LIBRO DE LAS JORNADAS

III Jornadas Universitarias Internacionales de Sexología. UNED

Andrés López de la Llave (coord.)

© 2013

FUNDACIÓN UNED

UNED SALUD SEXUAL

ESPILL

Asociación AEES en Sexología

Academia Española de Sexología y Medicina Sexual

PROGRAMA

9:30 Inauguración

10:00- 11:00

DSM 5 y la sexología: Cuánto hay que añadir y modificar
Ponente: Dr. Rubén Hernández (Venezuela)
Presenta: Antonio Casaubon Alcaraz

11:00 12:00

Protocolo de intervención en niños(as) y adolescentes transexuales
Ponente: Felipe Hurtado Murillo
Presenta: Cristina González

12:30 – 14:30

La entrevista psicológica a las parejas
Ponente: Dr. José Luis Martorell (UNED)
Presenta: Dra. Mª Carmen Pérez-Llantada

15:30 a 17:00

Mesa redonda: Promoción de la salud sexual
Ponentes:
Las tecnologías digitales como herramienta para la promoción dela salud sexual
Cristina González Martínez
La Salud sexual en el ámbito hospitalario
Marisa García Raso
Programa de intervención psicosocial para hombres condenados por agresión sexual
María Emilia Castillo Herrero
Tener o no tener, esa es la cuestión. Una visión actual sobre la maternidad y la paternidad
María Jiménez Albundio
Presenta: Dra. María Pérez Conchillo

17:00a 18:00

Sexualidad en la pareja interdependiente
Ponente: Dra. Aminta Parra (Venezuela)
Presenta: José Bustamante

19:00 -20:00

Programa de Educación sexual "SEXUMUXO" premio a la excelencia e innovación de la Asociación Mundial para la Salud Sexual
Ponente: Dr. Javier Gómez Zapiain
Presenta: Dra. María Pérez Conchillo

PRESENTACIÓN

Dr. Andrés López de la Llave
Director de las Jornadas

Estas jornadas universitarias están dirigidas a todas las personas que están interesadas en la sexualidad humana desde una perspectiva científica. Pretenden ofrecer propuestas que favorezcan la actualización en el campo de la sexología. Así, el objetivo del encuentro es fomentar el debate, la reflexión y el intercambio de ideas y experiencias en relación al estado actual del conocimiento sobre el hecho sexual humano (derechos sexuales y educación para la salud sexual, promoción de la salud sexual, intervención en disfunciones sexuales y otros problemas sexuales, etcétera).

Desde 2010, la UNED ofrece un completo programa **de Formación en Salud sexual** que incluye tres itinerarios formativos y profesionales; este programa trata de cubrir el amplio campo de aplicación de la sexología a la mejora y el mantenimiento de alto niveles de salud sexual.

El **Programa universitario de formación en Salud sexual** de la UNED, que se imparte en colaboración con el Instituto Espill de Psicología y Sexología, ofrece tres posibles titulaciones: Experto Universitario en Sexualidad Humana y Educación sexual, Master en Promoción de la Salud sexual y Master en Salud sexual y sexología Clínica. Aunque el programa completo puede seguirse "a distancia", ofrecemos a los alumnos la posibilidad de asistir a diferentes actividades presenciales y seminarios en la Facultad de Psicología de la UNED en Madrid.

Es precisamente dentro de este programa de formación en salud sexual que hemos organizado estas jornadas, a las que hemos invitado a nuestros alumnos, que son, para nosotros, sus principales destinatarios.

Como se sabe, reunir un grupo de expertos, como los que participan en estas jornadas, supone un notable esfuerzo organizativo y de coordinación, sin embargo creemos que los resultados compensarán plenamente las energías que hemos invertido en estas jornadas, en las que estamos seguros se

cubrirán las expectativas de todos los asistentes, tanto los "presenciales" como aquellos que asisten a distancia a través de Internet.

Queremos agradecer el esfuerzo de aquellas personas que con su energía, ingenio y dedicación han contribuido a que se haya podido celebrar este encuentro. En primer lugar a la Dra. Mª Carmen Pérez Llantada, Vicedecana de Investigación, Másteres y Doctorado de la Facultad de Psicología de la UNED que ha coordinado gran parte de las cuestiones logísticas de este evento, a la Dra. María Pérez sin cuyo impulso no se habrían podido llevar a cabo y a la Dña. Erika Pinzón que ha coordinado la difusión de este evento y ha recopilado los artículos que componen este cuaderno de resúmenes.

****

En las páginas siguientes presentamos algunos textos propuestos por los conferenciantes. En unos casos se trata del resumen (más o menos extenso) de las ponencias, conferencias o comunicaciones de los participantes, y en otros los invitados nos han propuesto algún escrito para ilustrar el tema de su intervención y ampliar así los temas tratados.

DSM5: UN ANÁLISIS CRÍTICO DESDE LA SEXOLOGÍA

Dr. Rubén Hernández Serrano.
Psiquiatra-Sexólogo. Pionero de la Sexología en Venezuela. Presidente de la WAS (Asociación Mundial de la Salud Sexual) (1993-1997). Chairman del Comité Expertos Psiquiatría y Sexualidad Humana WPA 1997-2002. Presidente de FLASSES (Federación Latinoamericana de Sexología y Educación Sexual) desde 2006 a 2010. Miembro Fundador y Presidente de la Academia Internacional de Sexología Médica (2000-2004).

Luego de 12 años de Investigación, Trabajos de campo, consulta con expertos, observaciones a través de la web www.dsm5.org , fue presentada en San Francisco, en la Reunión Anual de la APA ,Mayo 2013. 947 paginas dignas de estudio pormenorizado,

A pesar del intenso trabajo de grupos de expertos divididos en sus aéreas principales del conocimiento, muchas han sido las criticas, hechas de antemano y que no fueron tomadas en cuento.

Recientemente en la Reunión de SLAMS (Cancún, México) y en el Congreso Mundial de Salud Sexual (Porto Alegre, Brasil) presenciamos y participamos en Mesas Redondas sobre la nueva Clasificación, que trata de consolidarse con la CIE 11, que aparecerá en 2016,publicada por la OMS, gracias a un subsidio del Gobierno de India. Ello es my importante porque en USA las Compañías de Seguros, retribuyen a los psiquiatras y profesionales de la conducta sus honorarios de acuerdo al número de sesiones aprobadas. Ello marca un intrusismo inaceptable en la mayoría de los Países de este mundo convulsionado de hoy, atribuible a factores económicos y bancarios, que han creado una crisis que hoy afecta al mundo entero, con algunos países sufriendo consecuencias dramáticas en lo social y político.

Veamos en concreto las principales críticas:

1. Es inaceptable que se dedique una página completa para señalar que la DSM5 no debe ser utilizada en los casos Medico Legales y en Tribunales de Justicia, lo cual deja un vacío importantísimo y que será utilizado por Fiscales o Abogados Defensores según el caso. No existirá un marco de

referencia objetivo y preciso, según dicha pagina en el propio comienzo de la Clasificación.

2. Se establece una clara diferenciación entre Trastornos de Abuso de Sustancias (110 paginas),del Sueno (61 paginas) y los Trastornos Sexuales a los cuales se dedican solo (27 Paginas) para las DS, (20 paginas) para las Parafilias y (8 paginas) para las Disforias de Genero,

El Síndrome de ASI, apenas es tocado en 71 líneas, a pesar de la alta frecuencia en nuestros Países.

No se menciona la Adicción Sexual o la Hipersexualidad..

3. Se separan los Trastornos entre Hombres y Mujeres, y se asigna una duración mínima de 6 meses para poder hacer el diagnostico.

4, Se acepta el criterio de la AUA, de que la Eyaculación Precoz, es aquella que ocurre antes de 1 minuto de la penetración, lo cual no es aceptable para la mayoría de los Sexolog@s.

5. Se establecen grados de leve, moderada y grave, sin precisión exacta. Sabemos que en Medicina muchas cosas son relativas. Decimos 2 + 2 no son 4.

6. Los trastornos de deseo y excitación se unifican

7. Se elimina el concepto de Aversión Sexual, lo cual nosotros vemos con frecuencia en la Clínica

8. No se precisan las DS mixtas concomitantes.

9. Se eliminan el Vaginismo y la Dispareunia y se unen en una nueva Entidad Trastorno de Dolor Genito Pelvico/ y o la Penetración

10. Se establecen positivamente los nuevos conceptos sobre Orientación Sexual, Identidad de Genero, y Disforia de Genero.

11. Las Definiciones tienden a ser mas amplias

12. Se elimina el dualismo Orgánico vs Psicológico en DS

13. Se acepta el modelo de Basson para las DSF.

14. La Clasificación esta sesgada ya que solo se ve desde el campo de la Psiquiatría, aunque se incluyen unos Trastornos Socio Culturales en minina cuantía. Por otro lado es una Clasificación de la APA, que por su proceso de creación desde los anos l950,ha venido siendo utilizada por otros sectores.

15. Se engloban Síndromes en el aspecto de los Trastornos del Espectro Esquizofrénicos y el Autismo, lo cual es un avance importante.

16. Se establece un criterio de 8 minutos para la Eyaculación Retardada lo cual no es compatible con la clínica.

17. Hay numerosas investigaciones clínicas por realizar

18. El deseo sexual hipo activo en la mujer objeto de muchas discusiones no se especifica adecuadamente.

19. No se enfatizan los problemas sexuales consecuencias de trastornos médicos específicos, tales como Endocrinos, Neurológicos Generales. Comorbilidades.

20. Las Parafilias son tratadas de manera muy simple y no se contemplan patologías frecuentes,

Por otro lado se depatologizan algunas entidades.

21. No hay conceptos etiopatogenicos que era una de ,los objetivos principales

22. Todo ello nos lleva a la necesidad de crear una clasificación SEXOLOGICA, que satisfaga las necesidades de la especialidad .Sin tomar en cuenta los criterios económicos base fundamental de la DSM5. El Manual MDES III de FLASSES, constituye un avance importante que debe ser objeto de investigación y análisis, para su aplicación general

23. No hay, ni habrá Clasificaciones perfectas. Siempre habrá nuevos aspectos y entidades que aparecerán a medida que exista mayor investigación, sobre todo trans cultural y multicentrica.

24. El Estudio de las PERSONALIDADES requiere mucho trabajo por realizar

25. No se mencionan Guías de Tratamientos, tarea próxima a cumplir en breve.

26. No se especifican referencias bibliográficas.

27. El área de los DERECHOS SEXUALES HUMANOS, tan caro para Nosotros (Declaración de Valencia, CMS l997) , no se menciona en ningún Capitulo.

Todo esto es un Esquema para la Acción, a fin de iniciar un amplio proceso de discusión a fin de llegar a consensos. En fin eso en CIENCIA.

Avancemos

DISFORIA DE GÉNERO EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Dr. Felipe Hurtado Murillo.
Psicólogo y sexólogo. Responsable del área de Educación del Programa Universitario de Salud Sexual UNED-ESPILL Presidente de la Asociación de Especialista en Sexología (AES). Coordinador del Foro Internacional de Expertos en Educación sexual, Madrid 2011. *Co-redactor y co-edictor del documento Educación Sexual con Bases Científicas. Recomendación de un grupo Internacional de Expertos*. Sexólogo de la Agencia Valenciana de Salud. Presidente del Comité Organizador del XIV Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual. Alicante, 2010. Director de la Revista www.desexologia.com

Introducción

La Disforia de género (DG) o transexualidad se considera la situación más extrema dentro de las discordancias entre la identidad de género (DIG) y el sexo biológico, definiéndose como un malestar intenso o disforia con el sexo anatómico y género asignado debido a la identificación con el otro género1.

Una de las dificultades más importantes que tienen que afrontar estas personas es el aislamiento social2 que en muchos casos sufren y que repercute de manera notable en el nivel de autoestima, ya que tienen que afrontar consecuencias adversas por poseer un autoconcepto poco reforzado socialmente3, además de contribuir a crear dificultades en la adaptación social que ocasiona una interrupción prematura en la escolarización y provoca dificultades en la adaptación laboral.

El aislamiento social y las dificultades de desarrollo escolar y laboral conducen, en muchos casos, a la realización de trabajos marginales, ilegales o peligrosos. Por otro lado, la preocupación por el aspecto físico y los cambios que desean adquirir, para adaptarse al sexo deseado y disminuir el malestar que les ocasiona tener las características físicas de su propio sexo biológico, se convierte en una actividad tan absorbente que llega a ocupar una gran parte de su tiempo y que entorpece en mayor medida la adaptación social2.

La sensación de miedo o aversión a los genitales y a las características sexuales secundarias propias de cada sexo biológico, es común tanto en los varones como en las mujeres. El sufrimiento que la incongruencia de género les produce, los intentos que realizan para aliviarla y las dificultades que

encuentran para ser tratados por el sistema sanitario público en diferentes Comunidades Autónomas españolas y en muchos países, les lleva a recurrir al autotratamiento hormonal con graves efectos sobre su salud4, a padecer desordenes psicológicos diversos e incluso autolesionarse los genitales5 o, más grave aun, a intentos de suicidio.

El abordaje diagnóstico-terapéutico sólo puede desarrollarse en unidades funcionales de Identidad de Género (UIG), donde va a ser fundamental el principio de accesibilidad a los recursos, evitando periodos de espera innecesarios, así como la provisión de servicios de alta calidad asistencial con el desarrollo de guías de práctica clínica y grupos de trabajo interdisciplinarios. El proceso terapéutico consta de tres pilares fundamentales: evaluación diagnóstica psicológica inicial y psicoterapia, evaluación endocrinológica y terapia hormonal y cirugías de reasignación sexual (CRS). El tratamiento hormonal cruzado (THC) es un elemento importante en el proceso de transición anatómica y psicológica de adolescentes y adultos con disforia de género apropiadamente seleccionados. Las hormonas contribuyen a optimizar el proceso de vida real en el sexo deseado y vivir con éxito en el sexo de identificación, mejorando la calidad de vida y limitando las comorbilidades psiquiátricas que muchas veces se asocian a la falta de este tratamiento.

Epidemiología

Las estimaciones de la prevalencia de la disforia de género varían de forma considerable (Tabla 1)6. En Europa los estudios más recientes son el escocés que estima una prevalencia del 1:12.225 habitantes7, el holandés 1:11.900 varones biológicos y 1:30.400 mujeres biológicas8, y el inglés9 (registro Gender Identity Research and Education Society (GIRES) 2008) 1:4.000 habitantes. El cociente THM / TMH se sitúa entre 3:1 y 4:1. El GIRES asume una incidencia de la DG en 3 por cada 100.000 habitantes mayores de 15 años. En España la prevalencia se sitúa en THM de 1:9.685 - 1:21.031 varones biológicos y en TMH de 1:15.456 - 1:48.096 mujeres biológicas 10-12. La extrapolación de estas prevalencias a la población española conlleva un total de 3.865 THM y 1.513 TMH, si bien estas cifras estén probablemente infraestimadas.

Efectividad del proceso de reasignación

El tratamiento de la disforia de género basado en la combinación de terapia hormonal y habitualmente una combinación de intervenciones quirúrgicas de reasignación sexual, asociadas a una valoración y soporte psicológico adecuado, conlleva excelentes resultados, con una tasa de éxito definido como satisfacción personal tras el proceso superior al 90% y unas tasas de arrepentimiento muy bajas, del 0,5-3% 13,14. Los factores predictores de mal pronóstico y de arrepentimiento, tras la realización de cambios irreversibles, son la pérdida de apoyo familiar y social, la inestabilidad personal, los trastornos de la personalidad, la presencia de trastornos psicóticos y la aparición de eventos traumáticos como las complicaciones quirúrgicas, rupturas emocionales y pérdidas de trabajo. Los factores predictores de mejoría post-quirúrgica incluyen: edad más temprana, diagnóstico certero, buen funcionamiento social y psíquico previo a la intervención quirúrgica y presencia de apoyo social.

Calidad asistencial

Disponibilidad, accesibilidad, recursos

La Unidad de DIG debe ser competente y eficiente, accesible a una región geográfica determinada o a una distancia de viaje prudencial, que permita una adecuada adherencia al proceso. El tiempo de espera, la vía de acceso y el protocolo a seguir deben ser comunicados a cada paciente. Según los estándares 15,16, el diagnóstico y tratamiento se debería llevar a cabo en Unidades especializadas y con abordaje multidisciplinar (es decir, en el que participen todos los especialistas implicados en el proceso, con proximidad física entre sus miembros y reflexionando en torno a sesiones clínicas sobre los casos en estudio y seguimiento). Siendo a su vez importante la implicación en el proceso asistencial de los Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y Salud Mental del área mediante el desarrollo de actividades formativas.

Paciente y flexibilidad

Los profesionales deben respetar en todo momento la autonomía del paciente en la toma de decisiones en cualquier estadio del proceso. El tratamiento debería estar centrado en el paciente individual, reconociendo las

preferencias, necesidades y circunstancias individuales. El tratamiento no debe ser prescrito sin más, sino que se deberían ofertar al sujeto distintas opciones apropiadas para él, informar de los beneficios y riesgos para su salud, acordando la progresión del mismo y la secuencia temporal dentro de unos estándares establecidos. Para ello es fundamental el consentimiento informado en cada uno de los pasos del proceso. En caso de desacuerdo entre el facultativo y el sujeto, el paciente tendrá derecho a una segunda opinión independiente de otro especialista que trabaje en esta área.

Protocolo de actuación clínica

En la evaluación de las personas afectas de disforia de género es aconsejable seguir los estándares internacionales de la Asociación Internacional Harry Benjamin (HBIGDA), (actualmente llamada World Professional Association for Transgender Health WPATH)15 y The Endocrine Society17, estas recomendaciones articulan los parámetros y las instrucciones, en forma de consenso internacional, para el diagnóstico y tratamiento de la Disforia de género. Este tratamiento, como ya ha sido comentado previamente, se debería llevar a cabo en Unidades especializadas y con abordaje multidisciplinar18. Dentro de estos equipos multidisciplinares son los especialistas en Salud Mental (psicólogos clínicos ó psiquiatras) los encargados de confirmar el diagnóstico inicial y de llevar a cabo la tarea psicoterapéutica en el seguimiento del proceso de reasignación sexual (PRS). El paciente desarrolla el tratamiento en tres fases conocidas como Tríada terapéutica que incluye: 1) el diagnóstico y experiencia de vida real, 2) el tratamiento hormonal cruzado y 3) las cirugías de reasignación sexual.

Diagnóstico y experiencia de vida real

Evaluación inicial. Psicoterapia y soporte terapéutico

Es necesario hacer un buen diagnóstico y un correcto diagnóstico diferencial ya que un diagnóstico no certero es un factor predictivo de arrepentimiento después del tratamiento de reasignación de sexo y de la evolución post-tratamiento19.

Existen dos manuales internacionales utilizados por los profesionales clínicos en los que constan los criterios que se deben cumplir para diagnosticar la transexualidad o disforia de género; la clasificación internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10, 1992)20 y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-V, 2013)21.

No todas las personas que solicitan reasignación de sexo son transexuales22. No es infrecuente confundir transexualidad con otras formas de conflictos con la identidad de género y otras situaciones que no son subsidiarias de tratamiento hormonal o quirúrgico. La evaluación diagnóstica es un proceso prolongado y complejo que debe ser controlado de manera rigurosa, y que se debe realizar de forma extensiva y utilizando todo el tiempo que sea necesario18,22-25. La disforia de género puede ir acompañada de problemas psicológicos o psiquiátricos26-28. Será responsabilidad del profesional de salud mental (PSM) el diagnóstico. Esta fase inicial se continuará, a lo largo del proceso de cambio de sexo, con evaluación periódica del caso, psicoterapia y terapia familiar si se considera necesaria y coordinación con el resto del equipo (endocrinólogos y cirujanos). La evaluación diagnóstica precisa de un mínimo de 4-6 meses, durante el que se mantendrá un contacto regular con el profesional. Es necesario realizar un adecuado diagnóstico diferencial, ya que la falta de certeza en esta fase está asociada a un incremento del arrepentimiento tras la realización del tratamiento de reasignación sexual y es un factor predictivo negativo de la evolución posterior 13,29.

