos de sexting en función al género, encontramos que son los chicos los

que más practican sexting sobre todo en el envío de fotos y/o vídeos de sí mismos con contenido erótico/sexual. Son varios estudios a nivel internacional que sostienen que son los chicos los que más practican sexting que las chicas (Hinduja & Patchin, 2010; Jonsson, Priebe, Bladh & Svedin, 2014).

Otro de los resultados interesantes de este estudio, es sobre las motivaciones que tienen los y las adolescentes para llevar a cabo conductas de sexting. Son los chicos que más justifican sus comportamientos de sexting con argumentos relativos a que eran un juego preliminar a una relación sexual, a que quería satisfacer las necesidades de sus parejas, a que estaban solos y aburridos, o incluso vinculaban estos comportamientos de sexting a alto consumo de drogas. En esta línea el estudio de Dir, Cyders y Coskunpinar (2013) relacionaba los comportamientos de sexting con el consumo problemático de alcohol así como un mayor asunción de riesgo sexual.

Por lo tanto, a la vista de los resultados obtenidos, el sexting no es un fenómeno ajeno a los y las adolescentes con lo cual este tipo de comportamientos pueden colocarlos en situaciones de riesgo. Por lo que consideramos 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 daños psicológicos, físicos y sociales así como a sus consecuencias negativas que pueden ir desde chantajes hasta la violencia sexual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre, P., Zavariz, A. & Casco, J. (2012). *El Sexting ¿Exhibición o Violencia Simbólica en los Jóvenes?: Sexting, lo público, lo privado y lo íntimo de una práctica juvenil*. Alemania: Editorial Académica Española.
- Agustina, J. (2010). ¿Menores infractores o víctimas de pornografía infantil? Respuestas legales e hipótesis criminológicas ante el Sexting. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*. Núm. 12-11, 11:1-11:44. Recuperado de <http://criminnet.ugr.es/recpc/12/recpc12-11.pdf>
- Alonso, P., Rodríguez, Y., Lameiras, & Carrera, M. V. (2015). Hábitos de uso en las Redes Sociales de los y las adolescentes: análisis de género. *Revista de estudios e investigación en psicología y educación*, 2, 054-057. doi: 10.17979/reipe.2015.0.02.235.
- Associated Press & MTV. (2009). *MTV Digital Abuse Survey, Executive Summary*. Recuperado de <http://goo.gl/PFNW9m>
- Defensor del Pueblo. (2014). *Informe Adolescentes e Internet en Galicia: "Mocidade on line" en Galicia*. Recuperado de <http://goo.gl/Zm4E9r>
- Dir, A. L., Cyders, M.A. & Coskunpinar, A. (2013). From the bar to the bed via mobile phone: A first test of the role of problematic alcohol use, sexting, and impulsivity-related traits in sexual hookups. *Computers in Human Behavior*, 29, 1664-1670. doi:10.1016/j.chb.2013.01.039
- Drouin, M. & Tobin, E. (2014). Unwanted but consensual sexting among young adults: relations with attachment and sexual motivations. *Computers in Human Behavior*, 31, 412-418. doi: 10.1016/j.chb.2013.11.001
- Fleschler, M., Markham, C., Addy, R. C., Shegog, R., Thiel, M., & Tortolero, S. R. (2013). Prevalence and patterns of sexting

- among ethnic minority urban high school. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 16 (6), 454-459.
- Garner, B. (2011). *Garner's dictionary of legal usage* (3a Ed). Nueva York: Oxford University Press.
- Hinduja, S. & Patchin, J. W. (2010). *Sexting: A brief guide for educators and parents*. Recuperado de <http://goo.gl/y0uiTc>
- Hudson, H. K. (2011). *Factors affecting sexting behaviors among selected undergraduate students*. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences. Tesis doctoral no publicada. Recuperado de: <http://sunzi.lib.hku.hk/ER/detail/hkul/4999599>
- INE. (2014). *Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares, Año 2014*. Madrid: INE.
- Instituto Nacional de Tecnologías de la Comunicación (2009). *Guía Legal sobre Ciberbullying y Grooming*. Madrid: Observatorio de la Seguridad de la Información.
- Jonsson, L. S., Priebe, G., Bladh, M., y Svedin, C. G. (2014). Voluntary sexual exposure online among Swedish youth—social background, Internet behavior and psychosocial health. *Computers in human behavior*, 30, 181-190. doi: 10.1016/j.chb.2013.08.005
- National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy (NCPTUP) (2008). *Sex and Tech: results from a survey of teens and young adults*. Recuperado de <http://goo.gl/4bVQM6>
- Rial, A., Gómez, P., Braña, T. & Varela, J. (2014). Actitudes, percepciones y uso de Internet y las redes sociales entre los adolescentes de la comunidad gallega (España). *Anales de Psicología*, 30(2), 642-655 doi:10.6018/analesps.30.2.159111.
- Weisskirch, R. & Delevi, R. (2011). "Sexting" and adult romantic attachment. *Computers in Human Behavior*. 27, 1697-1701.

Tabla 1. Tenencia y uso de las nuevas tecnologías

	Género	
	Chico	Chica
¿Tienes teléfono móvil con conexión a internet?		
Si	95,2%	95,6%
No	4,8%	4,4%
	Chi ² =,093	
¿Tienes ordenador de uso familiar con conexión a internet?		
Si	62,6%	61,7%
No	37,4%	38,3%
	Chi ² = ,097	
¿Tienes ordenador de uso personal con conexión a internet?		
Si	44,3%	42,4%
No	55,7%	57,6%
	Chi ² = ,503	
¿Tienes tablet de uso familiar con conexión a internet?		
Si	22,8%	24,8%
No	77,2%	75,2%
	Chi ² = ,652	
¿Tienes tablet de uso personal con conexión a internet?		
Si	20,0%	24,9%
No	80,0%	75,1%
	Chi ² = 4,44	
¿Cuánto tiempo al día dedicas a utilizar tu teléfono móvil?		
30 minutos	10,3%	7,3%
Entre 1 y 2 horas	29,2%	18,8%
Entre 3 y 4 horas	20,3%	16,5%
Más de 4 horas	19,2%	22,8%
Todo el día	21%	34,6
	Chi ² = 42,83***	
¿Cuánto tiempo al día estás conectado/a a Internet (ordenador + móvil)?		
Todos los días más de 4 horas diarias	38,5%	51,8%
Todos los días más de 2 horas diarias	24,6%	22,6%
Todos los días más de 1 hora diaria	18,8%	13,7%
Todos los días menos de 1 hora diaria	9,2%	6,8%
Algunos días o una vez a la semana	9,8%	5,2%
	Chi ² = 28,1***	

Tabla 2. Diferencias de medias de los comportamientos de sexting en función al género

Comportamientos Sexting	Género	M (DT)	t-Student
Enviar foto o vídeo de mí mismo/ sexualmente sugerente.	Chico	1.29 (.66)	2.17*
	Chica	1.22 (.57)	
Enviar foto de mí mismo/a en ropa interior usando un teléfono móvil.	Chico	1.37 (.71)	.619
	Chica	1.35 (.68)	
Enviar una foto de mí mismo/a desnuda usando un teléfono móvil.	Chico	1.15 (.51)	1.83
	Chica	1.10 (.42)	
Enviar un mensaje de texto sexualmente sugerente usando un teléfono móvil.	Chico	1.8 (1.01)	5.03***
	Chica	1.59 (.87)	
Enviar un mensaje de texto con proposiciones sobre actividad sexual usando un teléfono móvil.	Chico	1.72 (.99)	5.52**
	Chica	1.44 (.81)	

Nota: *p<.05, **p<.01, ***p<.001

Tabla 3. Diferencias de medias de los motivos de comportamientos de sexting en función al género.

Motivaciones de Sexting student		Media (DT)	t-
Quería ser coqueto/a o insinuante	Chico	1.51 (.95)	.861
	Chica	1.46 (.95)	
Quería preliminares	Chico	1.47 (1.00)	3.83 xxx
	Chica	1.26 (.79)	
Quería cumplir con las necesidades de mi pareja	Chico	1.63 (1.20)	3.69 xxx
	Chica	1.39 (.94)	
Quería intimidad	Chico	1.61 (1.29)	3.01 **
	Chica	1.40 (1.08)	
Estaba aburrido/a	Chico	1.53 (1.11)	5.16 xxx
	Chica	1.24 (.76)	
Estaba solo/a	Chico	1.46 (1.08)	3.41 xxx
	Chica	1.27 (.82)	
Estaba borracho/a	Chico	1.45 (1.06)	3.89 xxx
	Chica	1.24 (.75)	
Quería ser como mis amigos/as	Chico	1.19 (.68)	.994
	Chica	1.15 (.66)	
Quería evitar una discusión	Chico	1.27 (.82)	2.09*
	Chica	1.17 (.67)	
Había tomado drogas	Chico	1.27 (.87)	4.54 xxx
	Chica	1.07 (.51)	

INFLUENCIA DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA EN LA SEXUALIDAD DE LAS PACIENTES

Rodríguez Fernández, M.

mirian.rodriguez.fernandez@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es, tras el cáncer de piel, el tumor maligno más frecuente entre las mujeres de todo el mundo. Su incidencia aumenta lentamente debido al diagnóstico precoz, los avances en los tratamientos y el envejecimiento cada vez mayor de la población, incrementándose así las tasas de morbilidad en comparación con las tasas de mortalidad. Existe por tanto un aumento de la supervivencia de las pacientes de esta enfermedad.

En consecuencia, los efectos adversos, entre los cuales se encuentra la modificación de la función sexual, también se dan con mayor frecuencia. Prácticamente la totalidad de las mujeres que han pasado por este proceso, refiere alteraciones en su sexualidad tras el diagnóstico de la enfermedad, independientemente de haber tenido una vida sexual satisfactoria hasta ese momento. Este hecho se ha relacionado fundamentalmente con el impacto psicológico del propio diagnóstico, los cambios físicos, los efectos secundarios de los tratamientos y terapias adyuvantes, y la falta de información y orientación sexual por parte de personal cualificado.

A pesar de que la actividad sexual de las pacientes no parece verse modificada, si se observa una reducción del placer (1),

pudiendo esto influir en la satisfacción, la calidad de vida, afectar a la relación de pareja, a la autoimagen, al bienestar de la persona...

Objetivo

Evaluar el impacto del diagnóstico y los distintos tratamientos del cáncer de mama sobre la sexualidad de las mujeres.

Valorar la satisfacción de las pacientes con la información recibida acerca de las posibles modificaciones en su vida sexual y la efectividad un buen asesoramiento sexológico en estos casos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos Pubmed, utilizando las palabras clave "sexuality", "breast neoplasms", "women", "quality of life" y "body image" e incluyendo trabajos publicados a partir del año 2010.

RESULTADOS

Las disfunciones sexuales y las alteraciones de la sexualidad son algo muy común entre las pacientes de cáncer de mama, hasta el punto de que prácticamente todas refieren haber padecido alguno de

estos problemas (1). A pesar de la alta prevalencia de patologías sexuales, estas mujeres suelen seguir siendo activas sexualmente, sin ver modificada la frecuencia de sus relaciones. Sin embargo, parece haber una disminución significativa del placer junto con un aumento en la frecuencia de relaciones dolorosas.

Estas alteraciones, se relacionan tanto con el propio diagnóstico de la enfermedad como con los efectos secundarios de tratamientos y medicación adyuvante.

Así, nos encontramos con que conocer el diagnóstico de cáncer de mama tiene un gran impacto en la mujer a nivel psicológico, lo que repercute directamente en su vida de pareja y en su sexualidad. Esto se debe en parte a la importancia que se le da al pecho en la imagen corporal femenina, a sus connotaciones sensuales y sexuales, o su estrecha asociación con la maternidad. Existe, además, un fuerte vínculo entre depresión y disfunciones sexuales no siempre asociado a los medicamentos antidepresivos. Por todo esto, la vida sexual puede verse afectada desde que se conoce la noticia.

Aunque cada vez se tiende a un tratamiento más conservador, sigue siendo frecuente en algunos tipos de tumores la mastectomía, ya sea total, parcial, radical... En este punto, no se han encontrado grandes diferencias en cuanto a satisfacción sexual y problemas psicosexuales en los diferentes tipos de cirugía, ni se observa una frecuencia mayor de reconstrucción mamaria en mujeres que refirieren tener problemas sexuales respecto a las que dicen no tenerlos.

Para muchas mujeres, sobre todo para las que tienen un alto nivel de autoexigencia, la pérdida de un pecho es considerada una mutilación, una pérdida de atractivo, teniendo un efecto muy negativo sobre su sexualidad (2). En algunos casos se sienten avergonzadas ante su cuerpo desnudo, se esconden de cualquier contacto con su pareja, evitan ser tocadas y muestran una clara insatisfacción con su vida íntima.

Por otro lado, y como punto a favor, se considera la mastectomía un factor protector frente a los problemas relacionados con la falta de lubricación, ya que en cirugías conservadoras la asociación a quimioterapia ocasiona una mayor sequedad vaginal. (3)

Entre los distintos factores, la quimioterapia resulta ser el mayor determinante de disfunción sexual de las mujeres con cáncer de mama. Las alteraciones que produce sobre la sexualidad de las pacientes pueden ser temporales o permanentes, depende mucho del tipo de fármaco utilizado, si se asocian varios fármacos, la dosis, el tiempo empleado...siendo los efectos secundarios más frecuentes la amenorrea, los problemas de fertilidad, la alopecia y las modificaciones del peso, con su consecuente influencia sobre la autoestima corporal.(4)

Los problemas de lubricación vaginal son también más acusados en las pacientes tratadas con quimioterapia. El 50% de estas mujeres, refirió que el cáncer de mama había afectado de forma negativa a su sexualidad, frente al 18-25% de las mujeres

con cáncer de mama que no recibieron este tratamiento. (3)

La radioterapia, por su parte, no parece tener un efecto significativo sobre la función sexual, aunque algunas pacientes refieren problemas relacionados con sensibilidad de la zona, dolor o influencia de las lesiones dérmicas del pecho en su autoestima corporal. Esto es manifestado con mayor frecuencia inmediatamente después del tratamiento.

Las disfunciones sexuales más frecuentes, suelen relacionarse con los síntomas vasomotores. (1) En cuanto a la terapia hormonal, se ha comprobado que el tratamiento con tamoxifeno por si solo no parece tener ningún impacto. Sin embargo, los inhibidores de la aromatasas se asocian fuertemente a sequedad vaginal, dispareunia, disminución de la libido y cambios de humor. (5)

Los medicamentos ansiolíticos, antidepresivos y los utilizados para paliar los efectos secundarios de la quimioterapia, con efecto antidopaminérgico o antiserotoninérgico, también intervienen en la función sexual de las pacientes, pudiendo reportar un efecto negativo en su sexualidad.

Más allá de la influencia de los tratamientos, las mujeres con una mejor autoestima en cuanto a su imagen corporal previa, parecen tener una mayor satisfacción sexual, siendo más grande el impacto durante el primer año tras el diagnóstico. La cirugía conservadora favorece una mejor autoestima física frente a la mastectomía, y el hecho de ser partícipes en la decisión del tratamiento,

independientemente de cuál sea el elegido, también interviene en un mayor bienestar con su apariencia. (4)

La edad, el estado civil y situación sentimental tienen igualmente un papel importante en la vida sexual de las pacientes. Las mujeres casadas o con pareja estable, son más dadas a referir problemas sexuales que aquellas con parejas esporádicas o sin ella. Del mismo modo, las mujeres más jóvenes son las que más problemas sexuales manifiestan y las que más consultan acerca de ello.

Centrándonos en las disfunciones más frecuentes, un estudio realizado entre 2009 y 2010 a 120 mujeres marroquíes diagnosticadas de cáncer de mama y sin historia previa de cirugía pélvica, hace mención a la dispareunia (65%), inhibición o reducción de deseo (48 y 64% respectivamente), inhibición del orgasmo (40%) e insatisfacción (37%) (6) como los problemas más recurrentes.

A pesar de la magnitud del problema y de su relevancia, se infraestima la necesidad de asesoramiento sexual, y las pacientes, en general, manifiestan no haber recibido la información suficiente sobre las posibles alteraciones sexuales que pudieran derivar de su enfermedad como para enfrentarse a ellas de manera adecuada sin vivirlas como un gran problema en su vida diaria. La falta de conocimientos les dificulta el sentirse preparadas para afrontar los cambios que surgen con su nueva situación, y deriva en insatisfacción con su vida sexual. (6,7,8).

Los estudios revisados nos llevan a la conclusión de que la necesidad de cuidados

de la salud sexual resulta ser independiente de la raza, tipo de cáncer o estadio del mismo, sin embargo la edad si parece ser un factor importante, ya que las más jóvenes son las que expresan mayor interés en recibir información (1,9). También aparenta ser relevante el momento del tratamiento, ya que aquellas mujeres que finalizaron al menos 12 meses antes de ser entrevistadas fueron las que mostraron más interés en recibir información y asesoramiento sexual. (9)

La comunicación con los sanitarios acerca de su sexualidad es tan importante en un primer momento, antes de comenzar con el tratamiento (para conocer y poder elegir el mejor y con menos efectos secundarios sobre la vida sexual), como durante y tras el mismo para identificar y poder tratar disfunciones que puedan alterar su calidad de vida.

Además, la intervención terapéutica en cuanto asesoramiento sexológico resultó ser efectiva en los estudios analizados, no así en cuanto a la imagen corporal (10). También se comprobó que las pacientes más demandantes de información en el tema tuvieron mayores beneficios sobre su sexualidad. (7)

En el lado del personal sanitario, nos encontramos con que existe una falta de formación sobre la sexualidad de las mujeres tras una mastectomía (11), pudiendo ser ésta una de las causas de desinformación de las pacientes, junto con la carencia de habilidades de comunicación y recursos por parte del personal. (11). Debería trabajarse este punto y darle la importancia que merece, ya que está

demostrado que el entrenamiento en habilidades de comunicación y en sexualidad mejoran la sexualidad y la calidad de vida de las pacientes de manera notable. (12)

CONCLUSIONES

La actividad sexual puede reportar múltiples beneficios para las pacientes de cáncer de mama, como son la reducción del dolor, la disminución de la tensión muscular, su efecto antidepresivo o una mejora en la conciliación del sueño. (2)

Es por tanto de gran importancia formar al personal sanitario que está en contacto con este colectivo en asesoramiento sexológico, para que encuentren en ellos la fuente de la información necesaria para poder vivir su sexualidad de una manera saludable y plena.

