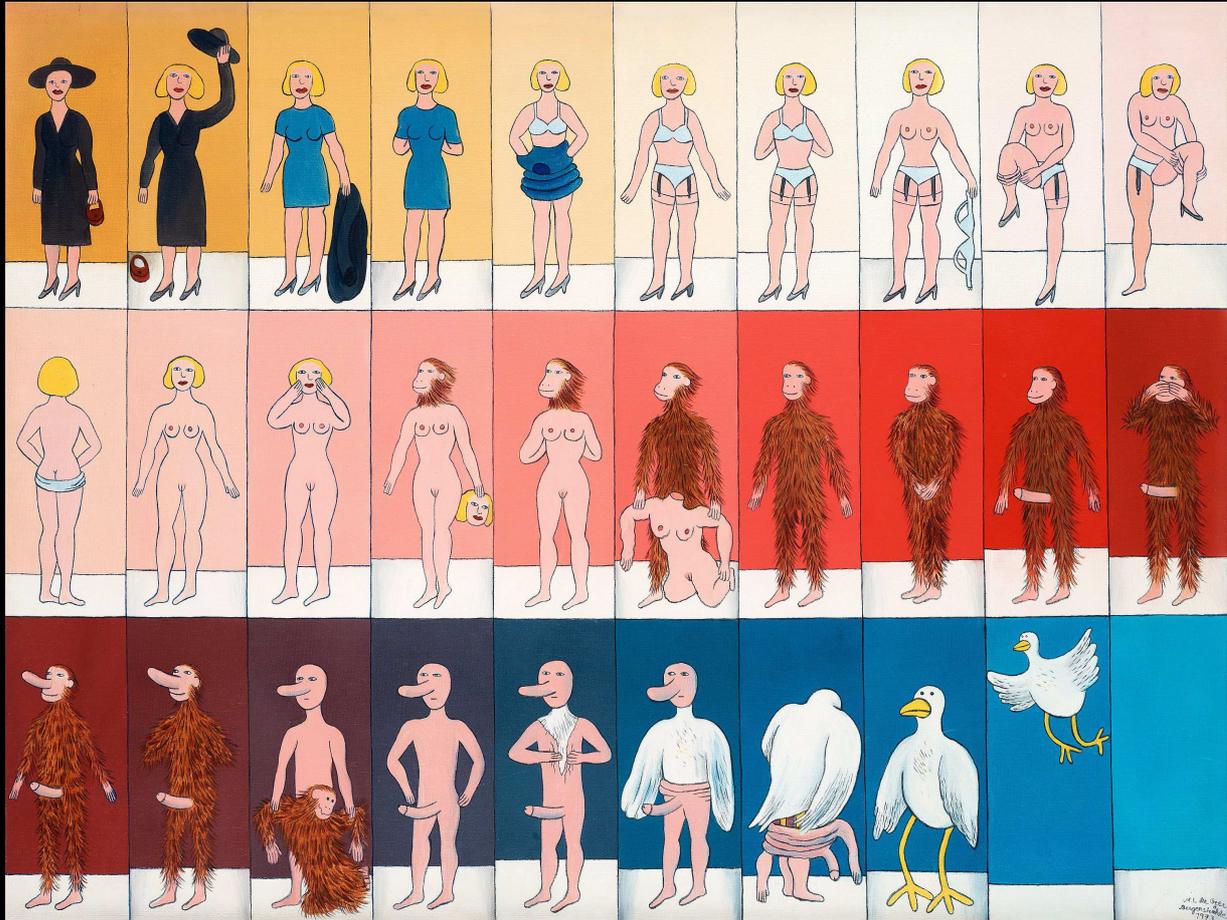


SOCIEDAD ARGENTINA DE SEXUALIDAD HUMANA

AÑO 2019 INVIERNO



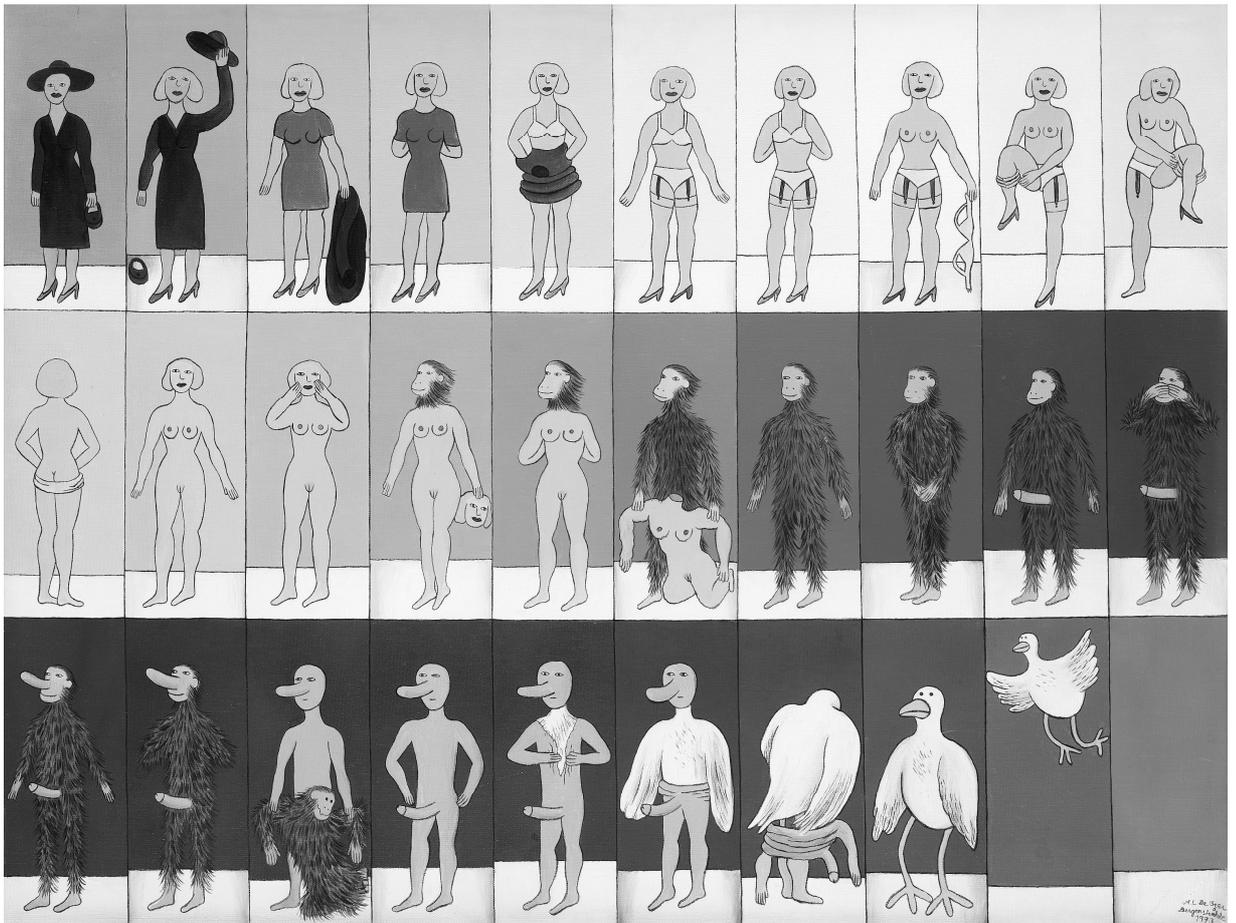
“Striptease” oil on canvas 63X90cm 1973

© MARIE LOUISE EKMAN

EDITADA POR LA SOCIEDAD ARGENTINA DE SEXUALIDAD HUMANA

ARSA

REVISTA ARGENTINA
DE SEXUALIDAD HUMANA
AÑO 2019 INVIERNO



"Striptease" oil on canvas 63X90cm 1973 MARIE LOUISE EKMAN ©



SEDE DE LA SOCIEDAD

Av. Coronel Díaz 2155 PB "A" C.A.B.A. (1425) CIUDAD DE BUENOS AIRES

TEL/ Tel.: 15-5903-9090

Email: secretaria@sasharg.com.ar Web: www.sasharg.com.ar

LA REVISTA ARGENTINA DE SEXUALIDAD HUMANA ES UNA
PUBLICACIÓN DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE SEXUALIDAD HUMANA
CON PERSONERÍA JURÍDICA-RESOLUCIÓN IGJ N° 000724 Cuit: 30-67623837-5

IVA: Exento

NOMBRE DE REVISTA REGISTRADO ISSN 0426-7203

SOCIEDAD ARGENTINA DE SEXUALIDAD HUMANA

MIEMBRO DE:

WAS (WORLD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH)

FLASSES (FEDERACION LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE
SEXOLOGIA Y EDUCACION SEXUAL)

COMISIÓN DIRECTIVA 2017-2019

PRESIDENTE

Dra. Silvina Valente

VICEPRESIDENTE

Lic. Cristina Tania Fridman

SECRETARIA GENERAL

Lic. Viviana Wapñarsky

PROSECRETARIA

Lic. María Bernarda Romero

TESORERA

Lic. Viviana Caruso

PROTESORERA

Lic. María Ester Antelo

VOCALES TITULARES

Dr. Bernardo Kupferberg

Lic. Federico Rinaldi

Lic. Lucia Baez Romano

Dr. Adriel Hudson

VOCALES SUPLENTE

Dr. Gustavo Litterio

Dr. Pablo Carpintero

Dr. Adrian Sapetti

Lic. Analía Urretavizcaya

REVISORES DE CUENTA

Titular: Dr. Ricardo Pérez Rivera

Suplente: Lic. Claudia Derossi

Ex presidentes:

Dr. León Roberto Gindin/ Lic. Laura Caldiz/ Lic. Virginia Martinez Verdier/ Dr. Néstor Barbón, Lic. Alcira Camillucci / Adrián Sapetti/ Marta Rajtman