Experiencia de la vida real (EVR).

Una vez realizado el diagnóstico de certeza, y si el paciente aún no ha iniciado la EVR, se le sugiere la conveniencia de empezarla en los diferentes ambientes sociales donde se relacione, salvo en situaciones claramente difíciles u hostiles. La EVR significa que la persona viva, trabaje y se relacione en todas las actividades de su vida, de acuerdo al sexo deseado y durante el mayor tiempo posible.

Previo a cualquier procedimiento quirúrgico de reasignación de sexo el PSM debe reevaluar la situación, lo que permite confirmar el diagnóstico de disforia de género y que se ha completado con éxito la EVR. En el caso de la mastectomía en TMH no es necesario cumplir los 12-24 meses de terapia hormonal para la indicación de la cirugía, dado que la presencia de las mamas

puede hacer inviable la progresión de la EVR, pero sí es imprescindible el diagnóstico confirmado y el inicio de terapia hormonal cruzada al menos 6 meses antes.

Valoración Endocrinológica e intervención hormonal

Evaluación inicial.

Historia clínica completa, hábitos de vida, antecedentes familiares neoplasias, enfermedad cardiovascular precoz y fenómenos trombóticos, intervenciones quirúrgicas. Desarrollo puberal e historia sobre función gonadal. Empleo de THC previo (nombre, dosis del fármaco y duración del tratamiento) y si existen se aportarán estudios analíticos complementarios previos al inicio de dicha terapia. Se reflejan también en esta parte de la historia los resultados clínicos obtenidos y el grado de satisfacción conseguido. Métodos empleados para eliminar caracteres sexuales secundarios: depilación, electrolisis, plastias, etc18.

Es necesario investigar en el interrogatorio la posibilidad de que estos pacientes presenten un cuadro de Transexualismo Secundario en el curso de una hiperplasia suprarrenal congénita, tumor virilizante, resistencia androgénica, cromosomopatía, agenesia testicular o hipogonadismo de cualquier tipo que pudiera haber condicionado su DIG18. Aunque estas situaciones no son habituales obligan a un enfoque diferente desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico30.

Contraindicaciones a la terapia hormonal.

THM-estrógenos: enfermedad tromboembólica, cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, hepatopatía activa (transaminasas > tres veces límite superior normalidad), insuficiencia renal, hipertrigliceridemia grave, obesidad mórbida, diabetes mal controlada, migrañas graves, historia familiar de cáncer de mama, prolactinoma.

TMH-andrógenos: hepatopatía activa, insuficiencia renal, cardiopatia isquémica, hipertrigliceridemia grave, obesidad mórbida, diabetes mal controlada 16,31,32.

Criterios de elegibilidad.

Son los criterios específicos mínimos que deben documentarse antes de iniciar el tratamiento; para la instauración de la terapia hormonal deben cumplirse los siguientes criterios15:

1. Informe favorable de la evaluación diagnóstica del PSM según criterios DSM-V o CIE-10.

2. EVR documentada de al menos tres meses o desarrollar un periodo de psicoterapia especificado por el profesional de Salud Mental del equipo después de la evaluación inicial (normalmente un mínimo de 3 meses).

3. Conocimiento por parte del paciente de las distintas opciones terapéuticas con sus beneficios (expectativas reales) y riesgos para la salud, elección de la más apropiada, compromiso del paciente a realizar el seguimiento psicológico-endocrinológico establecido.

Otros criterios aplicables por cada unidad de disforia de género suelen ser: mayor de 18 años, o en su defecto mayor de 16 años y tener el consentimiento del tutor, no contraindicación a la terapia tras la revisión de las exploraciones complementarias solicitadas y firma de consentimiento informado.

Todos los pacientes deben de ser informados y aconsejados acerca de las opciones de fertilidad previa al inicio de la supresión hormonal en adolescentes o previo al tratamiento con hormonas sexuales del sexo deseado tanto en adolescentes como adultos16,18.

Se debe insistir antes de iniciar la terapia hormonal en el cese del hábito tabáquico, realizar ejercicio físico regular, dieta saludable y no consumir más de 14 unidades de bebida estándar de alcohol por semana.

Intervención hormonal.

Los dos objetivos principales de la terapia hormonal son reducir la concentración de hormonas endógenas, y por tanto, las características sexuales secundarias del sexo biológico (genético), así como reemplazar éstas por aquellas propias del sexo de identificación, empleando en principio terapia hormonal similar a la de los pacientes hipogonadales33,34.

THC en Transexuales hombre a mujer (THM).

El régimen terapéutico en las mujeres transexuales (THM) es más complejo que en los TMH). El objetivo es eliminar el crecimiento del vello sexual, inducir la formación de mamas y una distribución femenina de la grasa corporal.

THC en Transexuales mujer a hombre (TMH).

El objetivo en los hombres transexuales es detener la menstruación e inducir virilización, incluyendo un patrón de vello sexual y un morfotipo masculino e hipertrofia del órgano eréctil. El tratamiento hormonal también conlleva un aumento en la masa muscular, un descenso de la masa grasa y un incremento de la libido.

Actitud ante la disforia de género en niños y adolescentes

Al igual que en los adultos la evaluación diagnóstica de la identidad de género y de la salud mental a esta edad es fundamental. La terapia sexológica y psicoterapia estará dirigida a resolver cualquier comorbilidad existente y a reducir el malestar que el paciente experimente en relación a su problema de identidad de género. Es necesario un tratamiento conservador dado que la identidad de género puede sufrir variaciones inesperadas en esta edad35-39, por lo que no se debe influir de forma directa en el rol de género, ni iniciar tratamiento hormonal en niños prepuberales. La experimentación por parte de los individuos de los primeros cambios en relación a su pubertad espontánea es trascendental, dado que su forma de interpretar los primeros cambios físicos posee valor diagnóstico.

Los criterios de elegibilidad para el inicio de cualquier intervención hormonal son superponibles a los del adulto, pero con requerimientos adicionales en adolescentes: es necesario alcanzar un estadio Tanner 2 de desarrollo puberal, así como un soporte psicológico y social adecuado. Esto va a condicionar el desarrollo de psicoterapia familiar y orientación a los padres para afrontar la toma de decisiones.

Si se confirmara la permanencia de la disforia, la intervención médica de forma precoz mediante la supresión del eje gonadal en los estadios iniciales del desarrollo puberal en pacientes con DG, podría prevenir el daño psicológico asociado al desarrollo de los caracteres sexuales secundarios propios de su sexo biológico, conllevando una adaptación psicosocial más adecuada y mejores resultados físicos16. Esta intervención es reversible, permitiendo en el futuro el desarrollo puberal del sexo biológico si fuese necesario.

Esta intervención precoz va a requerir un seguimiento estrecho por parte de endocrinólogo, no será recomendado ningún tratamiento sin haber alcanzado el estadio 2 de Tanner y si se prescribe, se hará con análogos de LHRH (Decapeptyl 11,25mg® IM/12 semanas). Las características sexuales en estadios iniciales puberales regresarán, mientras que la instauración en estadios más avanzados conllevara su detención, con atrofia parcial de la mama y ausencia de menstruación en las niñas y paro de la virilización y descenso del volumen testicular y peneano en niños40. Es necesaria la monitorización de las gonadotropinas y de las concentraciones de esteroides sexuales, para confirmar la correcta supresión del eje gonadal y acortar el intervalo terapéutico si fuese necesario. En cuanto a los eventos adversos potenciales, aunque se produce una detención inicial de la mineralización ósea no existen datos concluyentes acerca de la posible repercusión de esta inducción de "pubertad retrasada" en la densidad mineral ósea adulta de estos pacientes.

Otras alternativas como el empleo de progestágenos, anti-estrógenos o anti-andrógenos, son menos eficaces y presentan más eventos adversos16,40.

La asociación de terapia hormonal cruzada en adolescentes se iniciará a partir de los 16 años induciendo una pubertad del sexo deseado con una titulación progresiva del tratamiento, superponible a la de otros individuos adolescentes hipogonadales:

En la actualidad la tendencia es a mantener de forma prolongada el uso de análogos de LHRH, desde su inicio en estadio 2 de Tanner hasta los 18 años, asociando a los 16 años dosis progresivas de estrógenos o andrógenos y continuar directamente el proceso de reasignación de sexo con la genitoplastia al llegar a la mayoría de edad y tras al menos 1-2 años de tratamiento hormonal cruzado41.

Cirugías de reasignación de sexo.

Para la mayoría de los pacientes con DG la reasignación quirúrgica genital es un paso necesario para conseguir una vida plenamente satisfactoria en el rol del sexo de identificación. En los últimos años estas intervenciones han evolucionado, siendo la genitoplastia con preservación de la sensibilidad neurológica la técnica estándar. Se debe valorar cada caso de forma individual, para lo cual es necesario reevaluar al paciente, en fechas próximas a la cirugía, por una persona del equipo de psicología/psiquiatría que no conozca previamente el caso y ser comentado en sesión clínica por todos los miembros

de la unidad (endocrinólogos, profesionales de salud mental, y los profesionales del campo de la cirugía involucrados en las intervenciones, urólogos, ginecólogos y cirujanos plásticos).

Criterios de Disposición: son aquellos específicos que se fundamentan en la evaluación del clínico para continuar la secuencia terapéutica (en este caso para pasar a cirugía desde endocrinología) 15,18:

1. El paciente ha aumentado la consolidación de su identidad de género durante la experiencia de vida real o la psicoterapia.

2. El paciente ha realizado progresos en el dominio de sus problemas de identidad que conducen a la mejora o continuidad de su estabilidad mental.

3. Las hormonas son tomadas de forma responsable.

Los criterios de intervención serían:

- Ser mayor de 18 años; haber realizado la EVR con éxito, con participación responsable en la psicoterapia si fuese necesario, durante al menos 12 meses.
- Terapia hormonal supervisada durante al menos 12 meses.
- Conocimientos del tipo de intervención, irreversibilidad de la misma, tiempo de hospitalización, posibles complicaciones y rehabilitación, a través de consentimientos informados.
- Aprobación por el comité multidisciplinar.

En caso de la presencia de contraindicaciones a la terapia hormonal podría indicarse la cirugía directa.

Cirugía Genital para THM. Consiste en la penectomía, gonadectomía y creación de una neovagina a partir de la piel del pene, empleando la piel del escroto para la creación de los labios mayores, preservando el paquete neurovascular del glande como tejido para elaborar el clítoris42.

El tratamiento estrogénico en THM debe suspenderse entre dos y tres semanas previas a la intervención por el riesgo de trombosis venosa y reiniciar una vez que la paciente comience la demabulación.

Cirugía Genital para TMH. La intervención quirúrgica genitoplástica es menos satisfactoria. La apariencia cosmética del neopene puede llegar a ser adecuada pero requiere múltiples intervenciones en manos experimentadas, y

la erección del mismo sólo puede obtenerse en contadas ocasiones mediante sistemas protésicos. La histerectomía más doble anexectomía es aconsejable no demorarla más de 2-3 años tras el inicio del tratamiento, dado que el uso prolongado de andrógenos se ha asociado a la aparición de neoplasia ovárica43. En la actualidad es habitualmente realizada vía laparoscópica. La genitoplastia masculinizante no debe realizarse antes de 2-3 años de tratamiento androgénico para objetivar la máxima hipertrofia del órgano eréctil sobre el que se aplicará con posterioridad la técnica de Metaidoioplastia, salvo que el paciente y el cirujano del equipo opten por otras técnicas quirúrgicas18.

Cirugía Mamaria. En THM, dado que el efecto estrogénico máximo sobre la glándula mamaria se objetiva a partir de dos años del tratamiento estrogénico, no es hasta este momento cuando la paciente debe plantearse una mamoplastia de aumento. Puede realizarse antes o después de la cirugía genital. Sin embargo en TMH, la mastectomía debe indicarse de forma más precoz una vez iniciada la terapia hormonal y la EVR (6-12 meses después de estos pasos).

BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno-Pérez O, Esteva De Antonio I. Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN)*(anexo 1). Endocrinol Nutr. 2012. doi:10.1016/j.endonu.2012.02.001.
2. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Masson, Barcelona, 1995.
3. Cohen Kettenis P, Van Goozen S. Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1997; 36 (2): 263-276.
4. Blanchard R, Stein BW, Clemmensen LH, Dickey R. Pronostic factors of regret in postoperative transsexuals. Can. J. Psychiatry, 1989; 34 (1): 43-45.
5. Becerra Fernández A, De Luis Román A, Piedrola Maroto G. Morbilidad en pacientes transexuales con auto-tratamiento hormonal para cambio de sexo. Medicina Clínica, 1999; 113 (13): 484-487.
6. Esteva de Antonio I, Almaraz Almaraz MC, González Molero I y Tapia Guerrero MJ. Transexualismo.En : Manual del Residente de Endocrinología y Nutrición. Editado por la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, año 2009. ISBN 978-84-692-1374-2.
7. Wilson P, Sharp C, Carr S. The prevalence of gender dysphoria in Scotland: a primary care study. Br J Gen Pract. 1999;49:991-2.
8. Bakker A, van Kesteren PJ, Gooren LJ, Bezemer PD. The prevalence of transsexualism in The Netherlands. Acta Psychiatr Scand. 1993;87:237-8.
9. Gender Identity Research and Education Society. Article of Gender Variance (dysphoria). Disponible en http://www.gires.org.uk

10. Esteva I, Gonzalo M, Yahyaoui R, Domínguez M, Bergero T,Giraldo F, Hernando V y Soriguer F. Epidemiología de la transexualidad en Andalucía, atención especial al grupo de adolescentes. Cuad Med Psicosom. 2006;78:65-70.
11. Gómez-Gil E, Esteva I, Almaraz MC, Godás T, Halperin I, Soriguer F y Equipos de Identidad de Género de Andalucía y Cataluña. Demanda de atención sanitaria en las unidades de identidad de género de Andalucía y Cataluña durante la década 2000 a 2009. Rev Clin Esp. 2011;211(5):233-39.
12. Gómez-Gil E, Trilla García A, Godás Sieso T, Halperin Rabinovich I, Puig Domingo M, Vidal Hagemeijer A. et al. Estimación de la prevalencia, incidencia y razón de sexos del transexualismo en Cataluña según la demanda asistencial. Actas Esp Psiquiatr 2006;34:295-302.
13. Landen M, Walinder J, Hambert G, Lundstrom B. Factors predictive of regret in sex reassignment. Acta Psychiatr Scand. 1998;97:284-9.
14. Gooren LJ, Giltay EJ, Bunck MC. Long-term treatment of transsexuals with cross-sex hormones: extensive personal experience. J Clin Endocrinol Metab. 2008;93:19-25.
15. The World Professional Association for Transgender Health (2011). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People (7th version). [consultado 1/10/2011]Diponible en: (www.wpath.org).
16. Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Delemarre HA, Gooren LJ, Meyer III WJ, Spack NP, et al. Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2009;94:3132---54.
17. Bocklandt S, Vilain E. Sex differences in brain and behavior: hormones versus genes. Adv Genet. 2007;59:245-66.
18. Gómez-Gil E. y Esteva de Antonio I. Ser transexual. Barcelona: Editorial Glosa; 2006 (ISBN 84-7429-267-0).
19. Meyer WJ, Webb A, Stuart CA, Finkelstein JW, Lawrence B, Walker PA. Physical and hormonal evaluation of transexual patients. A longitudinal study. Arch. Sex. Behav. 1986; 15: 11-138.
20. Oganización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
21. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 2013.
22. Cano G. y Bergero T. Intervención psicológica en una unidad de trastornos de la identidad de género: un desafío sanitario. En: El psicólogo en el ámbito hospitalario. Remor E, Arranz P y Ulla S. (Eds) Desclèe de Brouwer. Madrid, 2003 (2ª ed.).
23. Hurtado Murillo F. La evaluación diagnóstica y el abordaje psicológico de la transexualidad. Sexología Integral. 2009; 6(2):86.
24. Hurtado Murillo F, Gómez Balaguer M, Donat Colomer F. Transexualismo mujer a hombre: perfil psicológico y calidad de vida. Sexología Integral. 2007;4:140-2.
25. Hurtado Murillo F, Gómez Balaguer M, Donat Colomer F. Tran- sexualidad y salud mental. Rev Psicopat Psicol Clin. 2007;2: 43-57.
26. Weinrich JD, Atkinson JH, McCutchan JA, Grant I. Is gender dysphoria dysphoric. Elevated depression and anxiety in gender dysphoric and nondysphoric homosexual and bisexual men in a HIV sample. HNRC Group. Arch Sex Behav. 1995;24: 55---72.
27. Levine SB. Psychiatric diagnosis of patients requesting sex reassignment surgery. J Sex Marit Therapy. 1980;6:164-73. Fall.
28. Hepp U, Kraemer B, Schnyder U, Miller N, Delsignore A. Psychatric comorbidity in gender identity disorder. J Psychsom Res. 2005;58:259-61.
29. Olsson SE, Moller A. Regret after sex reassignment surgery in a male-to-female transsexual: a long-term follow-up. Arch Sex Behav. 2006;35:501-6.

30. Sánchez Planell L. Psychophatological disorders in intersexual states. En: Martínez-Mora J, editor. Textbook intersexual states. Disorders of sex differentation. Barcelona: Ediciones Doyma; 1994. p. 369-78.
31. Moore E, Wisniewski A, Dobs A. Endocrine treatment of transsexual people: a review of treatment regimens, outcomes, and adverse effects. J Clin Endocrinol Metab. 2003;88: 3467---73.
32. Toorians AW, Thomassen MC, Zweegman S. Venous thrombosis and changes of hemostatic variables during cross-sex hormone treatment in transsexual people. J Clin Endocrinol Metab. 2003;88:5723-9.
33. Dittrich R, Binder H, Cupisti S, Hoffmann IEstimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: a systematic review, et al. Endocrine treatment of maletofemale transsexuals using gonadotropin-releasing hormone agonist. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2005;113:586-92.
34. Ettner R, Monstrey S, Eyler E. Principles of transgender medicine and surgery. New York: Haworth Press; 2007.
35. Gender Identity Research and Education Society Article of Gender Variance (dysphoria). [consultado 1/10/2011]. Disponible en http://www.gires.org.uk
36. Drummond KD, Bradley SJ, Peterson-Badali M, Zucker KJ. A follow-up study of girls with gender identity disorder. Dev Psychol. 2008;44:34-45.
37. Wallien MSC, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual outcome of gender dysphoric children. Am J Child Adolesc Psychiatry. 2008;47:1413-23.
38. Delemarre-Van de Waal HA, Cohen-Kettenis PT. Clinical management of gender identity disorder in adolescents: a protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. Eur J Endocrinol. 2006;155:S131-7.
39. Hurtado Murillo F, Gómez Balaguer M, Donat Colomer F. Tran- sexualismo hombre a mujer: intervención en adolescentes. Sexología Integral. 2008;5:85-7.
40. Tugnet N, Goddard JC, Vickery RM, Khoosal D, Terry TR. Current management of male-to-female gender identity disorder in the UK. Postgrad Med J. 2007;83:638-42.
41. Kreukels BPC, Cohen-Kettenis PT. Puberty suppression in gender identity disorder: the Amsterdam experience. Nat Rev Endocrinol. 2011;7:466---72, published online 17 May 2011; doi:10.1038/nrendo.2011.78.
42. Giraldo F, Esteva I, Bergero T, Cano G, González C, Salinas P, et al., Andalusia Gender Team. Corona Glans Clitoroplasty and Urethropreputial Vestibuloplasty in Male-to-Female Transsexuals: The vulval aesthetic refinement by the Andalusia Gender Team [IDEAS AND INNOVATIONS]. Plast Reconstr Surg. 2004;114:1543---50.
43. Dizon DS, Tejada-Berges T, Koelliker S, Steinhoff M, Granai CO. Ovarian cancer associated with testosterone supplementation in a female-to-male transsexual patient. Gynecol Obstet Invest. 2006;62:226---8.