Resulta de gran ayuda para estas mujeres conocer los cambios que pueden experimentar debido al diagnóstico de su enfermedad y los tratamientos empleados, para saber afrontarlos y paliarlos con ayuda del personal adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Panjari, M., Bell, R.J., Davis, S.R. Sexual function after breast cancer. *J Sex Med.* 2011; 8:294-302
2. Vaziri, S., Lotfi, Kashani, F. Sexuality after breast cancer: need for guideline. *Iranian Journal of Cancer Prevention.* 2012; 5(1): 10-15
3. Monteiro, Cesnik, V., Dos Santos, M.A. Do the physical discomforts from breast cancer treatments affect the sexuality of women who

- underwent mastectomy?. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46 (4): 992-8
4. Pinto, A.C., Sexuality and breast cancer: prime time for young patients. *J Thorac Dis*. 2013; 5(1): 81-86
 5. Webber, K., Mok, K., Bennett, B., Lloyd, A., Friedlander, M., Juraskova, I., et al. If I Am in the Mood, I Enjoy It: An Exploration of Cancer-Related Fatigue and Sexual Functioning in Women with Breast Cancer. *The Oncologist*. 2011; 16(9): 1333-1344
 6. Sbitti, Y., Kadiri, H., Fadoukhair, Z., Kharmon, S., Slimani, K., Ismaili, N., et al. Breast cancer treatment and sexual dysfunction: Moroccan women's perception. *BMC women's health*. 2011; 13:11-29
 7. Ben Charif, A., Bouhnik, A.D., Rey, D., Provansal, M., Courbiere, B., Spire, B., Mancini, J. Satisfaction with fertility- and sexuality-related information in young women with breast cancer. *BMC Cancer*. 2015; 15:572
 8. Flynn, K.E., Reese, J.B., Jeffery, D.D., Abernethy, A.P., Lin, L., Shelby, R.A., et al. Patient experiences with communication about sex during and after treatment for cancer. *Psycho-oncology*. 2012; 21 (6): 594-601
 9. Hill, E.K., Sandbo, S., Abramsohn, E., Makelarsky, J., Wroblewski, K., Wenrich, E.R., et al. Assessing gynecologic and breast cancer survivors' sexual health care needs. Department of Obstetrics and Gynecology, University of Chicago. *Cancer*. 2011; 117(12): 2643-51
 10. Lotfi, Kashani, F., Vaziri, S., Akbari, M. E., Jamshidi, Far, Z., Smaeeli, Far, N., Sexual skills, sexual satisfaction and body image in women with breast cancer. *Procedia- Social an behavioral sciences*. 2014; 159: 206-213
 11. Alvarez, Fonseca, L.Y., De la Vega, Pazitkova, T., Madruga, Delgado, B., Valdés Campanioni, R.M., Cervantes, Castillo, A.D., Díaz, Campos, Y., Knowledge that prosthetic and orthotic health technicians have about the sexuality of women who have undergone a mastectomy. *Revista Sexología y Sociedad*. 2013; 19(2):135-148
 12. Kashani, Farah, L., Shahram, V., Zeinab, H., Hamidreza, M. Effectiveness of Sexual and Communicative Skills on Sexual Function in Breast Cancer. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2014; 159: 278-282
 13. Meloni, Vieira, E., Barsotti, Santos, D., Dos Santos, M.A., Giami, A. Experience of sexuality after breast cancer: a qualitative study with women in rehabilitation. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014; 22(3): 408-14
 14. Sanchez, Sanchez, T., Efectos psíquicos de la mastectomía (preventiva y terapéutica). Cambios en la percepción de las mujeres con cáncer de mama. *Papeles del psicólogo*. 2015; 36 (1): 62-73
 15. Nuñez, Sarmiento, C.M., Hablando desde la experiencia: las mujeres cubanas de hoy y el cáncer de mama. *Rev Cubana de salud pública*. 2013; 39(2): 394-401
 16. Vázquez, Ortiz, J., Antequera, R., y Blanco, A., Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. 2010; *Psicooncología*, 7(2-3): 433-451.

SEXUALIDAD Y LIDERAZGO PROGÉNERO LEGITIMANDO PARIDAD. PLATAFORMA ALTERNATIVA PARA LA MODIFICACIÓN DE PATRONES CULTURALES SEXISTAS

Rodríguez Galera, M. J. y Álava Mieles, J. L.
rgalera1964@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La educación para la sexualidad y los géneros es un derecho inalienable de la humanidad. Contenido en la declaración de los Derechos Sexuales de la Organización Mundial para la Salud Sexual (WAS)²². Su

²² **Declaración de los Derechos Sexuales de la WAS, marzo 2014.** 1-El derecho a la igualdad y a la no-discriminación. 2-El derecho a la vida, libertad y seguridad de la persona. 3-El derecho a la autonomía e integridad del cuerpo. 4-El derecho a una vida libre de tortura, trato o pena crueles, inhumanos o degradantes. 5-El derecho a una vida libre de todas las formas de violencia y de coerción. 6-El derecho a la privacidad. 7-El derecho al grado máximo alcanzable de salud, incluyendo la salud sexual que comprende experiencias sexuales placenteras, satisfactorias y seguras. 8-El derecho a gozar de los adelantos científicos y de los beneficios que de ellos resulten. 9-El derecho a la información. 10-El derecho a la educación y el derecho a la educación Integral de la sexualidad. 11-El derecho a contraer, formar o disolver el matrimonio y otras formas similares de relaciones basadas en la equidad y el pleno y libre consentimiento. 12-El derecho a decidir tener hijos, el número y espaciamiento de los mismos, y a tener acceso a la información y los medios para lograrlo. 13-El derecho a la libertad de pensamiento, opinión y expresión. 14-El derecho a la libre asociación y reunión pacíficas. 15-El derecho a participar en la vida pública y política. 16.- El derecho al acceso a la justicia y a la retribución y la indemnización.

Consejo Consultivo reconoce que los derechos sexuales son esenciales para el logro de los estándares más altos de salud sexual, que los derechos sexuales se fundamentan en los derechos humanos universales que ya están reconocidos en los instrumentos internacionales y regionales sobre derechos humanos, en constituciones y leyes nacionales, en principios y estándares de derechos humanos, así como en el conocimiento científico relacionado con la sexualidad humana y la salud sexual. Reafirma que la sexualidad es un aspecto central del ser humano presente a lo largo de su vida y abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vive y se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y en relaciones interpersonales.

Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se viven o expresan siempre. Esta, está influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, legales, históricos, religiosos y espirituales. Reconoce que es una fuente de placer y bienestar y contribuye a la realización personal y a la satisfacción general.

Reafirma que la salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere de un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como de la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Reafirma que la salud sexual no puede ser definida, entendida o practicada sin una amplia comprensión de la sexualidad. Reafirma que para que la salud sexual se logre y mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud. Reconoce que los derechos sexuales se basan en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos e incluyen un compromiso referente a la protección del daño.

Declara que la igualdad y la no-discriminación son fundamento para la protección y promoción de todos los derechos humanos, e incluye la prohibición de toda distinción, exclusión o restricción por motivos de raza, etnicidad, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Incluida la discapacidad, edad, nacionalidad, estado civil y familiar, orientación sexual e identidad de género, estado de salud, lugar de residencia, situación social y económica, reconoce que las orientaciones sexuales, las identidades de género y expresiones de género y las diversidades corporales de las personas requieren de la protección de los derechos humanos. Reconoce que todo tipo

de violencia, acoso, discriminación, exclusión y estigmatización son violaciones de los derechos humanos, y afectan al bienestar de las personas, las familias y las comunidades. Afirma que las obligaciones de respetar, proteger y hacer cumplir los derechos humanos son aplicables a todos los derechos y libertades sexuales, afirma que los derechos sexuales protegen los derechos de todas las personas para ejercer y expresar su sexualidad, además de disfrutar de la salud sexual, teniendo debidamente en cuenta los derechos de los demás.

En consecuencia, sexualidad y género para liderazgo progénero, hace imperativo de aprendizaje desaprendizaje, en tanto se perfilan novedosas concepciones y prácticas que han configurado estereotipos, prejuicios y estigmatizaciones en el devenir de la cultura occidental de la cual formamos parte. Hoy día, un flagelo social que afecta la salud sexo-género, con resultados negativos alarmantes, es la violencia de género, la que adquiere su punto más álgido en la violencia intrafamiliar, traspolada luego a otros sectores sociales, la que se traduce en deficiente comunicación, desconocimiento, manipulación, sometimiento, posesión forzada y asalto, constituyéndose víctimas más proclives al maltrato y al daño las féminas, que se exponen, toda vez, al abuso físico, psicológico e inclusive sexual. De hecho, la intervención formativa y orientadora progénero desde la academia, exige frente a la necesaria transformación personal y social que precisa la equidad de género, la brecha necesaria para la modificación de patrones culturales sexistas.

DESARROLLO

El esfuerzo previo al resultado de diversas alternativas y estrategias interventivas para el crecimiento humano en alianza y desarrollo sustentable por los géneros y para los géneros, debe tener lugar con etapas de cumplimiento general, que oscilen desde el diagnóstico, la organización y el diseño del plan de acción, la ejecución y el control en permanente retroalimentación para gestar novedosos proyectos de vida que subyacen en el querer ser de las personas. En el ámbito académico una intervención progénero formativa y orientadora, con enfoque sistémico y asegurando una realización óptima en cada momento de las etapas descritas en ejercicio progénero, que geste en proceso consciente el equilibrio para la armonía de género viril femenino e inicie la superación de la disparidad sobre la base de la concepción prospectiva y andrógina de género (Rodríguez Galera, 2013a: 13).

De modo que el medio social contextual, sujeto sexista, sea influido desde la interacción en sinergia, por todas aquellas personas que en intervención formativa género sensible cuidado salud (GSCS), comiencen a ejercer modificaciones en las condiciones sociales, culturales, políticas y científicas en beneficio del sujeto sensible, medio social contextual progénero. Jerarquización de poderes interiores y relacionales desde las categorías GSCS, paridad, equidad e igualdad.

El tema revela importancia en sí mismo, al develar una cosmovisión cultural de género renovada y que incita al menos, a interpretar la naturaleza humana propia y

ajena en interacción para el enriquecimiento personal. Empero, priorizando el desarrollo social humano desde la formación de líderes progénero en intervención formativa por fases, donde se promueva el enfrentamiento a la violencia de género desde el pensar. Y todo esto, en tributo al derecho pleno del ser humano a ser empoderado, auténtico y responsable, que el conocer y sentir, precise convivencia que favorezca la condición humana del ser humano no sexista, la "PERSONA", por la vida y para la vida. Capaz como promotor social activo (el líder progénero en mí), de una interacción respetuosa y responsable desde la diversidad singular a la social, en lo social.

Para gestar la condición GSCS desde la academia, de modo que la intención científico-pedagógica produzca en el más corto plazo, resultados inmediatos y directo de intervención formativa y de orientación sexo género en proceso, de identificación progénero y sistemática proyección transformadora, exige influencia para la introspección, el empoderamiento y la sinergia en paridad de género e intergenérica (Rodríguez Galera, 2009: 15), para asumir en lo personal concepción novedosa hacia un cambio de condición, de persona sexista a persona género sensible. Liderazgo progénero en unos y otras.

Medir desde la academia y verificar resultados intermedios que surgen del uso de los servicios académicos con transversalización género sensible; es decir, cambios a mediano plazo que contribuyen a los logros de efecto, corresponden al nivel de resultados de objetivos específicos, lo cual implica cambios en el conocer, hacer, ser y convivir de hombres y mujeres;

personas, producto de la asistencia técnica, de formación, orientación y consejería en el acceso a recursos y servicios del saber, renovando las capacidades cognitivo - afectivas y volitivas de las personas y los grupos involucrados en la transformación género sensible.

Para perseguir lo sustentable y sostenible a largo plazo, variaciones en las actitudes, prácticas, bienestar, calidad de vida y su consecución en la salud sexo género, resultados de impacto desde la academia, exige generalización en diseminar en unos y otras la potencialización de liderazgo progénero, en asumir paulatinamente posición personal, entre pares, grupales e institucional, extendidas la comunidad contextual (la familia) y la sociedad en general.

Los beneficios que generaría una estrategia de intervención progénero a corto, mediano y largo plazo, se sustentan en intervención formativa y orientadora sexo género, en atención a las siguientes premisas a considerar en el desarrollo de lo humano como tendencias potenciales del cambio interior y relacional a favor de la sensibilidad de género y el cuidado de la salud. En tanto, el ser humano se debate entre la imposición externa sexista, la resistencia emancipadora personal y la libertad interior y relacional en "conquista". Estas son:

1. El ser humano es eminentemente social, en tanto persona única e irreplicable, inconcluso e inacabado que no puede prescindir de relaciones sociales.
2. Se presenta biopsicosocial en subordinación al nivel más

complejo, no obstante se configura en su devenir personalógico interior y relacional socio psicosexual, sobre la base bio-anatómica. Esto es subordinación al nivel más complejo, configuración socio psicosexual con énfasis en la transmutación progénero necesaria, de sexista a sensible en el seno del androcentrismo

3. De ahí que el sexo y el género sean construcciones sociales, por ende las relaciones sexuales son relaciones de género.
4. Así como no se da hijo sin padre y sin madre, así mismo no se da persona género sensible sin la comunión oportuna de los elementos viriles y femeniles del espíritu en proceso consciente, para gestar al ser humano andrógino potencial que subyace.
5. Sí "Pensar, es el acto cultura fundamental", entonces, la intervención formativa género sensible cuidado salud, debe emerger por el encuentro en actividad y comunicación, sustentadas en la evidencia empírica sobre bases científicas, con criterios divergentes, toda vez pensando diferente, para el desarrollo de la personalidad sexuada de género sensible. Sexista vs. Sensible, por el encuentro. (Rodríguez Galera, 2014a: 9-10).

La creación de un centro de estudios progénero, con visión²³ y misión²⁴ definidas en atención a la formación progénero en las figuras de capacitación y el postgrado en sexualidad, género y salud, direccionaría beneficios en cascada desde la formación de promotores líderes progénero para el despliegue de potencialidades de intervención. Centro diversificado que no sólo prestaría servicios de capacitación y superación, orientación y asesoría en la formación y atención directa de la prevención y la promoción en salud sexo género, mediante la puesta en práctica de técnicas individuales y grupales para el enriquecimiento mutuo intergenérico. En fin, toda una gama que enriquezca y recree el crecimiento y desarrollo humano en función de la persona como defensora y generadora de la condición sensible a los géneros para el bienestar, la calidad de vida y la consecución de la salud sexo género. Habilitar gabinete para la asesoría, orientación y consejería sexo género, para sobre todo, ofrecer tratamiento paliativo al sexismo, a la discriminación, al maltrato subyacente en la cultura androcéntrica y a la violencia intrafamiliar de género en proceso de reconstrucción de la masculinidad y la femineidad desde “comunidad oportuna de los elementos viriles y femeniles del espíritu”.

Los beneficios, se enmarcan en la necesidad imperiosa de la formación de persona viril femenil a ser humano

²³ **Visión:** Ofrecer atención de calidad, guía y facilitación por el encuentro intergenérico, orientación, consejería y gestión de la prevención y promoción género sensible cuidado salud, para equilibrio y armonía interior y relacional en sinergia.

²⁴ **Misión:** Llegar a ser un centro de referencia progénero desde la academia, por el igual, no por el contrario, donde se irradie salud sexo - género pensando diferente para bienestar y calidad de vida.

andrógino para la vida en sociedad, ofreciendo prioridad a la “persona” como centro del desarrollo y no a la inversa como viene teniendo lugar. Sobre bases de paridad de género e intergenérica, equidad e igualdad; y en ese mismo orden, favorecer un equilibrio humano coherente, más por el igual que por el contrario, susceptibles unos y otras de intervención para el desarrollo de capacidades y afectos sobre la base de principios y valores andróginos (Rodríguez Galera, 2013a: 11 y 16) a gestar para el disfrute de relaciones simétricas en comunión viril femenil, en tanto, se expresa la riqueza de lo humano en interacción equilibrada y armónica de género.

Toda la intención se direcciona hacia una reacción en cadena y transmisión en cascada, desde la intervención formativa género sensible cuidado salud que condicione el conocimiento humano en acción, interacción y autonomía progénero, para la satisfacción de disfrutar la vida interior y relacional sin estereotipos en extremos dicotómicos y bipolares. De manera que se mitigue, suavice y atenúe el efecto negativo androcéntrico asignado, a unos y otras, en función de la prevención de la violencia sexo género en los diversos ámbitos sociales. Toda vez que las relaciones sexuales son relaciones de género.

Definitivamente hay que aprender y desaprender en formación género sensible desde lo relacional hacia nuestro íntimo ser. Se producirán sin lugar a duda, cambios a corto, mediano y largo plazo que tributarán como resultados del proyecto humano de “comunidad oportuna de los elementos viriles y femeniles del espíritu”, legitimando paridad, sin renuncia de la

masculinidad o femineidad de base sexual, para trascender de especie racional depredadora plagada de (egoísmo-discriminación-manipulación-aislamiento) en favor de la propia esencia humana: “ser social” en (alianza-crecimiento-correlación-prosocial). En otras palabras influencia de vida progénero en beneficio humano.

DISEÑO TEÓRICO METODOLÓGICO DEL PROYECTO SEX LPLP

Problema de Investigación

¿Cómo contribuir al crecimiento humano interior y relacional en liderazgo progénero para la formación de la condición humana género sensible cuidado salud desde la academia?

OBJETIVOS

Promover el crecimiento humano interior y relacional en liderazgo progénero mediante intervención formativa progénero desde la Facultad de Educación, de modo que su implementación contribuya a la sexualidad y los géneros para la formación de la condición humana género sensible cuidado salud, procurando bienestar, calidad de vida y la consecución de la salud sexo – género, alternativa que desde una estrategia progénero influya la modificación de patrones culturales sexistas discriminatorios y generadores de violencia de género.

1-Diagnosticar creencias y manifestaciones más frecuentes del imaginario social patriarcal relacionadas con el origen “natural” de la desigualdad social entre el hombre y la mujer y de la

“inferioridad de la mujer”, en cuanto a las asignaciones sociales y los roles de género.

2- Evaluar el impacto y la factibilidad empírica de intervención formativa progénero para la transformación personal y social y su influencia en la academia y la sociedad.

3-Contribuir desde la intervención formativa progénero al diseño de una estrategia progénero en despliegue y beneficio de acciones para modificar patrones culturales sexistas.

El estudio se desarrollará como investigación exploratoria, empleando un cuerpo metodológico de nivel teórico, empírico y estadístico, sustentados en la concepción dialéctica de enfoque cuantitativo, cuyos procedimientos metodológicos de investigación, tendrá como base la realización de cuatro etapas fundamentales. Primera, de aproximación empírica a la situación y necesidad de la Facultad de Educación sobre equidad de género, en tanto prevalecen estigmas, prejuicios y estereotipos en torno a la categoría relacional sexo género no investigada en el universo identificado.

La vía esencial, exploratoria, la observación y el diálogo con agentes proyectivos (directivos, docentes y estudiantes) para incursión del tema. Problematicar la percepción de proyecto progénero a partir de vivencias y experiencia coyuntural. Análisis de datos recolectados en encuesta a estudiantes y docentes de la Facultad de Educación (FEDU), con el objetivo de indagar la posibilidad de construcción en paridad, equidad e igualdad de género desde la

ULVR para la sociedad. Segunda, dirigido al estudio teórico referencial, en tanto se sistematiza la investigación y los antecedentes teórico metodológicos relativos a la categoría sexo género, desde diferentes fuentes. Se operará con enfoques, sistema conceptual, político, legal y social que sirven de base al proceso progénero para la gestación de la condición GSCS.

La fundamentación orientará posibles dimensiones e indicadores que sirvan para caracterizar el proceso. En el orden teórico se emplearán los métodos: análisis de contenido, histórico lógico, análisis síntesis e inducción deducción. Tercera, predominará el estudio empírico a partir de las variables intervención formativa y orientadora progénero y GSCS, mediante encuestas que se elaborarán a partir de los indicadores. Se empleará el método estadístico: análisis porcentual. Serán aplicadas a docentes y estudiantes de la FEDU. Etapa que culmina con el diagnóstico del estado actual, a partir de la siguiente idea a defender: En intervención formativa y orientadora progénero desde la FEDU, debe influir en las personas involucradas la condición humana GSCS, legitimando paridad, procurando crecimiento interior y relacional, bienestar, calidad de vida y la consecución de la salud sexo género en ejercicio de liderazgo progénero, plataforma alternativa para sostener la modificación de patrones culturales sexistas.

RESULTADOS ESPERADOS Y POSIBLES BENEFICIARIOS

El proyecto semillero aportará tres productos que contribuirán a la intervención formativa progénero para la

vida de transmisión en cascada y luego en cadena, procurando modificación de patrones culturales sexistas causantes de discriminación y violencia.