REVISTA ARGENTINA DE SEXUALIDAD HUMANA

AÑO 2019 INVIERNO

COORDINACIÓN GENERAL

Lic. Cristina Tania Fridman

Lic. Maria Bernarda Romero

COMITÉ ASESOR NACIONAL

Lic. Laura Caldiz

Lic Mirta Granero

Dr. Juan Carlos Kusnetzoff

Dr. Adrian Sapetti

COMITÉ ASESOR INTERNACIONAL

Alain Giami /Francia

Francisco Cabello/ España

Felipe Hurtado Murillo/ España

Ricardo Cavalcanti/ Brasil

Jaqueline Brendler/ Brasil

Raquel Varaschin / Brasil

Patti Britton /United States

Erick Janssen (Bélgica / Estados Unidos

Olivia Guerrero Figueroa/ México

Andrés Flores Colombino/ Uruguay

Santiago Cedres/Uruguay

Rubén Hernández Serrano/ Venezuela

Dr. Eusebio Rubio Auriolles/ México

Chiara Simonelli /Italia

Stefano Eleuteri /Italia

Mijal Luria /Israel

Pedro Nobre /Portugal

**EL COMITÉ NO SE HACE RESPONSABLE DE LAS OPINIONES VERTIDAS EN
LOS ARTÍCULOS PUBLICADOS.**

SUMARIO

| | |
|--|-----|
| ■ EDITORIAL | 6 |
| ■ CLÍNICA Y REVISIÓN | |
| • SEXUALIDAD Y CÁNCER EN LA TERCERA EDAD..... | 12 |
| Psi. Felipe Hurtado Murillo, Ascensión B. Pérez, Juan M. Guarino Gil | |
| • SINTOMATOLOGÍA SEXOLÓGICA EN ADULTOS VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL..... | 33 |
| Psi. María Bernarda Romero | |
| ■ EDUCACIÓN | |
| • MODELO DE COMPRENSIÓN INTERDISCIPLINAR DE LA SEXUALIDAD..... | 50 |
| Dr. Francisco Juan José Viola | |
| • LA EDUCACIÓN SEXUAL, EL INTERROGATORIO SEXUAL: UNA APUESTA IMPOSTERGABLE PARA LA SALUD Y EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS..... | 63 |
| Soc. Cristina Tania Fridman | |
| ■ SOCIEDAD Y CULTURA | |
| • DE LA EMANCIPACIÓN SEXUAL A LA INSTITUCIONALIZACIÓN: SALUD SEXUAL Y DERECHOS SEXUALES..... | 82 |
| Dr. Alain Giami | |
| • INFIDELIDAD/FIDELIDAD DOS CARAS, UNA SOLA MONEDA..... | 101 |
| Dra. Silvina Valente | |
| ■ OPINIONES- REPORTAJES- INFORMES | |
| • UN ESTUDIO EN MACACOS JAPONESES ESCARLATA..... | 108 |
| ■ LIBROS Y RESÚMENES..... | 111 |
| ■ ARTE | |
| • CECILE DORMEAU..... | 117 |
| ■ REGLAMENTO DE PUBLICACIÓN | 121 |

EDITORIAL

Siempre estuve convencida que la sexualidad es y se construye en contextos. Diversos y distintos, con un horizonte amplio que no es vertical.

Entonces realizo una prueba y extraigo títulos “*La mujer que enseña a fingir orgasmos a los actores*” Todo para mayor gloria del buen cine, porque Ita O’Brien ha sido una pionera, la primera coordinadora de intimidad de Gran Bretaña. Una coreógrafa de las escenas de sexo que enseña a los actores a sentirse cómodos y a ejecutar de una forma realista estos momentos tan íntimos cuando se realizan en un set de rodaje, no se está practicando sexo realmente y además están rodeados de multitud de personas que trabajan para captar cada uno de sus gestos y sonidos, todo para conseguir la escena perfecta. No es fácil. A veces no lo es siquiera en la intimidad de una alcoba, así que imaginen cuando lo que hay que conseguir es que dos actores que se pueden llevar bien, mal o regular entren en materia con naturalidad y simulen frente a todo un equipo de filmación un orgasmo. Una tarea nada sencilla que Ita O’Brien trata de facilitar con sus directrices para que los actores se sientan cómodos, medio desnudos y ante casi un ejército de mirones. Un oficio que ha cobrado **especial relevancia también en los tiempos del MeToo** porque con sus consejos las dos partes que participan en la pareja de ficción no solo se sienten más cómodos, sino también más seguros de cara a situaciones que puedan crear conflicto a posteriori.

Otra letra cursiva dice” *‘Secreto a voces’: por qué las lesbianas mantienen su sexualidad en secreto*” pronto la **red LesWorking**, una comunidad global de mujeres lesbianas, ha decidido publicar este programa de audio. **RED PROFESIONAL PARA MUJERES LESBIANAS** es la 1ª red profesional internacional para mujeres lesbianas. Somos abogadas, consultoras, artistas, empresarias, doctoras, periodistas... Vivimos en España, en Latinoamérica y en el resto del mundo. Formamos una comunidad global de mujeres inquietas y trabajadoras que conectamos a través de LW para tejer redes y sacar adelante nuestros proyectos. Unidas creamos un futuro mejor para todas y más lesbian-friendly.

Otras letras asoman Junio 2019 “*Toñi Moreno, embarazada a los 46 años*” La presentadora, que espera su primer hijo para el próximo mes de enero, ha decidido vivir la aventura de la maternidad en solitario.

Otro en la BBC mayo 2019 *“Qué es y qué implica ser auto-sexual: “Me siento más atraída por mí misma que por cualquier otra persona”...* McGowan explica: "Los auto-sexuales se sienten más cómodos sexualmente cuando están en su propia compañía, mientras que los narcisistas desean atención. La auto-sexualidad tampoco va asociada a falta de empatía o deseo de complacer a los demás (ya sea sexualmente o de otra manera), sino que es una preferencia por las experiencias sexuales privadas y personales".

Hay castigos y severos, así un titular de abril 2019 *“Lapidación de gays en Brunéi: el mapa que muestra los países que castigan con pena de muerte las relaciones homosexuales”* Brunéi se une así al grupo formado por Irán, Arabia Saudita, Yemen, Sudán, Mauritania y partes de Nigeria y Somalia, lugares en los que también se contempla la pena de muerte para castigar las relaciones homosexuales, según datos de la Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero e Intergénero (ILGA), Los países en los que se declaró legal el matrimonio igualitario son:

2001 Holanda; 2003 Bélgica; 2005 Canadá, España ;2006 Sudáfrica; 2009 Noruega, Suecia; 2010 Islandia, Portugal, Argentina; 2012 Dinamarca;2013 Uruguay, Nueva Zelanda, Francia, Brasil;2014 Reino Unido (excepto Irlanda del Norte); 2015 Luxemburgo, Irlanda, México, Estados Unidos;2016 Colombia;2017 Finlandia, Malta, Alemania, Australia;2019 Austria.

“La experiencia de la pareja en la que se ensaya un pionero gel anticonceptivo masculino” Ambos están participando en un estudio de la Universidad de Edimburgo, que involucra a 450 parejas que durante los próximos 12 meses estarán **utilizando el gel hormonal como única forma de anticonceptivo**. El gel es una mezcla de progesterona y testosterona. La progesterona apaga la producción de esperma en los testículos y la testosterona compensa por la reducción en esta hormona que causa la administración de progesterona.,la doctora Cheryl Fitzgerald, especialista en medicina reproductiva de la Fundación del Servicio Nacional de Salud en la Universidad de Manchester, Inglaterra. "Este ensayo está observando a cientos de hombres y evaluándolos detalladamente para saber si es seguro y efectivo, y si se tolera bien. Después de esto habrá un ensayo mucho más grande así que ciertamente estamos considerando que tomará más de diez años", afirma.

24 de junio diario Clarín anuncia en titular “*A 4 años de la píldora **Aprobaron en EE.UU. una droga inyectable para la falta de deseo sexual femenino***”

Es inyectable y está indicada en mujeres pre-menopáusicas con trastorno del deseo sexual hipoactivo, que afecta a una de cada cinco. Todas las expectativas que despierta este medicamento, toda la activación de la medicalización de la sexualidad, y todo el inmenso terreno que se está esperando ganar, las mujeres, en el área de los fármacos milagrosos que potencian, dibujan a diseño, y algunas veces cumplen con los deseos insatisfechos de la población target Aprobado por la FDA tiene otro perfil.

Argentina se sacude y agita con *La Campaña Nacional por el Derecho al Aborto es Legal, Seguro y Gratuito* anunció que este **28 de mayo**, en el marco del Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres, presentará por octava vez ante el Congreso de la Nación el proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Las consignas de este proyecto perfilan “Educación sexual para decidir anticonceptivos para no abortar”. Queremos que haya efectiva aplicación de la Ley de Educación Sexual -que está siendo atacada por la campaña “Con mis hijos no te metas”- y que se aplique con perspectiva de género en todas las escuelas, además de capacitación para los docentes y mayor presupuesto. También exigimos que se repartan anticonceptivos y el efectivo cumplimiento de los abortos que ya son legales en nuestro país”.

Desde los diálogos de Platón, especialmente en el Simposio, en obras de teatro de Aristófanes y en múltiples trabajos artísticos y de alfarería, se recogen antecedentes del debate, especialmente filosófico, en la antigua Grecia; el asunto de a cuál género se siente uno atraído es considerado un tema de gusto o preferencia, y no un tema moral. Un personaje del *Erotikos* (Diálogo sobre el Amor) de Plutarco arguye que “el noble amante de la belleza se implica en el amor dondequiera que ve excelencia y espléndidas dotes naturales, sino tener en consideración ninguna diferencia en detalle fisiológico” (Ibíd., 146). El género se vuelve simplemente un “detalle” irrelevante, y en lugar de él lo que es supremamente importante es la excelencia en carácter y belleza. (Brent L. Pickett. **La homosexualidad vista desde la filosofía**. Sigla. Bs.As. 2005)

Los penes siempre han sido los grandes protagonistas del sexo y la sexualidad. Penetración, sí. Coitocentrismo, sí. La eyaculación masculina como meta de la relación sexual, también. Parece que los años que han ido sucediendo y las olas feministas no han alcanzado para aceptar a la mujer y a sus cuerpos no solo tal como son, sino también como parte activa del sexo y de la sexualidad. Así nace, **entonces la Pussypedia: una enciclopedia** que existe para abordar la falta de calidad y accesibilidad de la información sobre nuestrxs cuerpos en Internet. Las fundadoras, además, proponen pussy porque la palabra "vagina" proviene de la latina vaina que significa "el estuche donde guardas una espada" y añaden: "No estamos de acuerdo con la idea de que las vaginas existen como objetos al servicio de los penes. Además, la palabra "vagina" únicamente se refiere al canal vaginal. Al llamar a todo así, ignoramos muchas otras partes importantes incluyendo todo lo que vemos por fuera, empezando por el clítoris". Esta propuesta es inclusiva de género y órganos, como ellas dicen: "Una combinación de vagina, vulva, clítoris, útero, vejiga, recto, ano y quien sabe, quizá algunos testículos". La Pussypedia es un proyecto de recursos comunitarios: el producto de personas por todo el mundo trabajando juntxs. Es una plataforma diseñada para facilitar la capacidad de, colectivamente, generar información de alta calidad para nosotrxs mismxs. Las fundadoras de Pussypedia son mujeres cis-género. El origen de la web proviene de su propia curiosidad sobre sus genitales y de la alarmante falta de información accesible y precisa sobre el tema. "Para ser claras, nuestros pussies no nos hacen mujeres. Muchas personas con pussies no son mujeres y muchas mujeres no tienen pussies", declaran.