44. **Tabla 1. Prevalencia y proporción entre sexos de la transexualidad en diversos estudios nacionales e internacionales[6].**

Autor	Año	País	THM	TMH	THM/TMH
Pauly et al. J.Nerv.Mental.Dis 1968; 147:460-471.	1968	USA	1/100.000	1/400.000	4
Walinder et al. Br.J.Psychiatry 1971; 119:195-196.	1971	Suecia	1/37.000	1/103.000	2,8
Hoenig & Kenna JC. Br J Psychiatry 1974;124:181-190.	1974	Reino Unido	1/30.000	1/100.000	3,3
Eklund et al. Br J Psychiatry 1988; 152:638-640.	1986	Holanda	1/18.000	1/54.000	3
Tsoi W.Acta Psychiatr Scand 1988;78:501-504.	1988	Singapur	1/2.900	1/8.300	2,9
Van Kesteren et al. Arch Sex Behav 1996 ;25:589-600	1996	Holanda	1/11.900	1/30.400	2,5
Weitze et al. Arch Sex Behav 1996; 25:409-425.	1996	Alemania	1/14.400	1/33.200	2,3
Gómez et al. Actas Esp Psiquiatr 2006; 34(5):295-302	2006	España (Cataluña)	1/21.031	1/48.096	2,6
Esteva et al. C Med Psicosom 2006; 78:67-72.	2006	España (Andalucía)	1/9.685	1/15.456	1,9

[6]Esteva I et al. Transexualismo. Manual del residente en endocrinología y nutrición. 2009 (ISBN 978-84-692-1374-2).

MISTIFICACIÓN Y JUEGOS DE PODER EN LA TERAPIA DE PAREJA

MYSTIFICATION AND POWER GAMES IN COUPLE THERAPY

José Luis Martorell
Doctor en Psicología. Director del Servicio de Psicología Aplicada de la UNED.
Profesor del Programa de Formación de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia

Resumen: El artículo define un tipo frecuente de pareja que acude a terapia como un sistema de poder percibido asimétrico en el que los participantes creen que uno tiene más poder que otro. Se presentan ejemplos de la clínica para ilustrar este tipo de sistema de poder y los dos principales mecanismos de control y poder: la mistificación y los juegos de poder. Se describen intervenciones para intervenir en esta clase de sistema de poder.
Palabras clave: terapia de pareja, poder percibido, mistificación, juegos de poder

Abstract: This article defines a common type of couple in therapy as a system of perceived asymmetrical power in which the individuals believe that one has more power than the other. Clinical examples are given to illustrate this kind of power system and the two basic mechanisms of control and power: mystification and power games. Interventions for confronting this kind of a power system are described.
Keywords: couples therapy, perceived power, mystification, power games

Juan Tragaderas se alimenta exclusivamente de lentejas mezcladas con barro, lo que le produce tremendos dolores de estómago. El terapeuta al que Juan acude puede pensar que su demanda es dejar de comer lentejas con barro y acceder, pongamos por caso, al mundo de la paella y el escalope. Pero es posible que la terapia no avance y Juan y su terapeuta se vayan descorazonando o desesperando. Quizá la razón esté en que no se afrontó, para lo que primero hay que descubrirla, la auténtica demanda de Juan (tal vez una demanda no muy consciente): Juan quiere que le deje de doler el estómago pero sin dejar de comer sus lentejas con barro, son su comida, a pesar de todo le alimentan, y boicoteará cualquier intento que le haga pensar que puede quedarse sin comer, a menos que sea esta cuestión -la creencia de Juan de que sólo hay para él lentejas con barro- el centro de la acción terapéutica, y a esta cuestión sólo se accede a través de la demanda real.

Como en el caso de Juan, cualquier modalidad de terapia, sea individual, grupal, de todo el sistema familiar o de la pareja, plantea, entre las primeras cuestiones a las que el terapeuta ha de dar respuesta, la siguiente: ¿qué vienen a hacer a la terapia esa o esas personas?; es decir, aclarar cuál es la

Copyright 2011 by Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia
ISSN: 2253-749X

demanda real de las personas implicadas en el proceso terapéutico más allá de la demanda que verbalicen en el primer contacto o en la primera sesión, más allá del motivo explícito por el que acuden a terapia.

En la terapia de pareja esta cuestión cobra especial importancia por lo siguiente: no sólo es que la demanda real pueda ser esencialmente diferente de la demanda verbalizada, sino que también, y sobre todo, la demanda real de uno de los miembros de la pareja puede ser diferente e incompatible con la demanda real del otro. En román paladino: cada uno pretende una cosa de la terapia, y si uno gana, el otro pierde.

Para adentrarnos en el tema, vamos a distinguir en la pareja que solicita terapia dos niveles en sus demandas: el externo y el interno.

En el nivel externo la pareja se presenta como un sistema con una relación cooperativa: hay una situación que amenaza la estabilidad y la convivencia de la pareja y conjuntamente se aprestan a resolverlo. Este nivel externo de cooperación es defendido por la pareja sea como sea que hayan llegado los dos a sentarse con el terapeuta: tanto si se presentan los dos juntos, como si uno impulsa al otro a terapia porque "está mal" y acepta quedarse, a iniciativa suya, del terapeuta o del cónyuge, como si es el que "está mal" el que pide que venga el otro, como si es el terapeuta el que pide la presencia del miembro de la pareja que falta, o como si es el miembro que no está acudiendo el que pide incorporarse en sesiones de pareja ante determinados cambios que de un modo u otro le inquietan, los dos miembros de la pareja sostendrán que están empleando sus energías, su tiempo y su dinero acudiendo a terapia para cooperar en encontrar una solución a la situación de inestabilidad, crisis, amenaza o sufrimiento que están viviendo. Es cierto que emplean energía, tiempo y dinero en la terapia, pero la deducción a partir de esta realidad de que están cooperando para encontrar una solución quizá sea harina de otro costal.

De hecho en el nivel interno, el ámbito de las demandas reales, la situación es en la mayoría de los casos la contraria: la pareja está enganchada en una relación de poder, lo que quiere decir que cada uno aspira a una solución que excluye la del otro y por tanto no cooperan sino que pugnan. El modo en que se establece y desarrolla esta pugna es el tema central de este texto.

La primera observación, derivada de la experiencia con parejas en terapia, que puede hacerse sobre esta pugna es que la relación de poder de la que es consecuencia es asimétrica, es decir, el poder (la capacidad de conseguir que otro haga lo que yo quiero, prescindiendo de que él lo quiera o no) no está repartido en dos mitades iguales. Es teóricamente postulable una pareja con una relación de poder simétrica, cada uno con la mitad del poder (obsérvese que hablamos de poder, no de cooperación, pactos o concesiones mutuas y libres), sin embargo, yo no he visto ninguna; puede que existan y que no experimenten la necesidad de acudir a terapia.

Copyright 2011 by Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia S.E.M.P.P.
ISSN: 2253-749X Vol. 2 (2012) n° 1

Esta desigualdad en la posesión del poder (uno tiene básicamente el control y el otro no lo tiene o sólo ocasionalmente) en los miembros de la pareja determina la esencia de sus demandas reales, más allá de los contenidos concretos que cada pareja particular ponga sobre la mesa en la terapia. La propuesta que aquí se presenta es la siguiente: cuando una pareja está en terapia, haya llegado a ella como tal pareja por un camino u otro entre los que más arriba hemos visto, las demandas reales de cada uno de sus dos miembros (a los que llamaremos A y B) son estas:

- A quiere que se mantenga la misma situación en la que ha venido viviendo la pareja, el único cambio que quiere es que B se acople a la situación de un modo no conflictivo.
- B quiere otra situación, pero no tiene poder para cambiar la actual.

Algunos datos más: A ha venido teniendo el poder real en la pareja, la crisis -por la que se vino a terapia- amenaza ese poder. B es con más frecuencia, pero no siempre, el que está "enfermo", "neurótico", "desequilibrado", "está de los nervios", etc.

Este es el entramado interno del sistema de la pareja tal como se presenta en terapia la mayoría de las veces. Aclaro lo que quiero decir con mayoría:

1) que no tengo la certeza de que esto suceda el 100% de las veces;
2) que tengo la evidencia, obviamente limitada a mi experiencia, de que sucede al menos la mitad más una de las veces, lo que la convierte en la hipótesis más probable, y por tanto, la primera a comprobar cuando una nueva pareja acude a terapia.

Es decir, y de un modo resumido, el trasunto más usual en una terapia de pareja es el siguiente: uno teme perder el control que ha venido teniendo sobre la situación y que ésta cambie, y el otro quiere que la situación cambie pero siente que no tiene el control sobre dicha situación y ésta se le impone una y otra vez. Veamos dos ejemplos reales de parejas en terapia:

La primera pareja, a los que llamaremos Ronald y Nancy, tienen ambos unos cuarenta años, llevan dieciséis casados y tienen hijos. Desde hace cuatro años deciden constituirse en pareja abierta, es decir, que cada uno se sentirá libre para ir con personas del otro sexo. La propuesta es de Ronald pero realmente aceptada por los dos. Siempre a propuesta de Ronald, la situación va variando hasta llegar a que cada uno participa en la relación del otro y su pareja ocasional. Poco a poco Ronald deja sus parejas y sólo quiere ir con .Nancy y la suya, esto empieza a crearle tensiones a Nancy y se niega. Durante este período de tensión Ronald tiene dos intentos de suicidio. Nancy cede pero al cabo la situación vuelve a crear tensión. En este punto deciden venir a terapia. Ambos vienen a encontrar una solución que satisfaga a los dos, pero veamos, tras las primeras sesiones, cuales son las demandas reales:

- Ronald quiere que la situación siga como en los últimos años: él, Nancy y el amante de ella, pero con Nancy pasándolo bien "como siempre se lo ha pasado".

Copyright 2011 by Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia

ISSN: 2253-749X
Vol. 2 (2012) n° 1

- Nancy quiere vivir en pareja con Ronald, libremente pero excluyendo amantes y relaciones paralelas.

Obsérvese que las dos demandas suponen que la pareja siga existiendo, pero de dos modos radicalmente diferentes. Ronald está en la posición A, quiere mantener la situación, él es quien tiene el poder en la pareja, es quien ha podido hacer que el otro haga lo que él quiere, si bien cada vez ha tenido que recurrir a jugadas más duras (los intentos de suicidio), su poder y el control que ejerce sobre Nancy están amenazados.

Nancy está en la posición B, quiere cambiar la situación pero no tiene poder ni control suficiente, sólo lo justo para inquietar a A.

La segunda pareja la componen Mijail y Raisa. También andan ambos sobre los cuarenta años, sin hijos, se conocen desde hace unos cinco años pero aún no se deciden a vivir juntos. A raíz de la terapia individual de Mijail acceden ambos a la de pareja.

Tienen frecuentes choques, algunos muy violentos, que nacen en la sensación de Mijail de ser puesto en segundo lugar por Raisa frente a otros hombres a la hora de valorar su opinión, o en la sensación de que Raisa coquetea constantemente en su vida social (claramente más intensa que la de Mijail). Ambos verbalizan que vienen a "entender el punto de vista del otro" y trabajar para alcanzar una relación de pareja estable y casarse. Si esto además de ser cierto en el nivel externo, como muestra de un deseo o de la buena voluntad de la pareja, fuera cierto también en el nivel interno, implicaría que ambos están abiertos a la posibilidad de ser uno mismo el que realice algún cambio (esto y no otra cosa es lo que supone comprender al otro). Pero de hecho, esto no es así entre Mijail y Raisa en las primeras sesiones de terapia.

Sus demandas reales son las siguientes:

- Raisa quiere que la terapia ayude a Mijail a comprender sus conductas (las de ella) como "espontáneas y vivas" y que, por tanto, no sufra ni se sienta dado de lado. (Es decir, que cambie Mijail).
- Mijail quiere una reestructuración del tiempo de la pareja. Que Raisa esté más con él y sobre todo, por él. (Es decir, que cambie Raisa).

De nuevo, ambas demandas postulan la pervivencia de la pareja, pero de dos modos diferentes. No es descubrir la pólvora decir que en un conflicto de pareja cada miembro cree que es el otro el que debe cambiar, sin embargo, no siempre resulta tan obvio el hecho de la distribución asimétrica del poder.

Algunos planteamientos terapéuticos o de orientación en las parejas fracasan por buscar un hipotético punto medio entre dos posturas contrarias (por ejemplo, que Raisa valorase y atendiera "más" a Mijail y que éste fuera "menos" paranoico con la vida social de Raisa) lo que podría ser

Copyright 2011 by Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia S.E.M.P.P.
ISSN: 2253-749X Vol. 2 (2012) n° 1

afectivo en una situación simétrica, pero dada una distribución asimétrica del poder el punto medio siempre cae de un lado.

De hecho, el punto medio habría que alcanzarlo en cuanto al poder -con lo que, en realidad, se pasara del poder a la cooperación-, y no en cuanto a los contenidos, pues éstos variarán (a veces sorprendentemente) una vez alcanzado aquél.

En la pareja que estamos presentando, Mijail, ocasionalmente, acepta que es él quien tiene que cambiar con propósitos de "buen chico" pero una y otra vez se "emparanoia" (la expresión era la suya, asimilada de la de Raisa) y vuelve a las broncas (de las que luego él es quien se disculpa).

Raisa está en la posición A, quiere mantener la situación con Mijail acomodado a ella. Tiene el poder de hacer sentir a Mijail que él es quien está mal.

Mijail está en la posición B, quiere otra situación, pero no tiene poder para lograrla. Las broncas de queja provocan que se sienta culpable y que haga "buenos propósitos".

Hasta aquí se ha propuesto un planteamiento de la terapia de pareja atendiendo a las demandas reales que cada uno de los miembros hacen en la terapia y a la distribución del poder entre ellos, mayoritariamente asimétrica que sustenta y explica el entramado interno y la forma concreta de la crisis (es decir, de la amenaza de disolución) de la pareja. Vamos a ver ahora cómo y con qué mecanismos relacionales aflora esta situación entre las personas cuando forman una pareja. Son importantes porque sobre ellos pivota y se explicita el problema, porque surgen de un modo concreto en la sala de terapia y porque la solución a la crisis pasa por afrontarlos.

Estos mecanismos relacionales son la mistificación y los juegos de poder. Cuando la situación se da tal como la hemos descrito en las páginas anteriores aparecen siempre ("siempre" quiere decir que no hemos visto un caso en que no hayan aparecido). Los definimos a continuación:

- **La mistificación** consiste en dar una explicación plausible pero falsa de algún aspecto de la realidad, bien sea algo que está pasando, algo que se hace, o algo que una persona siente, percibe o es. La mistificación siempre oculta o niega algo (algún aspecto de la realidad) y siempre pretende algo (forzar la realidad en un sentido concreto). Más adelante veremos ejemplos de mistificación en las parejas que hemos presentado. El concepto de mistificación, aplicado a la psicología, fue primeramente definido y utilizado por Laing quien descubrió que las familias esquizofrenógenas utilizan la mistificación como un mecanismo para controlar las amenazas de conflicto (Laing, 1965). En el contexto que aquí nos ocupa atendemos a la mistificación no en el sentido de las que los padres hacen a los hijos sino en el de las que un miembro de la pareja hace al otro. La mistificación está ligada al mantenimiento del poder y al poder mismo, pues es básicamente una mentira, de apariencia impecablemente razonable, con la que una persona mantiene una situación logrando que otro haga o no haga, piense o no piense, sienta o no sienta.

Copyright 2011 by Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia

ISSN: 2253-749X
Vol. 2 (2012) n° 1

- **Los juegos de poder** son una modalidad de Juego psicológico. Un Juego es, típicamente, una serie de comportamientos (entendidos en sentido amplio: cualquier modo con el que una persona entre en comunicación con otra) entre dos personas, que se da siempre del mismo modo una y otra vez, con una motivación oculta (que es inconsciente) y que termina siempre igual, dejando sentimientos negativos. Las personas metidas en Juegos expresan algo así como: "siempre nos pasa igual, empezamos así, seguimos así y terminamos así, una y otra vez".

La Teoría de los Juegos psicológicos es parte del Análisis Transaccional, y fue formulada por Eric Berne (Berne, 1974) y desarrollada posteriormente por otros autores (Martorell, 1983, 2002, 2006). Los juegos de poder (Steiner, 1995, 2009) son un tipo de Juego en el que el primer jugador busca que el segundo jugador haga algo que éste no quiere hacer. Esta relación es repetitiva (sucede siempre igual), compulsiva (sienten que no pueden dejar de hacerlo) e intensa (los juegos se juegan en lugar de tener relaciones auténticamente íntimas, tanto porque éstas se temen como porque no se sabe cómo llegar a ellas), en este sentido es igualmente importante para ambos: no es "más" jugador el primero que el segundo.

El que hemos denominado primer jugador puede lograr su objetivo desde "arriba" o desde "abajo". Por ejemplo, si expreso rabia e ira ante algo que otro hace y esto le impulsa, por miedo, a dejar de hacerlo, he jugado desde "arriba", pero si ante la misma acción del otro expreso, con amargos suspiros, abatimiento y esto provoca que el otro cese en su acción porque siente culpa, he jugado desde "abajo". A veces, el que más grita o más puñetazos da en la mesa no es el primero sino el segundo jugador.

Obsérvese que tanto la mistificación como los juegos de poder tienen de común que ocultan algo y que tienden a forzar la realidad en beneficio de alguien. Tanto una como otros son directamente tratables y de ahí el interés en manejarse con ellos en terapia.

Vamos a ver ahora, para ejemplificar lo expuesto, las mistificaciones y los juegos de poder de Ronald y Nancy y Mijail y Raisa.

En la primera pareja la mistificación central parte de Ronald. Esta mistificación central es siempre coherente con la demanda real (no sólo en el caso de Ronald, sino en cualquiera). Recuérdese esa demanda real y compárese a la explicación que Ronald da a Nancy sobre aspectos de la realidad que están implicados en la crisis. La realidad tal como Ronald se la transmite a Nancy es así:

- "Los matrimonios, después de un cierto tiempo de relación, caen en el desánimo, en la rutina y la vida común se vuelve poco atractiva."
- "La relación, mutuamente consentida, con otras personas evita el tedio y el aburrimiento, y enriquece a la pareja."
- "A las mujeres les es más fácil ligar que a los hombres: "más tiran dos tetas que dos carretas".

Copyright 2011 by Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia

ISSN: 2253-749X
Vol. 2 (2012) nº 1

- Los hombres o son guapos, o si no invitan no ligan, y eso cuesta dinero. Yo ni soy guapo ni tengo dinero."

Como se ve, estas aseveraciones pueden ser parcialmente ciertas en determinados contextos o en situaciones concretas, por lo que pueden pasar por explicaciones plausibles de la realidad, pero son esencialmente falsas tal como las generaliza y, sobre todo, las concatena Ronald. Obsérvese que la demanda real de Ronald queda justificada una vez mistificada la realidad de este modo.