Resultado 1.

Diagnóstico del estado actual del imaginario social de los roles de género para féminas y varones, en estudiantes y docentes de la FEDU, para determinación de los fundamentos desde la sistematización de la investigación y sus aportes, en tanto, enfoques, marco teórico conceptual y legal, referentes metodológicos y prácticos, lo que sustentará la parametrización de la variable dependiente y los instrumentos de recogida de información sistemática para la identificación de necesidades y potencialidades frente al sexismo, condiciones objetivas y subjetivas para la intervención formativa progénero.

Resultado 2.

Intervención formativa y orientadora en la figura de capacitación donde se estructuren y concreten acciones progénero integradoras de intervención en la FEDU en el contexto de la ULVR como centro de recursos científicos, profesionales, metodológicos y prácticos que implique en compromiso progénero a personas involucradas.

Resultado 3.

Evaluación diagnóstica mediante ejecución parcial sobre la efectividad de la intervención formativa progénero y su influencia social desde un grupo gestor de sensibilización en procesos correctores y otras acciones.

Los beneficiarios directos, estudiantes y docentes de la FEDU. Los

beneficiarios intermedios, personas del radio de acción de la ULVR. La población meta y beneficiarios finales, sectores comunitarios que reciban la influencia de los promotores, como instituciones educativas y otras entidades.

CONCLUSIÓN

La implementación de intervención formativa y orientadora progénero desde la FEDU contribuirá a la sexualidad y los géneros para la gestación de la condición humana GSCS, legitimando paridad de género e intergenérica en ejercicio de liderazgo progénero y se erigirá una plataforma alternativa novedosa para la modificación de patrones culturales sexistas.

Sin obviar que las relaciones sexuales son relaciones de género, se determinarán creencias y manifestaciones más frecuentes del imaginario social patriarcal relacionadas con el origen "natural" de la desigualdad social entre el hombre y la mujer y de la "inferioridad de la mujer", en cuanto a las asignaciones sociales y los roles de género, en tanto diagnóstico contextual.

La intervención formativa y orientadora progénero, direccionada al crecimiento humano interior y relacional, en la transformación de la condición humana GSCS en paridad de género e intergenérica y la gestión de liderazgo progénero, en promotores líderes progénero.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Herdoíza M. (2015): "Construyendo igualdad en la educación superior. Fundamentación y lineamientos para transversalizar los ejes de igualdad y ambiente". Senescyt/Unesco. Quito. Ecuador.
- Hurtado-Murillo F. y Pérez-Conchillo M. (2012): "Educación para la sexualidad con bases científicas. Documento de consenso de Madrid. Recomendaciones de un grupo internacional de expertos". Valencia (España), 2011. Joan Holloway y Ángela Knudson. Washington, DC. EEUU.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en colaboración con la Asociación Mundial de Sexología (WAS). (2000): "Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. Actas de una Reunión de Consulta". Antigua Guatemala, Guatemala.
- Rodríguez-Galera, J.R.: (2009): Ética, tecnociencia y género. Conferencia Magistral. La Habana. CD Memorias Segunda Conferencia Nacional sobre la Participación de la mujer en la Meteorología y la Hidráulica en el Marco del V Congreso Cubano de Meteorología. Fortaleza Morro - Cabaña.
- Rodríguez-Galera, J.R.: "Comunión oportuna viril femenino una brecha al etnocentrismo", en Contribuciones a las Ciencias Sociales. Málaga, Julio 2013a. Disponible en Web: www.eumed.net/rev/cccss/25/etnocentrismo.html
- Rodríguez-Galera, J.R.: "Plan de igualdad para paliar el orden jerárquico sexista. Una plataforma académica alternativa", en Contribuciones a las Ciencias Sociales, Agosto 2014a. Disponible en Web: www.eumed.net/rev/cccss/29/orden-sexista.html

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PROGÉNERO. UNA ALTERNATIVA PARA MITIGAR EL SEXISMO

José Raúl Rodríguez Galera. Sexólogo - Generólogo
rgalera1964@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Manifiestas diferencias reducidas al sexo biológico, a la reproducción y la lactancia materna, y a la respuesta sexual humana en detrimento de la mujer. En el imaginario de las sociedades patriarcales aún persisten creencias sobre el origen “natural” de la desigualdad social entre el hombre y la mujer y de la “inferioridad de la mujer”. La disparidad entre los géneros masculinos y femeninos es evidente a la luz. Sin embargo, subyace a la sombra, un abismo de dicotomías y fragmentaciones domesticadoras latentes en la cultura androcéntrica, que somete y corroe la independencia y la interdependencia de los miembros de la especie, y se gesta en la dependencia de cada ser inconcluso cada vez, con recurrente inmovilismo sexista generador de discriminaciones, malestares e involución de lo humano que atenta contra la salud, el bienestar y la calidad de vida.

La necesidad existente versa en dirección a relaciones discriminatorias entre los géneros por razones ancestrales, generadora del sexismo y malestares sociosexuales, y aunque sustentadas en la división social del trabajo y la aparición de la propiedad privada, resistentes al cambio de época, a los nuevos saberes en la

“sociedad del conocimiento”, sosteniendo la prerrogativa a la disparidad, inequidad y desigualdad de género, porque siempre fue así. La instauración de las sociedades patriarcales, androcéntricas, dominadas por la fuerza, la potencia, la razón y la mente, lo hipersexual contrario a lo infrasexual, la debilidad, la impotencia, lo superficial y la dependencia. Opresión abierta y dilatada del género femenino en una sociedad dividida en clases sociales, que independientemente de privilegiar lo masculino en su máxima expresión androcentrista, discrimina a ambos géneros acrecentando sobrecargas que no contrastan con las consecuencias en relación con el momento histórico de existencia en humanidad globalizada.

Muchas de las conductas y los roles de género que se han adjudicado al hombre y a la mujer en el decursar de la historia, no son inherentes a su sexo biológico per se, sino a que están en dependencia de circunstancias económicas y socioculturales específicas que someten a la especie al acontecer, al evento externo, privándolo de sus potencialidades y riqueza interior. Se presta mucha más atención a lo que nos distingue en el diseño preestablecido, a las diferencias biológicas, que nada tienen que ver directamente con las desigualdades sociales entre el hombre

y la mujer. Sin embargo, muy poco, al inagotable caudal de similitudes en capacidad de perfeccionamiento interior y relacional para trascender en el sentido más vasto de la existencia humana, el fortalecimiento de la espiritualidad del ser humano en la convivencia.

Deficiente introspección que no nos hace bien, ni imaginamos el encuentro sabio y recreado consigo mismo, la purificación necesaria, la energía para el equilibrio vital, interior y relacional. Impedimento manifiesto por estas y otras muchas razones para la percepción, asunción y puesta en práctica acerca de lo que de hombre y mujer debe poseer cada persona para en común procurar la riqueza humana que humanice en vez de despersonalizar, deshumanizar y desarticular el valor intrínseco de la diversidad como esencia singular de la riqueza humana.

La disparidad entre los géneros contiene en su base inequidad, desigualdad, carencia, manipulación, domesticación, desconocimiento, desentendimiento y maltrato, así como asimétricas relaciones tendientes a la disfuncionalidad, roles bipolares y comportamientos sexistas en los ámbitos personales y sociales. (Rodríguez Galera, 2014a: 4)

Potencializar la condición humana progénero en situación óptima sobre las bases de la paridad de género e intergenérica, de equidad de género e igualdad de género; y en ese mismo orden, favorecer un equilibrio humano coherente más por similitud ante las mismas

oportunidades, derechos, capacidades y afectos, que por las escasas diferencias reducidas a lo biológico y a la reproducción directa de la mujer, hacia el sometimiento de lo asistencial. Contrario a la razón y el poder, atribuido por el androcentrismo a los hombres con independencia de lo asistencial, como proveedores. Para el disfrute de relaciones simétricas en "comunidad oportuna de los elementos viriles femeniles", en lo personal y lo social, sin renuncia implícita o explícita a la masculinidad ni a la femineidad, para expresar la riqueza de lo humano en interacción armónica progénero. Más por el igual, que por el contrario.

DESARROLLO

En la actualidad el gran reto en los procesos de intervención formativa y orientadora, deben consistir en ofrecer al hombre y a la mujer del siglo XXI, la preparación de actualidad para enfrentar con las herramientas suficientes y necesarias, que le permitan el poder discernir para continuar el desarrollo cada vez más acelerado del conocimiento de la ciencia y la técnica. Claro está, sin omitir lo esencial en el ser humano para su completamiento cabal en extenso, desde el fortalecimiento interior para su tránsito en interacciones sociales, de las que no se puede prescindir. De modo que pueda inscribir su trascendencia humano social contextual, desde las esferas de los nuevos saberes, en proyección a su beneficio progresivo y el de su entorno sociocultural y viceversa, toda vez que genere bienestar, calidad de vida y salud para satisfacción

propia y ajena, en tanto se instrumenten alternativas estratégicas a favor para alcanzar situaciones mucho más óptimas en el crecimiento humano interior y relacional en paridad de género e intergeneración.

El esfuerzo previo al resultado de diversas alternativas y estrategias interventivas para el crecimiento humano en alianza y desarrollo sustentable (Rodríguez Galera, 2013b: 6) por los géneros y para los géneros, debe tener lugar con etapas de cumplimiento general, que oscilen desde el diagnóstico, la organización y el diseño del plan de acción, la ejecución y el control en permanente retroalimentación para gestar novedosos proyectos de vida que subyacen en el querer ser de las personas.

La primera intervención progénero formativa y orientadora puesta en práctica, con enfoque sistémico y asegurando una realización óptima en cada momento de las etapas descritas en ejercicio proactivo, prosocial y progénero, en el epígrafe Formación de Promotores Líderes Progénero, que gesten en proceso consciente el equilibrio para la armonía de género viril femenino que inicie la superación de la disparidad sobre la base de la Concepción Prospectiva y Andrógina de Género (Rodríguez Galera, 2013a: 13), precisa que sea resuelto el siguiente problema científico de investigación.

¿Cuál es la plataforma alternativa de género o plan de igualdad pensando diferente que desde la academia gesten, sustenten y promuevan el cambio hacia la igualdad de género y entre los géneros y la

autonomía de la mujer (ODM-ONU), en relaciones androcéntricas de poder, sin la tradicional y acrítica oposición de contrarios irreconciliables?

Criterios para exploración diagnóstica en situación y necesidad de género cultural contextual

- Relaciones de dominación.
- Patrones de acumulación sexista.
- Posibilidades de comunicación entre los géneros.
- Valores morales universales.
- Valores morales andróginos.
- De la práctica acrítica, los roles de género. De ellos, acomodamiento, transgresión y ruptura.
- Ámbito de libertad "conquistado".
- Capacidad comunicativa.
- Recursos culturales accesibles.
- Disposición hacia saberes novedosos.

IDEOLOGÍA PROGÉNERO EN RELACIONES ANDROCÉNTRICAS DE PODER

Los derechos humanos son inherentes a los seres humanos; empero, el reconocimiento de los derechos inherentes no crea derechos per se. (OPS, OMS y WAS, 2000: 10)

El autor se formula preguntas con criterios de valor que no se deben obviar en el abordaje de la temática. A su juicio, relevantes no sólo para la práctica académica, en tanto proceso consciente, sino para su efectividad e impacto como plan de igualdad pensando diferente. De modo que se ejerza influencia eficaz, capaz

de potencializar internalización para asumir sobre la base de saberes sentidos, principios y valores renovados para proyectos de vida también renovados. Dar y recibir para bienestar y calidad de vida en paridad, equidad e igualdad. De forma tal, que el abordaje a los cuestionamientos explícitos y numerados a continuación, fundamenten en lo teórico y metodológico la Estrategia de Intervención Progénero (EIP) a desarrollar en el Proyecto de Investigación Social (PIS) intitulado: Sexualidad y liderazgo progénero legitimando paridad. Plataforma alternativa para la modificación de patrones culturales sexistas.

- 1- ¿Cómo se construyen las relaciones sexistas entre las personas?
- 2- ¿Qué implicación tiene en cada ser humano el hacer coincidir criterios externos e internos en la configuración de la personalidad sexuada de género en su formación y desarrollo socio-psicosexual como persona biopsicosocial?
- 3- ¿Por qué el género es categoría relacional?
- 4- ¿Cómo funciona la categoría relacional género social sexista?
- 5- ¿Cuáles son las discrepancias explícitas que dan lugar a la crisis manifiesta de género y entre los géneros?
- 6- ¿Cuáles son las consecuencias de la manipulación sexista como única opción ideológica en la domesticación humana?
- 7- ¿Qué lugar ocupa en el sistema sexo-género el máspreciado valor humano, la libertad, en sus dimensiones espiritual y política?
- 8- ¿Cómo ejercer liderazgo progénero guía para la gestación y desarrollo de líderes progénero? El líder progénero en mí.
- 9- ¿Ideología progénero, posibilidad, probabilidad o ambas inclusive?

El Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas (ONU), dio a conocer a todos los países miembros y para el mundo, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM):

- Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- Lograr la enseñanza primaria universal.
- Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.
- Reducir la mortalidad infantil.
- Mejorar la salud materna.
- Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades.
- Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
- Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

De los cuales, se pretende promover la igualdad de género y entre los géneros y la autonomía de la mujer, en despliegue de intervención formativa progénero desde la figura del postgrado y otras posibles vías, contenidas en las actividades diseñadas en la EIP y ofrecer tratamiento expreso desde

la academia. Propiamente para irradiar luego sectores comunitarios en tanto empoderamiento, introspección y diseminación para el crecimiento humano interior y relacional y la transformación de la condición humana Género Sensible Cuidado Salud, de todas las personas involucradas.

En consecuencia, se asume sexualidad como [...] "dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: Basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. Sin embargo, en resumen, la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos". (OPS, OMS y WAS, 2000: 6).

Sin embargo, se discrepa de la definición de género de la misma fuente, en tanto su declarada sumatoria y estatismo en el devenir histórico difiere de configuración interior y relacional en lo relacional aún con ideología sexista imperante. Si bien es presentada como un estado actual, se manifiesta como sentencia inmovilista, negando cambios que han tenido y siguen teniendo lugar. Quizás

imperceptibles, quizás lentificados en relación con los desafíos, pero cambios interiores y relacionales. A saber: "El género es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. El género, tal como ha existido de manera histórica, transculturalmente, y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer". (OPS, OMS y WAS, 2000: 7).

Si los géneros se piensan únicamente como han acontecido y acontecen, se piensan y pensarán para siempre así. Poder vs obediencia, «porque siempre fue así». Se precisa de una definición de género más atrevida, más ajustada a la realidad del siglo XXI. Renovadora, que incite, que promueva cambios, modificaciones y transformaciones.

De tal modo se deben pensar los géneros, no en la adaptación acrítica, sino en la búsqueda de alternativas para intervención formativa progénero, en la identificación, selección e incorporación de metodologías, estrategias y técnicas de aprendizaje pensando diferente, como "fenómeno social que tiene su expresión en la conducta femenina y masculina condicionada por la educación, que si bien se sustenta en las diferencias biológicas y sus respectivas identidades sexuadas, tributa en identidades de género, pero se materializan únicamente en un medio social como persona hombre, mujer o ambivalente, en situación histórica social concreta, susceptibles de transformar y transformarse".

Es importante añadir a la definición anterior, que “al estar constituida la especie humana por mujeres y hombres, les asiste el derecho de independencia al reconocimiento de su respectivo género sin subordinación, estereotipias o normativas de cualquier índole que invisibilice, subvalore o supedite a miembros de la especie humana en detrimento de otros”. Signifiquemos la influencia de comunión viril femenil a la persona total. Y añadir que género, “es identidad singular de género, crecimiento interior en lo relacional, correlación intergenérica y transformación en “comunión oportuna de los elementos viriles y femeniles del espíritu”, para la formación de la condición humana género sensible cuidado salud”. (Rodríguez Galera, 2013a: 15-16).

Síntesis sobre género para la reivindicación de lo humano

- No es diferencia sexual.
- No es fractura, es integración.
- Ni es fémina, ni es varón, es persona.
- No es estado actual, sino deseado.
- No es involución, es crecimiento.
- Es transformar y transformarse.
- “Es por el igual, no por el contrario”.
- Es dimensión espiritual y política de los elementos viriles y femeniles del espíritu en comunión oportuna, a la libertad.
- Es respeto y responsabilidad.
- Es diversidad singular.
- Es condición género sensible cuidado salud.

Mientras, liderazgo progénero precisa no solo de aprender sino también

de desaprender, en tanto se perfilan novedosas concepciones y prácticas que han configurado estereotipos, prejuicios y estigmatizaciones en el devenir de la cultura occidental de la cual formamos parte. De modo que se asume como “aprendizaje en relaciones necesarias y naturales género sensible cuidado salud, para la constante sistematización en el perfeccionamiento de nuestro íntimo ser, desde el equilibrio y la transformación subyacente viril femenil del espíritu, para trascender como agente de cambio proactivo, prosocial y progénero, legitimando paridad de género e intergenérica. (Rodríguez Galera, 2013a: 8).

En consecuencia como país signatario, Ecuador se trazó el objetivo 3: Mejorar la calidad de vida de la población, contenido en el Plan Nacional de Desarrollo / Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017, en su acápite 3.5. Garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente del derecho a la libertad sexual de las personas, de los incisos declarados, los siguientes son de interés específico del quehacer académico en la esfera de la sexualidad y los géneros:

- a) Asegurar que la población disponga de información precisa y científicamente fundamentada en relación a las prácticas y conductas sexuales y sus riesgos en la salud sexual y reproductiva, con enfoque de género, equidad e igualdad.
- b) Promover el respeto a la orientación sexual y a la identidad de género de las personas y crear mecanismos de

vigilancia y control del ejercicio pleno del derecho de las personas a la libertad sexual.

- c) Impulsar acciones de prevención del embarazo adolescente e implementar estrategias de apoyo integral a madres y padres adolescentes, así como a sus familias.
- d) Garantizar la confidencialidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, como un derecho de los individuos dentro de su plan de vida.
- e) Promover el uso de métodos de protección sexual y anticonceptivos para la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y la planificación familiar adecuada y orientada al plan de vida de las personas.
- f) Promover la corresponsabilidad de la pareja en la salud sexual y reproductiva, transformando patrones socioculturales relacionados a la sexualidad y planificación familiar.

Constituye hoy día un flagelo social en la salud sexual y reproductiva, no sólo el embarazo adolescente, incidencia relacionada, entre otros aspectos, con limitaciones e insuficiencias en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, sino también la falta de información y educación de la sexualidad y los géneros oportunos. Otro flagelo social que afecta la salud sexo género, con consecuencias alarmantes, lo constituye la violencia de género, la que adquiere su punto más álgido en la violencia intrafamiliar, traspolada luego a otras instituciones y sectores sociales, la que se

traduce en deficiente comunicación, desconocimiento, manipulación, sometimiento, posesión forzada y asalto, constituyéndose víctimas más proclives al maltrato y al daño las féminas, infantes, adolescentes y jóvenes que se exponen, toda vez, al abuso físico, psicológico e inclusive sexual.

Sin embargo, no abundan antecedentes de intervención formativa y transformadora de impacto desde la academia en sexualidad y salud sexo género, línea estratégica priorizada no sólo por organismos internacionales como la ONU, la UNESCO y otros, sino también por muchos estados y gobiernos con políticas y programas bien definidos como el ecuatoriano.