La BBC en un artículo extenso de Brandon Ambrosino con el título de **¿estamos listos para una revolución sexual? Se pregunta** ¿Por qué tenemos sexo? Muchas de nuestras respuestas probablemente incluyen una referencia a la reproducción. El sexo es la principal forma en que se hacen los bebés. Pero, ¿qué pensaremos del sexo si no tiene nada que ver con la procreación? Desde el nacimiento del primer "bebé probeta" del mundo en 1978, alrededor de ocho millones de personas han nacido por FIV. Y el número puede aumentar enormemente en el futuro a medida que nuestras herramientas para identificar los riesgos genéticos en los embriones se hagan más sofisticadas. "Mi predicción más fuerte es que en el futuro la gente seguirá teniendo relaciones sexuales, pero no tan a menudo con el propósito de hacer bebés", me dice por teléfono Henry T.

Greely, autor de *The End of Sex And The Future of Human Reproduction*. "En 20 o 40 años, la mayoría de las personas con buena cobertura médica elegirán concebir en un laboratorio." El libro de Greely explora algunos de los desafíos legales y éticos que enfrenta la ciencia del diagnóstico genético pre implantacional (DGP). "Como la mayoría de las cosas, al principio habrá una buena cantidad de reacciones negativas viscerales, pero a medida que pase el tiempo y los niños[nacidos a través del DGP] demuestren que no tienen dos cabezas y un rabo", el público vendrá no sólo a tolerar sino a preferir reproducirse de manera no sexual. Y en ese mundo -un mundo donde los bebés se hacen en laboratorios; donde el embarazo y el coito sexual son elegidos sólo por una minoría de mujeres; donde la ética sexual no tiene nada que ver con las posibilidades de procreación-, ¿qué significará el sexo?...Habrá nuevas ideas sobre la monogamia y el compromiso. Tener una pareja sexual durante toda la vida adulta parece una perspectiva más fácil de lograr cuando la esperanza de vida era menor. Pero la esperanza de vida de los seres humanos ha ido en aumento. De 1960 a 2017, el promedio aumentó en 20 años. Para 2040, se estima que la esperanza de vida aumentará en más de cuatro años. Es un número conservador para algunos futuristas. Steven Austad, por ejemplo, cree que el primer ser humano en vivir hasta los 150 años de edad nació antes de 2001. ¿Qué tan realista es requerir que alguien se limite a su pareja del mismo sexo durante 130 años? Pero no necesitamos mirar tan lejos. Incluso ahora, las tasas de divorcios y de nuevas nupcias siguen aumentando. Según una encuesta realizada por Pew en 2013, cuatro de cada 10 matrimonios estadounidenses implican el nuevo matrimonio de al menos una de las parejas. Tal vez, con una esperanza de vida más larga, "hasta que la muerte nos separe" simplemente deje de ser nuestro objetivo.

Habrá nuevas ideas sobre la identidad sexual. Si el sexo deja de significar otra cosa que el sexo; si no se burlan de los niños por tener una orientación sexual "diferente"; si la procreación tiene lugar en un laboratorio; ¿podrían los futuros humanos sentirse libres para tener relaciones sexuales con hombres y mujeres a voluntad? ¿O podrían sentirse cómodos cultivando sus propios deseos sexuales? ¿Está el concepto de orientación e identidad sexual ligado a una noción arcaica de reproducción? En el futuro, ¿se escucharán palabras como "heterosexual" y "homosexual" sólo en el aula de historia? Estas ideas continuarán siendo aún más importantes, gracias, en gran parte, a las muchas personas LGBT que durante las últimas décadas han estado invitando a la

cultura dominante a repensar su ética sexual. Hace unos años, en una conferencia, oí a la filósofa y teórica del género Judith Butler decir: "Tal vez lo más extraño que se puede hacer con el sexo es disfrutarlo". No estaba de acuerdo en ese momento, pero ahora me doy cuenta de que estaba en algo. Tal vez el sexo siempre será para algo - pero será para un quién, no para un qué. Será para nosotros, la gente que lo tiene, que lo disfrutamos. El significado del sexo no existirá aparte de la compasión y el goce que trae a las personas - el goce de las sensaciones físicas, del vínculo social, de la experimentación. En el futuro, el significado del sexo será sexo.

No podemos dejar de absorber como esponjas todo lo nuevo y todo lo reciclado referido a las sexualidades contextualizadas, es un excelente ejercicio para pensarlas, sopesarlas y elegir las. Los invitamos a leer nuestra revista, ofrecemos varias temáticas de interés y así esperamos vuestras respuestas a los materiales ofrecidos.

Lic Cristina Tania Fridman - Vicepresidenta de SASH –Argentina



Socióloga-Diplomada Educación Médica
Especialista en Educación Sexual FLASSES-SASH
Vice Chair of Sexuality Education Committee (SEC) WAS
Buenos Aires – CEL +54 9 11 40532644 Tel +541145535224
Email: ctfridman@gmail.com



Felipe Hurtado Murillo

SEXUALIDAD Y CÁNCER EN LA TERCERA EDAD

Autores: Felipe Hurtado Murillo¹, Ascensión Bellver Pérez², Juan Miguel Guarino Gil³ Correo electrónico: felipehurtadomurillo@gmail.com¹

SEXUALIDAD Y CÁNCER EN LA TERCERA EDAD

RESUMEN

La temática de la sexualidad en personas con cáncer en la tercera edad se ha tratado de forma reducida en la literatura científica actual. La disfunción sexual es una de las consecuencias más habituales y molestas del cáncer, de su tratamiento y del impacto emocional que conlleva, produciéndose en la mayoría de casos un efecto negativo en la calidad de vida. Existen diferentes barreras que impiden que las disfunciones sexuales sean tratadas eficazmente, desde aspectos culturales hasta falta de tiempo y formación de los profesionales de la salud. Esta revisión pretende describir los cambios que se producen en la sexualidad en mujeres y hombres en la tercera edad, así como los problemas más frecuentes presentados en la función sexual a causa del cáncer. Además se dan a conocer las consideraciones generales para su evaluación y los principales métodos de tratamiento, todo ello bajo la adopción de un enfoque integrador biopsicosocial.

¹ 1 Psicólogo Clínico – Sexólogo. Centro de Salud Sexual y Reproductiva “Fuente San Luis”. Departamento Valencia Doctor Peset. Profesor asociado asistencial de la Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universitat de València

² 2 Psicóloga Clínica Hospital Pare Jofre Valencia. Profesora asociada asistencial de la Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universitat de València.

³ 3 Enfermero Servicio Oncología Médica. Hospital General Universitario de Valencia.

Correspondencia:

Felipe Hurtado Murillo. Centro de Salud “Fuente San Luis”. Centro de Salud Sexual y Reproductiva. Calle Arabista Ambrosio Huici, 30 46013 - Valencia
Correo electrónico: felipehurtadomurillo@gmail.com

PALABRAS CLAVE: tercera edad, ancianos, sexualidad, cáncer, funcionamiento sexual.

SEXUALITY AND CANCER IN THIRD AGE

ABSTRACT:

The theme of sexuality in old people with cancer has been treated in reduced form in the current scientific literature. Sexual dysfunction is one of the most common and annoying consequences of cancer, its treatment and the emotional impact that this entails, occurring in most cases a negative effect on the quality of life. There are several barriers that prevent sexual dysfunctions are treated effectively, from cultural aspects to lack of time and training of health professionals. This review aims to describe the changes that occur in sexuality in women and men in the elderly, and the most common problems presented in sexual function because of cancer. In addition, they disclosed the general considerations for evaluation and the main methods of treatment, all by adopting a biopsychosocial integrative approach.

KEY WORDS: Seniors, elderly, sexuality, cancer, sexual functioning.

1. INTRODUCCIÓN

En la literatura científica actual podemos apreciar la escasa presencia de estudios que tratan el tema de la función sexual en las personas con cáncer en la población anciana. Aspectos como tabúes, falsas creencias e incluso estigmatización pueden estar influyendo en la falta de sensibilidad tanto clínica como de investigación sobre esta área. Existen varios argumentos que nos pueden ayudar a prestar la debida atención a la sexualidad en el grupo de pacientes con cáncer de la tercera edad:

- La población actual vive mucho más como consecuencia a los avances científicos sobre la promoción de la salud y la prevención y el tratamiento de las enfermedades. Durante los últimos 50 años la esperanza de vida en

Europa Occidental aumentó más de 10 años, siendo en la actualidad superior a los 80 años. En estas 5 décadas el porcentaje de la población europea mayor de 65 años aumentó del 10,9 al 19,2%.