Dos cuestiones importantes que, aunque aplicadas aquí a esta pareja, son extensibles a todas aquellas que participen de la misma situación, son:

a) Ronald está también enredado en su propia mistificación, es decir, que con respecto a la mistificación el objetivo no es sólo que Nancy pueda confrontarla con éxito sino que también pueda salir de ella el propio Ronald.
b) Nancy siente que la demanda real de Ronald es inaceptable pero queda confundida por la mistificación que la sostiene. En ocasiones, puede confrontar algunos aspectos de la mistificación por separado, pero en bloque y como argumentación coherente internamente, termina por quedar enredada en sus contraargumentos y aparece la confusión.

   Por ejemplo, Nancy contraargumentaba que cualquier persona, hombre o mujer, puede ligar con otra y que, por tanto, no era cierto que estuviera en inferioridad frente a ella en ese aspecto; Ronald contestaba que eso era verdad sólo en el cine y que el proponía una apuesta: cada uno solo y sin dinero, en una esquina distinta proponiendo a personas del otro sexo plan, a ver quien ligaba más; Nancy, que intuía que sería ella, sentía confusión y, generalmente, pasaba a otro punto del argumento mistificador, como podía ser decir "si lo que yo quiero es estar sólo contigo"; lo que para Ronald era darle la razón: "claro, porque soy un pobrecito que no puede ligar solo, pero tú añorarías lo que tienes ahora". Nancy podía negarlo pero Ronald preguntaría que por qué entonces les fue mal antes, o que por qué ella rápidamente aceptó la proposición de liberalizar la pareja, o cualquier otro punto de la mistificación que provocaba que Nancy cada vez estuviera más confundida.

Una vez establecida la mistificación aparecen los juegos de poder (en la época en que una pareja va a terapia se dan simultáneamente, pero metodológicamente conviene pensar en la mistificación como previa a los juegos de poder). Repetimos aquí la definición de poder: *la capacidad de lograr que otro haga lo que yo quiero, independientemente de que él lo quiera o no.* Podrían establecerse de un modo general dos proposiciones respecto al tema que estamos tratando:

1) La mistificación es el marco cognitivo en el que se inscriben los juegos de poder.
2) Los juegos de poder vehiculan la conducta de uno (A) y manipulan la del otro (B) hacia los objetivos que se infieren de la mistificación.

Los juegos de poder son, pues, algo así como el brazo ejecutor de la mistificación.

Copyright 2011 by Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia S.E.M.P.P.
ISSN: 2253-749X Vol. 2 (2012) n° 1

Veámoslo en el caso de Ronald y Nancy. Una vez dada la situación central, ya descrita, por la que van a terapia, encontramos que se dan entre ambos, básicamente, dos juegos de poder. El primero es inherente a toda situación mistificadora y el segundo es propio de Ronald y Nancy. En otras parejas se pueden dar ese mismo u otro diferente. El primer juego podría definirse como "si no puedes demostrarme que estoy equivocado, haz lo que yo te digo", como se ve la propia mistificación es el argumento del juego. Es un Juego porque hay un nivel aparente "vamos a discutir un tema" y otro oculto, el verdadero objetivo del juego, "boicotearé todos tus contraargumentos", y porque entre dos personas se da de un modo repetitivo y compulsivo.

En nuestro ejemplo, los juegos de poder los inicia Ronald por las razones que ya se han descrito. (Es importante en este punto tener muy presente que no es "más" jugador quien los inicia que quien los sigue. Esto debiera estar escrito con tinta indeleble sobre la mesa de trabajo del terapeuta porque si no cuando vaya al purgatorio al que van los terapeutas incompetentes, las brujas y duendes que allí habitan se lo recordarán insistentemente mientras le pellizcan las nalgas). Pero este primer juego, que surge de la naturaleza misma de la mistificación, aunque puede ser suficiente para mantener el poder durante un cierto tiempo suele ser insuficiente a la larga y deja paso a juegos de poder más duros en cuanto que pasan del plano de las argumentaciones al de los hechos.

En el caso de Ronald y Nancy, Ronald comenzó a iniciar juegos de poder desde la posición del de "abajo": cuando Nancy vivía libremente su vida, Ronald se quedaba en casa y se mostraba deprimido, decaído e incluso lloraba con lo que explotaba la culpa en Nancy, que, una vez más confundida, cedía a las peticiones de Ronald. El juego se mantuvo básicamente de la misma manera pero a medida que Nancy lo iba evitando, fue escalando en intensidad: primero, además de deprimirse, se emborrachaba y, más adelante, aparecieron los intentos de suicidio, de los que Nancy recibía puntual notificación previa.

Nótese que el juego cumple su objetivo -que Nancy haga lo que Ronald quiere-, si bien cada vez precisa de mayor intensidad porque Nancy siente culpa, y siente culpa porque está mistificada (más adelante hablaremos de lo que las personas en un papel como el de Nancy añaden a la situación para que ésta sea como es). Mientras Ronald siga iniciando juegos de poder y Nancy siga enganchando en ellos la realidad de la pareja estará más cerca de la demanda real de Ronald que de alguna otra posibilidad.

Pasemos al caso de Mijail y Raisa. Aquí la mistificación central es impuesta por Raisa. Según ella, la realidad tal como se la transmite a Mijail es así:

- "Las personas "espontáneas y vivas" se interesan por otras personas y no se reprimen en demostrarlo cuando encuentran a alguien interesante, sea hombre o mujer."
- "Las personas "vitalmente muertas" no se interesan por los demás."

Copyright 2011 by Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia

ISSN: 2253-749X
Vol. 2 (2012) nº 1

- "Hay muchos hombres interesantes y yo que soy "espontánea y viva" les dedico mi tiempo y atención. Esto no es coquetear por· que no me acuesto con ellos."
- "Mijail está "vitalmente muerto", por eso tiene celos. Tiene que aprender a ser "espontáneo y vivo" y los dos estaremos muy bien."

De nuevo estamos ante una interpretación de la realidad plausible pero falsa en el modo en que, al igual que en el caso anterior, se generalizan y concatenan los argumentos. En este caso, además, aparecen atribuciones de modos de ser, muy queridas por los mistificadores: yo me atribuyo ser espontáneo y a partir de esto mis conductas quedan explicadas por lo que soy, como lo que soy es "bueno", mis conductas son "buenas"; igualmente, yo te atribuyo que estás "vitalmente muerto" y tus conductas quedan explicadas y calificadas a partir de esa atribución. En nuestro ejemplo, si Mijail dice que se ha sentido dejado de lado por Raisa, esto es que tiene celos, lo que es indefendible porque significa que está "vitalmente muerto", pero tampoco puede confrontar que está "vitalmente muerto" porque el tener celos es una prueba de ello.

En esta tela de araña, sin poderla explicitar tal como lo acabamos de hacer, está Mijail (y también Raisa). De hecho, Mijail fue el primero en ir a terapia, lo que fortalece la idea de Raisa (y de Mijail) de que tiene algo "malo" que cambiar. Situación que Raisa, en el momento de venir ella a terapia de pareja, no acepta para ella misma, lo que convierte a Mijail en carne de atribuciones negativas.

En este caso, los juegos de poder con los que la mistificación es vehiculada hacia su objetivo son jugados por Raisa desde la posición de el de "arriba". El juego típico entre Mijail y Raisa se da de la siguiente manera: en una reunión Raisa queda encandilada por alguien, siempre un hombre, se sienta junto a él, generalmente lejos de Mijail (quien hurañamente tampoco se acerca), su actitud es la de mostrar interés y valorar todo lo que de interesante y valorable tenga ese hombre; cuando la reunión termina Mijail echa una bronca a Raisa por lo que ha hecho, discuten fuertemente, ambos dicen -o gritan- que "no se puede vivir con alguien como tú y lo mejor será dejarlo", cada uno se va por un lado. El juego no concluye ahí, sino uno, dos o tres días después cuando Mijail llama por teléfono a Raisa para disculparse (lo que significa que promete ser "bueno").

Este final del juego -que puede darse como lo hemos descrito o cuando Raisa cuenta a Mijail una situación en la que éste no estuvo presente, o cuando recuerdan algo similar que sucedió en el pasado- es plenamente coherente con la mistificación en que vive la pareja: la amenaza de Mijail es falsa, abandonar a alguien porque es "espontáneo y vivo", y por tanto "bueno", es un farol con las cartas al descubierto; pero la de Raisa es auténticamente intimidatoria, abandonar a alguien porque está "vitalmente muerto", y por tanto es "malo".

Copyright 2011 by Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia

ISSN: 2253-749X
Vol. 2 (2012) n° 1

Este es un juego de poder en el que se intimida directamente al otro jugador, "haz lo que quiero o te dejo", a diferencia del iniciado por Roland, que utiliza más el control pasivo de la situación, "si tú no haces lo que yo quiero, mira lo mal que me haces pasarlo y debes sentirte culpable."

En ambas parejas, un tema interesante y muy revelador es que las personas en la posición B (la posición con déficit de poder), inician contrajuegos y no es raro que lo hagan muchas veces, casi tantas como las que entran en los juegos que inicia A.

Esto puede confundir, haciendo pensar que existe alguna suerte de equilibrio de poder, pero no es así. Tanto Nancy como Mijail iniciaban contrajuegos desde posiciones complementarias con las de Ronald y Raisa. Así, si Ronald jugaba desde "abajo" Nancy lo hacía desde "arriba" (intimidando, persiguiendo, insultando, amenazando), y si Raisa jugaba desde "arriba" Mijail lo hacía desde "abajo" (deprimiéndose, mostrando su lamentable estado, quejándose). Pero aunque la cantidad de juegos iniciados pudiera ser similar, la diferencia estriba en que el fin encubierto de los juegos de poder -que otro haga lo que yo quiero, lo quiera él o no- sólo se cumplía en los que iniciaban Ronald y Raisa. Si generalizamos lo anterior, como creemos que podemos hacerlo, a cualquier pareja, nos queda una preposición como la siguiente:

- Cuando entre dos personas se da una relación mistificada, ambos pueden iniciar juegos de poder, pero sólo llegan a su fin último los del mistificador, y no así los del mistificado.

Y la misma moneda vista por su otra cara:

- Cuando en una pareja se dan juegos de poder, pero sólo cumplen su fin último los de una persona (A) y no los de la otra (B), podemos suponer que en algún aspecto esencial de la realidad, A mistifica a B.

Parece que, si nuestra argumentación es correcta, los objetivos terapéuticos deberán orientarse a afronta las mistificaciones y los juegos de poder en los que la pareja como sistema está atrapada.

Vamos a hacer ahora algunas consideraciones sobre esta cuestión: **la práctica psicoterapéutica.**

Aunque ya hemos señalado que en el momento de iniciar la terapia se dan simultáneamente las mistificaciones y los juegos de poder, desde un punto de vista práctico el primer paso a dar es afrontar las mistificaciones existentes, porque en torno a ellas se justifican y explican las conductas y sentimientos que han llevado a la pareja a terapia.

Ya hemos hablado anteriormente de la estrecha relación que existe entre las demandas reales y las mistificaciones, no vamos a repetir la argumentación aquí, simplemente señalar que la terapia eficaz pasa por identificarlas -las demandas reales y las mistificaciones- y entenderlas como tales. Y esto puede no ser nada fácil. La dificultad estriba en que el terapeuta puede ser también objeto de la mistificación y sucumbir a ella; el lector puede repasar las mistificaciones que realizan Ronald y Raisa

Copyright 2011 by Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia
ISSN: 2253-749X

y pensar con cuántas de esas aseveraciones podría llegar a estar de acuerdo según cómo se las presentasen; después de hacer esto puede estar seguro que serán ésas y de ése modo las aseveraciones que el miembro de la pareja que mistifica le presentará.

Recuérdese además que una mistificación puede ser tal por el modo en que sus contenidos son generalizados y concatenados unos con otros; los ejemplos que se han presentado en este texto muestran las generalizaciones y las concatenaciones completas, pero se comprende fácilmente que ni Ronald ni Raisa las expresan completas cada vez, ni de modo tan escueto, ni tan limpias de florituras verbales, sino fragmentadas, entrelazadas con otros argumentos y en medio de una mayor hojarasca verbal, condiciones tales que contribuyen a la mayor confusión de la persona mistificada y que también pueden confundir al terapeuta.

Tener en cuenta esta dificultad es prudente, y para vencerla es útil atender a las proposiciones teóricas que hemos hecho a lo largo del texto: relación entre demandas, poder y mistificación, con lo que podemos realizar hipótesis de dónde, en quién, sobre quién y en qué área sospechar que existe una mistificación, y es claro que es más fácil encontrar algo sabiendo lo que se busca (el control por parte del terapeuta de las propias tendencias paranoicas para no dejarlas ir más allá de un grado de sospecha razonable, pertenece al ámbito del análisis personal y excede, por más interesante que sea, los propósitos del presente texto).

Una vez identificada la mistificación debe ser entendida existencialmente, es decir, entender la función que cumple en la vida tanto del mistificador como del mistificado. En este punto hay una norma, de aplicación general, que es la siguiente:

- Toda mistificación trata de evitar un conflicto en el que el sujeto siente, generalmente de un modo inconsciente, que saldrá mal parado.

Este conflicto, que está sustentado por las debilidades, temores y fantasías catastróficas que siente la persona, es accesible a través de esta pregunta: ¿qué tendría que afrontar esta persona si no mistificara la realidad? En nuestros ejemplos, Ronald tendría que afrontar entre otras cosas, su sentimiento de no tener nada que ofrecer y, por tanto, la expectativa catastrófica de ser rechazado, así como sus tendencias homosexuales; y Raisa, su necesidad de provocar admiración y celos para sentirse valorada, proveniente de un grado alto de inseguridad, (Y estamos presentando sólo el nivel más superficial de lo que sucede).

De un modo general, una persona que siente como algo naturalmente a su alcance la obtención de afecto, caricias y seguridad suficiente de su pareja, no mistifica, y tampoco, y este es un tema importante, es fácil que sucumba a la mistificación de otro. Esto último nos da pie para hablar, como habíamos anunciado que haríamos, de las personas en la posición B: hay en ellos también una inseguridad existencial (en cada persona debida a sus propios y particulares fantasmas), que de un modo muy frecuente se traduce en la sensación angustiosa, anclada profundamente, de que en el plano afectivo quedarán solos y desatendidos si pierden a su pareja, sensación que puede pesar más que lo

Copyright 2011 by Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia S.E.M.P.P.
ISSN: 2253-749X Vol. 2 (2012) n° 1

insatisfactorio de su relación actual. Esta inseguridad existencial hace a las personas carne de mistificación.

Existe, por tanto, una doble vía de ataque terapéutico en una situación mistificada:

1) La confrontación sistemática de la mistificación propiamente dicha.
2) La iluminación de las zonas temidas de cada persona y oscurecidas por la mistificación, así como el proporcionar a la persona los permisos, la potencia y las protecciones necesarias para afrontarlas.

No abundamos más en el segundo punto pues es común a todos los enfoques terapéuticos de orientación dinámica. Pero el primer punto, la confrontación sistemática de la mistificación, lo ampliamos algo más: confrontar la mistificación ayuda a lograr el segundo punto permitiendo un acceso a éste mucho más rápido y efectivo; en muchas ocasiones, los fracasos en solventar con éxito el segundo punto se deben a que no se confrontó la mistificación. La confrontación de la mistificación comprende los siguientes pasos:

a) Identificarla.

b) Entenderla existencialmente.

c) Estar atento y ser hábil para verla aparecer en la sesión y no ignorarla o verse enredado en ella.

d) Comentar y/o confrontar la mistificación.

El punto "d" es la confrontación propiamente dicha. Para ser eficaz debe ser lo que en A.T. se conoce como confrontación nutricia: confrontación en la que cuidadosamente se evita la persecución (el terapeuta persigue, cuando cae en ella, a la persona en A) y el rescate (el terapeuta salva a B). Una confrontación nutricia tiene típicamente la siguiente forma (con la infinita variedad que el desarrollo de la terapia, el estilo y los reflejos del terapeuta, y el nivel de la pareja permite):

- "Yo pienso de un modo diferente que tú (no "tú mientes" o "es mentira lo que dices") y lo pienso por estas razones…, sin embargo, creo que tú piensas eso porque tienes tus razones y podría ser útil hablar de ellas."

Sería largo desarrollar los mensajes, lo que se dice, lo que no se dice y las opciones que se abren con una frase con esta estructura, pero creemos que basta lo dicho para distinguir una confrontación nutricia de una persecución (vencer a otro) o un rescate (actuar suponiendo que el otro es un ser indefenso).

En ocasiones el camino para confrontar una mistificación pasa por una intervención paradójica. Por ejemplo, en el caso de Mijail y Raisa, se hicieron algunas connotaciones positivas tanto de los síntomas como del sistema (Selvini Palazzoli, Boscoso, Cecchin y Prata, 1975). En una de ellas el terapeuta dijo a Mijail que empalizaba con su rabia porque era una evidencia de que Mijail entendía las necesidades de Raisa: según el terapeuta, Raisa necesita ver que a Mijail le importa lo que ella hace y si se enfada es evidente que ella le importa. Cuando estas intervenciones tienen éxito,

Copyright 2011 by Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia
ISSN: 2253-749X

ayudan a reestructurar el sistema y facilitar la confrontación de la mistificación por los propios miembros del sistema.

Cuando en la terapia se avanza en el tratamiento de las mistificaciones, obviamente se han ido tocando ya los juegos de poder, pues, como se ha visto, están fuertemente imbricadas con aquéllas; pero hay un momento, idealmente en la etapa media de la terapia, en que deben ser afrontados como tales juegos. Hacerlo precipitadamente puede ser contraproducente y es siempre inútil, pues es más fácil desmontar un juego (culpabilizar a las personas por entrar en él) que sustituirlo por un modo de relación sano.

Para entender mejor esto, repitamos alguna característica de los juegos: los juegos se juegan tanto por la imposibilidad de tener una relación auténticamente íntima como por el temor de tenerla. Esa imposibilidad sentida y esos temores están hondamente ancladas en las personas que los tienen; las mistificaciones evitan el afrontarlas a cambio de situaciones precariamente sostenidas por el poder. Hasta que estas mistificaciones y lo que ellas ocultan no son afrontadas, el camino hacia la intimidad está cerrado y los juegos siguen teniendo su justificación y su función dentro de un sistema de poder. Pero cuando esto ya se ha hecho, entonces es cuando directamente se puede incidir sobre las conductas repetitivas y compulsivas que son el corazón de los juegos.

Retomando el símil con que se inició el texto, Juan Tragaderas tirará a la basura sus lentejas con barro cuando, como mínimo y aceptando algún riesgo, el aroma de un solomillo llegue nítidamente desde la cocina.

Para terminar resumiendo el sentido de lo aquí expuesto: cuando una pareja acude a terapia es un sistema de poder, cuando la abandona (con éxito) es un sistema cooperativo. El camino que va del poder a la cooperación es el camino que va desde el desvalimiento y el miedo a la seguridad y la sensación de dignidad· personal. Las implicaciones de esa realidad exceden el ámbito de la pareja. Pero eso ya es otro artículo.

Copyright 2011 by Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia

ISSN: 2253-749X
Vol. 2 (2012) n° 1

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Berne. E. (1974) *Juegos en que Participamos.* Diana. México.

Laing, R. D. (1965): *Mistificación, confusión y conflicto.* En "La otra locura", Tusquets. Barcelona, 1976.