PLAN DE IGUALDAD PARA GESTAR Y SUSTENTAR EL GÉNERO POR EL IGUAL, NO POR EL CONTRARIO EN RELACIONES DE PODER ANDROCÉNTRICAS

Género pensando diferente, ...una mejor persona

Como categoría relacional, es susceptible de configurar novedosos significados, sobre plataforma académica alternativa de intervención formativa sensible y flexible, para transformar y transformarse, en libertad espiritual y política con independencia de imposiciones por razones sexuales.

Propósitos generales de la condición género sensible cuidado salud

A-) Promover en interacción humana desde el diagnóstico en situación y

necesidad cultural contextual de convivencia vivida y sentida, la gestión de libertad espiritual y política en ámbito de libertad forjada en la práctica crítica. Método de Enriquecimiento Mutuo Intergenérico (EMI). (Rodríguez Galera, 2013b: 10).

B-) Desarticular patrones de acumulación en el ámbito de libertad conquistada y reivindicar saberes para el fomento de valores andróginos sustentados en los principios andróginos (Rodríguez Galera, 2013c: 10-18), para la conducción del sentido y la dirección de las relaciones de dominación hacia la comunión oportuna de los elementos viriles y femeniles del espíritu en Proceso de Enriquecimiento Mutuo Intergenérico (PEMI), (Rodríguez Galera, 2013a: 13).

C-) Desde la práctica crítica liberar potencialidades y legitimar paridad de género e intergenérica en asunción de la condición humana género sensible cuidado salud en posición para transformar la realidad contextual próxima en ejercicio de liderazgo progénero “con todos y para el bien de todos”. Formación para el Buen Vivir.

A todas luces, el tema revela la importancia en sí mismo, al develar una cosmovisión cultural de género (Rodríguez Galera, 2013a: 10) renovada y que incita al menos, a interpretar la naturaleza humana propia y ajena en interacción para el enriquecimiento personal, y en correlación con la percepción de la imagen conceptual, desde las opiniones y creencias fundadas en la experiencia vital. Empero, priorizando el desarrollo social humano

desde la formación de líderes proactivos, prosociales y progénero en intervención formativa por fases, donde se promueva el enfrentamiento a la violencia desde el pensar, para la inclusión del quiero y puedo hacerlo desde el compromiso personal, de adentro hacia afuera. Y todo esto, en tributo al derecho pleno del ser humano a ser auténtico, responsable y empoderado, que al conocer y sentir, quiera hacer una convivencia que favorezca la condición humana del ser humano, a la “PERSONA”, por la vida y para la vida. Capaz como promotor social activo (el líder progénero en mí), de una interacción respetuosa y responsable desde la diversidad singular a la social, en lo social.

FORMACIÓN DE PROMOTORES LÍDERES PROGÉNERO

Objetivo de internalización progénero

Adquirir en la realidad progénero percibida en convivencia relacional; propiamente en los momentos descritos del Proceso de Enriquecimiento Mutuo Intergenérico, caracterizados a su vez, por las acciones cognitivo afectivas y cualidades progénero para la necesaria y profunda visión interna del ser en desarrollo paulatino, al integrar las energías de lo viril y femenino del espíritu en internalización propia de comunión oportuna (verdad revelada), para el fomento, empleo y proyección del crecimiento interior y relacional en modificaciones positivas género sensible cuidado salud de accionar progénero.

Tabla 1. Legitimar paridad de género e intergenérica en asunción de la condición humana género sensible cuidado salud en posición para transformar la realidad contextual próxima.

Fuente: Recuperado de www.eumed.net/rev/cccss/2015/01/seximo.html

GÉNERO TRADICIONAL	GÉNERO TRANSFORMACIÓN
IDEOLOGÍA SEXISTA	IDEOLOGÍA PROGÉNERO
Ámbito de libertad conquistada en la dicotomía fuerza - debilidad	Ámbito de libertad forjada en la práctica crítica género sensible
Relaciones de dominación	Relaciones en paridad de género
Patrones de acumulación	Conocimiento singular (introspección-vaciamiento)
Cualidades morales inhibidas	Desinhibir cualidades morales
Práctica acrítica desorientada	Práctica crítica orientada
Comunicación con estigmatización en los géneros y entre los géneros	Comunicación género sensible
Concepciones anquilosadas y especulativas	Apertura a los nuevos saberes

Niveles de desarrollo para las acciones cognitivo afectivas que llevan a cabo las personas que participan en proceso consciente

Primer intervalo (despertar la sensibilidad de género). Proactivo no reactivo, prosocial y progénero. Paridad.

Segundo intervalo (forjar la libertad espiritual y política). Proactivo no reactivo, prosocial y progénero. Equidad.

Tercer intervalo (ejercicio de liderazgo progénero liberando potencialidades y legitimando paridad de género e intergenérica). Proactivo no reactivo, prosocial y progénero. Igualdad.

Tabla 2. Estrategia de intervención formativa para superar la disparidad intergeneracional.
Fuente: Elaboración propia
Confusión de base sexual, resistencias y miedos en el imaginario social sexista. De extremo a extremo

ETAPAS	FASES	FUNCIONES	CUALIDADES
Diagnóstico interactivo y contextual	-Caracterización de las manifestaciones de disparidad en las relaciones intergeneracionales. -Identificación del estado actual y determinación del estado deseado	Disposición a la renovación (cuerpo mente entorno) hacia nuevos saberes en construcción - desconstrucción interior y relacional	1-Disposición proactiva 2-Movilización participativa 3-Desanclaje en tanto se asumen posiciones críticas 4- Establecer prioridades personales y grupales
Diseño y organización	Momentos estructurales según tipo de curso: capacitación / postgrado / entrenamiento / diplomado / maestría	-PEMI	1-Comunicación EMIREC-EMIREC 2-Alianza interior y relacional (no confrontación) 3-Cooperación asertiva progénero 4-Concepción prospectiva y andrógina de género
Ejecución y sistematización de acciones	Cumplimiento de actividades académicas	-EMI -Paridad Intergeneracional -Liderazgo progénero	1-Familiarización con los nuevos saberes 2-Proactivos (no reactivos) 3-Búsqueda del equilibrio interior y relacional, pensando diferente 4-Plataforma alternativa: Género Sensible Cuidado Salud / Establecer el Vínculo. 5-Gestar nuevos proyectos de vida
Evaluación	Evaluar los resultados e identificar nuevas necesidades	Quehacer progénero	1-Cosmovisión holística (por el igual, no por el contrario) 2-Empoderamiento cultural progénero para la consecución de la salud sexo-género 3- Promotores líderes progénero (PLP)

- Acontecer vs práctica crítica
- Acontecer. Conveniencia, desconocimiento o ambos inclusive
- Crisis de valores morales universales
 - Relaciones de dominación, manipulación y sometimiento
 - Patrones de acumulación so pretexto del completamiento que interrumpe
 - Libertad conquistada, no forjada
 - Imposición género sexista en la configuración de la personalidad sexuada de género
 - Despersonalización y deshumanización

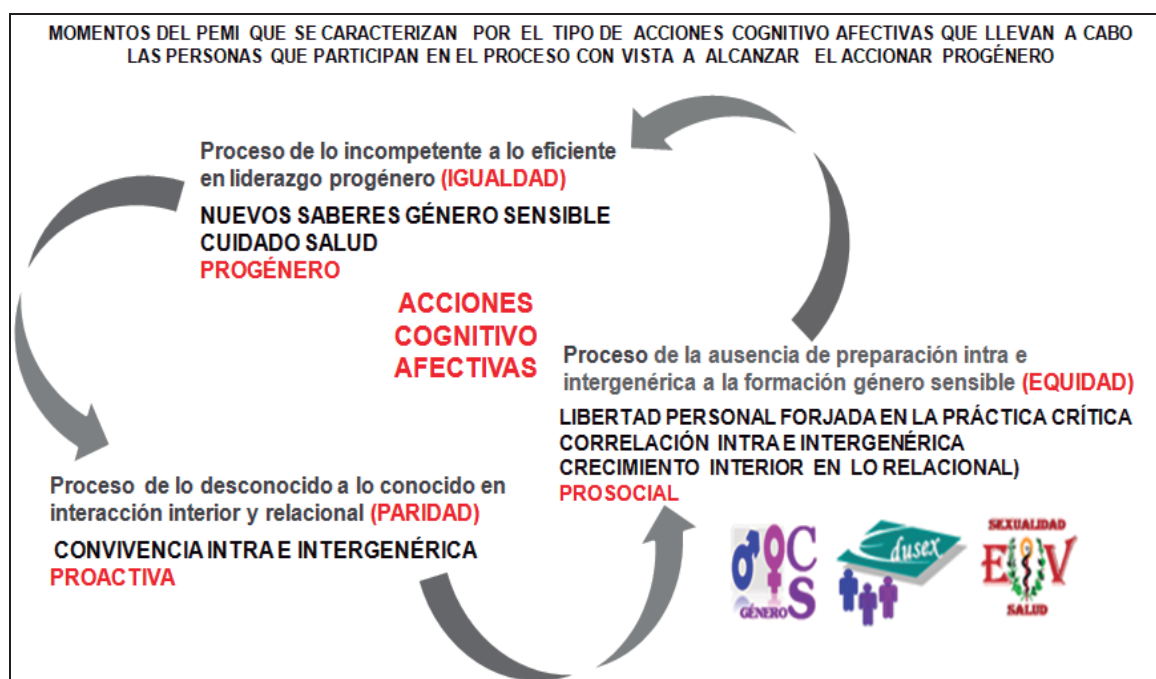


Figura 1. Intervención formativa en atención a las acciones cognitivo afectivas para alcanzar el objetivo propuesto

Fuente: Recuperado de www.eumed.net/rev/ccss/2015/01/seximo.html

- Práctica crítica, una brecha a la alternativa
- Crecimiento humano interior y relacional en lo relacional
 - Liderazgo progénero. El líder progénero en mí.
 - Condición humana género sensible cuidado salud

- Por cada fémina cansada de actuar débil cuando es fuerte. Hay un varón cansado de aparentar ser fuerte cuando se siente vulnerable.
 - Por cada varón que está harto de la expectativa constante de reafirmarse capaz. Hay una fémina cansada de la gente que no confíe en su capacidad de serlo.
 - Por cada fémina que está cansada de ser considerada súper sensible. Hay un varón temeroso de ser gentil y de llorar.
 - Por cada varón para el cual la única forma de mostrar su masculinidad es competir. Hay una fémina a la que se le acusa de no ser femenina cuando compete.
 - Por cada varón luchando porque la publicidad no le dicte sus deseos. Hay una fémina con autoestima vulnerada por los ataques sexistas de la publicidad.
 - Por cada varón sometido al acontecer socio psicosexual sexista. Hay una fémina en el acontecer socio psicosexual sexista sometida.
 - Por cada fémina que da un paso hacia su emancipación. Hay un varón que encuentra más fácilmente el camino de la "suya". (Rodríguez Galera, 2015b: 9)
- Reflexiones para la acción progénero
- Así como no hay cultura sin biología, la biología se ha de subordinar a la cultura.
 - El sexo social asignado contiene todo el patrón cultural contextual androcéntrico.
 - Género contiene sexo y lo refleja, más, sexo no determina género, es sólo un pretexto de imposición social sexuado conveniente a la norma inflexible.
 - En sociedad androcéntrica el sexo marca la errática diferencia, dando lugar entonces a la discriminación y la violencia genuina del exacerbado sexismo.
 - La diversidad singular hace la diferencia, y es a la par, la fuente del respeto mutuo de género e intergénero.
 - De la especie más racional, el androcentrismo patriarcal. Su corona, el patrón sexista. Su distintivo la fuerza y su emblema por la fuerza de la costumbre, marcada en el recorrido de la supervivencia a la dominación con la conquista. Su esencia, posición acrítica de contrarios en tanto grandes conveniencias. Una, acomodo en el poder. Otra, transmisión por añadidura. La confusión, el hecho de ser sexuados. Modo, manipulación y domesticación a la medida de los tiempos. Preferencia el desencuentro interior y relacional, en lo relacional.
 - Aperturar la construcción de significados alternativos de género y entre los géneros, una razón de orden, necesidad emergente a la dignidad de lo humano.
 - Las relaciones de poder socio psicosexuadas, susceptibles de

aprendizaje y desaprendizaje, constituyen un objeto de estudio de complejos procesos interiores y relacionales, en lo relacional para la configuración singular social de la personalidad sexuada de género en opción de transmutación de ideología sexista a ideología progénero u otras alternativas.

- Completamiento que interrumpe, imposición para azul y para rosado.
- Las personas son antiviolencia en sí y violentas para sí. Ósea, inconformes con la naturaleza humana violenta y en deterioro. Cada vez, profundo sentimiento de culpa, y en el fondo, el anhelo de reivindicación, aunque postergado. Para salir de él, por favor no malas prácticas. (Rodríguez Galera, 2015b: 10)

CONSIDERACIONES FINALES

- El cambio hacia la paridad, equidad e igualdad de género y entre los géneros y la autonomía de la mujer en relaciones intergenéricas constituye prioridad de la plataforma alternativa para mitigar el sexismo.
- La estrategia de intervención progénero propuesta, constituye un modo de intervención formativa de ideología progénero por el igual, no por el contrario, en promover personas género sensible cuidado salud en “comunidad oportuna de los elementos viriles y femeniles del espíritu”.
- La transmutación de persona sexuada sexista a persona género sensible para

la vida, ha de transitar en formación de liderazgo progénero para la transformación no sexista, en apertura a novedosos saberes para bienestar, calidad de vida y la consecución de la salud sexo género.

BIBLIOGRAFÍA

- Hurtado-Murillo F. y Pérez-Conchillo M. (2012): “Educación para la sexualidad con bases científicas. Documento de consenso de Madrid. Recomendaciones de un grupo internacional de expertos”. Valencia (España), 2011. Joan Holloway y Ángela Knudson. Washington, DC. EEUU.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en colaboración con la Asociación Mundial de Sexología (WAS). (2000): “Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. Actas de una Reunión de Consulta”. Antigua Guatemala, Guatemala.
- Rodríguez-Galera, J.R.: “Androginia en el seno del androcentrismo. Una transmutación necesaria”, en Revista Caribeña de las Ciencias Sociales. Enero 2015a. Disponible en Web: <http://xn--caribea-9za.eumed.net/androcentrismo/>
- Rodríguez-Galera, J.R.: “Comunicación, sexualidad y formación género sensible”, en Contribuciones a las Ciencias Sociales. Málaga, Octubre 2013d. Disponible en Web: www.eumed.net/rev/ccss/26/genero-sensible.html
- Rodríguez-Galera, J.R.: “Comunidad oportuna viril femenil una brecha al etnocentrismo”, en Contribuciones a las Ciencias Sociales. Málaga, Julio 2013a. Disponible en Web: www.eumed.net/rev/ccss/25/etnocentrismo.html

Rodríguez-Galera, J.R.: "Liderazgo progénero para la acción social", en Contribuciones a las Ciencias Sociales. Málaga, Agosto 2013b. Disponible en Web: www.eumed.net/rev/cccss/25/sexualidad.html

Rodríguez-Galera, J.R.: "Plan de igualdad para paliar el orden jerárquico sexista. Una plataforma académica alternativa", en Contribuciones a las Ciencias Sociales, Agosto 2014a. Disponible en Web: www.eumed.net/rev/cccss/29/orden-sexista.html

Rodríguez-Galera, J.R.: "Principios y valores andróginos una opción de vida", en Contribuciones a las Ciencias Sociales. Málaga, Septiembre 2013c. Disponible en Web:

www.eumed.net/rev/cccss/25/androgenia.html

Rodríguez-Galera, J.R.: "Sexistas entre la biología y la sociedad", en Contribuciones a las Ciencias Sociales, Septiembre 2014b. Disponible en web: www.eumed.net/rev/cccss/29/sexistas.html

Rodríguez-Galera, J.R.: "Sexualidad y liderazgo progénero legitimando paridad. Otra alternativa para mitigar el sexismo", en Contribuciones a las Ciencias Sociales. Málaga, Marzo 2015b. Disponible en Web: www.eumed.net/rev/cccss/2015/01/seximo.html

LA IMPORTANCIA DE ATENDER, EDUCAR Y PRESTAR APOYOS A LA SEXUALIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y/O DIVERSIDAD FUNCIONAL

Natalia Rubio Arribas. Psicóloga. Sexóloga. Pedagoga.
natalia@sexualidadydiscapacidad.es

La Atención a la Sexualidad de determinados colectivos específicos, como es el caso de las **personas con discapacidad y/o diversidad funcional**, es una realidad, con demasiada frecuencia, ignorada. Pocos son los tiempos y los espacios dedicados a hablar y abordar el tema, escasos los profesionales que se encargan de recordarles que este ámbito también requiere de una atención y priorización en sus vidas, y también son limitados los dispositivos desde los cuales se proporcionan y facilitan apoyos y recursos ajustados a las verdaderas demandas, motivaciones y necesidades de estas personas.

Partiendo de esta realidad, que nos muestra, por una parte, la existencia de un conjunto de demandas, situaciones y necesidades específicas respecto a lo **sexual**, lo **afectivo** y lo **relacional** y, por otra parte, una falta de **respuesta técnica-profesional** ajustada a las verdaderas y peculiares realidades de estas personas, surge la **Asociación Estatal Sexualidad y Discapacidad**, con la misión de mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y/o diversidad funcional poniendo especial énfasis en acciones que contribuyan a **Atender, Educar y Prestar Apoyos a su Sexualidad**.

Es necesario ATENDER su Sexualidad. Lo que significa tener en cuenta sus: **Necesidades** (las expresadas y las percibidas); **Demandas** (por extrañas o comunes que parezcan); **Dudas** (eliminados mitos y falsas creencias o lo que es lo mismo: preocupaciones); **Intereses y curiosidades** (Todas son legítimas y motor de aprendizaje); **Deseos y motivaciones** (planificación centrada en la persona); y **Situaciones** (afrontando las distintas conductas, manifestaciones y expresiones de la sexualidad y reforzando, encauzando o modificando según cada caso)

Es necesario EDUCAR. Es decir, contribuir de manera positiva a que también las personas con discapacidad y/o diversidad funcional **aprendan a conocerse** tanto como sea posible, y conociendo la diversidad de hombres y de mujeres, de genitales y de cuerpos, de mecanismos y procesos implicados en la respuesta sexual, el placer, la reproducción... y cómo, en muchos casos, la presencia de discapacidad y/o DF puede alterar ciertos funcionamientos. También **a que aprendan a quererse y a aceptarse**, desde sus diferencias y peculiaridades, considerándose verdaderos hombres y verdaderas mujeres. Y, por último, tratando de que **aprendan a expresar su sexualidad** de modo que **resulte**

satisfactoria, que les haga sentir bien y no sólo a ellos, también a familiares, parejas y al entorno próximo.

Es necesario **PRESTAR APOYOS.**

Adaptarse a **cada persona** (cada caso es único, diferente e irreplicable); **sus circunstancias** (personales, familiares, de pareja...); **las necesidades individuales** (de espacios, tiempos, recursos...); **situaciones personales**, (necesidad de apoyos, su frecuencia, intensidad, tipología,...) y sus **valores y creencias** (respecto a la sexualidad, la pareja o el placer). Además habrá que ser especialmente sensible ante **situaciones de mayor vulnerabilidad**: mujeres, personas inmigrantes, personas mayores, de núcleos rurales, homosexuales...

Todos y todas somos necesarios para **contribuir**, cada cual desde su papel, a **atender, educar y prestar apoyos** a la Sexualidad de las personas con discapacidad y/o diversidad funcional, y, consecuentemente, para **favorecer y facilitar** que logren **una inclusión social como ciudadanos de pleno derecho**. Se trata de trabajar desde las **posibilidades** y

no únicamente desde la prevención o los peligros. Educar la sexualidad es educar para fomentar todas y **cada una de las dimensiones de la calidad de vida**: bienestar emocional, desarrollo personal, relaciones interpersonales, bienestar físico, inclusión social...