- Como sucede con la esperanza de vida, la incidencia del cáncer también ha ido en aumento en Europa Occidental en las últimas décadas. Una de las consecuencias de tener una población de mayor edad es, a su vez, tener una incidencia de cáncer más alta.
- La población mayor también está cambiando (Beckman, Waern, Gustafson, y Skooq, 2008; Beckman, Waern, Östling, Sundh y Skooq, 2014). Hay una clara diferencia entre la generación y la edad. Muchas personas que se encuentran en el proceso de envejecimiento de la población actual han sido testigos y han formado parte de la revolución sexual y la reducción del papel de la religión. Crecieron con la anticoncepción y la apertura sexual. Por otra parte, en las últimas décadas los inhibidores de PDE5, vibradores y las posibilidades eróticas de internet han estado disponibles y han sido aceptadas por muchos (Hillman, 2012). Obviamente, muchas de estas nuevas generaciones reivindicarán una buena calidad de vida sexual.
- Hoy en día parte de la población mayor también presenta una buena condición física. Su estilo de vida saludable ha dado lugar a una buena función cognitiva y una buena función sexual hasta edades avanzadas.
- Otra parte de las personas mayores ha tenido menos suerte con el resultado físico y sufren diversas enfermedades relacionadas con la edad y sus respectivas intervenciones médicas que acaban por deteriorar sus capacidades sexuales. Sin embargo, dado que muchos de ellos crecieron con los cambios sociales y las condiciones mencionadas anteriormente, tendrán el mismo deseo de una buena calidad de vida sexual.

Generalmente se entiende por tercera edad a la etapa de la vida que va de los 65 años hasta la muerte, pero, en realidad, esto es solamente una construcción social que varía de unas sociedades a otras y de unos momentos históricos a otros. Ahora bien, esta regulación social en relación con la edad no se corresponde, en general, ni con los procesos fisiológicos de envejecimiento ni con los referidos a la vida sexual en particular, puesto que es un hecho comprobado que la sexualidad alcanza su máxima expresión entre los 25 y los 40 años y después declina en ambos sexos

sostenidamente, aunque por razones diferentes. Diversas investigaciones afirman que el interés y la actividad sexual dura hasta bien entrada la octava década de la vida. El 57% de las personas de 65 a 74 años de edad y el 26% de entre 74 hasta los 84 años de edad permanecen sexualmente activas (Hartfort Insitute for Geriatric Nursing, 2012).

Podemos afirmar entonces que la función sexual es muntidimensional, multifactorial y, además, que para su correcto funcionamiento es necesario tener un buen estado de salud tanto orgánico como psicológico y sociocultural, junto con un correcto aprendizaje (Hurtado-Murillo, Bellver-Pérez, y Gianotten, 2017).

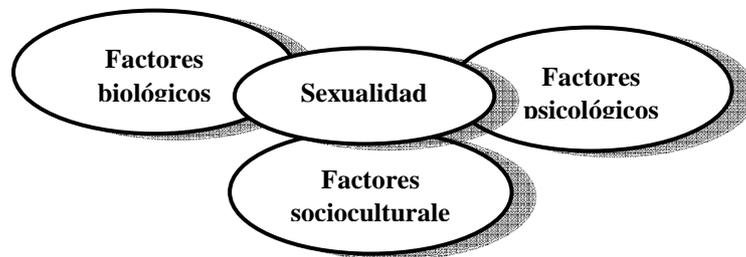


Figura 1. Factores de la respuesta sexual humana

Se pretende describir la sexualidad en personas de la tercera edad que además tienen cáncer o han sobrevivido al mismo tras los tratamientos utilizados, definiéndose las distintas variables implicadas: sexualidad, tercera edad y efectos del cáncer en el funcionamiento sexual según sexo de la población de esta franja de edad. Los objetivos que persigue este artículo son (1) hacer una búsqueda bibliográfica de estudios que traten el tema de la función sexual en las personas con cáncer y supervivientes en la población anciana y (2) revisar artículos que analicen la problemática de las personas mayores supervivientes de cáncer y los cambios en su sexualidad.

De un total de más de 50 artículos consultados, la búsqueda finalmente se centró en 29 estudios. Las bases computarizadas consultadas fueron: PsychInfo, Medline y PubMed.

2. SEXUALIDAD Y TERCERA EDAD

La actividad sexual en la tercera edad se relaciona con varias variables: tener actitud positiva hacia la sexualidad, haber tenido la primera relación sexual antes de los 20 años, tener una relación que reporte felicidad, que dicha pareja este física y mentalmente sana, tener una percepción subjetiva de buena salud global, tener una buena salud mental, estar casado o tener pareja de hecho, satisfacción con el sueño y el consumo de alcohol más de tres veces a la semana (Beckman, Waern, Östling, Sundh y Skooq, 2014).

De forma más global, los factores más importantes que aseguran una continuidad de la actividad sexual en la edad avanzada son: la historia sexual previa, tener un buen estado de salud físico, mental y sociocultural, además de la existencia de un/a compañero/a sexual receptivo y sin limitaciones funcionales.

Tabla 1.
Factores que condicionan la actividad sexual en las personas mayores

| |
|---|
| 1. La influencia de la historia personal de salud, las patologías frecuentes en esa etapa de la vida como los trastornos cardiovasculares, los procesos oncológicos, la diabetes, las alteraciones en los lípidos o los problemas reumatológicos. Asimismo, ciertas cirugías como prostatectomías, histerectomías, mastectomías o resecciones intestinales y el mayor consumo de medicaciones como los antihipertensivos, hipolipemiantes, psicótrpos, analgésicos o antiinflamatorios que tienen entre sus posibles efectos secundarios alteraciones en la respuesta sexual. |
| 2. Estilos de vida que aceleran los procesos fisiológicos del envejecimiento y una pérdida de energía: consumo de alcohol, tabaco o drogas de abuso, mala alimentación, sedentarismo, mala higiene, insomnio o cansancio. |
| 3. Agotamiento físico o mental debido a estresores como preocupaciones económicas, familiares o por procesos de enfermedad. |
| 4. Factores psicosociales asociados a una generación con educación sexual deficiente y represiva, con una sexualidad asociada a procreación, genitalidad, matrimonio, heterosexualidad, asociada al varón y a la juventud. |
| 5. La historia sexual previa. Se puede afirmar que una historia sexual rica en actividad sexual, satisfactoria y permanente a lo largo de la vida joven y adulta, se asocia a una vida sexual más rica y satisfactoria en la tercera edad. |
| 6. La disponibilidad de pareja ya que tiene más dificultades para establecer nuevas relaciones y que para el caso de la mujer por los estereotipos sociales es mayormente negativa. |

Centrándonos en el factor de la pareja, se han encontrado resultados que ratifican su importancia en la función sexual en este rango de edad.

La sexualidad y la intimidad son partes integrales de cualquier relación sana para las personas de todas las edades y, además, son dos aspectos importantes de la calidad de vida (Kalra, Subramanyam y Pinto, 2011). En las parejas de personas mayores es la conexión espiritual la que más frecuentemente se relaciona con la intimidad y la sexualidad (Williams, Reckamp, Freeman, Sidhu y Grant, 2013).

En las personas mayores el hecho de tener una pareja de más edad se ha relacionado con una menor actividad sexual (Beckman, Waern, Östling, Sundh y Skoog, 2014).

Además, el hecho de no tener compañero sexual para muchos es un problema grave. Hay varias maneras de perder la relación sexual con la pareja: la muerte de la pareja, la demencia (viudedad virtual) y la desadaptación de la pareja ante las consecuencias de la enfermedad o el envejecimiento sexual.

Con respecto a esto último, el reto de problemas de erección o dispareunia es para algunas parejas una situación que les lleva a renegociar la intimidad. Para otros el concepto tradicional de la sexualidad y su guión casi inevitable de las relaciones sexuales vaginales pueden impedir nuevos desarrollos y dar lugar a la pérdida completa de la intimidad (Gilbert, Ussher, y Perz, 2010).

En el caso de divorcios o viudedad, después de muchas décadas de monogamia, puede ser confuso y difícil el hecho de iniciar otra relación (puede existir también resistencia por parte de la familia). A pesar de las necesidades físicas, no es fácil volver a entrar en el terreno de la sexualidad con las características que se dan en este momento vital: arrugas, pechos menos firmes, incontinencia urinaria, flatulencias y erecciones menos firmes.

Mientras que los cambios fisiológicos del envejecimiento, por lo general no dañan la función sexual, existe una amplia evidencia sobre que numerosas enfermedades y muchos tratamientos médicos pueden alterar el contexto de la actividad sexual. La capacidad física para la actividad sexual puede verse afectada por la aparición de una enfermedad crónica, pero además los factores psicológicos asociados como la ansiedad y la depresión influyen de manera sustancial.

Es evidente que la complejidad del problema aumenta dependiendo de las enfermedades que se den y su gravedad, así como el empleo de una amplia gama de medicamentos ('polifarmacia').

Desafortunadamente, el cáncer y sus tratamientos están comúnmente asociados a daños en la función sexual. Los síntomas sexuales pueden ser debidos a la edad, al cáncer o a los tratamientos recibidos. Aunque las cirugías para preservar los nervios, la radioterapia y la quimioterapia han contribuido en gran medida a mejorar la supervivencia, por desgracia, el impacto físico y la carga psicológica del diagnóstico de cáncer y los consiguientes problemas sexuales a menudo suelen quedar sin resolver. Añadida a la carga psicológica, el paciente tiene la percepción de que los profesionales de la salud se muestran reacios, desinteresados o no cualificados para la gestión de sus problemas sexuales (Althof y Parish, 2013).

Recientes investigaciones muestran que con independencia del sexo, entre el 25% y el 85% de pacientes supervivientes al cáncer, manifiestan problemas de desajustes psicológicos, siendo el área de la sexualidad con cambios en el deseo sexual, en la satisfacción sexual y la frecuencia de actividad sexual, una de las más afectadas por los tratamientos aplicados y por los efectos psicológicos derivados del impacto emocional de la enfermedad (Eker y Acikgoz, 2011).

Dichos pacientes manifiestan disfunciones sexuales crónicas, aunque el cáncer no afecte a los órganos sexuales (Rasmusson, Plantin y Elmerstig, 2013). Los adultos mayores con cáncer no escapan a estas consideraciones y tienen efectos a corto y a largo plazo debidos al tratamiento de su enfermedad, reduciendo su función sexual. Entre los problemas más comunes que informan las mujeres están, la ausencia de deseo sexual, la incapacidad para alcanzar el orgasmo y la dispareunia debido a vaginitis atrófica y estenosis vaginal. Las preocupaciones manifestadas por los hombres están alrededor de la disfunción eréctil (Williams, Reckamp, Freeman, Sidhu, y Grant, 2013).