Martorell, J. L. (1983): *¿Qué nos pasa una y otra vez? Análisis Transaccional en la familia*. Marsiega. Madrid.

Martorell, J.L. (2002). *El análisis de juegos transaccionales. Un estudio empírico.* UNED: Madrid.

Martorell, J.L. (2006). *El guión de vida.* Desclée de Brouwer: Bilbao.

Selvini Palazzoli, M., Boscoso, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980). *Hypothesizing – circularity-neutrality: Three guidelines for the conductor of the session.* Family Process, 19, *3-12.*

Steiner, C. (1995). *Los guiones que vivimos.* Kairós: Barcelona.

Steiner, C. (2009): *El otro lado del poder*. Sevilla.

Manuscrito recibido: 11/02/2012

Revisión recibida: 27/02/2012

Manuscrito aceptado: 29/02/2012

*Este artículo ha sido publicado anteriormente con pequeñas variaciones en español, inglés y francés:

Martorell, J. L. (1988). Mistificación y juegos de poder en la terapia de pareja. *Cuadernos de Terapia Familiar, 5,* 10-22. [Para información sobre los artículos de esta revista ver: www.stirpe.es]

Martorell, J. L. (1994). Mystification and Power Games in Couples' Therapy. *Transactional Analysis Jornal, 24, 4,* 240-249.

Martorell, J. L. (1997). Mystification et jeux psychologiques de povoir en thérapie de copules. *Actualites en Analyse Transactionnelle, 21, 84,* 151-160.

Copyright 2011 by Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia

ISSN: 2253-749X

La Salud Sexual en un Centro Hospitalario

Marisa García Roso.
Psicóloga clínica y sexóloga. Terapeuta cognitivo-conductual y experta en Psicología infanto-juvenil, terapia de pareja y sexualidad positiva. Colaboradora en ayuntamientos, centros de salud y en institutos en temas de salud sexual y mental.

En 14 años de experiencia, me he dado cuenta de la importancia que tienen las relaciones personales-profesionales con los demás médicos que se dedican al cuidado de los enfermos, y que trabajan en el mismo centro hospitalario, centro médico, etc.

En ese momento estaba empezando a trabajar en un Hospital Privado de la Comunidad de Madrid, promoviendo la Psicología y Sexología mediante las interconsultas y María Pérez me sugirió que realizará un trabajo que fuera útil y práctico para mí y para todos los profesionales que están empezando a ejercer. Así qué me puse en marcha y a la vez que trabajaba realicé este proyecto.

He trabajado y he buscado el apoyo, la complicidad y el complemento de los demás profesionales de la salud, para que los equipos médicos de diferentes especialidades apoyen y promuevan nuestra labor y así poder llevar a cabo el tratamiento psicológico-sexológico y el acompañamiento a todas las especialidades.

La tesina se ocupa de esto, de explicar qué estrategias, recursos y habilidades hay que adquirir para que la Sexología esté más presente en los centros hospitalarios.

El objetivo principal es concienciar a los equipos médicos de la necesidad de trabajar en equipo y de la importancia que tiene la salud sexual y psicológica en los tratamientos y en la prevención de patologías.

Para ello,

- Se explica cuáles son las habilidades necesarias en la tarea de comunicación y acercamiento para la derivación de los pacientes desde

las diferentes especialidades.

- Se Instruye a los demás profesionales de la salud en las competencias arriba mencionadas y a los propios pacientes para asegurar el éxito terapéutico.

- Qué los profesionales sepan cuál la función que tiene un psicólogo-sexólogo en un hospital y por qué es necesario y cómo establecer un equipo multidisciplinar es también fundamental.

- Y se proponen programas de acción que podrían utilizarse en diferentes especialidades dentro de un centro hospitalario.

- Como conclusión, se exponen las dificultades por las que pasamos los psicólogos- sexólogos a la hora de hacer entender en los centros hospitalarios la necesidad de introducir un cambio, de mirar más allá de los intereses del centro hospitalario y empezar a pensar más en lo que realmente importa…el trato con las personas.

Desde mi experiencia, tengo que señalar una sensación de optimismo, aunque queda mucho camino por recorrer. Como es lógico, las especialidades que más promueven la derivación de pacientes son la Urología y la Ginecología, puesto que ellos tienen una clara la necesidad se hace difícil debido al poco tiempo que hay en la consulta privada con los pacientes, a veces la poca información que tienen sobre los tratamientos, el déficit en las habilidades de comunicación afectiva y efectiva para que el paciente se sienta en complicidad y poder expresar sus inquietudes y miedos, esto hace difícil que se promueva en el grado que sería deseado.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL Y EDUCATIVA CON HOMBRES CONDENADOS POR AGRESION SEXUAL

María Emilia Castillo Herrero.
Psicóloga y sexóloga. Profesora de educación básica. Especialista/ Máster en cultura y violencia, planes de igualdad en relaciones internacionales, psicología legal forense, malos tratos y violencia de género. Colaboradora de instituciones penitenciarias en casos de hombres condenados por violencia de género.

El presente trabajo se inserta en el contexto del Master en Salud Sexual, especialidad de Sexología Clínica y responde a la condición de su realización para aprobarlo. Siendo esta una razón importante para la elaboración del mismo, ni es la única, ni es la que la motiva.

El programa grupal de intervención psicosocial y educativo que aquí presento, ha sido diseñado para contribuir a dar respuesta a una necesidad social: la reinserción de hombres condenados por agresión sexual. Tiene por tanto finalidades humanísticas y democráticas emanadas de nuestra Constitución. Por un lado, representa la oportunidad de retorno cívico que la sociedad ofrece a los que, en algún momento, incumplieron con las normas de convivencia aceptadas y recogidas legislativamente. Por otro lado, la intervención psicosocial y educativa de estos hombres es de gran importancia para la seguridad de las víctimas, reales y potenciales.

Por ello, este programa está orientado por dos objetivos generales que se operativizan en cada uno de los temas que se abordan durante la intervención. Estos objetivos generales son:

1. Desarrollar una sexualidad justa y sana.

2. Habilitarse con recursos y estrategias que permitan mantener relaciones equilibradas, responsables y satisfactorias para las personas involucradas.

El programa se estructura en tres grandes bloques temáticos con finalidades específicamente definidas:

- El Bloque temático I. Autoconocimiento: motivando el cambio. Está compuesto por cinco temas, que abordan procesos psicológicos básicos y/o fundamentales. Específicamente son:

1. Motivando el cambio y habilitándonos para comunicar, mediante el que pretendemos facilitar que la motivación extrínseca de estos hombres (recordemos que están obligados judicialmente a la intervención), vaya tornándose intrínseca

2. Identificación, expresión y regulación emocional, a través del cual pretendemos que identifiquen sus estados emocionales como condición necesaria para su regulación y expresión adecuada. También reflexionar sobre la dependencia emocional en las relaciones de pareja haciendo un recorrido crítico del "mito del amor romántico".

3. Distorsiones cognitivas y creencias irracionales, a través del cual pueden reconocer la influencia de las creencias personales y de ciertas representaciones sociales en la manera propia de sentir y actuar así como, identificar que errores cometen en la percepción y codificación de la realidad de manera idiosincrática . Buscamos también que modifiquen las ideas estereotipadas relacionadas con los roles de mujeres y hombres, así como las que justifican el uso de la violencia.

4. Asunción de responsabilidad y mecanismos de defensa, mediante el que nos proponemos que relacionen responsabilidad con autonomía , control, madurez , cambio y crecimiento personal, identifiquen cuáles son los principales mecanismos de defensa y reconozcan la agresión sexual que han cometido eliminando excusas y justificaciones.

- Empatía con las víctimas. Pretendemos que identifiquen que acciones concretas y específicas de las que han cometido han situado a otras personas en condición de víctimas y que conozcan las consecuencias posibles que sobre ellas tienen los abusos y/o agresiones que les han propiciado.

En general en este primer bloque de la intervención, con las explicaciones y las actividades que proponemos, pretendemos cambiar los esquemas básicos desadaptativos de estos sujetos en cuanto a su identidad y a las relaciones. Hay una pretensión de posibilitar el cambio desde el estado de motivación precontemplativa , que en general mantienen, a una posición contemplativa. Para la elaboración de estos temas he partido de la constatación generalizada que, estos hombres no asumen la/s agresión/es y con ella el delito por el que han sido declarados culpables, viéndose obligados a participar en esta intervención de modo impuesto judicialmente, para evitar así la pena de cárcel, disminuirla o, cuando alcanzan el tercer grado, ir reinsertándose en la sociedad de manera progresiva y con ciertas garantías cívicas.

- El Bloque Temático II. Sexualidad Sana. Está compuesto por cuatro temas que introducen conceptos básicos y específicos de Educación y Promoción de la Salud Sexual. Los contenidos que se desarrollan en este bloque, están contemplados como antídotos a los supuestos erróneos, reduccionistas, aberrantes y delictivos que estos hombres mantienen acerca de la sexualidad. Los contenidos científicos que aquí se desarrollan están impregnados de un enfoque positivo y constructivo de la Sexualidad Humana. Específicamente se trata de los siguientes:

1. Sexualidad humana. Introducción a los aspectos biológicos. A través del cual trataremos que identifiquen los comportamientos típicos de una persona adulta sexualmente sana, reconozcan los derechos sexuales humanos, discriminen entre las características sexuales primarias, secundarias y terciarias y enumeren los factores biológicos del proceso de sexuación humano.

2. Órganos sexuales, desarrollo del comportamiento sexual y respuesta sexual humana , mediante el que pretendemos que sitúen anatómicamente los órganos sexuales internos y externos de mujeres y hombres, diferencien entre conducta de rol sexual, conducta sexual y conducta reproductiva , relacionen las etapas del desarrollo psicosexual humano con sus hitos más importantes e identifiquen las fases de la respuesta sexual humana.

3. El deseo sexual. El sexo como conducta biopsicosocial. Hacia una sexualidad ética. A través del cual pretendemos que se capaciten para describir las tres dimensiones de la conducta sexual humana, asimilen los valores necesarios para una ética sexual, reconozcan los reguladores del deseo sexual, identifiques y diferencien las actitudes sexuales propias y las de otras personas.

4. La sexualidad como actividad comunicativa. A través del cual pretendemos que enumeren los requisitos para una relación amorosa satisfactoria e igualitaria, expliquen los principales factores que contribuyen al fracaso amoroso, identifiquen los errores que amenazan la comunicación y la intimidad en pareja, reconozcan las características de los diferentes estilos comunicativos en la pareja, describan la dependencia emocional y se habiliten para la comunicación asertiva.

- El Bloque Temático III. Alteraciones Sexuales. Está compuesto por cuatro temas, que a la instrucción sobre los comportamientos parafílicos añaden un componente de intervención terapéutica mediante algunos técnicas facilitadoras del cambio comportamental. Este bloque incluye, asimismo, un tema específico para la prevención de posibles recaídas. Específicamente abordamos los siguientes centros de interés:

1. Destrucción de mitos y tabúes sexuales. A través del cual pretendemos destruir el conjunto de mitos que hayan aparecido entre los participantes, explicar el origen y función de esos mitos para así, trabajar las distorsiones cognitivas que se encuentran en la base de la conducta sexual desviada.

2. Alteraciones de la conducta sexual. A través del cual describimos las características de la conducta sexual normal, describimos las diferentes alteraciones de la conducta sexual y las parafilias.

3. Control y modificación del impulso sexual. Mediante el que nos proponemos mejorar las habilidades de los participantes para interrumpir el proceso de recaída, aumentando la conciencia de los participantes sobre su conducta, pensamientos y fantasías para que asuman su exclusiva responsabilidad en su comportamiento sexual y decidan autogobernarlo.

4. El modelo de Prevención de recaídas como eje desde el que aumentar el reconocimiento interno sobre su propia conducta y aumentar las habilidades de autorregulación de la misma.

Toda la intervención que aquí desarrollo empezó a aplicarse por primera vez, el treinta de Noviembre de 2013. Se estructuró en una secuencia temporal compuesta por veinticinco sesiones de hora y media de duración y, con periodicidad semanal. Posteriormente se han efectuado otras dos más de seguimiento, la primera al mes de finalizada la intervención y, la segunda, a los tres meses de la misma.

Una vez concluida la intervención. ¿Qué reflexiones pueden resultar pertinentes?...

LAS TECNOLOGÍAS DIGITALES COMO HERRAMIENTA PARA PROMOCIONAR LA SALUD SEXUAL

Cristina Gonzalez
Profesora de Biología y sexóloga. Colaboradora del Instituto Espill de Psicología, Sexología y Medicina sexual. Miembro de la Asociación de Especialista en Sexología (AES). Profesora invitada del Programa de Formación Universitaria en Salud Sexual UNED-ESPILL. Coordinadora de contenidos del portal www.abcsexologia.org

Introducción

Un trabajo de investigación en internet pone de manifiesto que en los buscadores más conocidos, Google, Yahoo y Bing, el número de resultados relacionados con la Salud y la Sexualidad es muy elevado. Si se hace extensivo a webs de revistas, diarios y cadenas de televisión, los resultados son más dispares porque dedican más apartados a temas de Salud que a los de Sexualidad, siendo en ocasiones inexistentes.

Si se analiza el contenido de todos los resultados se pueden leer noticias y blogs de todo tipo: rigurosos, poco rigurosos, sensacionalistas, con poco contenido, con mucho contenido, con marcado signo político y/o religioso, etc.

Todos estos datos demuestran que una buena Promoción de la Salud Sexual debe adaptarse a las nuevas tecnologías que permiten una gran difusión y accesibilidad, pero además debe ser rigurosa, adaptarse a la Sociedad y a las edades y estar actualizada. Algunas herramientas a nuestro alcance para conseguir estos objetivos son: los blogs, los foros, los congresos, las revistas especializadas y los relatos eróticos.

Trabajo

La metodología aplicada en el trabajo consistió, durante varios años, en participar activamente escribiendo, moderando e interviniendo como usuario y ponente, y los resultados obtenidos son una serie de recomendaciones prácticas basadas en la experiencia vivida.

Sin entrar a desarrollar en este resumen los apartados ni las recomendaciones específicas, que pueden consultarse en el trabajo, sí se señalarán las características principales de las herramientas estudiadas y un pequeño esquema de algunas conclusiones finales :

Los Blogs: Son una de las herramientas con mayor peso en el mundo digital al poseer un fuerte componente educativo y divulgativo.

Pueden llegar a un intervalo de población muy amplio y variado y, además, el mensaje principal puede transmitirse con inmediatez e incluso de una forma muy efectiva, si se ha vendido correctamente.

Es fundamental cuidar tanto la forma como el contenido, que deberá ser riguroso, adaptado y actualizado.

Algunas consideraciones a la hora de escribir un post:

A.- Secuencia:

a.- Escoger el tema: no buscar solo los relacionados con noticias de actualidad

b.- Documentarse sobre el tema

c.- Elaborar un esquema

d.- Redacción

d.1.- En el primer párrafo: Exposición de la idea principal

d.2.- Resto de párrafos: Desarrollo del tema con empleando un lenguaje y vocabulario adecuados.

d.3.- Párrafo final: Conclusión final

d.4.- Citar las fuentes y añadir enlaces si la noticia en la que se basa así lo requiere.

d.5.- Opcional: destacar en negrita las ideas principales

e.- Escoger una imagen o dibujo

f.- Escribir el título

B.- Otras consideraciones: Publicar con cierta frecuencia; permitir al lector opinar y formular preguntas que deberán ser contestadas; promocionar los post en las redes sociales; no plagiar.

Blogs en los que se publicó:www.blog-sexo.com de la página www.abcsexología.com, www.soitu.es y en el blog Sexo, amores y desamores de es.msn.com

Los Foros: Poseen una inmediatez en la resolución de las dudas, un contacto más directo con los usuarios (en su mayoría adolescentes y adultos jóvenes) y una actualización de los conocimientos propios, así como una manera de enseñar y de luchar contra los mitos y falacias tan arraigados en nuestra sociedad.

Si además se complementan con enlaces a blogs de demostrada seriedad y confianza, con contenidos adecuados, se refuerza el componente educativo.

Algunas consideraciones:

a.- Dedicar bastante tiempo y ser activo

b.- Cuidar el lenguaje y ser respetuosos, sin olvidar a qué intervalo de población va dirigido

c.- No impedir el flujo positivo de ideas y dudas que se establece entre los usuarios, precipitando la respuesta final

d.- Utilizar los mensajes privados cuando el tema lo requiera

e.- Eliminar los spams

Foro en el que se participó como usuario y moderador: Foro de la página www.abcsexologia.com

Los Congresos y Revistas Especializadas: Para una buena Promoción es fundamental un reciclaje de los conocimientos en Salud Sexual, así como en las diferentes herramientas tecnológicas que permitirán que el mensaje sea lo más resolutivo posible.

El lenguaje y vocabulario será formal y científico.

A.- Congresos: Cada Congreso pone sus Normas para poder participar y varían según la opción elegida, pero casi todos coinciden en el primer requisito: un resumen del trabajo

Congreso en el que se intervino con un póster y comunicación oral: XV Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual celebrado del 21-23 de octubre de 2010 en Alicante (España).

B.- Revista Especializada: Para publicar en una revista especializada también se debe adaptar el trabajo a las Normas y apartados de la misma. Casi todas solicitan un resumen inicial que será valorado, por ejemplo, por un Consejo de Redacción.

Revista en la que se publicó: www.desexologia.com

Los Relatos Eróticos: No se deben menospreciar porque, de forma creativa, pueden servir para informar sobre distintas prácticas sexuales y potenciar actitudes positivas y una sexualidad responsable, si se emplea un lenguaje adecuado, se tratan los temas de manera respetuosa y se describen escenas donde la asertividad es una parte fundamental y la violencia no pactada no tiene cabida.

Aunque la creatividad literaria puede permitirse licencias, no se deben potenciar ni crear mitos ni falacias.

Se publicaron relatos en el apartado Relatos Eróticos de las páginas www.abcsexologia.com y www.aerotica.com.ar

Conclusiones

A pesar de la gran cantidad de entradas que podemos encontrar en internet, los artículos en periódicos y revistas, etc., queda mucho por hacer y es necesario seguir escribiendo, y con mayor interés si el motivo se centra en el tema de la Salud Sexual, donde existe muy poco y no siempre con el suficiente rigor, alimentándose en muchas ocasiones los mitos, las falacias, las actitudes negativas y la sexualidad no responsable, que se deben erradicar.

Conseguir que las nuevas tecnologías e internet sean una herramienta para la promoción de una salud sexual rigurosa, adaptada y actualizada, es misión de todos: La Sexología clínica es muy importante pero la Promoción de la Salud Sexual también lo es, y en muchas ocasiones se descuida. Además hay que añadir que en el sistema educativo español no tiene cabida la Educación Sexual como asignatura, impartiéndose únicamente, y solo en algunas asignaturas como Biología y Geología, algunos temas de anatomía y fisiología de los aparatos reproductores, ITS y métodos anticonceptivos, no existiendo abundancia de buenos materiales de aula.

Entre la población general existen muchas dudas, mitos, falacias y actitudes que se deben trabajar.

Por todo lo expuesto, se puede empezar por demandar apartados en las webs de amplia divulgación, como diarios, revistas, televisiones, etc. y participar en ellos, pero también crear y potenciar páginas con blogs, noticias, foros, enlaces a páginas especializadas y a congresos, consultorios y otros apartados, con una seriedad y veracidad demostrada, donde gente muy preparada escriban, moderen, respondan, etc. y que estén adaptadas a diversas edades e inquietudes, destinadas a todo aquel que lo necesite ya sea a título personal por su trabajo o simplemente por curiosidad.