Decir **TODOS**, es la mejor manera de remarcar el **papel de los diferentes agentes implicados**. Cada uno a su nivel, en su ámbito y con sus correspondientes responsabilidades. En cualquier caso, la participación de **TODOS** es necesaria. Se deberá tener en cuenta: el papel de los **profesionales, técnicos y voluntariado**; el papel de las **familias**; el papel de las **administraciones, instituciones, organismos...**; el papel de la **Sociedad** y por supuesto el **propio papel de las personas con discapacidad y/o diversidad funcional...** como protagonistas de su propio proyecto de vida. Se trata de situar a las personas con discapacidad y/o diversidad funcional, en el lugar que les corresponde que, por cuestión de derechos, es el mismo que el del resto de personas: **"En el Plural de las Sexualidades"**.

PERSONAS Y PROYECTOS DE VIDA.SOBRE LA EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL DE NIÑOS, NIÑAS, JÓVENES Y PERSONAS ADULTAS CON ENFERMEDADES RARAS

Natalia Rubio Arribas. Psicóloga. Sexóloga. Pedagoga.

natalia@sexualidadydiscapacidad.es

La sexualidad forma parte de la vida de todas las personas. Por supuesto, también de la vida de las personas con discapacidad y/o diversidad funcional. Sea cual sea el tipo de discapacidad y/o diversidad funcional (física, intelectual y/o sensorial), su origen (congénito o de nacimiento, adquirida o sobrevenida) y con independencia de cuales sean las limitaciones y necesidades de apoyo que precise la persona. Lo que incluye a todo tipo de discapacidades: síndrome de Down, daño cerebral adquirido, enfermedad mental, parálisis cerebral, lesión medular, trastornos del espectro autista, enfermedades raras o minoritarias... y, en cada caso, con toda su variedad y a la vez con su única y absoluta peculiaridad.

La Sexualidad no es algo negociable, no es algo que se pueda elegir. Está presente desde el nacimiento de la persona y le acompaña a lo largo de toda su vida.

Al igual que sucede con el resto de personas, la sexualidad de las personas con enfermedades raras puede y debe educarse. No da igual si se habla o si se calla. Qué temas son los que se priorizan o se abordan y cuáles son los que se evitan. Tampoco da igual el tono de voz o la expresión facial que se utiliza a la hora de

abordar las preguntas o situaciones en las que la sexualidad esté presente. Por las mismas, también se educa, en una dirección u otra, según sea la consideración que se otorgue al cuerpo desnudo o al pudor, o según se gestionen los tiempos y espacios de intimidad o cómo sea la actitud que se muestre ante las relaciones interpersonales o la expresión de los afectos. En definitiva, siempre se educa y, según se actúe, se estará educando en positivo o en negativo.

Con la presente ponencia y documento se pretenden aportar algunas CLAVES que ayuden a que padres, madres o familiares de personas con enfermedades raras contribuyan a atender, educar y prestar apoyos a la sexualidad de manera adecuada. A que todos puedan caminar en la dirección de los proyectos de vida de las personas con enfermedades poco frecuentes y lo hagan de forma coordinada y, además, junto con el resto de agentes implicados (profesionales, voluntariado, instituciones,...).

Cada enfermedad rara y cada momento evolutivo (edad) es diferente. No se debe generalizar. Ni todas las enfermedades poco frecuentes son iguales, ni tampoco lo son todos los hombres o todas las mujeres. Cada persona es única. Como también lo son las distintas

circunstancias que rodean a cada persona y cada momento evolutivo. No es lo mismo las “expresiones” o “vivencias” durante la infancia que aquellas que se manifiesten en la edad adulta. Tampoco es igual si la persona precisa de mayor o menor necesidad y frecuencia apoyos, si la vivencia de la enfermedad está presente desde el momento del nacimiento o en los casos donde la enfermedad comienza a manifestarse en edades avanzadas, si muestra muchos o pocos intereses por el tema de la sexualidad, ... La diversidad es un hecho.

Educación – hacer educación sexual- es algo más que explicar la reproducción. Educar y atender la sexualidad de niños y niñas, chicos y chicas, hombres y mujeres, es ayudar, y contribuir, a que se desarrollen de manera integral. A que aprendan a conocerse, a saber cómo son y cómo funcionan. A que aprendan a aceptarse, a sentir que como hombres y como mujeres merecen la pena, a que se les quiere y se les acepta tal y como son. Y, por último, a que aprendan que la sexualidad no ha de ser fuente de problemas y, justo al contrario, si puede serlo de satisfacción.

Una cosa es la sexualidad y otra las relaciones sexuales. Todas las personas, por el hecho de ser hombres y mujeres, “tienen” sexualidad desde su nacimiento (incluso antes) hasta su muerte. Sin embargo no todas las personas tienen o deciden tener relaciones sexuales. Con las personas con enfermedades raras sucede lo mismo, todas tienen sexualidad, aunque quizá no todas tengan relaciones sexuales en su vida. Por cierto, tampoco es una buena idea considerar que las relaciones

sexuales son únicamente los coitos. O, acaso ¿no podría ser considerada una relación sexual los besos o las caricias compartidas?

Todas las familias pueden educar. No hay un único modelo de familias y, por eso, no todas están constituidas por un padre y una madre. No obstante y en cualquier caso, en todos los distintos tipos de familias se puede crecer, sobre todo si lo que les une es el afecto, los sentimientos compartidos y el cariño recíproco. En las familias también son muy importantes, los hermanos o hermanas, primos... Todos y todas pueden contribuir al adecuado desarrollo afectivo sexual de las personas que conviven con enfermedades raras.

En educación sexual también se ha de educar igual a niñas que a niños. Se ha de procurar tratar por igual a niños y a niñas, que el sexo, ser hombre o ser mujer, no suponga en ningún caso una dificultad añadida. A chicos y chicas se les puede contar las mismas cosas. También ambos sexos necesitan de la misma intimidad y de la misma consideración. Todos y todas necesitan desarrollo personal y desarrollo social. La Educación, por tanto, ya sea desde las familias o desde las escuelas, tiene que evitar discriminar a niños y a niñas, ofreciendo a unos y a otras las mismas posibilidades.

El silencio nunca es una buena idea. Casi todos los chicos y chicas con enfermedades poco frecuentes escuchan hablar de sexualidad y ven cosas relacionadas con el tema. No viven en burbujas. Por tanto, si aprenden que este tema en casa NO SE HABLA, será difícil

que aprendan que para los temas relacionadas con la sexualidad también “cuentan” con su padre o con su madre. Se les puede hablar si preguntan pero también aunque no pregunten. Lo mismo que se hace con el resto de temas.

Hablar de sexualidad no es examinarse. Los familiares de las personas con enfermedades raras no tienen que ser unos expertos en sexología. Para hablar bien desde el papel de familia, basta con mostrar buena disposición, que la persona que pregunta perciba que se le quiere contestar. Por supuesto se debe decir la verdad y no dejar de hablar porque aparezcan los nervios o el tema provoque cierto rubor. Por supuesto, cuando se habla sin que pregunten las claves son muy parecidas, y, también en ambos casos, hay que procurar encontrar el momento oportuno.

Educar es enseñar la intimidad. A veces las personas con enfermedades raras tardan en aprender qué conductas o expresiones de la sexualidad pertenecen a la esfera de lo íntimo y cuáles son las socialmente permitidas en espacios públicos. Por eso, en ocasiones, acarician sus genitales delante de la gente o en lugares públicos. Ante estas conductas es importante indicarles lo inadecuado (“aquí no”, “delante de la gente no”) y ofrecerles una alternativa (“cuando estés en tu habitación”, “cuando estés a solas”). Tienen que aprender que la sexualidad forma parte de la intimidad.

Mostrar que se les quiere es también Educación Sexual. Uno objetivo de la

educación sexual es conseguir que todos y todas aprendan a aceptarse. Que sientan que son verdaderos hombres y verdaderas mujeres. Por tanto, el primer paso en esa dirección es mostrarles que se les quiere y que se les acepta tal y como son. Para quererles mucho y mostrárselo no es necesario sobreprotegerles (ni dejándoles que se salgan siempre con la suya, ni decidiendo absolutamente todo por ellos)

Niños y niñas con enfermedades raras, también crecen y dejan de ser niños. Con la llegada de la adolescencia, habitualmente se exigen cambios “ya no quiero que me veas desnudo”, “ya no quiero que me beses o me trates como a un niño delante de mis amigos” “ya no quiero que me compres ropa sin tener en cuenta mis gustos”... Todos estos cambios hacen que, poco a poco, donde antes se veía un niño o una niña ahora se vea un joven que ha crecido. Sin embargo el adolescente con una enfermedad rara, especialmente cuando hay limitaciones a nivel cognitivo, no suele pedir cambios y, por eso, se les sigue viendo como el niño o la niña de siempre. Aunque la realidad es tozuda: si son adolescentes o jóvenes, ya no son niños. Hay que procurar no infantilizar.

Hacer educación sexual es aprender a crecer con ellos. Del mismo modo que se les puede (y se les debe) hablar aunque no pregunten. Es decir, que hay que aprender a cambiar aunque ellos o ellas no lo exijan. Por ejemplo, se debe respetar su cuerpo desnudo como el de cualquier otro adulto, aunque ellos o ellas tampoco lo reclamen. Se le debe tratar en público como a otros adolescentes. Y, por supuesto, se debe procurar que opinen respecto a su ropa y

que decidan hasta donde sea posible, en este y en el resto de temas. Tomando pequeñas decisiones aprenden que su opinión importa. Dicho de otro modo, hay que ajustar los comportamientos e interacciones a los diferentes momentos evolutivos que viven las personas con enfermedades raras.

Todos los padres, madres, familiares están perfectamente preparados. Con un poco de sentido común es fácil entender que para hacer buena educación sexual no hace falta ser perfectos. Se puede saber mucho y también se puede contestar “no lo sé”. Se puede estar acostumbrado a hablar o se puede hablar poniéndose “colorando”. Se pueden tener las ideas muy claras o se puede pedir ayuda. También se pueden tener creencias personales o religiosas del tipo que sean. Lo importante es tener claro que su sexualidad es solo suya (les pertenece) y que se debe educar.

Aprender a relacionarse. Aprender a relacionarse es aprender a vivir en sociedad. Respetar y ser respetado. Compartir juegos, sentimientos, afectos, ocio, aprendizajes... Pero no es igual un desconocido, un amigo o un novio. Es importante que las personas con enfermedades raras distingan entre estos conceptos y ajusten sus muestras de afecto en función de los tipos de relación, aprendiendo a relacionarse, estableciendo

adecuadamente relaciones interpersonales. Por ejemplo: No puede besar o abrazar a un desconocido, ni puede considerar novio a quien ni siquiera conoce o quien no tiene esa misma consideración hacia él.

Las familias pueden hablar entre ellas. Las familias se deberían permitir hablar entre ellas de todo lo relacionado con la sexualidad de sus hijos e hijas con enfermedades raras. Compartir experiencias. Hablar, escuchar y sentirse acogido por otras personas. Es importante la complicidad de la pareja, de la familia más extensa y también la de otros padres y madres que están en circunstancias parecidas.

Pedir ayuda es muchas veces lo más sensato. Mirando hacia otro lado pocas cosas se resuelven. Solo se consigue mejorar cuando se es capaz de afrontar las situaciones. Y una obviedad: todos los grandes problemas, o muchos de ellos, empezaron siendo pequeños. Es decir, que no habría que esperar a que los problemas “nos superen” para pedir ayuda. Desde el minuto uno se puede acudir a buscar ayuda en los profesionales del centro escolar o de la institución que corresponda. Al fin y al cabo a todos los agentes implicados en la vida de las personas con enfermedades raras les importa su bienestar.

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.

Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico

Facultad de Psicología, Universidad de Málaga

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%). La muestra fue obtenida por muestreo casual o incidental. Los participantes estaban matriculados en un curso de extensión universitaria en psicología clínica en el que participaban los autores como docentes.

Los objetivos del presente estudio son determinar si una intervención breve (4 horas): (a) es una opción eficaz para generar cambios sobre las actitudes, mitos y fantasías sexuales de un grupo de estudiantes que participaron en talleres de educación sexual; y, (b) si los cambios que se espera que se produzcan se mantienen en el tiempo.

Para la evaluación se emplearon cuestionarios para medir actitudes, mitos y fantasías sexuales. La evaluación PRE-POST se realizó en formato papel y lápiz. Los instrumentos utilizados fueron: Encuesta Revisada de Opinión Sexual, EROS (Ríos-Olvera, López & Cabello, 2013), Cuestionario de Fantasías Sexuales, SFQ (Sierra, Ortega, Martín-Ortiz & Vera-Villaroel, 2004) e Inventario de actitudes negativas hacia la masturbación, NAMI (Sierra, Perla, Gutiérrez-Quintanilla, 2010). La evaluación PRE se realizó antes de

comenzar el primer taller (taller de autoconocimiento sexual) y la POST tras finalizar el segundo (taller de educación sexual). Se ha previsto una tercera evaluación de seguimiento, tres meses después, que se realizará mediante cuestionario en línea.

Los talleres tenían como objetivos: (a) Incrementar actitudes positivas hacia sexualidad, masturbación, contacto físico con otros; (b) Fomentar expresión emocional; (c) Conocer preferencias sexuales, anatomía sexual, zonas erógenas, fantasías y miedos sexuales; y, (d) Reducir mitos frecuentes en nuestra sociedad.

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 de dos, tres y cuatro participantes y grupo completo, 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.

De forma resumida se presentan las actividades que se realizaron en los talleres:

Tipo de ejercicio	1. T. Autoconocimiento Actividades	2. T. Educación sexual Actividades	Breve descripción
Presentación	Nombre, afición, última vez que se masturbó y que fantasía empleó y presentación del compañero al grupo.	Nombre y zona erógena	1. Escoger una pareja del grupo, una vez elegida se dan las instrucciones de la actividad. 2. Nos presentamos y vemos la variabilidad de zonas erógenas.
Creencias		Busca a alguien que...	2. Buscar gente en el grupo que piense que los mitos de la plantilla son verdad. Aclaremos los mitos y breve explicación de los modelos sociosexuales.
Autoconocimiento	Dibujar silueta mano y escribir 5 actividades sexuales preferidas	Dibujar órganos sexuales	1. Pensar en las actividades que nos gusten, luego el folio se deja en un lado del aula. 2. Reflexionar acerca de cómo seguimos teniendo la sexualidad muy centrada en los genitales y en el coito. Anatomía sexual.
Distensión	Bailar con globo en pareja		1. Propiciar contacto físico con baile y relajar al grupo.
Ruptura	El gatito		1. En grupo completo sentado en círculo, empezando por el docente expresar afecto a naturaleza dándole un beso al gato y después al compañero con beso donde se le dio al gato.
Confianza	Repetir figuras corporales con el contacto del cuerpo con el cuerpo. Colocar pegatinas por el cuerpo con manos – todo el cuerpo – y retirarlas después con la boca.	Caricias en los brazos expresando distintas emociones. Placereado.	1. Proporcionar contacto físico con otros. 2. Expresar emociones a través del tacto, con los ojos tapados. Ampliar el concepto de sexualidad y reflexionar sobre cómo influyen las emociones en la manera de vivir el placer y la sexualidad.
Discusión	Coger otro dibujo mano distinto al propio y leerla en	Puesta en común y resumen de	1 y 2. Resumen del taller incluyendo las opiniones, perspectivas del grupo, miedos,

	privado; ¿Cómo nos hemos sentido?, ¿Qué nos ha costado más hacer y por qué?	contenidos	dudas, etc.
Cierre	Abrazo final uno a uno diciéndole al otro cómo se ha sentido con esa persona.	Agradecimientos	

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 $M = 48.31$, $SD = 10.09$).

Tabla 1.

Resultados t de student para muestras relacionadas: estadístico F, grados de libertad (g.l) y significación en las variables evaluadas.

Variables	F	Gl
Erotofobia	2.74 ⁺	46
Erotofilia	1.82 ⁺	46
Fantasías íntimas	2.69 ⁺	46
Fantasías sadomasoquistas	3.33 [*]	46
SFQ Total	4.45 [*]	46
Actitudes positivas hacia la masturbación	-2.85 ⁺	46
Falsas creencias acerca de la naturaleza nociva de la masturbación	-3.12 ⁺	46
Afectos negativos en experiencias personales con la masturbación	1.9 ⁺	46
NAMI Total	-3.70 [*]	46

+ p < .01. * p < .05.

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.

Tabla 2.

Resultados t de student para muestras relacionadas: medias y desviaciones típicas pretest y postest de cada variable.

Variables	Pretest M (SD)	Postest M (SD)
Erotofobia	51.3 (7.33)	52.8 (7.6)
Erotofilia	28.88 (5.37)	29.51 (4.18)
Fantasías íntimas	17.36 (4.74)	19.17 (5.78)
Fantasías sadomasoquistas	6.83 (4.63)	8.57 (5.4)
SFQ Total	37.47 (13.86)	42.45 (14.45)
Actitudes positivas hacia la masturbación	20.87 (4.66)	18.94 (4.65)
Falsas creencias acerca de la naturaleza nociva de la masturbación	16.4 (5)	14.47 (4.59)
Afectos negativos en experiencias personales con la masturbación	11.4 (4.33)	10.55 (3.6)
NAMI Total	52.89 (11.27)	48.31 (10.09)

REFERENCIAS

- Aguilera, B. et al. (1990). *La alternativa del juego II. Colectivo de educación para la paz*. Getafe: Xiana.
- Gómez-Zapiain, J. (2013). Las actitudes hacia la sexualidad. En J. Gómez-Zapiain (Ed.), *Psicología de la Sexualidad* (pp. 35-53). Madrid: Alianza Editorial.
- Infante, A., París, A., Fernández, L. & Padrón, M.M. (2009). *¿Y tú qué sabes de "eso"? Manual de Educación Sexual para Jóvenes*. Diputación de Málaga, Servicio de Juventud y Deportes. Recuperado de <http://www.educarenigualdad.org/a-y-ta-quasabes-de-eso-manual-de-educacia-n-sexual-para-ja-venes>
- Ríos-Olvera, F.J., López, D.J. & Cabello, F. (2013). Adaptación del cuestionario Sexual Opinion Survey: Encuesta Revisada de Opinión Sexual. *Revista Internacional de Andrología*, 11, 1, 9-16.
- Sierra, J.C., Ortega, V., Martín-Ortiz, J.D. & Vera-Villaroel, P., (2004). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Wilson de Fantasías Sexuales. *Revista Mexicana de Psicología*, 21, 1, 37-50.
- Sierra, J.C., Perla, F., & Gutiérrez-Quintanilla, R. (2010). Actitud hacia la masturbación en adolescentes: propiedades psicométricas de la versión española del Attitudes Toward Masturbation Inventory. *Universitas Psychologica*, 9, 2, 531-542.
- Sierra, J.C., Santos-Iglesias, P., Vallejo-Medina, P. & Moyano, N. (2014). Autoinformes para evaluar conocimientos y actitudes sexuales. En J.C. Sierra et al, *Autoinformes como instrumento de evaluación en Sexología clínica* (pp. 23-64). Madrid: Síntesis.

CUANDO EL DESEO SEXUAL ES EL PROBLEMA

Carlos San Martín Blanco.

Doctor en Medicina. Sexólogo. Psicoterapeuta. Responsable de investigación del grupo de Sexología de Semergen. Centro interdisciplinar de Psicología y Salud (CIPSA). Santander. Secretario General y Académico de la Academia Española de Sexología y Medicina Sexual.

calos.cipsa@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos del Deseo Sexual representan una de las disfunciones sexuales más frecuentes, y que más problemas causa en las personas y en las parejas.