La pérdida del deseo sexual o el decremento en el placer sexual es un síntoma común de la depresión y esta es más prevalente en pacientes con cáncer que en población sana. Los cambios en la imagen corporal debidas a la mastectomía, la ganancia de peso tras la quimioterapia o a tener una ostomía para la eliminación de heces u orina, pueden interferir con el deseo sexual en algunas personas al considerarse menos atractivas sexualmente.

Por todo ello, es necesario no sólo comprender cómo diversos tratamientos de cáncer afectan a aspectos de la sexualidad, sino avanzar hacia una evaluación eficaz e

intervenciones focalizadas que aborden la disfunción sexual relacionada con el cáncer.

Dado que la sexualidad comprende factores psicológicos y socioculturales además de factores fisiológicos, es fundamental adoptar un modelo integral bio-psico-social para comprender y abordar esta problemática y sus necesidades

3. CAMBIOS FISIOLÓGICOS DEL ENVEJECIMIENTO, SEXUALIDAD Y EFECTOS DEL CÁNCER

3.1. Cambios en la mujer

El climaterio y la menopausia crean nuevas condiciones para la actividad sexual y aunque el proceso climatérico empieza a partir de los 30 a 35 años, la menopausia o último periodo menstrual natural suele ocurrir entre los 45 a los 55 años. Esto se produce como consecuencia de la pérdida progresiva de la capacidad funcional de los ovarios debido a que responden cada vez peor a los estímulos hormonales de las hormonas hipofisarias luteinizante (LH) y folículo estimulante (FSH), determinando una disminución progresiva de los niveles de estrógeno y una elevación de las dos hormonas hipofisarias referidas.

En los órganos genitales, a medida que se ven privados del estímulo estrogénico, se produce una atrofia de los mismos que afecta tanto a las estructuras internas como externas. La atrofia de la vagina y de la vulva va a repercutir sobre la sexualidad de la mujer, puesto que la vagina se acorta y pierde elasticidad, la mucosa adelgaza y pierde los pliegues naturales, además disminuye la irrigación sanguínea y la trasudación vaginal. En la vulva, los labios mayores y menores se adelgazan, perdiendo elasticidad y estrechándose el introito. Las consecuencias para la mujer son la percepción de sequedad y picor en vagina y labios, pero lo más negativo es la aparición de dolor durante la penetración. Estos cambios son progresivos a partir de la menopausia, pero variables en intensidad para cada mujer, dependiendo tanto de los niveles hormonales como del mantenimiento de la actividad sexual que aminora y retrasa los cambios involutivos.

Por otro lado, el climaterio determina cambios visibles en la piel con pérdida de brillo y elasticidad y aumento de sequedad, los músculos pierden tono, fuerza y volumen, las mamas tienden a caer y aplanarse, el depósito de grasa comienza a aumentar en el abdomen y la cintura y suele haber aumento de peso por los cambios

metabólicos. Todos estos cambios son vividos por muchas mujeres como una pérdida del atractivo físico que produce indirectamente una inhibición del deseo sexual por sentir que no merece ser deseable.

Es importante señalar que el grado de satisfacción sexual previa a la aparición de la menopausia tiene un carácter pronóstico sobre lo que va a acontecer durante esta fase de la vida. También un factor importante en el caso de que haya pareja es el conocimiento y la aceptación de las modificaciones que van a tener que ir realizando para mantener la actividad sexual lo más satisfactoria posible, como el alargamiento del juego sexual, el uso de lubricantes externos o el uso de estrógenos locales.

Una de las principales causas por las cuales las mujeres heterosexuales no tienen actividad sexual en las personas mayores, es la disfunción eréctil de la pareja. Muchos hombres no aceptan una sexualidad sin coito y abandonan la actividad sexual ante la imposibilidad de la penetración.

En la mujer superviviente de cáncer, el fracaso ovárico prematuro que resulta de la quimioterapia o de la radioterapia o cirugía pélvica y los previsibles daños en nervios importantes, son antecedentes frecuentes de la disfunción sexual. Asimismo, la aparición de fatiga, dolor, náuseas, insomnio, cambios en la imagen corporal (pérdida del cabello, cicatrices, amputaciones), estrés emocional y cambios menopáusicos inducidos por la medicación como las acaloradas, la sequedad vaginal y la ganancia de peso, son factores importantes en la disminución de la frecuencia sexual, las alteraciones de la respuesta sexual y la insatisfacción sexual. El orgasmo puede retrasarse o alterarse por otras disfunciones sexuales previas, así como por efectos farmacológicos o por efectos de la ansiedad, depresión y baja autoestima que muchas veces se asocian por sentimientos de distanciamiento de la pareja y miedo de la pareja al coito por temor a hacer daño (Bredart *et al.*, 2011; Bal, Yilmaz, y Beji, 2013).

La cirugía pélvica para el cáncer colorrectal puede provocar dispareunia, disminución de la libido, y cambios en el orgasmo en las mujeres (Havenga, Maas, DeRuiter, Welvaart y Trimbo, 2000).

En las mujeres, las terapias que cursan con injertos y cirugía vaginal pueden causar dolor, inflamación, cicatrización y estenosis (Sadovsky *et al.*, 2010).

Tabla 2.
Factores en la función sexual de la mujer con cáncer

| Fases | Factores alterados en envejecimiento | | Factores alterados en cáncer | | TRATAMIENTO |
|-------------------|--|---|--|---|---|
| | Orgánico | Psicosocial | Orgánico | Psicosocial | |
| LIBIDO | <ul style="list-style-type: none"> ·Menopausia ·Hormonas ·Enfermedad crónica concomitante ·Medicamentos ·Síntomas de la menopausia ·Incontinencia urinaria | <ul style="list-style-type: none"> ·Cambios en la relación ·Divorcio / viudedad ·No tener pareja ·Aislamiento ·Bajos ingresos ·Abuso de Alcohol y Drogas ·Dificultades en comunicación ·Falta de interés en la actividad sexual ·La ausencia de fantasías sexuales | <ul style="list-style-type: none"> ·Anemia ·Anorexia ·Inmunosupresión ·Alopecia ·Dolor ·Náuseas, vómitos ·Efectos de la quimioterapia | <ul style="list-style-type: none"> ·Imagen corporal alterada ·Sentimientos de depresión, ansiedad e ira ·Rechazo a la pareja ·Baja autoestima ·Temor a la muerte ·Reasignación de prioridades ·Apoyo social deficiente | <ul style="list-style-type: none"> ·Terapia sexual ·Terapia de pareja ·Ejercicio regular ·Dieta ·Suplementos de estrógeno. ·Crema vaginal de estrógeno ·L-arginina para las mujeres que no puedan tomar estrógeno ·Tratamiento de la depresión y ansiedad |
| EXCITACIÓN | <ul style="list-style-type: none"> ·Problemas de lubricación ·Sequedad vaginal | <ul style="list-style-type: none"> Preocupaciones | <ul style="list-style-type: none"> ·Alteraciones del gusto asociado con el tratamiento ·Sequedad en boca ·Fatiga ·Diarrea ·Estreñimiento | <ul style="list-style-type: none"> ·Preocupaciones por la enfermedad ·Adopción del "rol de paciente" ·Falta de compañero | <ul style="list-style-type: none"> ·Lubricante e hidratante vaginal ·Ejercicios de focalización sensorial ·Cambio de postura sexual ·Vibradores ·Dilatadores vaginales |
| ORGASMO | <ul style="list-style-type: none"> ·Problemas de lubricación ·Incomodidad ·Enfermedades de transmisión sexual (ETS) ·Dolor orgasmo ·Anorgasmia ·Ausencia orgasmo | <ul style="list-style-type: none"> ·Creencias religiosas y culturales ·Insatisfacción sexual ·Experiencias sexuales pasadas ·Problemas de salud mental | <ul style="list-style-type: none"> ·Cirugía en órganos pélvicos ·Radiación en área pélvica | <ul style="list-style-type: none"> ·Temor a dañar físicamente a al enfermo ·Compañero con movilidad reducida | <ul style="list-style-type: none"> ·Vibradores ·Focalización sensorial ·Auto-estimulación ·Cambio de postura sexual ·Psicoestimulantes |

3.2. Cambios en el hombre

Los cambios tienen lugar de forma más lenta y comienzan también en torno a los 30-40 años, pero del mismo modo que en la mujer es variable de un hombre a otro también. La principal diferencia respecto a la mujer es que no hay cambios biológicos tan espectaculares y bruscos como en la menopausia y el cese endocrino y la involución ocurre de forma más paulatina.

El número de células de Leydig de los testículos disminuye con la edad, lo que se traduce en la bajada de los niveles de testosterona, que se asocia a trastornos del mecanismo de feed-back del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal, desapareciendo así el ritmo circadiano de testosterona.

Después de los 70 años de edad, por el aumento del estradiol, secundario al incremento de la aromatización propio del envejecimiento, se eleva la globulina transportadora de las hormonas sexuales (SHBG) y se producen menores concentraciones de testosterona libre y, por consiguiente, existe una menor biodisponibilidad de hormona sexual.

El envejecimiento masculino se acompaña de una serie de síntomas y signos que son propios del hipogonadismo, como la disminución del bienestar físico y de la masa muscular, el aumento de la grasa abdominal y de la resistencia a la insulina, un perfil lipídico aterogénico y el descenso de la libido. Los cambios más evidentes en la respuesta sexual van en relación a la capacidad de conseguir o mantener la erección y la duración del periodo refractario que aumenta, todo ello va a afectar la frecuencia de coito, que suele tener más influencia en el varón dado que el modelo sexual interiorizado está relacionado con la capacidad de coitar.

Algunas de las limitaciones fisiológicas pueden convertirse en una ventaja para la relación sexual ya que la mayor lentitud del proceso de excitación sexual le da mayor control sobre el reflejo eyaculatorio. La calidad del orgasmo también sufre modificación, siendo menos intenso y de menor duración. La fase de resolución supone una pérdida más rápida de la vasocongestión, produciéndose la detumescencia casi inmediatamente después de la eyaculación.

Para los hombres las principales causas de la disminución sexual con la edad no son sólo los cambios fisiológicos propios del envejecimiento, sino también las enfermedades y el uso de fármacos que alteran la sexualidad.