Las páginas especializadas pueden considerarse como un ciberespacio o portal fundamental para favorecer la Promoción de la Salud Sexual de una manera adecuada, al permitir no solo una enseñanza de calidad, sino también una reflexión, ampliación, investigación, etc., siendo un referente no solo a nivel divulgativo y educativo, sino también una herramienta de actualización e investigación para profesionales del tema, además de ser una vía de comunicación de sus trabajos.

Independientemente de que se participe o no activamente en estos portales, es necesario que el/la sexólogo/a conozca los medios y las técnicas de comunicación (marketing, counseling, etc.) para que el mensaje llegue de forma adecuada, porque tan importante es que domine el tema en cuestión como que consiga llegar al usuario (y/o paciente), para que no solo responda a sus dudas o capte su atención o curiosidad, sino para que además lo asimile e interiorice, consiguiéndose así una promoción positiva.

Nunca se debe olvidar que la información correcta, veraz y objetiva ayuda a generar actitudes positivas y una sexualidad responsable.

Tener, o no tener: esa es la cuestión
una visión actual sobre la maternidad y la paternidad
To have, or not to have: that is the question
an actual view on motherhood and fatherhood

María Jiménez Albundio
Universidad Nacional de Educación a Distancia

Libertad Calles Perea
Centro Psicológico Psicolibertad, Madrid

Resumen

¿Qué papel juega la visión actual hacia la maternidad y paternidad en el desarrollo de las principales alteraciones psicológicas derivadas de la infertilidad? ¿Cómo influye la sociedad en la difusión de mitos y falsas creencias asociadas a la dificultad para concebir un embarazo? Este artículo tiene como objetivo dar respuesta a los interrogantes planteados, indagando entre las razones que provocan el sufrimiento de las personas que acuden a los centros especializados en los tratamientos de reproducción asistida. Estos motivos pondrán de manifiesto la importancia de las principales técnicas empleadas en la intervención psicológica para atenuar los posibles desajustes emocionales y descubrir el atractivo de la vida al margen de tener o no tener un hijo.

Palabras clave: infertilidad, maternidad, paternidad

Abstract

What role does our perception to motherhood and fatherhood in the development of the main psychological disorders derived from the infertility? How does society in spreading myths and misconceptions associated to the difficulty to conceive a pregnancy? This paper aims to answer this questions, looking for the investigating the motivations that causes pain to persons that goes to assisted reproduction centers. These reasons will reveal the importance of the main techniques used for psychological intervention with the aim of attenuate the possible emotional problems and discover the beauty of life with or without sons.

Key words: infertility, maternity, paternity

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a María Jiménez Albundio. E-mail: aljima77@gmail.com

Agradecimientos. A MªCarmen Pérez Llantada y a todo el equipo del Máster en Salud Sexual y Sexología Clínica de la UNED.

Introducción

El ser humano nace, crece, se reproduce y muere. Y estudia, y mantiene relaciones sexuales, y trabaja, y lee su libro favorito, y sale a cenar con sus amigos... Y así podríamos seguir enumerando el sinfín de actividades que llevamos a cabo hombres y mujeres a lo largo de nuestra vida que la llenan de sentido y satisfacción.

Una de las características que nos define como personas y nos diferencia del resto de seres vivos es el razonamiento, el poder elegir cómo queremos vivir nuestra vida, alejándonos de nuestros instintos y rompiendo las reglas escritas gracias al aprendizaje.

Anteriormente, la infertilidad era considerada un castigo de Dios y la procreación una opción a merced del altísimo. Hoy en día la elección es nuestra; hoy hablamos de anticoncepción, hablamos de parejas sin hijos que deciden centrar sus vidas en otros aspectos, hoy hablamos de parejas homosexuales que no tienen por qué cumplir esas "leyes naturales" que algunos utilizan para desprestigiarlos, hablamos de placer sexual en sí mismo desligándolo de la reproducción.

No obstante, todavía observamos que la reproducción es un pilar fundamental en la vida, puesto que la imposibilidad de conseguir un embarazo puede provocar importantes reacciones emocionales en las personas con serios problemas para conseguirlo aunque esto no conlleve ningún efecto físico nocivo (Antequera Jurado, Moreno Rosset, Jenaro Río y Ávila Espada, 2008) . Así pues, el elemento clave que delimitará la aparición de dicho malestar será el propio deseo de tener un hijo, ya que esta disfunción biológica sólamente adquirirá significado cuando entrañe una desilusión en el deseo de procrear (Llavona y Mora, 2002).

Otro aspecto a tener en cuenta, blanco de numerosos estudios (Greil, 1991; Miall, 1986; Whiteford y González, 1995), es el estigma o desaprovación social que perciben algunas de las personas aquejadas por dicha dificultad. La internalización de las normas sociales que premian el hecho de tener hijos y que parecen devaluar lo contrario pueden incidir significativamente en su pesadumbre y en definitiva, en su identidad como miembro de la comunidad. Esta presión advertida desde el mundo exterior (Leiblum, 1997), es portadora de numerosos mitos y creencias que imponen a voluntad el fanático anhelo por contribuír a la perpetuidad de la especie, con el correspondiente aumento de la angustia y el estrés añadido si esto no llega a suceder.

Por otra parte, las clínicas de reproducción asistida ofrecen interesantes técnicas para hacer frente a los obstáculos reproductivos. Sin embargo, estos novedosos métodos han suscitado cuantiosos debates éticos y deontológicos que han generado importantes normativas para su desempeño (Casado González y González Duarte, 1999). Dichas cuestiones pueden llegar a interferir en la opinión de las mismas; por ejemplo, una vez más la religión colisiona con la ciencia al defender una postura totalmente contrapuesta en cuanto a la intervención en este proceso, provocando dilemas de distinta índole y frenando, en definitiva, la evolución.

Este artículo tiene como objetivo analizar los asuntos anteriormente planteados, investigando las causas que provocan el padecimiento de estas personas y examinando la validez del procedimiento psicológico empleado para paliarlo.

Para ello, intentaremos dar respuesta a algunas de las cuestiones más importantes al respecto mediante el análisis de los datos obtenidos de un estudio sobre la visión de la maternidad/paternidad en la sociedad actual:

- ¿Hoy en día pensamos en la posibilidad de una vida sin hijos?
- ¿Reflexionamos sobre la maternidad y paternidad, o es algo que damos por hecho?
- ¿Cuáles son las ventajas más destacadas de tener hijos para la sociedad actual?
- ¿Cuáles son los inconvenientes más destacados de tener hijos para la sociedad actual?
- ¿Qué papel juega la sociedad a la hora de tomar una decisión al respecto?
- ¿Nos planteamos la posibilidad de que surja algún tipo de problema a la hora de concebir un hijo?
- ¿Qué opinamos acerca de la reproducción asistida, recurriríamos a ella en ese caso?

Material y método

Participantes

La muestra obtenida que dará forma a este artículo está constituida por 189 sujetos; 57 varones (30 %) y 132 mujeres (70 %). La edad promedio de los participantes es de 25 años. Los participantes masculinos hasta 25 años representan el 13 % de la muestra, de 26 años hasta 33 años son el 15 % y los varones mayores o iguales a 34 años son el 2 %. Las participantes femeninas hasta 25 años representan el 30 % de la muestra, de 26 años hasta 33 años son el 31 % y las mujeres mayores o iguales a 34 años son el 9 %.

Instrumentos

Con la intención de analizar de manera objetiva la visión que la sociedad actual tiene acerca de la maternidad/paternidad, se elaboró un sencillo cuestionario orientado a la población adulta sin hijos (de 18 a 40 años aproximadamente). El cuestionario consta de 9 preguntas referentes a las siguientes variables: 1) deseo de tener o no tener hijos, 2) razones por las que tenerlos o no tenerlos, 3) papel que juega la sociedad en dicha decisión y, por último, 4) infertilidad y tratamientos de reproducción asistida. Para plantear algunas de las cuestiones y opciones de respuesta se recurrió a la información que facilitan los foros de discusión existentes en internet referentes a la infertilidad y a algunos de los manuales que reflejan las inquietudes que las personas con serias dificultades a la hora de concebir un embarazo expresan en consulta y terapias grupales (aufeminin.com, un groupe international, 2012; Yago, Segura y Irazabal, 1997).

Procedimiento

El cuestionario se distribuyó telemáticamente por algunas de las redes sociales de mayor auge en este momento.

Resultados

A continuación, se describen los resultados obtenidos agrupados en función de las variables anteriormente planteadas: 1) deseo de tener o no tener hijos; 2) razones por las que tenerlos o no tenerlos; 3) papel que juega la sociedad en dicha decisión; 4) infertilidad y tratamientos de reproducción asistida.

1. Deseo de tener o no tener hijos

Con el objetivo de obtener información acerca de la primera variable se plantearon varias preguntas, cuyos resultados se muestran en la Tabla 1.

A la pregunta ***¿quieres tener hijos?***, respondieron afirmativamente 162 personas, representando un 86 % de la muestra y mostrando una gran mayoría respecto a las personas que no desean tenerlos (14 %).

Por lo que respecta a la cuestión de si ***se han planteado alguna vez una vida sin hijos***, observamos que los porcentajes de respuesta se asemejan bastante, obteniendo un 49 % de respuestas afirmativas, y un 51 % de respuestas negativas, por lo que la diferencia entre una opción y otra es prácticamente inexistente.

Cuadro 1: Deseo de tener o no tener hijos

	SÍ	NO
¿Quieres tener hijos?	86 %	14 %
¿Te has planteado alguna vez una vida sin hijos?	49 %	51 %

2. Razones por las que tener o no tener hijos

Uno de los aspectos clave a considerar en esta variable hace referencia a si ***se han parado a pensar en las razones por las que quieren tener o no tener hijos***, o es algo que han dado por hecho sin plantearse el por qué. Los resultados contenidos en la Tabla 2 evidencian una superioridad de respuestas positivas (88 %) en comparación con las respuestas negativas (12 %).

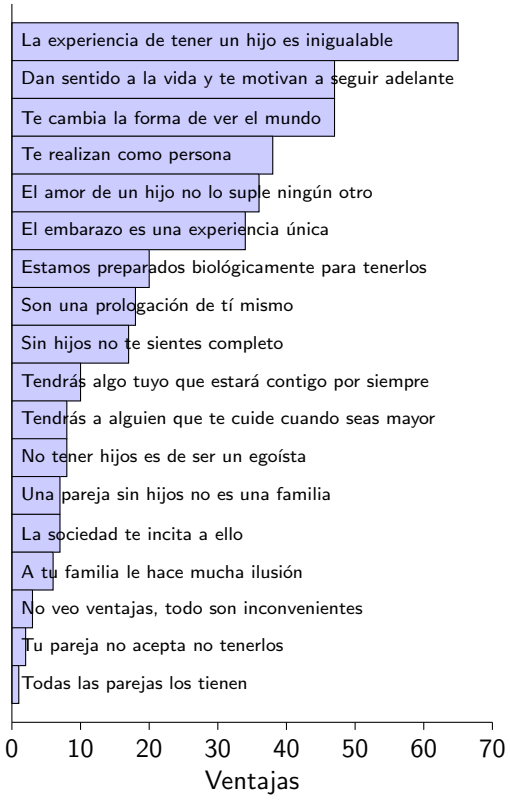
Cuadro 2: Razones por las que tener o no tener hijos

	SÍ	NO
¿Te has parado a pensar en las razones por las que quieres tenerlos/no tenerlos?	88 %	12 %

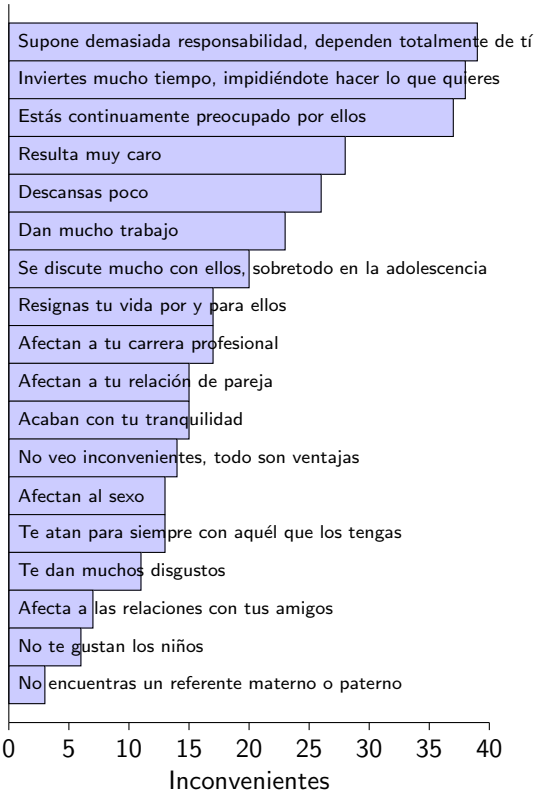
Llegados a este punto, nuestro interés se centra en averiguar dichas razones, proponiendo a la

población encuestada que seleccione aquellos argumentos que justifican su decisión de querer o no querer ser padres.

Entre las ***ventajas*** más destacadas encontramos que "la experiencia de tener un hijo es inigualable" es una de las satisfacciones más votadas siendo seleccionada por un 65 % de los participantes, seguida de "dan sentido a la vida y te motivan a seguir adelante cada día" (47 %) y "te cambia la forma de ver el mundo" (47 %). En el gráfico que aparece a continuación se muestran las tendencias de respuesta para cada una de las opciones planteadas:



Por lo que respecta a los ***inconvenientes*** de querer tener un hijo observamos que la opción "supone demasiada responsabilidad, dependen totalmente de ti" adquiere gran relevancia puesto que un 39 % de los encuestados marcaron dicha opción, siguiéndole muy de cerca "tienes que invertir mucho tiempo en ellos, impidiéndote hacer lo que quieres" (38 %) y "estás continuamente preocupado por ellos" (37 %). El siguiente gráfico muestra un resumen de los datos obtenidos:



3. Papel que juega la sociedad en la decisión de tener un hijo

Para averiguar qué papel juega la sociedad en dicha decisión hemos analizado la ***medida en la que los participantes creen que influye la presión social*** al respecto.

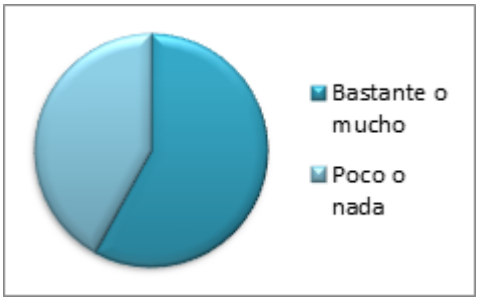


Figura 1: Presión social

Los datos (Figura 1) evidencian cierta percepción de presión social en la toma de decisión de tener un hijo, puesto que un 58 % de los encuestados

opinan que ésta influye considerablemente. En esta cuestión observamos una ligera discrepancia de respuesta entre hombres y mujeres que hemos creído conveniente destacar, siendo mayor la percepción de presión social en éstas últimas (63 % frente al 48 %).

Seguidamente, nos interesamos por evaluar la ***creencia de que la sociedad juzga a aquellas parejas que optan por no tener hijos***, obteniendo aproximadamente un 56 % de respuestas afirmativas. La Tabla 3 muestra los resultados del sondeo.

Cuadro 3: Papel de la sociedad a la hora de tener un hijo

	SÍ	NO
¿Crees que la sociedad juzga a aquéllas personas que optan por no tener hijos?	56 %	44 %

4. Infertilidad y tratamientos de reproducción asistida

En este apartado nuestra atención se centra en averiguar si los participantes del estudio se han planteado en alguna ocasión la posibilidad de tener algún problema de fertilidad y analizar la opinión que les merecen las novedosas técnicas de reproducción asistida (Tabla 4).

Esta vez se les preguntó ***si se habían planteado la posibilidad de que surja algún problema para concebir un hijo***, a lo cual respondieron afirmativamente un 77 % de los encuestados. Nuevamente el estudio por sexos advierte una diferencia a señalar, puesto que los resultados revelan una tendencia mayor a plantearse este tipo de cuestiones en las mujeres. Así pues, el 84 % de las mujeres respondieron que sí, frente a una tasa del 61 % de respuestas afirmativas correspondiente a los participantes masculinos.

Finalmente, se hace latente la confianza de los sujetos hacia las técnicas de reproducción asistida obteniendo un 76 % de apoyo la opción de ***recurrir a los tratamientos de fertilidad*** en caso de que surgiera algún problema.

Cuadro 4: Infertilidad y tratamientos de reproducción asistida

	SÍ	NO
¿Te has planteado la posibilidad de que surja algún problema para concebir?	77 %	23 %
¿En ese caso, recurrirías a los de tratamientos reproducción asistida?	76 %	24 %

Discusión

Sí, la mayoría de la sociedad actual continúa queriendo tener hijos, pero algo está cambiando... ese 14 % restante nos revela ese nuevo afluente de personas que deciden libremente no tenerlo, descatalogando ese férreo deseo de antaño por la fertilidad y abriendo un nuevo mundo de posibilidades vitales a parte de la procreación.

Empiezan tímidamente a plantearse una vida sin hijos, aunque finalmente decidan tenerlos, ejerciendo el derecho a decidir libremente cómo quieren vivir su vida y dejando de lado la creencia de que todos tenemos que ser padres.

Hoy en día se plantean el por qué de su decisión, ya no dan por hecho que deben de tener un hijo, si no que reflexionan a cerca de sus intereses y evalúan las ventajas e inconvenientes de llevarlo a cabo.

No obstante, las ventajas señaladas justifican de buen grado que el tener dificultades para concebir un hijo resulte tan doloroso, pues los estudios realizados advierten que entre el 25 % y el 65 % de los pacientes que acuden a reproducción asistida presentan síntomas clínicos ante la imposibilidad de conseguir un embarazo. Las más destacadas hablan de una experiencia sin igual, de que tener un hijo le da sentido a la vida y de que te cambia la forma de ver el mundo. Claramente, las expectativas respecto a la maternidad y paternidad suelen ser muy altas y el principal problema radica en considerarlo un proyecto central en sus vidas. Por este motivo, resulta esencial que una de las actividades a realizar en terapia sea ***crear unas expectativas adecuadas y realistas***, además de ***trazar un proyecto de vida al margen de tener un hijo***. Con esto pretendemos paliar la característica crisis existencial, los sentimientos de vacío y la falta de motivación asociadas a la no consecución del deseado embarazo.

Los inconvenientes planteados por los participan-

tes hacen referencia a que un hijo depende totalmente de sus padres y que requieren invertir mucho tiempo en él, impidiéndoles hacer lo que quieren. De esta manera ponen de manifiesto la importancia de determinadas actividades en la forma de vida actual de las personas, ocupaciones altamente significativas que no deben alterarse durante los procesos de reproducción asistida. Las estadísticas advierten que el 90 % de las mujeres abandonan sus aficiones e incluso temporalmente su trabajo para ocuparse en exclusiva al tratamiento, repercutiendo así de forma negativa en su situación emocional. La disminución de dichas tareas puede producir sentimientos de decaimiento y tristeza, por ello es fundamental ***planificar un programa de actividades gratificantes tanto individuales como en pareja*** que renueve los ánimos. En contraposición, los hombres suelen incrementar las horas laborales y de distracción, aislándose emocionalmente y llevando a cabo claras conductas de evitación. Este comportamiento podría provocar, entre otras cosas, problemas en la relación de pareja, por lo que ***facilitar la expresión emocional*** entre ambos resultaría de lo más recomendable y así también poder reducir ansiedades.