A pesar de ello, son aún poco conocidos, en gran medida debido al escaso conocimiento empírico en relación a los recursos diagnósticos y terapéuticos disponibles en la práctica clínica diaria.

Este aspecto complica su abordaje por parte de los profesionales de la sanidad no especializados, incluso entre los que hayan decidido interesarse por la Salud Sexual de sus pacientes y realicen de forma continuada detección activa.

La aproximación a los Trastornos del Deseo Sexual, tanto en hombres como en mujeres, exclusivamente mediante el modelo biomédico suele ser motivo de fracaso, dificultando incluso la investigación clínica, pues en el deseo sexual intervienen muchos factores psicosociales, culturales, vivenciales y relacionales, que en la mayoría de los casos deben de ser tenidos en cuenta en la

intervención terapéutica de estas disfunciones.

En este artículo se actualizarán algunos de los aspectos más controvertidos de su diagnóstico, se repasarán los datos más recientes sobre los recursos terapéuticos disponibles, y se pondrán de manifiesto algunos de estos factores no estrictamente biomédicos cuyo abordaje optimizará los resultados de la intervención terapéutica.

ALGUNAS IMPORTANTES

DEFINICIONES

Deseo sexual hipoactivo

En la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, DSM-V, el bajo deseo sexual aparece como un epígrafe diferente en el hombre y en la mujer, lo cual ha generado una gran profusión de críticas. Para la mujer se ha elaborado el concepto de **trastorno del interés/excitación sexual femenino**, mientras que se sigue hablando de **trastorno de deseo sexual hipoactivo (DSH) en el varón** (Fig. 1).

Fig. 1: Trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón (DSM-V)

- A. Fantasías o pensamientos sexuales o eróticos y deseo de actividad sexual reducidos o ausentes de forma constante o recurrente. La evaluación de la deficiencia la hace el clínico, teniendo en cuenta factores que afectan a la actividad sexual, como la edad y los contextos generales y socioculturales de la vida del individuo
- B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante unos seis meses como mínimo
- C. Los síntomas del Criterio A provocan malestar clínicamente significativo en el individuo
- D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación u otros factores estresantes significativos y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicación o a otra afección médica

Siguiendo el patrón habitual, se requiere la caracterización del trastorno en: “De por vida” (desde que el individuo alcanzó la madurez sexual); “Adquirido” (tras un periodo de actividad sexual normal); “Generalizado” (no se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas); “Situacional” (con determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas).

Además, se establecen criterios de gravedad actual, según el malestar a causa de los síntomas sea leve, moderado o grave/extremo.

La definición de Deseo Sexual Hipoactivo, igual para ambos sexos y vigente durante años es la del DSM-IV-TR, en la que se considera la “ausencia o deficiencia, persistente o recurrente, de fantasías y pensamientos sexuales y/o deseos de actividad sexual que provoca malestar acusado o dificultades

interpersonales y que no es causado por alguna enfermedad o medicación”.

Desde nuestra experiencia clínica, esta definición representa de forma más fidedigna la realidad clínica, mientras que la fusión de los trastornos de la excitación y el deseo en el caso de la mujer, como plantea la APA en su nueva edición, se aleja claramente de un conocimiento integrador que describa la realidad clínica de las mujeres con deseo sexual hipoactivo.

Hipersexualidad

Aunque resulta complejo establecer los límites entre la actividad sexual normal o anormal, se considera que la hipersexualidad es un estado en el cual se produciría un exceso de fantasías, deseos y conductas sexuales, que son pobremente controlados por el individuo y que interfieren en su actividad diaria.

Existe una gran controversia sobre si este impulso excesivo debería ser clasificado entre los trastornos psiquiátricos compulsivos, entre las disfunciones sexuales o entre las conductas adictivas. La CIE-10 lo excluye específicamente de los trastornos del impulso, como el juego patológico o la cleptomanía, aunque en este momento está en revisión, y el DSM-IV no incluye criterios para su diagnóstico.

Para la elaboración del DSM-V se propuso el **trastorno hipersexual (THS)**

como un nuevo diagnóstico: trastorno no parafilico del deseo sexual con un componente compulsivo, caracterizado por el aumento en la frecuencia e intensidad de fantasías, excitación, impulsos y conductas sexuales no parafilicas, asociadas a un componente de impulsividad, que provocan un malestar significativo o un deterioro social u ocupacional. Además se determinan una serie de criterios para darle entidad propia, que le diferenciarían de otros trastornos compulsivos o adicciones (Fig. 2).

Fig. 2. Criterios diagnósticos propuestos para el Trastorno Hipersexual (THS) para el DSM-V

- A. Durante un periodo de al menos 6 meses, presenta fantasías sexuales recurrentes e intensas, impulsos sexuales y conducta sexual en asociación con cuatro o más de los siguientes criterios:
1. El tiempo empleado en fantasías e impulsos sexuales, planificando y participando en conductas sexuales es excesivo de tal modo que interfiera con otras importantes actividades u obligaciones
 2. Repetidamente desarrolla esas fantasías, impulsos y conductas sexuales como respuesta a estados de ánimo disfóricos (p.ej. ansiedad, depresión, irritabilidad, aburrimiento)
 3. Repetidamente desarrolla esas 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.
- B. Hay un malestar clínicamente significativo o deterioro personal en las áreas social, profesional o de otro tipo de funcionamiento, asociado con la frecuencia e intensidad de estas fantasías, impulsos y conductas sexuales
- C. Estas fantasías sexuales, impulsos y conductas no se deben a los efectos fisiológicos directos de sustancias exógenas (p.ej. drogas de abuso o medicación) o a episodios maníacos
- D. La persona tiene al menos 18 años

Además se deben especificar las conductas: masturbación, consumo de pornografía, relaciones sexuales consentidas con adultos, prácticas sexuales a través de Internet (cibersexo), llamadas a teléfonos de contenido sexual, asistencia a clubs de striptease o varias de ellas

trastorno con identidad propia, y de hecho aún no se incluye en el DSM-V.

Prevalencia del Deseo Sexual Hipoactivo

La mayoría de los datos de prevalencia del DSH **en varones** están basados en la definición del DSM-IV-TR. Para una edad media de 53 años, el DSH no asociado a ningún otro trastorno, sexual o no, es de 5,1%.

Si consideramos el DSH secundario o asociado a otras afecciones, la prevalencia aumenta hasta: 38% de los pacientes con disfunción eréctil (DE), 28,2% de pacientes con eyaculación precoz (EP), 50% de los pacientes que sufren eyaculación retardada (ER), 100% de los pacientes con hipogonadismo o hiperprolactinemia, y un porcentaje variable en pacientes con alteraciones psicopatológicas.

A mayor edad la prevalencia puede aumentar, alcanzando el 22% a los 57 años, o el 47,7% a los 82. Es posible que otras comorbilidades (enfermedades crónicas, depresión, insomnio) influyan en este aumento, como influye el contexto psicosocial (si viven con la familia, si están institucionalizados...) y la relación de pareja.

En el sexo femenino la prevalencia de DSH no es mucho mayor. A pesar de que anteriormente se fijaba en 10-15%, algunos de los últimos datos fijan la prevalencia de DSH generalizado, es decir, en todas las situaciones, y adquirido, es decir, después de periodos de tiempo de normalidad, en el 7,4%.

Esta prevalencia se ha obtenido tras entrevistar a las mujeres de forma personalizada y descartar diagnósticos alternativos, o el impacto de experiencias previas y de otras condiciones de salud que pudieran afectar.

A pesar de este exhaustivo diagnóstico diferencial, parece que la prevalencia aumenta en la edad media de la vida, entre los 40 y los 59 años, coincidiendo con la perimenopausia y la postmenopausia inmediata.

Prevalencia de la hipersexualidad

La prevalencia de las conductas hipersexuales es del 3-6%, siempre mayor en hombres que en mujeres. En pacientes con co-morbilidades psiquiátricas, como la depresión, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, ansiedad y trastornos obsesivo-compulsivos puede ser mayor, lo cual lleva a la reflexión de si la hipersexualidad podría ser parte de un síndrome, sin entidad propia como THS.

Las conductas más frecuentes son: consumo de pornografía (por Internet), asociada a masturbación, la masturbación sola, y la búsqueda de relaciones heterosexuales consentidas. En un 25% de los casos se presentan todas las conductas.

Diagnóstico del DSH del varón en AP

Es importante tener en cuenta la posibilidad de que pueda existir un trastorno de este tipo ante determinadas situaciones clínicas, pues genera mucha angustia y casi siempre problemas de

pareja, que acaban resultando una de las principales motivaciones que llevan al paciente a la consulta.

Nuestra **actitud de detección activa** debe ser incuestionable ante cuadros pseudodepresivos, presencia de conflicto pareja o quejas abiertas de la pareja en consulta; cambios en el ciclo vital o en la situación psicosocial de las personas y/o de sus parejas; antecedentes de abuso o trauma sexual; abuso de sustancias y enfermedad de la pareja, relacionada o no con la esfera sexual.

Ante una demanda abierta de ayuda por DSH hay que determinar si es aislado o forma parte de un síndrome clínico (Tabla 1), donde aparece acompañado de otros síntomas y signos, que se descartan mediante la anamnesis, la exploración física y la realización de una analítica de testosterona (con otros parámetros dependiendo de la sospecha).

La falta de deseo puede deberse a los **efectos de la enfermedad**, o a las repercusiones de ésta y/o su tratamiento sobre la salud, la vida, autoimagen y/o autoestima del paciente.

Tabla 1. Situaciones clínicas que pueden cursar con DSH en el varón

- Déficit de testosterona: síndrome de deficiencia de testosterona (TDS), síndrome metabólico, hipogonadismo de inicio tardío (HIT)
- Otras alteraciones hormonales: hipotiroidismo, hiperprolactinemia
- Enfermedades metabólicas: diabetes, alteraciones de las glándulas suprarrenales
- Enfermedades crónicas: enfermedades cardiovasculares, insuficiencia renal crónica, cirrosis hepática, anemia...
- Neoplasias: cáncer de próstata, testículos, vejiga, colon, y otros cánceres que no impliquen directamente los órganos sexuales o la pelvis
- Enfermedades prostáticas y de las vías urinarias
- Enfermedades neurológicas: esclerosis múltiple, epilepsia, ictus...
- Enfermedades mentales: depresión, trastornos psicóticos, ansiedad
- Tratamientos farmacológicos: tratamientos antiandrogénicos, antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), algunos antihipertensivos (diuréticos, algunos betabloqueantes, etc)... (se remite al lector a la Tabla 8.2 del Capítulo 8 de esta obra: Nomenclátor farmacológico sexual).
- Abuso de sustancias: alcohol, cannabis, heroína y opiáceos, drogas de diseño...

DSH asociado a otras DS: Es frecuente que la presencia de otra dificultad en la respuesta sexual haya llevado, por su cronicidad y por la falta de afrontamiento, a que el paciente y/o su pareja desarrollan un sistema de evitación

de los encuentros sexuales, porque anticipan el fracaso y no quieren enfrentarse a él, ni propiciar un conflicto. En otras ocasiones, se confunde el tener algún otro problema, como la disfunción eréctil, con falta de deseo; es decir, se

supone que si no puede mantener una erección adecuada es porque “le faltan las ganas suficientes”.

Otra diferenciación diagnóstica obligada es la de **aversión sexual**: Reacción fóbica a los encuentros sexuales, con fuertes conductas evitativas y con la posibilidad de que se presente un cuadro de pánico, con sudoración, palpitaciones, náuseas, vómitos, etc ante la sola imaginación de mantener relaciones. El abordaje terapéutico requerido es el de cualquier otra fobia, lo cual se escapa de las competencias de la AP.

Diagnóstico de hipersexualidad en el varón en la consulta de AP

Los pacientes con conductas hipersexuales no suelen consultar por ello, salvo que estén teniendo problemas de carácter social, en el trabajo o en su vida familiar, o salvo que tengan un elevado grado de ansiedad.

Más de la mitad de los afectados refieren tener problemas en el funcionamiento de su relación, siendo frecuente que sea la pareja la que consulta, por sentirse abandonada/o, o por considerar anormal el comportamiento de su pareja.

Tanto si se trata de un trastorno compulsivo, como si se trata de una adicción, su abordaje terapéutico se escapa de las competencias de la AP.

Sin embargo, la detección activa puede ser fundamental para propiciar las derivaciones oportunas, y reducir el sufrimiento del paciente y su entorno, así

como para disminuir las situaciones de riesgo (ITS, abuso de sustancias, conflictos laborales, problemas legales, violencia física, etc).

Existen numerosas situaciones clínicas que pueden acompañarse de conductas de hipersexualidad como la adicción a drogas como metanfetamina que puede aumentar el deseo y disminuir la inhibición, la enfermedad de Parkinson, por sí misma o por la levodopa y agonistas dopaminérgicos usados en el tratamiento y otras afecciones neurológicas, como demencias (desinhibición frontal), algunos ictus o traumatismos (afección prefrontal o temporal) y trastornos psiquiátricos, como ansiedad, hiperactividad en adultos, adicción al juego, trastornos obsesivo-compulsivos, esquizofrenia, trastorno límite de la personalidad; antecedente de abuso o trauma sexual, parafilias (voyeurismo, exhibicionismo) o conflictos de pareja.

Tratamiento del Deseo Sexual Hipoactivo en AP

En el caso del varón, el hecho de que no existan fármacos con indicación específica en el DSH, además de la baja formación en sexología, condicionan que en la AP se tenga una especial reticencia a abordar este trastorno. En realidad, no es necesaria la derivación a un especialista, siempre que exista una motivación, una mínima preparación por parte del profesional, y que tanto el paciente como su pareja estén de acuerdo en que sea el médico de AP el que realice el tratamiento.

Si el Trastorno del Deseo forma parte de un síndrome clínico, es necesario intervenir sobre los factores que lo causan.

Cuando hay déficit de testosterona, la intervención sobre el estilo de vida y la suplementación suele hacer que se reviertan o mejoren los problemas de la esfera sexual.

Los requisitos de la intervención con testosterona son: Testosterona total <230 ng/dl; consensuar la vía con el paciente, preferiblemente empezando con preparados de acción corta (transdérmico, oral, bucal).

Si el Trastorno del Deseo está asociado a otras disfunciones sexuales debemos explicar al paciente mediante qué mecanismos se ha llegado a la evitación, así como los aspectos relacionados con la ansiedad de ejecución o la anticipación del fracaso, todos ellos factores psicológicos que influyen de forma determinante en su mantenimiento.

El abordaje de las DS se llevará a cabo en primer lugar, aunque durante el proceso no se obvие la posible falta de deseo. Es frecuente que la confianza que gana el paciente con las dinámicas, terapias y fármacos que se utilizan, por ejemplo, en el tratamiento de la DE, reviertan el interés sexual.

Los inhibidores de la PDE-5 sólo han demostrado su efecto beneficioso sobre el deseo en pacientes con disfunciones sexuales inducidas por antidepresivos. Pero lo cierto es que los estudios de eficacia sobre los trastornos de la excitación como la DE obtienen mejoría en

otros dominios de la respuesta sexual, probablemente de forma indirecta.

En el caso de la mujer, después de todo lo expuesto, es difícil imaginar que vaya a existir un tratamiento que administrado en mujeres con DSH haga remitir el cuadro clínico sin más. De hecho, hasta el momento, todas las aproximaciones exclusivamente biomédicas al tratamiento han fallado.

No obstante, existen algunos fármacos que pueden ayudar y que tienen eficacia probada en determinadas circunstancias.

El Bupropion, como la mayoría de los recursos terapéuticos, no tiene indicación para el DSH, pero ha probado su eficacia y su uso no debe ser despreciado en determinados casos. Es un inhibidor selectivo de la recaptación de las catecolaminas (dopamina y noradrenalina), que se utiliza como antidepresivo y en el tratamiento de la dependencia al tabaco. Este es el antidepresivo que mejor efecto produce sobre la sexualidad; no sólo no es deletéreo para la respuesta sexual, sino que ha probado su eficacia, en estudios controlados con placebo, en el tratamiento del DSH.

Concretamente, un reciente estudio realizado en 232 mujeres premenopáusicas ha comprobado cómo los ítems relativos al deseo sexual del cuestionario BISF-W (Brief Index of Sexual Functioning for Women) aumentaban a más del doble en pacientes tratadas con bupropion frente a las tratadas con placebo.

Los **Estrógenos combinados con testosterona** ha demostrado un mayor efecto sobre el funcionamiento sexual. En algunos estudios, la combinación THS-testosterona mejoraba los índices de función sexual hasta el punto de que el 68% de las mujeres al terminar no cumplían criterios de disfunción.

Una revisión Cochrane, recientemente publicada on-line y no modificada desde el año 2005, ha examinado más de 35 estudios para concluir que hay evidencia suficiente para afirmar que la combinación Estrógenos-Progestágenos en THS con Testosterona produce una mejora de la función sexual de las mujeres postmenopáusicas.

A pesar de ello, las indicaciones terapéuticas de la THS no se han modificado desde que fueran revisadas en el año 2004 por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS), y aún quedan limitadas al tratamiento a corto plazo de los síntomas de la menopausia que dificulten la actividad diaria, siempre que los beneficios superen a los riesgos y utilizando la mínima dosis posible.

La Tibolona, sobre la misma base del efecto androgénico sobre la función sexual femenina, se ha atribuido a la Tibolona (con acción estrogénica, progestagénica y testosterónica) una mejora del deseo sexual. Son numerosos los estudios que demuestran esta afirmación, incluso frente a placebo, sin que de momento se haya conseguido modificar la ficha técnica del producto con esta indicación. Desde el año 2006, el **parche de testosterona**

transdérmico fue el único medicamento con indicación en el trastorno de deseo sexual hipoactivo (TDSH) para mujeres con postmenopausia quirúrgica. Se intentó ampliar su indicación a todas las mujeres postmenopáusicas, aunque se retiró la solicitud de ampliación en el año 2010, sin que la Agencia Europea del Medicamento (EMA), la hubiera concedido.

A pesar de ello, en el año 2012, una revisión realizada por un grupo de investigadores, para ser presentada en el Congreso anual de la Sociedad Internacional para el Estudio de la Salud Sexual de las Mujeres, concluyó que la testosterona transdérmica era un tratamiento adecuado para el DSH en mujeres con menopausia natural o quirúrgica, y con o sin asociación de THS (estrógenos solos o con oposición de progesterona).

En la actualidad no figuran en el Vademecum de nuestro país.

No existe gran evidencia en relación al efecto de los fitoterápicos en la sexualidad femenina, aunque algunos de los resultados obtenidos en estudios no se deben de obviar pues pueden facilitar alguna intervención terapéutica.

La Flibanserina, ya comercializada en EEUU, sobre la base de que la actividad sexual se favorece en un entorno dopaminérgico y antiserotonérgico, está indicada por la FDA para el tratamiento del DSH en mujeres premenopáusicas. Existe sin embargo una gran controversia en cuanto a su eficacia y seguridad, que esperemos se vaya despejando con su empleo clínico.

Cuando el estudio estaba en Fase III se desestimó por ineficacia, aunque se siguió demostrando cómo favorecían las conductas prosexuales en animales en el tratamiento a medio plazo (2-3 semanas), no de forma aguda, y de este modo se ha planteado su uso en mujeres.