Para los hombres diagnosticados de cáncer de próstata, tanto el impacto del diagnóstico como los tratamientos locales que incluyen a menudo cirugía y radioterapia contribuyen a padecer una disfunción eréctil, cambios en la frecuencia sexual, problemas orgásmicos y baja satisfacción sexual (Bober y Varela, 2012).

La cirugía pélvica para el cáncer colorrectal puede dañar los nervios y causar trastornos en la erección y eyaculación en los hombres (Havenga, Maas, DeRuiter, Welvaart y Trimbos, 2000).

En los hombres, los injertos y la cirugía genital pueden causar cicatrización, dolor y curvatura del pene (Sadovsky *et al.*, 2010).

La terapia hormonal en los hombres también tiene un profundo impacto en la función sexual. La terapia de deprivación androgénica en hombres con alto riesgo o enfermedad avanzada prostática puede ayudar a preservar la vida, pero produce efectos significativos sobre la función sexual (Elliott, Latini, Walker, Wassersug y Robinson, 2010; Holzbeierlein, Castle y Thrasher, 2004).

Además de incrementar la pérdida de la libido y disfunción eréctil, la terapia de deprivación androgénica se asocia con una amplia gama de efectos adversos, tales como sofocos, fatiga, ginecomastia, y labilidad emocional, pudiendo afectar a la autoestima, la autopercepción de identidad, y la percepción de masculinidad.

Tabla 3.
Factores en la función sexual del hombre con cáncer

| Fases | Factores alterados en envejecimiento | | Factores alterados en cáncer | | Tratamiento |
|-------------------|---|---|--|---|--|
| | Orgánico | Psicosocial | Orgánico | Psicosocial | |
| LIBIDO | <ul style="list-style-type: none"> ·Hormonas ·Enfermedad crónica concomitante ·Medicamentos | <ul style="list-style-type: none"> ·Cambios en la relación ·Divorcio / viudedad ·No tener pareja ·Aislamiento ·Bajos ingresos ·Abuso de Alcohol y Drogas ·Dificultades en comunicación ·Falta de interés en la actividad sexual | <ul style="list-style-type: none"> ·Anemia ·Anorexia ·Inmunosupresión ·Alopecia ·Dolor ·Náuseas, vómitos ·Efectos de la quimioterapia | <ul style="list-style-type: none"> ·Imagen corporal alterada ·Sentimientos de depresión, ansiedad e ira ·Rechazo a la pareja ·Baja autoestima ·Temor a la muerte ·Reasignación de prioridades ·Apoyo social deficiente | <ul style="list-style-type: none"> ·Terapia sexual ·Terapia de pareja ·Ejercicio regular ·Dieta ·Medicación para síntomas físicos ·Suplemento de testosterona o consultar endocrinólogo ·Tratamiento de la depresión y ansiedad |
| EXCITACIÓN | <ul style="list-style-type: none"> ·Disfunción eréctil | <ul style="list-style-type: none"> ·Preocupaciones | <ul style="list-style-type: none"> ·Alteraciones del gusto asociado con el tratamiento ·Sequedad en boca ·Fatiga ·Diarrea ·Estreñimiento | <ul style="list-style-type: none"> ·Preocupaciones por la enfermedad ·Adopción del "rol de paciente" ·Falta de compañero | <ul style="list-style-type: none"> ·Medicación oral: sildenafil, avanafil, vardenafil, tadalafil ·Supositorio transuretral ·Dispositivo de constricción por vacío ·Inyecciones en pene ·Implante de pene ·Bandas erección de pene |
| ORGASMO | <ul style="list-style-type: none"> ·Eyaculación retrograda o seca ·Retraso en eyaculación ·Ausencia de eyaculación | <ul style="list-style-type: none"> ·Creencias religiosas y culturales ·Insatisfacción sexual ·Experiencias sexuales pasadas ·Problemas de salud mental | <ul style="list-style-type: none"> ·Cirugía en órganos pélvicos ·Radiación en área pélvica | <ul style="list-style-type: none"> ·Temor a dañar físicamente a al enfermo ·Compañero con movilidad reducida | <ul style="list-style-type: none"> ·Vibradores ·Focalización sensorial ·Auto-estimulación ·Cambio de postura sexual ·Psicoestimulantes ·Cambiar antidepresivos (ISRS) |

3.3. Cánceres que afectan a la sexualidad en ambos sexos

El cáncer colorrectal y sus tratamientos, incluyendo cirugía, radiación y quimioterapia, pueden afectar a la función sexual en ambos sexos (American Cancer Society. Cancer Facts & Figures, 2009). Los objetivos terapéuticos después de estos tratamientos no sólo son físicos. La recuperación de la función sexual en personas que tengan una ostomía es compleja, debido al cambio en la imagen corporal, y la vergüenza que se experimenta. Las personas con tumores que no afectan a los órganos sexuales también se enfrentan a problemas sexuales relacionados con el tratamiento. Por ejemplo, en el cáncer de cabeza y cuello las personas luchan contra la desfiguración, y el cambio de imagen corporal, y un consecuente mayor aislamiento (Low *et al.*, 2009; Singer *et al.*, 2008). Los efectos adversos del tratamiento, tales como pérdida de saliva natural, les impiden realizar ciertos actos de intimidad. Más recientemente, el fuerte incremento del virus del papiloma humano oncogénico en cáncer de cabeza y cuello ha planteado cuestiones complicadas para los sobrevivientes y sus parejas, incluidos los sentimientos de responsabilidad y culpa, así como cuestionamientos sobre la transmisión y las prácticas sexuales permitidas. Dichos temas se convierten en parte del paisaje psicológico y tienen un fuerte impacto sobre la sexualidad y la intimidad (Bober y Varela, 2012).

4. COUNSELLING Y TERAPIA EN SEXUALIDAD PARA PERSONAS MAYORES CON CÁNCER.

Una parte de los pacientes mayores que presentan alteraciones en su sexualidad pueden lidiar por sí mismos con estos problemas. Sin embargo, otra parte de ellos no puede manejar esta situación, lo que puede acabar produciendo tristeza, angustia, pérdida de conexión, y menor calidad de vida. Estos problemas no tendrían por qué implicar una sobrecarga psicológica y no deberían quedarse sin resolver. En el transcurso agotador del tratamiento contra el cáncer y su recuperación (o muerte), cada resolución y ganancia en la intimidad y la sexualidad puede significar un beneficio físico, emocional y/o relacional.

Hay evidencia que son pocos los pacientes ancianos con cáncer que piden ayuda para solucionar sus problemas sexuales. Krychman y Kellogg-Spadt (2010) informan que

de un 20 a un 100% de pacientes con cáncer tienen preocupaciones sexuales, de estos sólo de un 5 a un 13% solicita una valoración sexual pre, durante y/o post tratamiento a un equipo de salud sexual.

Se estima que el 85% de los adultos les gustaría hablar sobre su rendimiento sexual con el médico, pero esto no ocurre por varias razones: el 71% de los pacientes considera que su médico, o no tiene tiempo para discutir sus problemas sexuales, el 68% de los adultos la situación les parece embarazosa y el 76% cree que no hay ningún tratamiento eficaz para los problemas sexuales.

Por otro lado, los estudios muestran que por parte de los profesionales de la salud, no se da ninguna información acerca de la sexualidad a los pacientes con cáncer, y más específicamente si son mayores, existiendo diferencias significativas en la información que se da al hombre y a la mujer, siendo menor la recibida por las mujeres.

Cuando no se abordan los problemas sexuales, las personas que tienen cáncer, y en concreto, los ancianos que lo padecen, pueden interpretar que esto significa que la disfunción sexual forma parte de la categoría de daños secundarios soportables relacionados con el tratamiento. Este es un desafortunado malentendido, implicando que estas personas vivan con una comprensión errónea de que no hay tratamientos eficaces para la disfunción sexual después del cáncer.

Muchos profesionales de la salud pueden ser reticentes a hablar de cuestiones sexuales a causa de las actitudes negativas y los prejuicios acerca de los problemas sexuales en las personas mayores, la falta de tiempo, los temores irrealistas de ofender al paciente, la deficiencia en las habilidades de comunicación, la falta de tratamientos disponibles, la creciente falta de conocimientos adecuados de medicina sexual y a la mala formación clínica en sexología en profesionales de la salud (Rasmusson, Plantin y Elmerstig, 2013).

Los pacientes se sienten más cómodos cuando el profesional de la salud muestra facilidad al discutir temas relacionados con la sexualidad, empleando un lenguaje

simple y directo y ofreciendo capacidad de modelar el grado de especificidad de la discusión sexual dentro de una zona de bienestar. Otro elemento fundamental es la demostración por parte del profesional de ser consciente de los antecedentes culturales del paciente, lo que asegura la confidencialidad, evita la discriminación por edad, y la apertura de mente ante la orientación sexual y la monogamia.

El tratamiento de los problemas sexuales en pacientes con cáncer de edad avanzada debe tener un enfoque multidimensional, que evalúe todos los aspectos físicos, psicológicos y socioculturales. En consonancia con nuestra comprensión de la sexualidad como un constructo multidimensional, la entrega de información acerca de la sexualidad se optimiza cuando no sólo está dirigida a una atención de necesidades físicas (modelo biomédico), sino que también debe de ser congruente con el marco relacional de cada paciente y su experiencia de auto-eficacia y contexto cultural.

El primer paso de la evaluación debería proporcionar la información necesaria para un plan dinámico de los cuidados del paciente y de la pareja. Todas las intervenciones deben centrarse en mejorar el afrontamiento y mantenimiento postraumático y mejorar la comunicación entre el paciente y su pareja. Todos los miembros del equipo sanitario deberían tener los conocimientos necesarios para hacer frente a los problemas biopsicosociales, espirituales y culturales que presente el paciente.

Hay una amplia gama de estrategias para tratar las disfunciones sexuales y la mayoría de ellas se pueden emplear también en la población anciana. Aquí solamente mencionaremos algunos elementos que se aplican de manera más explícita en los ancianos.

Tabla 4.