Respecto a la presión social, más de la mitad de los sujetos encuestados opinan que ésta continúa ejerciendo suficiente poder sobre la decisión de procrear, y es que dicha determinación parece no limitarse a la pareja, si no que la familia, los amigos y la cultura en la que vivimos siguen aportando su peculiar granito de arena. No nos extrañamos ante las típicas preguntas: "¿para cuándo un bebé? venga, que se os está pasando el arroz" "¿Cuándo me vas a dar un nieto?, ¡qué ganas tengo!" pues de buena tinta sabemos que están a la orden del día. Se plantean ajenas al sufrimiento que pueden ocasionar en aquéllas personas que ansían tenerlo y cuentan con serias dificultades para ello, causando impotencia ante no saber qué contestar. Suelen aflorar sentimientos de vergüenza y falta de valía que acaban por ocultar los inconvenientes para conseguir un embarazo, provocando un aislamiento social para la evitación de las mismas. Un buen ***entrenamiento en habilidades comunicativas*** como la ***asertividad*** resultará esencial para hacerles frente, y así poder desenvolverse con éxito y naturalidad ante cualquier situación. El estudio estadístico revela que las mujeres advierten de manera más significativa dicha influencia aun en nuestros días y es que el rol femenino se continúa asociando de forma reduccionista a la maternidad y al instinto de ser madre.

Y de esta manera llegamos a la evaluación de cierta justicia social que parece enjuiciar a aquéllas personas que deciden no tener hijos y premiar de alguna manera la decisión contraria. Otra forma de presión que permanece actualmente, puesto que más de la mitad de los encuestados creían en la existencia de la misma. La determinación de no concebir comporta un significado social negativo, asociándolo injustamente al egocentrismo e individualismo con ciertas notas de materialismo. ¿Acaso no somos dueños de nuestra vida?, ¿acaso no somos dueños de nuestro tiempo?, ¿a quién debemos rendir cuentas por escribir nuestra propia historia? Cambiar la perspectiva colectiva e ***instaurar creencias más tolerantes*** al respecto será ardua tarea, pero... ¿quién pensaba hace años que sería posible la fecundación de un óvulo por un espermatozoide en un laboratorio?

Uno de los resultados que más nos llama la atención en nuestro estudio es la disminución de las expectativas de fertilidad en la población, sobretodo en las mujeres, puesto que la gran mayoría de ellas (84 %) respondió afirmativamente a la pregunta de si se habían planteado la posibilidad de que surgiera algún problema para concebir un embarazo. Posiblemente, la diferencia de respuesta entre sexos radique en la tendencia del hombre a identificar los problemas de fertilidad como una amenaza a su masculinidad, por lo que ***reestructurar los mitos asociados más extendidos*** consituirá otra de las tareas a desarrollar. Anteriormente se presuponía la capacidad para concebir y averiguar que no era así suponía un obstáculo para el que no estaban preparados, aquejando su falta de recursos para hacerle frente. Probablemente, el indudable aumento de la infertilidad haya empezado a concienciar a la población y recordarle que nadie estamos exentos de poder experimentar algún tipo de dificultad.

Para acabar, nos gustaría resaltar la importancia que han adquirido los tratamientos de reproducción asistida en la realidad actual. Cada vez más personas recurren a ellos en busca de ayuda, depositando su confianza y dejando atrás debates que cuestionan su moralidad. Los nuevos conceptos de familia han hecho de éstos una herramienta indispensable para muchas personas que sin ellos no podrían disponer de la opción de intentar procrear.

Tener, o no tener: esa es la cuestión, disfrutar de la vida al margen de tener o no tener hijos sin que ello suponga una premisa para ser feliz.

Referencias

Antequera Jurado, Rosario; Moreno Rosset, Carmen; Jenaro Río, Cristina y Ávila Espada, Alejandro: «Principales trastornos psicológicos asociados a la infertilidad». *Papeles del psicólogo*, 2008, **29(2)**, pp. 167 – 175.

aufeminin.com, un groupe international: «Foro Embarazo/Fertilidad - Esterilidad», 2012. `www.enfemenino.com`

Ávila Espada, Alejandro y Moreno Rosset, Carmen: «La intervención psicológica en infertilidad: Orientaciones para un protocolo de actuación clínica». *Papeles del psicólogo*, 2008, **29(2)**, pp. 186 – 196.

Casado González, María y González Duarte, Roser: *Los retos de la genética en el siglo XXI: genética y bioética. (Estudi general; 5)*. Edicions de la Universitat de Barcelona, 1999.

Dolz Del Castellar Pareja, Pilar: «Curso online de Psicología aplicada a la reproducción asistida». Instituto de postgrado de estudios de Medicina y Salud e Instituto Valenciano de Infertilidad, 2012.

Forsythe, Susan: «Social Stigma and the Medicalisation of Infertility». *Journal of the Manitoba Anthropology Students' Association*, 2009, **28**, pp. 22 – 36.

Greil, A. L.: «A secret stigma: The Analogy Between Infertile and Chronic Illness and Disability». *Advances in Medical Sociology*, 1991, **2**, pp. 17 – 28.

Leiblum, S.: *Psychological Issues and Counseling Strategies*. Infertility, 1997.

Llavona, L. y Mora, R.: «La infertilidad: algo más que un problema biológico». *Jano*, 2002, **63(1453)**, pp. 90 – 93.

Llavona Uribelarrea, Luis María: «El impacto psicológico de la infertilidad». *Papeles del psicólogo*, 2008, **29(2)**, pp. 158 – 166.

Miall, C. E.: «The Stigma of Involuntary Childlessness». *Social Problems*, 1986, **33(4)**, pp. 268 – 282.

Moreno, Agustín; Guerra Díaz, Diana; Baccino, Giuliana; Giménez Molla, Vicenta; Dolz Del Castellar Pareja, Pilar; Tirado Carrillo, María del Mar; Gutiérrez Herrera, Katy y Gil Rabanaque, Marian: *Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en reproducción asistida*. Revista Iberoamericana de Fertilidad, 2009. Grupo de interés en Psicología. Sociedad Española de Fertilidad.

Moreno Rosset, Carmen: *La infertilidad. ¿Por qué a mí? Un problema o un reto en la pareja*. Ediciones Pirámide, 2009.

Whiteford, L. M. y González, L.: «Stigma: The Hidden Burden of Infertility». *Social Science & Medicine*, 1995, **40(1)**, pp. 27 – 36.

Yago, T.; Segura, J. y Irazabal, E.: *Infertilidad y reproducción asistida; relatos de pareja entre el sufrimiento y la esperanza*. Biblioteca Nueva, 1997.

EL NUEVO PARADIGMA: LA PAREJA INTERDEPENDIENTE[1]

Dra. Aminta Parra Colmenares.
Psicóloga clínica-Sexóloga. Organizadora del Congreso Mundial de Sexología en el 1989.Presidenta XI CLASSES (Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual). Coordinadora del Proyecto Institucional Promoción de la Salud Sexual de la Universidad Central de Venezuela. Miembro del Comité Asesor de la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS). Coordinadora del área de capacitación docente de la UCV (Universidad Central de Venezuela), Profesora de Sexología Médico Legal. Directora Docente de la Unidad de Terapia y Educación Sexual. Presidenta de la Federación de Psicólogos de Venezuela.

I.- INTRODUCCIÓN

Al conceptualizar a la pareja como la unión estable o coyuntural de dos personas para la obtención de unos fines individuales y comunes, conscientes o inconcientes, circunstanciales o trascendentes, nos podemos encontrar que uno de los más graves pero cotidianos aspectos de la crisis integral que afecta al ser humano está precisamente en la estructura y la funcionalidad de la pareja conyugal –origen de la familia y sustento del modelo de la sociedad tradicional- que al no contar con patrones claros de los diferentes modelos que se encuentran para satisfacer las diferentes realidades y expectativas que se plantean los dos integrantes de esta pareja al concretizarla.

Hasta hace pocas décadas la pareja tradicional era la de un hombre con una mujer que se unían por "amor" para además satisfacer las motivaciones sexuales y dar origen a un núcleo de generación y formación de nuevos seres humanos. De esta manera, cualquier desviación de este marco rígido era considerada como digo de la presión y castigo socio-cultural.

Con la revolución que significó el desarrollo de las ciencias de la conducta al mismo tiempo que otros factores como los económicos, los comunicacionales y hasta los políticos, plantearon la apertura del modelo

---

[1] Los autores de este artículo, propuesto por la conferenciante son los siguientes: Aminta Parra Colmenares,Roberto de Vries y Rubén Hernández Serrano.

tradicional de pareja. Estos cambios se han dado primero en la funcionalidad de la pareja hasta posteriores cambios en la estructura real de esta. Así, en el transcurso de pocas décadas hemos visto desde la pareja "abierta" en la cual se aceptaban relaciones sexuales con terceras personas hasta el intercambio sexual de parejas entre amigos (proceso de los años sesenta); este proceso continúa hasta la parte estructural en la que se habla de parejas homosexuales, de parejas transitorias con un fin netamente sexual, las que plantean la convivencia previa para probar su funcionalidad hasta la de la "producción independiente" en la que la mujer busca tan solo que el hombre le de un hijo, sin que implique compromisos de ningún tipo para él, lo que plantea la presencia del hombre como instrumento de procreación. "Quiero un hijo no un marido".

Todas estas series de realidades plantean la necesidad urgente de un proceso que revise las diferentes realidades que se están viviendo en este aspecto tan importante del ser humano para investigar, analizar y clarificar todos los diferentes paradigmas que están presentes incluso dentro de una misma sociedad.

Por ello proponemos la revisión de estas realidades bajo el esquema de las diferentes psicologías individuales y colectivas que se han dado en el ser humano como ser social, es decir, bajo los parámetros de la psicología de la dependencia, de la supervivencia, de la independencia y de la inter-dependencia.

II.- MODELOS BASICOS DE LA PAREJA

Para comenzar este análisis tenemos que revisar la pareja que se dio y se continúa dando dentro de la llamada psicología de la dependencia.

PSICOLOGÍA DE LA DEPENDENCIA

Objetivo: Asegurar la presencia de un equilibrio que genere el mínimo de seguridad y bienestar. Se da bajo los roles de víctima y victimario.

Características Básicas:

-Las agresiones son básicamente pasivas, es decir, fundamentadas en la coacción, el chantaje y la presión.

-Hay una hipermoralidad (que crea y aplica el victimario) para juzgar las desviaciones de la víctima y que, por supuesto, no se aplican los mismos victimarios.

-Hay un bienestar inestable del victimario y un evidente malestar en la víctima.

LA PAREJA DEPENDIENTE

El esquema básico de esta pareja está en la presencia de un "machista" que es el victimario con la de una mujer "sacrificada" que es la víctima. De acuerdo con esto, la mujer es objeto de múltiples chantajes, coacciones y presiones para que haga justo lo que desea el victimario, el cual, le aplica con severidad todo el peso de la normatividad de acuerdo a sus esquemas de valores. La víctima responde inconcientemente con una doble conducta, que continuamente le vincula y le desvincula con los valores del afecto, del deseo y de los otros objetivos comunes de la pareja. Terminan siendo relaciones fundamentadas en el "amor-odio".

Los hijos que se forman bajo esta dinámica terminan copiando los modelos de comportamiento del padre del mismo sexo (más hombres machistas y más mujeres sacrificadas) o, por el contrario, en comportamiento extremos opuestos que hacen que el hombre sea pasivo y que la mujer sea en extremo vengativa contra los hombres (hembrista).

Esta es una pareja que termina siendo de un gran costo emocional para cada uno de los miembros de la misma y de la familia, dañando incluso los parámetros de bienestar social. Esta permanece continuamente reforzándose conciente o inconcientemente cada uno de estos roles hasta que uno o ambos miembros de la pareja salgan de esta dinámica dependiente a través de un no soportar más esta realidad que le lleva a la psicología de la supervivencia (las víctimas) o de la independencia (los victimarios).

PSICOLOGÍA DE LA SUPERVIVENCIA

Objetivo: Asegurar el continuar viviendo en un medio ambiente físico, psicológico o socio-cultural inhóspito e inseguro.

Características Básicas:

-Agresiones activas y destructivas, es decir, hay violencia.

-No hay patrones de valores morales que diferencien para el individuo el bien y el mal.

-Hay un gran malestar de tipo psicológico.

LA PAREJA SUPERVIVIENTE

El esquema básico de la pareja superviviente está en la presencia de dos seres humanos que tienen que unirse coyunturalmente y sin ningún otro tipo de objetivos, que ayudarse a salir con vida de la realidad que viven. No existe el concepto tradicional del amor afectivo y son básicamente de tipo circunstanciales y poco profundas que se dan para la liberación de los apetitos sexuales (gratificación primaria) y de tipo socio-económico.

Se reconoce cuando en la dinámica habitual de la pareja hay muchos eventos violentos (agresiones evidentes y destructivas) en las cuales no hay criterios ni valores morales ni éticos. Estas relaciones terminan de manera abrupta en la que no se siente el peso de la ruptura (ni dolor ni culpa) o, por el contrario con la destrucción de uno o ambos miembros a través de la violencia generada.

Los hijos que se forman bajo esta dinámica terminan copiando los modelos conductuales de supervivencia a un medio ambiente siempre hostil e inseguro. Generalmente toman el paradigma de convertirse en un victimario (de una relación de dependencia) para darse un marco básico de seguridad.

PSICOLOGÍA DE LA INDEPENDENCIA

Objetivo: Reafirmar el valor del "yo" por sobre el valor del "nosotros" a fin de elevar una precaria autoestima generada por la dinámica de la dependencia, ya se haya sido víctima o victimario.

Características Básicas:

-Hay tantas agresiones activas o pasivas, constructivas o destructivas, de acuerdo al objetivo a lograr.

-Se elabora un marco moral y ético propio que justifique las acciones que se toman o se dejan de tomar.

-Búsqueda de un bienestar personal exagerado en relación a los demás. Fácilmente se puede ser un triunfador dentro de un grupo de fracasados.

LA PAREJA INDEPENDIENTE

El esquema básico de esta pareja está en la presencia de dos seres humanos que buscan cada cual su propio bienestar sin importarle mucho el bienestar de la otra parte. Teóricamente es la pareja de dos triunfadores individualistas que busca cada cual el mayor crecimiento individual que le termine reforzando su "yo". La relación de pareja está condicionada a la productividad para satisfacer las motivaciones y necesidades propias de cada uno. Si cada uno de los miembros de esta pareja se mantienen como independientes, puede durar mucho tiempo; por el contrario, cuando una de las partes trata de entrar para compartir el mundo del otro, puede ser considerado como un invasor posesivo que quiere volver a la psicología de la dependencia.

Los hijos que se forman bajo esta dinámica son básicamente egoístas y egocéntricos, individualistas que aunque vivan bajo el mismo techo que la familia no comprende ni actúan en base al criterio de familia como grupo de cohesión, integración y apoyo. Estos hijos tienen el valor básico del éxito personal como su paradigma, lo que, paradójicamente hace que algunos de ellos sean unos eternos fracasados.

III.- LA PAREJA INTERDEPENDIENTE

De esta forma llegamos a la conceptualización de lo que se puede llamar psicología de la interdependencia, cuyas realidades son de extrema importancia por la vinculación –cada vez más evidente- que tiene con el logro del verdadero bienestar en el ser humano, tanto a nivel individual como colectivo y, que aparentemente ocasiona muchas resistencias por la falsa interpretación que se le pueda dar –bajo unos criterios fundamentalmente independentistas- a la revalorización del "yo" en relación al "nosotros".

PSICOLOGÍA DE LA INTERDEPENDENCIA

Objetivo: Dar el marco adecuado para la realización de dinámicas que aseguren el bienestar más estable y la mejor calidad de vida de todos los que están involucrados en esta psicología.

Características Básicas:

-Las agresiones son activas, directas y concientes con fines constructivos. Se trabaja para el logro y no para el poder.

-Hay un sólido marco ético fundamentado en la dignidad y en la libertad que permite aceptar y respetar las diferencias entre los valores morales siempre y cuando se mantengan los valores de la dignidad y la libertad humana.

-Hay bienestar de las mayorías ya que se fundamenta en dinámicas claras y compartidas centradas en el "Yo gano-Tú ganas".

PERFIL BÁSICO DE LA INTERDEPENDENCIA

En esta oportunidad, por razones de espacio, no desarrollaremos el perfil básico de las características de una persona interdependiente cuyo fin es facilitar la comprensión de la magnitud de esta relación en el mundo de la pareja y en el de la sociedad en general.

En la pareja interdependiente las uniones se realizan bajo el siguiente contrato psicológico:

1. Se valora el compromiso y la responsabilidad de acción de cada una de las partes
2. Las alianzas afectivas se hacen a través del amor y de las emociones constructivas
3. Se evidencia una solidaridad activa contra la exclusivamente verbal
4. El placer es un valor que se sustenta en el valor de la responsabilidad mutua y por lo tanto compartida
5. Las acciones de la pareja se hacen para mejorar las realidades y no para obtener la supremacía y el poder en la relación.
6. Se buscan más las semejanzas con la otra parte para poder compartir y no las diferencias para agredir, alejarse u obtener el control del poder
7. La productividad de la pareja se basa en el bienestar de ambos miembros para expandirlo a la familia y al grupo social
8. Se vive y se aprende cuales son las verdaderas características de la democracia integral, en contra de las realidades de las dictaduras, de la anarquía y de las aparentes democracias donde se viven democracias internas y dictadura externas.

Estas relaciones inter-dependientes aseguran la mayor permanencia y continuidad estructural y funcional de la pareja ya que se fundamentan en la búsqueda y encuentro del respeto a la dignidad y a la libertad de sí mismo y del otro en todas las actuaciones individuales y de pareja.

Los hijos de estas parejas con esta dinámica se forman con los valores de la inter-dependencia que les permiten crecer haciendo crecer a los demás.

IV.- CONCLUSIONES

Dentro de las diferentes realidades de la pareja, existen cuatro tipos básicos de ella: la dependiente, la superviviente, la independiente y la inter-dependiente. En el proceso evolutivo, claro está, se pueden dar mezclas que

complejizan su análisis. El modelo tradicional nos presenta una pareja dependiente con los roles determinados de victimario y víctima que han enseñado el manejo del poder como el punto fundamental de las relaciones humanas; equivale a un modelo dictatorial en el cual de mantiene bajo constantes amenazas a la víctima para lograr su sometimiento y control. El juego del victimario está en restringirle la libertad a la víctima. Cuando las víctimas se sublevan se les ataca su dignidad. El modelo de supervivencia nos presenta una pareja violenta y amoral que solo va a tener estructura o funcionalidad en situaciones coyunturales. Esta pareja circunstancial y sin bases sólidas produce (y se genera) dentro de situaciones de caos y anarquía. Pareciera que se respeta el valor de la libertad mientras que se daña continuamente el valor de la dignidad. Se fundamenta en el concepto de que "solo el fuerte sobrevive". El modelo de independencia nos presenta una pareja de individuos egoístas y egocéntricos que utilizan a la otra parte como instrumento de bienestar y equilibrio, sin que exista un verdadero compromiso lo que se evidencia que se puede terminar con la presencia de un mínimo conflicto. Hay una gran democracia consigo mismo mientras que se demuestran patrones excesivamente normativos y controladores para con la otra parte. Se fundamenta en el lema: "El fin justifica los medios". Por último está planteada la realidad de la pareja inter-dependiente, en la cual dos seres con adecuadas autoestimas, que se han demostrado a sí mismas y a los demás que pueden ser autónomos y exitosos, son capaces de asumir compromisos con los demás, en este caso con una pareja con la cual establecen acciones para el logro del bienestar común. Llama la atención que para lograr esta relación hay que tener como requisitos básicos la presencia de la eficacia y del éxito personal que aseguren que no se va a caer en una nueva y sofisticada relación dependiente en el rol de víctima.