En la intervención sexológica del Deseo Sexual Hipoactivo, el consejo sexual sigue las mismas premisas que en el resto de las disfunciones sexuales, con un especial hincapié en el estímulo de las fantasías sexuales, la autoerotización y los juegos que favorezcan la sensualidad en pareja; cambiar los hábitos de vida, sobre todo para dedicar tiempo a retomar contacto con el cuerpo (gimnasio, masajes, relajación, descanso) y con la pareja; buscar momentos de intimidad, no necesariamente para tener encuentros sexuales, en los cuales compartir aficiones, opiniones, expectativas, y/o planificar, desdramatizando y con una buena dosis de humor, tolerancia y ternura, encuentros eróticos de forma regular.

Puede ser útil el recomendar la lectura o la visualización de material erótico, el uso de juguetes sexuales y el estímulo de las fantasías, mediante, por ejemplo, la elaboración de fantasías en la vida cotidiana. Sin que existan fármacos con indicación específica se deben hacer algunas consideraciones sobre su posible uso en el varón con DSH: El excelente efecto de la testosterona sobre la disfunción eréctil y la libido, en los pacientes con síndromes de deficiencia hormonal, no se ha encontrado en pacientes con disfunciones sexuales aisladas; la administración de 100 mg/d de

DHEA ha demostrado ser efectiva en mujeres postmenopáusicas con DSH pero no en hombres; aunque el nivel de evidencia no es muy elevado, bupropion está entre las posibles estrategias para las disfunciones sexuales inducidas por los antidepresivos, incluido el bajo deseo; la medicina alternativa (fitoterapia, acupuntura) tampoco tiene un elevado nivel de evidencia, aunque algunos estudios controlados han demostrado eficacia de la maca andina en la mejora del deseo sexual masculino.

Tratamiento de la hipersexualidad en AP

Como afección crónica requiere abordaje multidisciplinar, que incluye la combinación de psicoterapia (también familiar y de grupo), medicación y grupos de apoyo y, el profesional de AP puede participar del apoyo psicosocial, tanto del paciente como de su familia. Esta tarea es complicada por las escasas guías e información sistematizada sobre el THS, y sin embargo fundamental para mejorar la calidad de vida de las personas y para intentar evitar situaciones de riesgo.

Algunos de los medicamentos utilizados, individualizando cada caso son: Acetato de ciproterona, antiandrógeno cuyo uso requiere la evaluación del riesgo de trombosis y/o daño hepático, tiene entre sus indicaciones el tratamiento del impulso sexual aumentado (25mg/12 horas de mantenimiento); con la misma intención de reducir el efecto androgénico en hombres se pueden utilizar estrógenos y análogos de la GnRH; Donepezilo, propuesto para reducir la hipersexualidad derivada del tratamiento con agonistas dopaminérgicos

en la enfermedad de Parkinson; Opioides, como Naltrexona, con utilidad en otras conductas compulsivas y adicciones, reduce el impulso masturbatorio y las fantasías sexuales en agresores sexuales adolescentes; los antidepresivos ISRS, utilizados en trastornos obsesivos, tienen como efecto secundario la disminución de la libido.

BIBLIOGRAFÍA

- Basson R, McInnes R, Smith MD, Hodgson G, Koppiker N, Efficacy and safety of sildenafil citrate in women with sexual dysfunction associated with female sexual arousal disorder. *J Womens Health Gend Based Med.* 2002; 11:367-77
- Borgermans L, Vrijhoef B, Vandervoorde J, De Maeseneer J, Vansintejan J, Devroey D. Relevance of Hypersexual Disorder to Family Medicine and Primary care as a Complex Multidimensional Chronic Disease Construct. *Int J Family Med.* 2013 Aug;2013:519265.
- Brotto LA. The DSM diagnostic criteria for Hypoactive Sexual Desire Disorder in men. *J Sex Med.* 2010 Jun;7(6):2015-30.
- Chiclana-Actis C. Hipersexualidad, trastorno hipersexual y comorbilidad en el Eje I. XIV Congreso virtual de psiquiatría.com Interpsiquis 2013. www.interpsiquis.com Febrero 2013.
- Corona G, Isidori AM, Buvat J, Aversa A, Rastrelli G, Hackett G, Rochira V, Sforza A, Lenzi A, Mannucci E, Maggi M. Testosterone supplementation and sexual function: A meta-analysis study. *J Sex Med.* 2014 Apr 4.
- Corona G, Rastrelli G, Ricca V et al. Risk Factors Associated with Primary and Secondary Reduced Libido in Male Patients with Sexual Dysfunction. *J Sex Med.* 2013 Jan; 24
- Cruz, N. Síndrome metabólico, medicina sexual y patología cardiovascular. En: *Tratado de Andrología y Medicina Sexual. Tomo II.* Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011. p. 773-81.
- Davis SR, Braunstein GD. Efficacy and safety of testosterone in the management of hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women. *J Sex Med* 2012 Apr; 9(4):1134-48
- Desk Refrence to the Diagnostic Criteria From DSM-IV-TR. American Psychiatric Association. 2000.
- European Medicines Agency. Science Medicines Health. Retirada de la solicitud de una modificación de la autorización de comercialización de Intrinsa (testosterona). 21 de Octubre de 2010. Disponible para consulta en: http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/Medicine_QA/2010/10/WC500098423.pdf
- García-Cruz, E. Síndrome de deficiencia de testosterona. En: Cruz, N. *Tratado de Andrología y Medicina Sexual. Tomo II.* Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011. p.765-72.
- Halpern AL. The proposed diagnosis of hypersexual disorder for inclusion in DSM-5: unnecessary and harmful. *Arch Sex Behav.* 2011 Jun;40(3):487-8.
- Kafka MP. Hypersexual disorder: a proposed diagnosis for DSM-V. *Arch Sex Behav.* 2010 Apr;39(2):377-400.
- Kor A, Fogel Y, Reid RC, Potenza MN. Should Hypersexual Disorder be classified as an Addiction? *Sex Addict Compulsivity.* 2013;20(1-2).
- Sánchez F, Cabello F. Deseo hipoactivo femenino. Parafilias. Sexualidad compulsiva. En: Jurado AR, Sánchez F. *Salud sexual en Atención Primaria (Curso de formación online en Internet).* Madrid: Science Tools, 2012. (acceso 30 de septiembre de 2012). Disponible en: <http://www.dpcap.es>
- Somboonporn W, Bell RJ, Davis SR. Testosterone for perimenopausal and postmenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Art No.: CD004509 (pub 2010)

JÓVENES MAYAS Y EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD. ABORDAJES Y ESTRATEGIAS EN LA UADY

Andrés Santana Carvajal, Yolanda Oliva Peña, Ligia Vera Gamboa y Guadalupe Andueza Pech.

Centro de Investigaciones Regionales de la Universidad Autónoma de Yucatán.

asantanacarvajal@yahoo.com.mx

INTRODUCCIÓN

El término *juventud* ha sido utilizado de tantas maneras y con tal amplitud de significados, que al interior de las ciencias sociales existe la convicción de establecer una ruptura epistemológica que reconstruya el objeto teórico juventud. Un cuerpo de teoría que permita describir y analizar los fenómenos juveniles desde una perspectiva científica. La juventud no tiene la misma duración en el campo que en la ciudad, en las clases altas que en los sectores marginados, en las ciudades modernas que en las tradicionales, ni siquiera entre ambos géneros.

El significado de ser joven será tan amplio y variado como son los grupos juveniles; sin embargo, se dice que el proceso globalizador tiende a desarticular de valores y tradiciones, y a homogeneizar pero también genera construcción de nuevas identidades un señalamiento importante es la pobreza para millones de mexicanos y de manera particular, del estado de Yucatán, para ubicar esta determinante contextual que no debe perderse de vista en el análisis de cualquier grupo social. Pobreza material que va junto a un escaso acceso a los derechos fundamentales, respecto a los cuales, muchos jóvenes entrarán mermados a la búsqueda y construcción de su futuro.

Las culturas juveniles de acuerdo con Feixa (1998) pueden analizarse desde dos perspectivas: desde el plano de las condiciones sociales y en el de las imágenes culturales. Las primeras se refieren al conjunto de derechos y obligaciones que definen la identidad del joven en la estructura social, en la que hacen uso de materiales provenientes de las identidades generacionales, género, clase, etnia y territorio. Respecto a las imágenes culturales, entenderlas como el conjunto de atributos ideológicos y simbólicos asignados y/o apropiados, que se traducen en estilos más o menos visibles, que integran elementos materiales e inmateriales heterogéneos, provenientes de la moda, la música, el lenguaje, las prácticas culturales y las actividades focales.

Los grupos adolescentes se han incorporado al mercado de trabajo. Según Eternoud (1997:20-21) seis de cada diez adolescentes participan en el mercado laboral con una tasa de participación del 58.1%. Sobresale un constante incremento de la participación femenina, que más que atribuírsela a una mayor autonomía de las mujeres, hay que partir de que muy probablemente sean las necesidades económicas las que propician u obligan a dicha participación, más cuando se trata de familias con padres muy jóvenes o porque

son las madres de dichas familias. De esta manera, las mujeres desarrollan la doble y la triple jornada desde edades tempranas con el consiguiente desgaste y riesgos para su salud.

La sociedad mexicana se ha caracterizado por expresar su preocupación por los jóvenes en términos de las conductas de riesgo que cometen en el proceso de construcción de su identidad como adultos, sin embargo, en las últimas décadas del siglo XX, la *juventud* aparece como sujeto de investigación ante el hecho de que los jóvenes como grupo de población creciente, aunada a la tendencia baja de la natalidad, van convirtiéndose en una población numerosa, que además anuncia el envejecimiento de la población mexicana.

En el Plan de Acción Regional para la Salud y el Desarrollo de los Adolescentes, 1998-2001 elaborado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para América Latina, se propone trabajar en servicios, orientación y educación para la salud; los jóvenes como promotores de un futuro saludable, priorizando a la población escolar preadolescente y, los jóvenes como agentes de cambio en sus familias, comunidades y sociedades, promotor de la participación y habilitación de los adolescentes (OPS, 1998:4).

En México, desde hace ya algunos años, existe trabajo en el área de investigación con el interés de cubrir estos vacíos de información, de poblaciones reducidas y a la búsqueda por separado de datos específicos como: adicciones, salud reproductiva o educación, que son insuficientes para la generación de políticas públicas. En cuanto a estudios sobre juventud, se han logrado grandes

avances con la realización de la Encuesta Nacional de Juventud desde el año 2000, coordinada por el Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud del Instituto Mexicano de la Juventud, a fin de ajustar a la realidad local.

En México, de acuerdo de la Encuesta Nacional de Salud 2012(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.

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 dos encuestas estatales sobre salud sexual y reproductiva en jóvenes y 21 trabajos de investigación, 19 de corte cuantitativo uno cualitativo y uno mixto, del área rural, del centro-oriente y poniente del Estado de Yucatán, que abarcan a un total de 1760 sujetos estudiados. Las categorías utilizadas en el

análisis fueron: a) Conocimientos sobre sexualidad; b) Comportamientos y prácticas de riesgo a la salud sexual y reproductiva.

Perfil del Embarazo Adolescente en el Sureste de México. Los casos de Tabasco y Yucatán (1997) Esta caracterización sociodemográfica y de conducta reproductiva en jóvenes de ambos sexos entre 12 y 19 años con un total de 1,902 adolescentes; 1060 mujeres y 842 hombres; Se aplicaron encuestas a domicilio con una sección a responder por las o los jefes de familia, y una sección para jóvenes. Los niveles de marginación y el tamaño de las localidades los criterios bajo los cuales se definieron las regiones del estudio. Las unidades de muestreo fueron los agregados de localidades rurales (ALR's) y/o las áreas geoestadísticas básicas urbanas (AGEB's) de cerca de 2,000 habitantes.

La Encuesta Estatal de Juventud 2001 representa una nueva etapa que buscó indagar información sobre los procesos que actualmente se producen en la incorporación del joven a la sociedad yucateca, que sirva como referencia para su posterior profundización en estudios cualitativos y cuantitativos. La cobertura de la encuesta fue a nivel estatal y la muestra incluyó 768 viviendas, donde se encuestó a todas las personas que tuvieran de 12 a 29 años de edad y que residían habitualmente en viviendas particulares. El diseño de la muestra fue probabilístico, estratificado y por conglomerados, donde la última unidad de selección fue la vivienda y, la unidad de observación, los jóvenes. Para la estructuración del cuestionario se tomó en cuenta, la Encuesta Nacional de Juventud 2000, la Encuesta

sociodemográfica de los adolescentes en el sureste de México y la encuesta que resultó de la consulta realizada por el Instituto de la Juventud de Yucatán con expertos en las diferentes temáticas relacionadas con los jóvenes.

RESULTADOS

En el perfil de embarazo adolescente: la vida de las y los jóvenes entre 12 y 19 años en zonas suburbanas de Yucatán, transcurre con mucho apego a sus familias patrilocales; por lo general no manejan la expectativa de vivir fuera del hogar. La figura materna es a la que recurren para consulta respecto a la salud y los cambios corporales, problemas personales, inquietudes y deseos (Ortega, Andueza, Hoil, 1998). Es el maestro o maestra (45%) de escuela de quien han recibido información respecto a educación sexual; seguido de los propios pares (20%); en tercer lugar, de los medios de comunicación (13%), y luego los padres de familia (11% las madres y 4% los padres). Las relaciones sexuales son consideradas una práctica negativa (63% de las mujeres y 53% de los varones), cuando ocurren antes del matrimonio. Demandaron la necesidad de adquirir información sobre ITS, Sida y la fisiología de la reproducción, anticoncepción, cómo tener relaciones sexuales, respecto al aborto y la masturbación.

En su gran mayoría, los jefes de familia varones de estos hogares son trabajadores del sector secundario o terciario, con contratación eventual; las madres en su mayoría se dedican a las labores domésticas; algunas desarrollan actividades secundarias que les permite obtener algún ingreso. Tanto los padres

como las madres refieren una escolaridad baja (primaria incompleta o completa); son los jóvenes, quienes acceden a niveles de enseñanza media superior; muchos de ellos se incorporarán a la esfera laboral tempranamente, otros seguirán una carrera técnica, y otros menos llegarán a la Universidad.

La condición de género conlleva una actitud de responsabilidad diferencial respecto a la función sexual y reproductiva. Aunque la mitad de las y los adolescentes refirieron la primera relación sexual entre los 15 y 17 años, la mayoría de los hombres (70%) no las planearon, porcentaje que contrasta con una cuarta parte de las jóvenes que tampoco lo hicieron.

Los resultados de la Encuesta Estatal 2001 muestra que la mayor parte de los jóvenes viven en familias nucleares al representar un 73% de los encuestados.

El español es la lengua predominante en los jóvenes; sin embargo, una cuarta parte de los jóvenes son bilingües, lo que nos indica que son maya hablantes únicamente un 49.6%, es decir la mitad de ellos. La religión principal entre los jóvenes, según arrojó la encuesta, es la católica con un 84% y el resto de jóvenes practica una diversidad de religiones.

El rol predominante de los jóvenes en relación a su parentesco es el de hijos en un 71%, el segundo es de ser cónyuge y en tercer lugar ser jefe del hogar. El nivel de escolaridad promedio de los integrantes de los hogares de los jóvenes es de tercer grado, al representar el 64% de los miembros. Los resultados muestran que alrededor del 53% de los jóvenes encuestados estudian y el resto refirió no estudiar por el momento.

Se considera que para que exista la presencia de un noviazgo requieren solicitar permiso en una persona, pero la mitad de los jóvenes señalan que ellos/as deciden cuando tener un novio o novia. Por cuanto se refiere a la comunicación y la relación de los jóvenes con sus padres, éstos manifiestan una buena relación en casi un 70%, mientras que el resto optó por mencionar regular o no convivir con ellos. Se puede observar que, la persona a la que más recurren tanto hombres como mujeres para platicar de problemas personales es la mamá.

Al momento de la entrevista únicamente el 35% de los jóvenes habían tenido relaciones sexuales, de los cuales el 80% inició en los 15 y 20 años. En esta primera relación, los jóvenes manifestaron que en un 31% la realizaron con un amigo y más de la mitad la tuvo con su novio. En cuanto a motivos por los que iniciaron relaciones sexuales, señalaron en primer lugar con un 49.3% por amor; en segundo lugar de importancia fue por curiosidad con un 22.5% y el restante 28.2% se debió a diversas causas como por voluntad, no haberse podido controlar, su pareja la o lo convenció y porque se casó.

Del total de jóvenes entrevistados únicamente el 51.4% ha utilizado métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales. De los métodos empelados frecuentemente están: con un 45% el condón, un 30% pastillas y el restante respondió con una gran diversidad de métodos, dentro de los que destacan la abstinencia, el DIU, el ritmo y el retiro. Entre las razones que los jóvenes dieron para no tener relaciones sexuales están en primer orden la virginidad, la religión y la búsqueda de la pareja ideal y el amor.

En Yucatán, se han realizado tesis de licenciatura en el área de la salud que exponen un reflejo de la situación del embarazo y la educación sexual en adolescentes y jóvenes de diferentes comunidades del Estado. El proyecto "Perfil del Embarazo Adolescente en el Sureste de México. Los casos de Tabasco y Yucatán" informa para nuestro estado que los jóvenes que viven en zonas de alta marginalidad no contemplan entre sus expectativas de vida, estudios a nivel de licenciatura, situación que no ocurre con jóvenes de localidades de baja marginalidad; asimismo, la información que demandan en cuanto a orientación sexual se refiere es básicamente el desarrollo del cuerpo y las infecciones de transmisión sexual (ITS) (Ortega y col. 1999). Si bien es cierto, que las necesidades de las y los adolescentes se fundamentan en estos temas, también valdría la pena conocer otros aspectos de la vida de este grupo juvenil para garantizar su participación en los programas específicos.

Se aprecia en los trabajos realizados que 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.

El ser mujer u hombre en esta etapa de la vida y en un espacio geográfico determinado influyen las costumbres y tradiciones respecto, aparecen elementos nuevos que permitan visualizar si el comportamiento es el mismo a generaciones anteriores, o las y los jóvenes reelaboran la diferencia sexual y genérica con una perspectiva tendiente a la igualdad de derechos para la vida y la sexualidad, a través de una mayor empatía intergeneracional, o en realidad, perdura la condición asimétrica.

La construcción social como hombre o como mujer determina un diferente posicionamiento respecto a la reproducción, la sexualidad y la relación de pareja, resultando riesgoso ser varón. Esto implica que en las relaciones heterosexuales, las y los jóvenes están expuestos a adquirir infecciones de transmisión sexual ITS y a experimentar embarazos no planeados, cuando en realidad se cuenta con la información suficiente para que ellas y ellos sean informados, haciéndolos jóvenes fortalecidos con capacidad acertiva para la autodeterminación. A esto habría que agregar que el analfabetismo, debería ser un problema superado en nuestra región.

El aspecto referido a lo corporal, lo definen como un asunto puramente de salud – enfermedad, cuestión que resuelven a partir de dos vías: la información que reciben de la educación formal y la no formal, como cursos de orientación sexual o información de los medios de comunicación masiva, y a través de la madre a quien no tienen problema en contarle nada, siempre y cuando se refiera a asuntos exclusivos de salud reproductiva, evadiendo temas relativos a la esfera emocional; cuestión que resuelven o satisfacen en su círculo de pares de su mismo sexo.

A pesar de la libertad que dicen gozar, las jóvenes esperarían de sus padres mayor comunicación y confianza para tocar con mayor apertura su sexualidad, más allá del nivel de salud-enfermedad. Respecto a la información sexual y salud reproductiva, todas las adolescentes se mostraron informadas, aunque manifestaron sus deseos de que se ofrecieran más pláticas y talleres sobre el tema, y particularmente, esperan contar a través de éstos, con un espacio donde puedan expresarse, y donde la participación y la toma de decisiones al respecto las involucre sustancialmente.