Objetivos de estrategias de entrevista y asesoramiento en salud sexual en el cáncer

| | |
|---|--|
| A) Cribado e identificación | |
| <ul style="list-style-type: none">• Cribado e identificación de preocupaciones sexuales, incluyendo su severidad, persistencia y ubicuidad.• Discutir sobre los posibles efectos secundarios en el diagnóstico y tratamiento del cáncer.• Preguntar de forma específica acerca de la pérdida de interés sexual, problemas con la excitación, dificultades con el orgasmo para diagnosticar las disfunciones sexuales.• Determinar la naturaleza del problema sexual: identificar las causas y los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. | |
| B) Evaluación | |
| <ul style="list-style-type: none">• Discernir si la disfunción es generalizada o situacional.• Diferenciar entre si el problema es psicogénico, orgánico, o mixto.• Discriminar entre disfunciones sexuales de larga evolución o emergentes asociadas a cáncer.• Determinar el impacto de la enfermedad y la disfunción sexual en la calidad de vida del paciente y de la pareja.• Se pueden emplear instrumentos estandarizados y entrevista clínica para determinar la magnitud de los problemas sexuales. | |
| C) Empatía y asesoramiento (“counselling”) | |
| <ul style="list-style-type: none">• Sintonzar y empatizar con el testimonio de angustia relacionado con el problema sexual.• Normalizar el problema y sus consecuencias.• Reformular que la atención al problema sexual es legítima.• Ofrecer apoyo y colaboración en el acercamiento y abordaje de su resolución.• Alentar a la pareja a discutir abiertamente sus preocupaciones sexuales el uno con el otro para promover la intimidad y trabajar en soluciones de forma conjunta. | |
| D) Tratamiento | |
| <ul style="list-style-type: none">• Explicar los efectos del cáncer y su tratamiento sobre la salud sexual. Proporcionar información completa y exacta, y recursos escritos, cuando sea posible.• Obtener el consentimiento informado sobre el efecto del tratamiento del cáncer en la función sexual.• Explicar el tratamiento/asesoramiento conductual para la función sexual y el resultado esperado.• Centrarse en el placer, en lugar de sexo, para empezar, puede ayudar a la pareja a explorar los cambios en su cuerpo, el contacto no sexual o un masaje que puede ser placentero, y avanzar después hacia el contacto sexual.• Fomentar en la pareja el tratar la fantasía, los ejercicios de relajación, o el uso de tiempos más largos en los juegos previos para poder construir la intimidad con una buena higiene, el uso de la luz de las velas, el masaje o baño juntos. Al tocar uno al otro, pueden encontrar nuevas zonas eróticas.• Hablar de flexibilidad en las prácticas, lo que requiere que la pareja piense más allá de la relación sexual y la erección como la única actividad sexual, y que explore las actividades sexuales alternativas que soporta la función sexual. Nuevas posturas sexuales pueden ser útiles.• Normalizar y recomendar que se remitan, si es necesario, a grupos de apoyo, terapeutas sexuales, asesores y urólogos. Hay una serie de tratamientos médicos que pueden ser útiles para la pareja.• Remitir al paciente, si es necesario, para el tratamiento de la ansiedad y la depresión para ayudar a minimizar el sufrimiento.• Evaluar la satisfacción con las intervenciones de la disfunción sexual. | |
| Estrategias para mujeres | Estrategias para hombres |
| <ul style="list-style-type: none">• El Índice de Función Sexual Femenina (Rosen et al., 2000) u otras herramientas pueden ser utilizadas para la evaluación sexual. | <ul style="list-style-type: none">• El Índice Internacional de Función Eréctil 5 (Rosen et al., 1997) es una herramienta de evaluación ampliamente utilizada. |
| <ul style="list-style-type: none">• Discutir cualquier dolor experimentado en la actividad sexual o problemas con la lubricación vaginal. | <ul style="list-style-type: none">• El uso de ayudas sexuales, como los dispositivos de vacío u otros tratamientos, como parte de una rehabilitación del pene pueden ayudar a promover la función eréctil. |
| <ul style="list-style-type: none">• Relacionadas con el tratamiento de los efectos secundarios sexuales, terapia de dilatación vaginal, terapia de reemplazo hormonal a bajas dosis, lubricantes vaginales, y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. | <ul style="list-style-type: none">• Las estrategias de rehabilitación sin necesidad de erección, ni coito, son una buena oportunidad para que se recupere la actividad sexual cuando la erección y/o el coito no es posible. |

Nota: Adaptado de *Althof y Parroquia (2013)* y *Steinke (2013)*.

Las terapias para las mujeres, no han sido especialmente exitosas, por ejemplo, los niveles de adhesión para la dilatación vaginal son notablemente bajos (Friedman, Abdallah, Schluchter, Panneerselvam y Kunos, 2011). En el caso de los hombres las

tasas de abandono son altas con respecto a la terapia de inyección intracavernosa (Hsiao, Bennett, Guhring, Narus y Mulhall, 2011).

Hay pocas investigaciones que hayan estudiado la eficacia de las intervenciones en el tratamiento de la disfunción sexual. Dos revisiones recientes examinaron la literatura científica existente para los problemas sexuales después del cáncer. Tras el estudio de 27 intervenciones no médicas, (Brotto, Yule y Breckon, 2010) se sugirió que la entrega de información por sí sola no es suficiente para producir un cambio de comportamiento (por ejemplo, el uso de dilatadores vaginales), y que es fundamental para la adherencia y la eficacia del tratamiento la experiencia de auto-eficacia y motivación por obtener resultados positivos y duraderos. En otra revisión realizada sobre 21 estudios de intervención para los problemas sexuales después del cáncer de mama, se concluye que las intervenciones más eficaces son aquellas que van dirigidas a los pacientes y a sus parejas y a su vez, incluyen algún elemento de terapia de orientación sexual (Taylor, Harley, Ziegler, Brown y Velikova, 2011).

Hay que tener en cuenta que, además del cáncer y su tratamiento, las personas mayores a menudo tienen otras enfermedades crónicas para las cuales pueden estar utilizando medicamentos que pueden interferir con la función sexual, como antihipertensivos, medicamentos contra el ácido úrico, anticolinérgicos, antidepressivos, hipolipemiantes, o psicótrpos entre otros. Este hecho requiere de un control para poder mejorar la función sexual, realizando cambios en los fármacos para que no interfieran o lo hagan en la menor medida en la función sexual o reduciendo su dosis, siempre que sea posible y no altere sus enfermedades crónicas para las que están siendo tratados.

Junto a lo expuesto anteriormente, tanto en hombres como mujeres, se debe implantar una terapia sexual con un incremento de los juegos sexuales, la promoción de la focalización en las zonas erógenas, la intimidad y la cercanía en la relación. Además, es importante el cambio en la forma y la intensidad de las caricias y los cambios en las posiciones coitales.

Aquellas parejas que carecen de habilidades de comunicación y tienen carencias en la relación desde antes del diagnóstico del cáncer, pueden necesitar de forma más evidente intervenciones específicas o terapia de pareja. A su vez, algunas parejas encuentran en la intimidad no sexual un sustituto adecuado para la actividad sexual que realizaban anteriormente, mientras que en otras parejas la pérdida de la actividad

sexual se relaciona con el deterioro de la intimidad física y emocional durante y tras la enfermedad. Si en estos pacientes no se trata el tema son de cómo su enfermedad ha afectado la relación íntima de pareja, la necesidad de intervención tipo terapia de pareja puede pasar desapercibida.

5. CONCLUSIONES

Las reflexiones acerca de la sexualidad planteadas anteriormente están dirigidas de forma específica tanto para hombres como mujeres que sufren cáncer en la población anciana. El manejo y tratamiento de la problemática sexual en esta población es consecuente con los resultados de una evaluación cuidada y bien orientada, para ello se combinan diferentes métodos de ayuda, la mayoría de ellos al alcance del oncólogo y demás profesionales del equipo. Los puntos importantes para cumplir con el objetivo de orientar la satisfacción de la persona con cáncer son: mantener a la persona informada de forma adecuada, la necesidad de conservar los estímulos de los lazos afectivos y el apoyo de un equipo sanitario entrenado y competente. Todo ello con el objetivo último de ofrecer una óptima calidad de vida a la persona mayor con cáncer (Grau, Llantá, Chacón y Fleites, 1999).

Resulta fundamental que la educación sobre la rehabilitación sexual se convierta en un elemento estándar de cuidados en el paciente mayor con cáncer. Siendo conscientes de las dificultades a las que se enfrentan las personas que tienen cáncer a lo largo de este proceso, resulta inadmisibles que muchos de ellos sufran silenciosamente los problemas sexuales acentuados por esta enfermedad, bien porque no son conscientes o bien porque no se les ha informado debidamente acerca de las soluciones disponibles (Krychman y Kellogg-Spadt, 2010). Los profesionales de la medicina deben de mostrarse abiertos a tratar estas cuestiones de forma sencilla, directa y sin prejuicios. Así como las preguntas acerca de los síntomas como la fatiga o el dolor son habituales, los pacientes necesitan oír que los problemas sexuales son comunes y poder así plantear preguntas y preocupaciones sobre este tema. También hay que tener en cuenta las limitaciones de tiempo asistencial y de formación específica en la función sexual de los profesionales sanitarios (oncólogos, enfermeras...), lo que ayuda a que estos temas no se traten en el paciente oncológico (Rasmusson, Plantin y Elmerstig, 2013). Algunas de las propuestas que pueden

ayudar al abordaje de estas carencias pueden ser las relacionadas con la aportación de materiales informativos o educativos como hojas de consejos, listas de referencias, protocolos o guías de información acerca de la sexualidad en la tercera edad en el cáncer. También es esencial que el equipo oncológico disponga de una lista de recursos asistenciales disponibles tanto en el hospital como en el área asistencial (público o privado) que incluyan especialistas como ginecólogos, urólogos, terapeutas sexuales o de pareja y psicólogos clínicos. Conocer la disponibilidad de estos recursos facilita su empleo en el caso de ser necesarios. Otro paso a realizar es normalizar, reconocer y dotar de la importancia que se merece este aspecto de la vida en el área asistencial, concediéndole la misma importancia en su trato como la del dolor, el sueño o la fatiga, entre otros. La validación que se produce en el reconocimiento de la función sexual en la población anciana con cáncer permite sumar otro éxito en el cuidado integral del enfermo oncológico (Bober y Varela, 2012).