Hay que tomar conciencia que para que la realidad inter-dependiente se logre, se requiere haber partido de la dinámica de la dependencia inicial y haber continuado probándose bajo los criterios de la independencia para así llegar a los valores integrativos de la inter-dependencia, que relaciona todos los elementos positivos de dicha evolución.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

Parra A, De Vries R, Hernández R. (1995), Educación Estratégica en el Área de la Educación de la Sexualidad. X Simposium Internacional de Educación Sexual. pp 111-124. Caracas-Venezuela. DISINLIMED.

De Vries R, Lander M, Parra A. Hernández R. (1995), Educación Estratégica en el Área de la Educación de la Sexualidad. X Simposium Internacional de Educación Sexual. pp 125-131. Caracas-Venezuela. DISINLIMED.

De Vries R, Lander M, Parra A. Hernández R. (2000). La Violencia en Venezuela. Violencia. pp 11-23. Valencia-Venezuela. Alfa Impresores C.A.

De Vries R, Rodríguez M, De Vries R, Hernández R, Parra A. (2000). Violencia. Violencia. pp 53-77. Valencia-Venezuela. Alfa Impresores C.A.

Mezzich J, Hernández R. (2006). WPA Psychiatry and Sexual Health: An Integrative Approach. . USA / UK. Jason Aronson.

Hernández R, Parra A, Flores A, Arango I. (2005). Sexología y Trastornos Sexuales. Psiquiatría 2da. Edición. Cap. 19 pp 579-610. México. Manual Moderno. OPS./ PAHO .

Salvatierra I, Hernández R., Parra A. (2004) Violencia Actual: Caras y Desafíos. Caracas-Venezuela. Grabados Nacionales.

Bianco F., Hernández R. (1990). Sexology an Independent Field. Amsterdam. Elsevier Science

INFORMACIÓN SOBRE EL PROGRAMA DE POSGRADO EN SALUD SEXUAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

Programa universitario de formación en

SALUD SEXUAL

TITULACIONES QUE OFRECE:

Máster en Salud sexual y Sexología clínica

Exclusivamente dirigido a psicólogos y médicos.
Duración 24 meses

Máster en Promoción de la Salud sexual

Dirigido a profesionales de la educación, de la salud y de otras disciplinas sociales. Duración 24 meses

Experto en Sexualidad humana y Educación sexual

Dirigido a profesores, educadores y profesionales de la salud en general.
Duración 12 meses

Algunos de los alumnos de la primera promoción de estos estudios de Salud sexual.

Presentación

La UNED es la universidad pública más grande de España y una de las más importantes del mundo.

Desde hace más de 40 años ofrece una formación de alta calidad. Su labor es altamente valorada en todo el mundo, especialmente en América latina. Ha desarrollado una metodología propia que se ha mostrado extremadamente eficaz en el campo de la educación superior a distancia. Su nivel producción técnica y científica es similar al de las más prestigiosas universidades euro-peas. Además, es necesario señalar que sus titulados son reconocidos como excelentes profesionales.

El programa de Salud Sexual de la UNED representa una oferta de la máxima calidad en los ámbitos de la salud, la educación y la intervención social y comunitaria.

Nuestros cursos dan respuesta a una necesidad manifestada ampliamente por diferentes grupos profesionales; este programa universitario proporciona un marco formativo de calidad y con el máximo rigor científico y técnico. El objetivo es capacitar a nuestros alumnos para su desempeño profesional, en los distintos ámbitos en los que desarrollen su trabajo, ofreciéndoles un completo programa de formación teórico-práctico.

La formación en sexualidad humana, educación sexual y sexología clínica representa excelente oportunidad profesional.

Hoy, que se reconoce la salud sexual como un derecho fundamental, es necesario implantar programas de educación y promoción de la salud sexual y formar profesionales capacitados en la prevención y tratamiento de los diferentes problemas sexuales. Se prevé que la de-manda de atención clínica y de asesoramiento especializado en relación a la sexualidad aumente significativamente en los próximos años, por lo que la formación en este campo representa una prometedora especialización.

Objetivos del programa

- Ofrecer una base científica y sólida de conocimientos sobre los diferentes aspectos de la sexualidad humana
- Proporcionar una visión global sobre desarrollo sexual y los cambios de la sexualidad a lo largo del ciclo vital
- Aportar amplios conocimientos sobre educación sexual formal en contextos educativos, así como sobre la salud sexual y las estrategias para su promoción
- Capacitar a los profesionales clínicos, para la evaluación, diagnóstico y tratamiento de los diferentes trastornos de sexuales
- Promover actitudes y comportamientos éticos en las actividades profesionales en el ámbito de la sexualidad humana

Más información

www.uned.es/saludsexual

www.mastersexologia.es

saludsexual@psi.uned.es

Teléfono de contacto: 686.007.712 --- 609.668.211 --- 609.668.208

Metodología

Nuestros cursos permiten que los alumnos organicen su estudio y dedicación de forma personal, compatibilizando su trabajo académico con sus actividades profesionales, con su vida laboral y con su familia.

Aunque **el programa puede seguirse completamente a distancia**, se ofrece la posibilidad de asistir a seminarios presenciales en la Facultad de Psicología de la UNED en Madrid; estas actividades presenciales complementarias generalmente se desarrollan en fines de semana y permiten a los asistentes establecer contacto con los compañeros y profesores y enriquecer así, más si cabe, su formación en este ámbito.

La metodología "a distancia", propia de la UNED, ofrece documentos (escritos y audiovisuales) especialmente elaborados para nuestros alumnos y herramientas telemáticas que permiten mantener en contacto a alumnos y profesores. Nuestra plataforma de e-learning permite a los alumnos consultar dudas, discutir o trabajar en equipo.

Nuestro **Centro virtual de Psicología** (www.cvpsi.com) ofrece la posibilidad a nuestros alumnos de disponer de un espacio para realizar intervenciones sexológicas "reales" supervisadas por los tutores del curso. En el **CVPsi** se ofrece atención sexológica (clínica y de asesoramiento), a un precio simbólico, que es realizada por nuestros alumnos.

Materiales

Los materiales exclusivos creados para nuestros cursos han sido elaborados por reconocidos expertos en cada uno de los temas. Los apuntes se han escrito teniendo en cuenta las características propias de la enseñanza a distancia. Los materiales audiovisuales han sido elaborados para acercar al estudiante a la realidad educativa, social y clínica del trabajo en salud sexual. Los materiales son continuamente actualizados cada año.

Profesores

Los profesores de estos cursos son experimentados profesionales y reconocidos científicos. Además cabe señalar que el equipo directivo de estos estudios cuenta con una amplia experiencia de más de quince años en la organización exitosa de este tipo de actividades formativas, tanto presenciales como a distancia. En nuestra web se encuentra un listado de así como un breve curriculum de cada uno.

Descripción de los títulos

Los alumnos deben matricularse durante el primer año, como mínimo, del Modulo 1 (20 créditos). Aquel que lo desee puede cursar todos los módulos necesarios para obtener uno de los títulos de Máster en un solo año académico ya que no hay un límite máximo de créditos a cursar.

- Máster en Salud sexual y Sexología clínica

Duración recomendada 24 meses. 60 Créditos ECTS.

Dirigido exclusivamente a psicólogos y médicos.

Módulos a cursar el primer año: a) 1 y 5 obligatorios y b) dos optativos a elegir entre: 6, 7, 9, 11, 12, 13

Módulos a cursar el segundo año: a) 4 y 15 obligatorios y b) uno optativo no cursado el año anterior

El precio del curso (incluyendo matricula y materiales) entre 3800€ y 4200€ (en función de los módulos optativos elegidos)

- Máster en Promoción de la Salud sexual

Duración recomendada 24 meses. 60 Créditos ECTS.

Dirigido a profesionales de la educación, de la salud y de otras disciplinas sociales.

Títulos de acceso: Doctor, Ingeniero, Licenciado o Graduado

Módulos a cursar el primer año: a) obligatorios 1 y 2 y b) optativos dos a elegir entre: 7 8, 10, 12, 13

Módulos a cursar el segundo año: a) obligatorios 3 y 14 y b) uno optativo no cursado el año anterior

El precio del curso (incluyendo matricula y materiales) entre 3800€ y 4200€ (en función de los módulos optativos elegidos)

- Experto Universitario en Sexualidad humana y Educación sexual

Duración recomendada 12 meses. 35 Créditos ECTS.

Dirigido principalmente a profesores, educadores y profesionales de la salud (enfermeras, matronas, trabajadores sociales, educadores sociales, terapeutas ocupacionales...)

Requisitos para acceder: Selectividad o acceso a la universidad para mayores de 25 años

Módulos a cursar: a) 1 y 2 obligatorios y b) elegir dos optativos de entre 8, 9, 12, 13

El precio del curso (incluyendo matricula y materiales) entre 2100€ y 2400€ (en función de los módulos optativos elegidos)

* Los pagos pueden hacerse hasta en dos plazos en el caso del Experto y hasta en cuatro plazos en el caso de ambos Másteres.

Los alumnos durante la comida

Una característica que conviene destacar es que, **una vez finalizados los estudios, nuestros alumnos tienen acceso a un número establecido de supervisiones** en las que de **forma presencial** o por **videoconferencia** reciben asesoramiento por parte de los profesores del Máster respecto a los casos reales que esté tratando en su práctica profesional

A.- CONTENIDOS TEÓRICOS

MÓDULO 1. CONTENIDOS FUNDAMENTALES (20 créditos): Sexualidad humana y salud. Respuesta sexual humana. El proceso de sexuación. Antropología y sexualidad. Historia de investigación en sexualidad. Sexualidad y reproducción. La planificación familiar. Infecciones de transmisión.

MÓDULO 2. EDUCACIÓN SEXUAL (5 créditos): Formación de agentes de educación sexual. Educación Sexual en la infancia y en la adolescencia. Ejemplos de materiales y programas de educación sexual.

MÓDULO 3. PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL (10 créditos): Promoción de la salud sexual: conceptos fundamentales. Promoción de la salud sexual: métodos y técnicas de trabajo. Conceptos generales de la entrevista en sexología. Principales técnicas psicológicas para la promoción de la salud sexual. Organización de talleres de promoción de actitudes sexuales saludables.

MÓDULO 4. SEXOLOGÍA CLÍNICA (10 créditos): Conceptos generales y entrevista en sexología clínica. Técnicas de evaluación en sexología clínica y criterios diagnósticos. Principales técnicas psicológicas para el tratamiento de problemas sexuales. Evaluación y tratamiento de las disfunciones sexuales. Parafilias, delitos sexuales y transexualidad

MÓDULO 5. NIVELACIÓN (5 créditos): Psicología y sexualidad (médicos). Conocimientos biomédicos y farmacológicos fundamentales para el estudio de la sexualidad (psicólogos).

MÓDULO 6. PROBLEMAS DE PAREJA (5 créditos): Sexología y problemas de pareja: Evaluación clínica de los problemas de pareja. Abordaje terapéutico clásico de los problemas de pareja.

MÓDULO 7. INVESTIGACIÓN EN SEXUALIDAD HUMANA (5 créditos): Investigación en sexualidad humana: aspectos metodológicos. Evaluación de intervenciones en salud sexual.

El profesor Enrique García-Fernández Abascal durante una conferencia

B.- CONTENIDOS DE LOS TALLERES

MÓDULO 8. SEXUALIDAD Y EMOCIONES POSITIVAS (5 créditos): Sexualidad y emociones positivas. Talleres para el entrenamiento en emociones positivas. Actitudes sexuales saludables. Despertando los sentidos. Fantasías sexuales y crecimiento erótico.

MÓDULO 9. SEXUALIDAD Y EMOCIONES NEGATIVAS (5 créditos): Ansiedad sexual. El biofeedback en la prevención y tratamiento de las disfunciones. Sexualidad y discapacidades mentales. Sexualidad y discapacidades físicas. Condicionamiento y sexualidad.

MÓDULO 10. ACTUACIONES EN PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y ÉTICA PARA SEXÓLOGOS (5 créditos): Afrontamiento de la Eyaculación precoz. Salud sexual y problemas de pareja. Sexualidad en el embarazo y puerperio. El crecimiento erótico: papel de las fantasías. Código deontológico para sexólogos

MÓDULO 11. ELEMENTOS PRÁCTICOS EN TERAPIA SEXUAL (5 créditos): Tratamiento de la eyaculación precoz. Elementos prácticos en terapia de pareja. El papel de los sentidos en la sexualidad. Filogénesis y ontogénesis: otra visión de la historia psicosexual. Código deontológico para sexólogos

MÓDULO 12. SEXUALIDAD Y AMOR (5 créditos): Amor y compromiso. Erotismo y pornografía. Las falacias sexuales. Historia del arte erótico en occidente.

MÓDULO 13. ALGUNOS ASPECTOS SOCIALES DE LA SEXUALIDAD (5 créditos): Violencia de género. Abusos sexuales a menores. Aspectos sociales de la sexualidad. Sexualidad en Internet.

MÓDULO 14. EXPERIENCIA PRÁCTICA / TRABAJO FIN DE MASTER EN PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL (10 créditos): Guía y documentación para la realización del trabajo práctico en Promoción de la salud sexual.

MÓDULO 15. EXPERIENCIA PRÁCTICA / TRABAJO FIN DE MASTER EN SEXOLOGÍA CLÍNICA (10 créditos): Guía y documentación para la realización del trabajo práctico en sexología clínica.

El profesor Carlos San Martín durante un seminario práctico en la Facultad de Psicología (UNED)

***** Además de estos contenidos, nuestro programa ofrece contenidos complementarios en los talleres que se desarrollan en las sesiones presenciales que se imparten en la Facultad de Psicología de las UNED en Madrid y que tienen lugar en diciembre y en junio de cada año. Estos talleres son **completamente gratuitos** para todos nuestros alumnos y se recomienda que asistan a todas las sesiones presenciales; algunas de estas actividades presenciales se se emiten en directo por internet o se graban y se publican posteriormente en nuestra web para que puedan ser seguidas por los que no asisten.

Jornadas universitarias internacionales de sexología

Cada año, nuestro programa organiza unas jornadas de Actualización en sexología en la que, además de nuestros alumnos, participan otras personas interesadas, tanto del ámbito profesional como alumnos de la UNED (que reciben créditos de libre configuración por su asistencia).

En 2012 hemos celebrado la segunda convocatoria de este evento científico y profesional. Asistieron más de 150 participantes, de los cuales casi un 30% asistieron a través de Internet. Desde diferentes lugares del mundo (España, Brasil, México, Perú, Bélgica, Francia).

En esta ocasión contamos con la participación de destacados profesionales e investigadores entre los que cabe mencionar al Profesor Barry Komisaruk de la universidad de Rutger (Nueva York), al que se le nombró miembro de honor de la Asociación de Especialistas en Sexología.

© Centro Virtual de Psicología

citas@cvpsi.com

El Centro Virtual de Atención Psicológica (CVPsi) es un servicio de atención psicológica impulsado y gestionado por la Fundación UNED.

Desde el Centro Virtual de Atención Psicológica se ofrecen servicios correspondientes a las diferentes áreas de aplicación de la Psicología. Estos servicios se prestan principalmente por Internet a través de nuestro sistema de VIDEOCONFERENCIA; las intervenciones se realizan por Internet, en un espacio virtual que permite una cómoda comunicación, cara a cara, entre usuario y profesional. De esta forma se mantiene todo el valor de una entrevista presencial pero se evitan los costes (desplazamiento y tiempo) que eso implica.

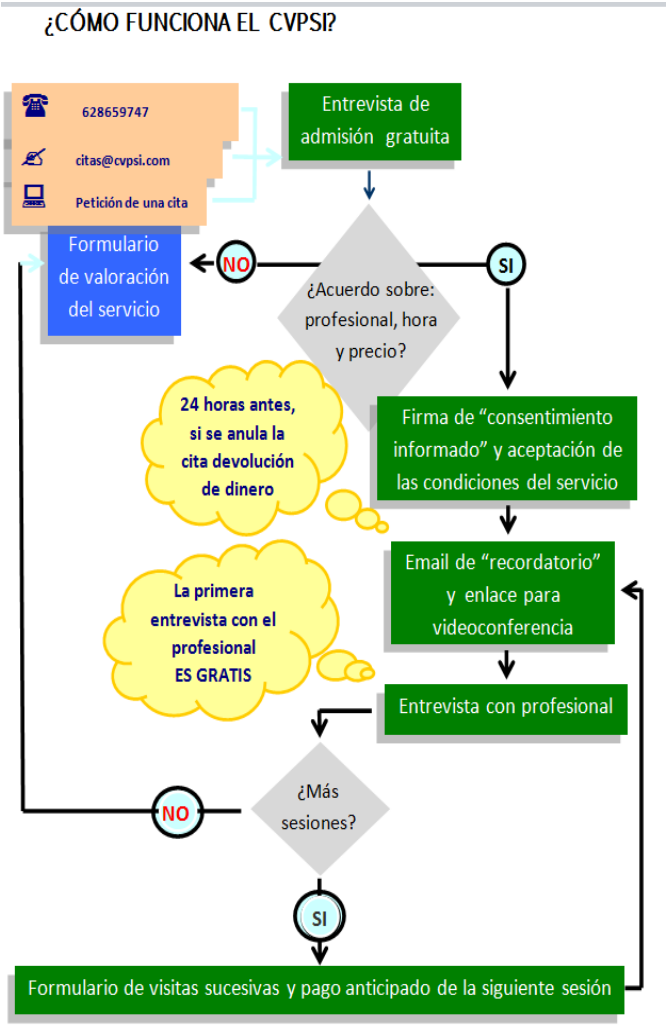
En todos los casos la atención es prestada por especialistas que han finalizado su carrera universitaria y que están legalmente capacitados para el ejercicio profesional

La mayoría de los profesionales que prestan sus servicios nuestro Centro Virtual de Atención Psicológica han recibido formación (de grado o de posgrado) en la UNED. Todos los profesionales que colaboran con nosotros cuentan con la formación y la capacitación legal para actuar en sus respectivos campos. Los especialistas que atienden desde nuestro espacio virtual han sido aceptados como colaboradores, tras valorar que su curriculum y sus habilidades terapéuticas y comunicativas se adaptan al trabajo mediante este novedoso formato de prestación de servicios.

Además, el **Centro Virtual de Psicología** ofrece atención prestada por los profesionales que se están especializando en nuestros programas de posgrado (Máster en Sexología, Máster en Psicología del Deporte, Máster en Psicología del Coaching, entre otros). En esos casos se informa explícitamente sobre esta cuestión a los usuarios; además, los precios a pagar por estos servicios son meramente "simbólicos"; hay que señalar además, que los ingresos obtenidos por este medio se destinan íntegramente a la concesión de becas.

Objetivos del CVPsi

Objetivos: prestar atención profesional a cualquier persona interesada en recibir tratamiento psicológico por este medio, accediendo a los mejores especialistas y evitando incómodos desplazamientos. Además el CVPsi permite que profesionales que se forman como especialistas en algunos de nuestros programas de posgrado puedan ejercitarse en las nuevas habilidades adquiridas



Algunas razones para acudir al CVPsi :

- atención profesional a cargo de los mejores especialistas.
- accesibilidad desde cualquier lugar del mundo
- adaptación a los horarios de los usuarios
- precios accesibles a todos (desde 10 € la sesión en el caso de la atención por profesionales en formación)
- comodidad al ser atendido en el propio hogar
- amplia variedad de servicios
- absoluta confidencialidad
- garantía de una institución pública