La sexualidad implica varias vertientes desde lo biológico que tiene que ver con la reproducción, el socioafectivo que partiría desde conocer y aceptar el cuerpo, el noviazgo y la vida en pareja hasta la vida en sociedad aceptando las diferentes perspectivas de las parejas e individuos en un marco de derechos y obligaciones, considerando los aspectos particulares de una cultura; por otro lado también considerar como se percibe y vive

el placer y la relaciones de equidad entre los géneros.

BIBLIOGRAFÍA

- Andueza-Pech, G; Vera-Gamboa, L; Santana-Carvajal, A; Oliva-Peña, Y. Informe final. Estudio piloto sobre jóvenes del estado de Yucatán: salud, expectativas y participación social. Universidad Autónoma de Yucatán, Centro de Investigaciones regionales “Dr. Hideyo Noguchi” y Instituto de la Juventud de Yucatán, 2004.
- Eternoud Marcela. 1996. “Los jóvenes en México”. En: Jóvenes, Edición: Cuarta Época, Año 1, No.1; México, DF, jul-sep, pp. 12-23.
- Feixa C. 1988. El reloj de Arena, Culturas juveniles en México. Causa Joven- CIEJ. México.
- OPS. (1998). La salud de las Américas, Publicación científica No. 569. Vol. I. Washington, D. C.
- Ortega y col. 1999. Desarrollo corporal y expectativas por género ante las relaciones sexuales. Memorias del I Simposium Regional de Salud Reproductiva. Mérida, Yuc.
- Judith-Ortega-Canto J; Santana-Carvajal, A; Hoil-Santos J y Guadalupe Andueza-Pech G (2010). Globalización, género, y expectativas de jóvenes en Yucatán En el libro Género en la época de la globalización, miradas desde el mundo maya editado por Ana Rosa Duarte y Byrt Wammack Weber, B. Editorial: Universidad Autónoma de Yucatán, UNO, Universidad de Oriente, y Plaza de Valdez.
- Romero-Martínez, M., Shamah-Levy, T., Franco-Núñez, A., Villalpando, S., Cuevas-Nasu, L., Gutiérrez, J. P., & Rivera-Dommarco, J. Á. (2013). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: diseño y cobertura. *Salud Pública Mex*, 55, S332-S340.
- Santana A, García R, Quintal R, Ordoñez M. (2012). Mujeres y hombres adolescentes rurales de Yucatán, ante la salud sexual y reproductiva. *Género y Cultura*. Oaxaca: Carteles Editores; 2012. p. 159-181.

RESULTADOS PRINCIPALES DE LOS CONSENSOS DE SEXUALIDAD Y ENFERMEDADES CRÓNICAS REALIZADAS POR LA SOCUMES

Beatriz Torres Rodríguez y Carlos Gutiérrez Gutiérrez. Cuba.
beatorre@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La Asociación Mundial de Salud Sexual (WAS) define que el disfrute de la salud sexual y los derechos sexuales son primordiales para lograr el bienestar humano y alcanzar el desarrollo sostenible, tal y como señalan los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El logro de tales metas requiere de un trabajo sostenido intersectorial que involucre el trabajo académico y científico estrechamente con el de los actores sociales y las poblaciones en las comunidades.

Una de las metas del milenio identificadas para la salud sexual por la Asociación Mundial de Salud sexual es la referida a proveer acceso universal a la información completa y educación integral de la sexualidad, ella muestra la necesidad de coordinar acciones de todas las instituciones y asociaciones civiles que se involucran en el trabajo de desarrollar la Educación integral de la sexualidad clave para el logro de la salud sexual y el ejercicio de los derechos sexuales de la población.

En adición la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el estudio de la Sexualidad (SOCUMES), cuyo órgano de relación es la Academia de Ciencias de Cuba, identifica la existencia de algunas brechas y desafíos que requieren de acciones, en especial, la relacionada con la

insuficiente comprensión de la relevancia de la salud sexual en el disfrute de la calidad de vida, especialmente de los principales problemas de salud sexual asociados a enfermedades crónicas no transmisibles, algunas con sobrerrepresentación en los años de vida vividos con discapacidad y en el cuadro de las primeras diez causas de muerte.

Por todo lo anterior se decide organizar cinco consensos nacionales sobre la salud sexual y reproductiva en pacientes con estas enfermedades. De ellos se han organizado los consensos de enfermedades cardiovasculares, renales, diabetes mellitus y enfermedades del suelo pélvico, queda pendiente el de enfermedades oncológicas.

DESARROLLO

Estos consensos constituyen la más amplia investigación sobre enfermedades crónicas (EC) y salud sexual y reproductiva en nuestro país, y a su vez son los primeros consensos publicados sobre este importante tema (también con poca presencia a nivel internacional), porque aborda no solo los problemas de la sexualidad sino también su relación con los factores de riesgo y las principales enfermedades crónicas, responsables de la mayor parte de las causas de morbilidad y mortalidad analizándose la utilidad de la valoración integral de estos enfermos, no solo para reducir complicaciones

biológicas sino además para mejorar su calidad de vida y llevarle más felicidad. El hecho de que sea muy escasa o nula la literatura científica en relación con estos temas, justifica la necesidad de la realización de estos consensos.

En este artículo mostraremos los resultados obtenidos en el Consenso de Enfermedades Renales Crónicas y Sexualidad.

Enfermedades Renales Crónicas y Sexualidad. Investigaciones discutidas y enriquecidas en su primer consenso.

Este evento fue organizado por la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES) en el mes de octubre del 2014, auspiciado por la Sociedad Cubana de Nefrología y patrocinado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNFPA).

Los resultados de las ocho investigaciones que se desarrollaron como salida al problema ERC y sexualidad, fueron discutidas y enriquecidas, en una reunión en la que participaron 53 expertos nacionales y un colega mexicano, en diferentes especialidades, como sexología, nefrología, psicología, cardiología, urología, especialistas en MGI, licenciados en enfermería, ginecología y endocrinología. Asistieron presidentes de sociedades científicas y varios doctores en ciencias. Además de las conclusiones y recomendaciones de los ponentes, se aprobaron por consenso 17 nuevos aspectos a partir de más de 40 intervenciones realizadas por los asistentes, las que se añadieron a las

presentaciones originales para la confección de un libro.

La investigación ERC y sexualidad constó de ocho estudios, a continuación se destacan los aspectos más importantes de cada uno de ellos:

Investigación: El contexto clínico-epidemiológico de las enfermedades renales crónicas (ERC) y la sexualidad.

En esta investigación se hace hincapié en brindarle a la sexualidad la importancia que posee e incrementar los objetivos a lograr con el tratamiento, ser más integrales y aprovechar el cambio de actitud que se produce en los pacientes en relación con sus estilos de vida no saludables cuando presentan una disfunción sexual (DS).

A continuación se reflejan algunos datos tomados de la consulta multidisciplinaria de sexología en los últimos cinco años (2008-2013) y que ilustra estos aspectos. Muestra aleatoria: 100 pacientes.

Se destaca que no había pacientes del sexo femenino, expresión quizás de que tanto las mujeres como sus médicos descartan la sexualidad de sus pensamientos y prioridades cuando están aquejadas de una enfermedad crónica; la mayor parte eran adultos mayores (AM), con una gran cantidad de factores de riesgo, y en muchos se estaban utilizando medicamentos que favorecen la aparición de una DS o la agravan.

Investigación: La ERC y disfunción sexual desde una visión latinoamericana

La cultura latinoamericana se ha caracterizado por tener sociedades patriarcales, machistas, de ultraderecha, conservadoras y de religión católica, factores que podrían contribuir a una idiosincrasia hipócrita y de doble moral, que impiden una expresión plena de la sexualidad. Es frecuente que los pacientes no expresen sus disfunciones sexuales por barreras socioculturales arraigadas en nuestras regiones. Se realizó una encuesta anónima a 65 pacientes en un hospital de Guadalajara durante la sesión de diálisis; 31 aceptaron (14 hombres y 17 mujeres) y 34 no. En general, los resultados demuestran una alta prevalencia de DS (39 %), lo poco que el paciente discute el tema (únicamente 16 %), el interés porque los nefrólogos exploremos más el tópico (84 %) y la disposición de emplear tratamientos para mejorarlo (77 %). Se realizó una encuesta anónima a un grupo de nefrólogos de Guadalajara, con el objetivo de conocer su opinión del tópico ERC-sexualidad. Se encuestó a 36 nefrólogos y respondieron 29, la mayoría estuvo de acuerdo con que la ERC se relaciona con la DS; no creen que la modalidad de diálisis influya en la sexualidad; opina que hay que investigar sobre el tema; sorprendentemente no considera que el tratamiento afecte la evolución clínica; sabe que existen tratamientos diferentes al trasplante que mejoren la DS; y concuerda en que los pacientes no expresan con frecuencia estos problemas.

Investigación: Fisiopatología de la respuesta sexual en la enfermedad renal crónica

En este estudio se analizan los fisiopatológicos que determinan la aparición de disfunción sexual en la ERC; se hace énfasis en aquellos elementos de más peso, considerándose el sexo de los sujetos. Se precisan los principales trastornos en la mujer y en los hombres. Se considera que el medio urémico juega un papel protagónico en la génesis de estos problemas. No obstante, existen elementos psicológicos, que subyacen en buena parte de los pacientes, que no se pueden obviar y deben tomarse en cuenta como parte del abordaje integral del manejo de la disfunción sexual en la ERC. Ello se evidenció en un estudio realizado en un grupo escogido al azar de 68 pacientes con ERC tratados con diálisis peritoneal, en el que se encontró que los pacientes con menor actividad sexual presentaban más ansiedad y depresión respecto a los sujetos con una actividad sexual más activa, aun cuando la edad, la dosis de diálisis y la albúmina sérica eran semejantes en ambos grupos.

Investigación: La sexualidad en el paciente en estadio 5 de enfermedad renal crónica

En este estudio se evidencia que la insuficiencia renal crónica (IRC) en su etapa final constituye un estado amenazador para la vida del paciente que afecta a la mayor parte de los órganos del cuerpo. Esta condición provoca en el individuo que la padece una serie de cambios fisiológicos y psicológicos que

repercuten directamente tanto en el estilo como en su vida sexual. Cerca de 50 % de las mujeres en diálisis menores de 55 años presentan una vida sexual activa, aunque la mayoría experimenta algún tipo de disfunción, siendo la más frecuente la ausencia o disminución del deseo sexual, seguida de la disfunción orgásmica, la dispareunia y el vaginismo. En los hombres, la DE constituye el trastorno más frecuente, por encima de otros como disminución de la libido, la disfunción orgásmica, el priapismo y la eyaculación precoz; su prevalencia en los distintos estadios es elevada. En un estudio multicéntrico transversal en el que se estudiaron 60 pacientes (46 hombres y 14 mujeres), de 45.5 años de edad, de los cuales, 13 eran solteros, 46 casados y 2 separados se obtuvo un gran porcentaje de enfermos que decía que tenía problemas a nivel sexual (70 % en hombres y 29 % en mujeres). Destaca en este estudio que la mayoría de los encuestados no presentaban problemas antes de entrar en HD. Posterior a la HD, la problemática sexual que se encontró mayoritariamente fue la DE (llegando a duplicarse su aparición), seguida de inapetencia y eyaculación precoz en los hombres, y aumento de la inapetencia en las mujeres. Luego de trasplantados, un elevado número de pacientes mantiene la erección, pero de 22 % a 54 %, según las diferentes series, tendrán o mantendrán DE.

Investigación: Sexualidad en mujeres con enfermedad renal crónica

Existe escasa evidencia en la literatura científica y en trabajos de

investigación nacionales e internacionales que aborden el tema de la calidad de vida sexual en mujeres con ERC. Este estudio tuvo como objetivo profundizar en las alteraciones tanto orgánicas como psicológicas de la mujer con ERC que influyen negativamente en su salud sexual y hacer énfasis en la importancia de la sexualidad en las edades extremas, como medida de la calidad de vida en estas pacientes. Hay disminución de la lubricación, disfunción eréctil y vaginitis atrófica; además, pueden tener aliento urémico, prurito, cambios de coloración de la piel, disnea, problemas estéticos con la fístula o el catéter de hemodiálisis o diálisis peritoneal. En la paciente trasplantada renal, el uso de esteroides puede causar aumento de peso, acné y crecimiento de vello no deseado. Las cicatrices quirúrgicas pueden hacer que las pacientes se sientan poco atractivas, y son frecuentes las vaginitis y las infecciones urinarias. ERC en la niñez: Se destaca la importancia que tiene para el equipo multidisciplinario la evaluación de la esfera sexual, en esta etapa tan importante y decisiva para el desarrollo integral del individuo

Investigación: Síntomas del tracto urinario inferior, enfermedades prostáticas y sexualidad: Repercusión del tratamiento urológico

Se destaca que los síntomas del tractus urinario inferior están muy relacionados con la ERC y la sexualidad, y se producen por diversas enfermedades como las prostáticas, tanto benignas como malignas, y las entidades que dificultan el vaciado de la vejiga. Los distintos

trastornos sexuales que se presentan en estos pacientes, pudieran aparecer solos o asociados unos con otros. A todo lo anterior se le suman los efectos secundarios de algunos tratamientos medicamentosos o quirúrgicos.

Investigación: Enfermedad renal crónica. Impacto en la sexualidad y la vida en pareja

En esta investigación se abordan las problemáticas de pareja y la sexualidad de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) han constituido un problema común, al que paradójicamente se le ha prestado poca atención. La sexualidad constituye un aspecto insoslayable de este logro. Con el fin de determinar la frecuencia de DS en un grupo de pacientes con ERC (enfermos predialíticos, dialíticos y trasplantados renales), se realizó una investigación durante 2007 en 100 pacientes, tratados en cuatro servicios de nefrología de Cuba. Los resultados principales de estas investigaciones mostraron que la mayoría de los pacientes con ERC encuestados compartían varios factores de riesgo comunes, destacándose HTA, DM, obesidad, hábito de fumar y trastornos lipídicos. Otra característica común fue la poca cooperación de los pacientes para superar estos factores. Se evidenció que existía falta de comunicación y de información sexual entre la pareja y el equipo de salud. La frecuencia de DS se encontró en 85 % de los pacientes. El apoyo y manejo de la pareja se consideró insuficiente en la mayoría de los casos. La accesibilidad de las parejas a la atención

sexológica especializada también resultó insuficiente. En otra investigación en un primer corte se valoraron los resultados de 25 pacientes, todos del sexo masculino, 17 de ellos en edades comprendidas entre 15 y 59 años, siete entre 60 y 69 años, y uno con una edad superior a 69 años. La mayoría de los pacientes se encontraba en la etapa de mayor actividad sexual de la vida, pero también afectados por diferentes ECNT, lo que hace imprescindible un trabajo de salud muy efectivo, porque son las etapas más productivas y en las que la morbimortalidad influirá decisivamente en las esferas biológico-psicológicas y sociales, sin olvidar la repercusión económica. Resulta estimulante el hecho de que un porcentaje no despreciable de estos enfermos era mayor de 60 años, incluso uno con más de 69 años.

Investigación: La sexualidad como parte, expresión e indicador de la calidad de vida en personas con enfermedad renal crónica

Este estudio definió importantes aspectos en relación con la calidad de vida y la sexualidad. Las personas con una ERC transitan por varias etapas evolutivas, asociándolas a respuestas psicológicas que van desde la negación hasta la aceptación. Incluye preocupaciones sobre temas existenciales, relaciones interpersonales, ocupaciones y actividades cotidianas y el cuerpo, que pueden afectar la salud psíquica del individuo y por tanto provocar efectos indeseables en la evolución de la enfermedad. La incidencia de DS en personas y parejas con algún miembro con ERC es muy elevada, lo cual

genera intenso malestar psicológico y social. El médico puede causar iatrogenia sobre la sexualidad y la calidad de vida de la persona con ERC si no pondera los efectos perjudiciales de un tratamiento sobre la sexualidad.

CONCLUSIONES

- Se avizora que cada vez se consultarán más AM con enfermedades crónicas y con DS, y acudirán por una u otra causa, lo que ofrece una oportunidad diagnóstica y terapéutica integral.
- Los equipos de salud deben otorgar a la sexualidad la importancia que posee, incrementar los objetivos a lograr con el tratamiento y ser más integrales.
- Aprovechar el cambio de actitud que se produce en los pacientes en relación con sus estilos de vida no saludables cuando presentan una DS.
- Sugerir la inclusión de la sexualidad en el Programa de Prevención, Control y Tratamiento de la ERC y en el programa docente de formación de especialistas en nefrología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Contreras F, Esguerra G. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Bogotá: Universidad de Santo Tomás; 2011.

2. Gutiérrez Gutiérrez C. Particularidades de los métodos de suplencia. La diálisis y el trasplante renal. En: Gutiérrez Gutiérrez C. Riñón y envejecimiento. Editorial Científico-Técnica 2011, La Habana. ISBN 978-959-05-0628-04: 45-55.
3. Ledón Llanes L. Cuerpo, género y sexualidad. Una integración necesaria para promover salud. En: Torres B, Alfonso AC, Méndez N (Comp.). Salud, malestares y problemas sexuales. Textos y contextos. Vol I. Editorial CENESEX. 2013 ISBN 978-959-7187-58-5: 15 -33.
4. Sexualidad. Insuficiencia renal. La mayoría de las mujeres en diálisis tiene problemas sexuales. El Mundo 2012. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2012/04/04/noticias/1333542365.html>
5. Torres Rodríguez B, Gutiérrez Gutiérrez C. Sexualidad y enfermedades crónicas no transmisibles. Necesidad de un enfoque terapéutico desde una mirada integradora. En: Torres B, Alfonso AC, Méndez N (Comp.). Salud, malestares y problemas sexuales. Textos y contextos. Vol I. Editorial CENESEX. 2013 ISBN 978-959-7187-58-5: 34 -49.
6. Torres Rodríguez B, Rodríguez Alfonso A, Gutiérrez Gutiérrez C. I Consenso de Enfermedades renales y Sexualidad. En: Salud, malestares y problemas sexuales. Textos y contextos. Vol IV. Editorial CENESEX. 2015 ISBN 978-959-7187-5-73-8.

Cuando decimos Sexología positiva queremos referirnos a las dos posibles interpretaciones de ese término; “positivo” en cuanto empírico, basado en los conocimientos que nacen de la utilización de la metodología de las “ciencias positivas” frente a los conocimientos que surgen de otras fuentes de conocimiento (por ejemplo el conocimiento mágico, las tradiciones o la religión).

También nos estamos refiriendo a “positivo”, en cuanto el objeto de estudio; así, frente a lo patológico, a la ciencia “positiva” le interesa lo normal, lo funcional, lo adaptativo, aquello que se asocia a estados de bienestar, lo que favorece el mejor rendimiento (por ejemplo deportivo, académico, sexual...), lo que promueve el placer, en definitiva lo que puede ayudar a la felicidad de las personas.

Así la sexología positiva basará sus actuaciones en conocimientos que permiten ayudar a las personas a sentirse bien, cada vez mejor, en relación a su sexualidad y que proviene de las labores de científicos positivos, aquellos que basan sus hallazgos y técnicas de intervención, en los resultados de utilizar el método científico.

Los días 28, 29 y 30 de septiembre y 1 de octubre de 2016 en celebró en Madrid el 18º Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual.

El Congreso, que tuvo lugar en la Universidad Nacional de Educación a Distancia, fue organizado por el equipo del Programa de Formación en Salud sexual, por encargo de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación sexual. Parte de las actividades que se desarrollaron en el evento se mantienen accesibles a través del “congreso virtual” (www.uned.es/saludsexual).

En el presente volumen hemos reunido los más destacados trabajos presentados durante el congreso.