6. BIBLIOGRAFIA

- Althof, S.E., y Parish, S.J. (2013). Clinical interviewing techniques and sexuality questionnaires for male and female cancer patients. *Journal of Sexual Medicine*, 10(suppl 1): 35-42. doi:10.1111/jsm.12035.
- American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2009*. Atlanta: American Cancer Society; 2009.
- Bal, M.D., Yilmaz, S.D., y Beji, N.K. (2013). Sexual health in patients with gynecological cancer: A qualitative study. *Sex & Disability*, 31, 83-92. doi:10.1007/s11195-012-9263-7.
- Beckman, N., Waern, M., Gustafson, D. y Skoog, I. (2008). Secular trends in self-reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: cross sectional survey of four populations, 1971-2001. *BMJ sexual & reproductive health*, 337:a279.
- Beckman, N., Waern, M., Östling, S., Sundh, V. y Skoog, I. (2014). Determinants of sexual activity in four birth cohorts of Swedish 70-year-olds examined 1971-2001. *The Journal of Sexual Medicine*, 11, 401-410.
- Bober, S.L., y Varela, V.S. (2012). Sexuality in adult cancer survivors: Challenges and intervention. *Journal of Clinical Oncology*, 30, 3712-3719. doi:10.1200/JCO.2012.41.7915.
- Bredart, A., Dolbeault, S., Savignoni, A., Besancenet, C., This, P., Giami, A., Copel, L. (2011). Prevalence and associated factors of sexual problems after early -stage breast cancer treatment: Results of a French exploratory survey. *Psycho-Oncology*, 20, 841-850. doi:10.1002/pon.1789.
- Brotto, L.A., Yule, M., Breckon, E. (2010). Psychological interventions for the sexual sequelae of cancer: A review of the literature. *Journal of Cancer Survivorship: research and practice*, 4,346-360, 2010.
- Eker, F., y Acikgoz, F. (2011). The impact of cancer and its treatment on sexual desire, satisfaction and functioning: Findings from an exploratory study in rural Turkey. *European Journal of Cancer Care*, 20, 769-775. doi:10.1111/j.1365-2354.2011.01262.x
- Elliott, S., Latini, D.M., Walker, L.M, Wassersug, R. y Robinson J.W. (2010). Androgen deprivation therapy for prostate cancer: Recommendations to improve patient and partner quality of life. *The Journal of Sexual Medicine*, 7, 2996-3010.
- Friedman, L.C., Abdallah, R., Schluchter, M., Panneerselvam, A. y Kunos, C.A. (2011). Adherence to vaginal dilation following high dose rate brachytherapy for endometrial cancer. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 80,751-757.
- Gilbert, E., Ussher, J.M. y Perz, J. (2010). Renegotiating sexuality and intimacy in the context of cancer: the experiences of carers. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 998-1009.

- Grau, J.A., Llantá, M.C., Chacón, M. y Fleites, G. (1999). La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. *Revista Cubana de Oncología*, 15(1), 49-65.
- Hartford Institute for Geriatric Nursing. Issues regarding sexuality. *Protocol Sexuality and the older adult*. 2012. Retrieved from http://consultgerirn.org/topics/sexuality/issues_in_aging/want_to_know_more.
- Havenga, K., Maas, C.P., DeRuiter, M.C., Welvaart, K. y Trimbos, J.B. (2000). Avoiding long term disturbance to bladder and sexual function in pelvic surgery, particularly with rectal cancer. *Seminars in Surgical Oncology*, 18, 235-243.
- Hillman, J. (2012). *Sexuality and aging: Clinical perspectives*. New York: Springer.
- Holzbeierlein J.M., Castle E. y Thrasher J.B. (2004). Complications of androgen deprivation therapy: Prevention and treatment. *Oncology (Williston Park)*, 18, 303-309, discussion 310, 315, 319-321.
- Hsiao, W., Bennett, N., Guhring, P., Narus, J. y Mulhall J.P. (2011). Satisfaction profiles in men using intracavernosal injection therapy. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 512-517.
- Hurtado-Murillo, F., Bellver-Pérez, A., y Gianotten, WL. (2017). Sexuality and Cancer in the Aged/Aging Population. In *Cancer, Intimacy and Sexuality*. Yacov Reisman and Woet L. Gianotten Editors. Springer. Cham (Switzerland). ISBN: 978-3-319-43191-8. DOI 10.1007/978-3-319-43193-2.
- Kalra, G., Subramanyam, A., y Pinto, C. Sexuality: desire, activity and intimacy in the elderly. *Indian Journal of Psychiatry*. 2011; 53:300-306.
- Krychman M., Kellogg-Spadt S., inventors. The DESIRE model. 2010 Retrieved from www.sexualhealthfundamentals.org.
- Low, C., Fullarton, M., Parkinson, E., O'Brien, K., Jackson, S.R., Lowe, D. y Rogers, S.N. (2009). Issues of intimacy and sexual dysfunction following major head and neck cancer treatment. *Oral Oncology*, 45, 898-903.
- Rasmusson, E.M., Plantin, L., y Elmerstig, E (2013). 'Did they think I would all that on my own?' A questionnaire study about sexuality with Swedish cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 22, 361-369. doi: 10.1111/ecc.12039
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsig, R., D'Agostino Jf, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 191-208.
- Rosen, R.C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I.H., Kirkpatrick, J., y Mishra, A. (1997). The International Index of Erectile Function (IIEF): A multidimensional scale por assessment of erectile function. *Urology*, 49, 822-830.
- Sadovsky, R., Basson, R., Krychman, M., Morales, A.M., Schover, L., Wanq, R. y Incrocci, L. (2010). Cancer and sexual problems. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 349-373.
- Singer, S., Danker, H., Dietz, A., Kienast, U., Pabst, F., Meister, E.F., Oeken, J., Thiele, A. y Schwarz, R. (2008). Sexual problems after total or partial laryngectomy. *Laryngoscope*, 118, 2218-2224.
- Steinke, E.E. (2013). Sexuality and chronic illness. *Journal of Gerontological Nursing*, (39) 11, 18-27.
- Taylor, S., Harley, C., Ziegler, L., Brown, J. y Velikova, G. (2011). Interventions for sexual problems following treatment for breast cancer: A systematic review. *Breast Cancer Research and Treatment*, 130, 711-724.
- Williams, A.C., Reckamp, K., Freeman, B., Sidhu, R. y Grant M. (2013). Sexuality, lung cancer, and the older adult: An unlikely trio?. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*, 4, 331-340.
- Williams, A.C., Reckamp, K., Freeman, B., Sidhu, R., y Grant, M. (2013). Sexuality, lung cancer, and the older adult: An unlikely trio? *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*, 4, 1-10.



SINTOMATOLOGÍA SEXOLÓGICA EN ADULTOS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL

Lic. María Bernarda Romero²

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo la exposición de algunos modelos tales como: “Cuatro precondiciones para el abuso sexual”, “modelo ecológico ecosistémico”, “modelo PLISSIT”, “modelo psicoterapéutico EMDR”, que podemos utilizar para el conocimiento, diagnóstico y tratamiento de pacientes adultos que presentan diversas disfunciones sexuales y han sido víctimas de abuso sexual infantil. Resaltando la importancia de las consecuencias neurobiológicas, la experiencia somática y las huellas subcorticales que deja la experiencia traumática de haber sido víctima de ASI, que traen aparejado diversos trastornos psiquiátricos y que conlleva la necesidad de un trabajo interdisciplinario para la mejoría de la salud sexual de nuestros pacientes en la consulta Sexológica.

PALABRAS CLAVES: Abuso sexual infantil, disfunciones sexuales, neurobiología del ASI, trauma, experiencia somática, trabajo interdisciplinario, modelos de trabajo.

² *Licenciada en Psicología Clínica especialista en Sexología Clínica, Salud Sexual Humana, Educación sexual. Psicoterapeuta con especialidades en Psicotrauma, Formación en Nivel I y II de EMDR (EMDRIA), TIR (Traumatic Incident Reduction), TAT (Técnica de acupresión Tapas), EFT (Técnica de Liberación Emocional) y Terapias Cognitivas. Doctoranda en Salud Mental Comunitaria (tesis en curso). Investigadora en Adicciones sexuales y abuso sexual infantil. Autora del libro Adicción sexual, una mirada Integrativa, coautora Libro “Nuevos Aportes en el abuso sexual infantil”. Miembro de la comisión Directiva 2016-2019 de SASH (Sociedad Argentina de Sexualidad Humana). Contacto: Email: marber58@yahoo.com.ar.

SEXOLOGICAL SYMPTOMS IN ADULT VICTIMS OF CHILDHOOD SEXUAL ABUSE

María Bernarda Romero, Psychologist

ABSTRACT

The purpose of this work is to present and explain some models, such as: “Four preconditions for sexual abuse”, “the ecosystemic / ecological model”, “the PLISSIT model” and “the EMDR psychotherapy model”, all of which can be applied to the assessment, diagnosis and treatment of adult patients who have been victims of childhood sexual abuse (CSA) and suffer from various sexual dysfunctions. This work highlights the importance of neurobiological consequences, somatic experiencing and subcortical footprints left by the traumatic experience of CSA, which (in many cases) give rise to different psychiatric disorders which require a multidisciplinary approach in order to enhance sexual health of patients on Sexological therapy.

KEY WORDS: Childhood sexual abuse, sexual dysfunctions, CSA neurobiology, trauma, somatic experiencing, multidisciplinary approach, models.

INTRODUCCIÓN

En la consulta Sexológica nos podemos encontrar con pacientes que han sido abusados sexualmente en la infancia, no hay para esto un motivo de consulta específico. Los trastornos sexuales que traen, pueden ser de diferente índole; podemos encontrarnos con disfunciones eréctiles, dispareunia en varón y mujer, vaginismo, matrimonio no consumados, trastornos en el deseo sexual, anorgamia, eyaculación precoz, compulsiones y/o adicciones sexuales y parafilias; y todos estos ser producto de algún abuso sexual en la infancia o no.

Debemos considerar que un gran porcentaje de pacientes después de un ASI pueden desarrollar algún trastorno de índole psiquiátrico, los más diagnosticados son:

- Trastorno Limite de personalidad
- TEPT
- Trastornos de Ansiedad generalizada

- Depresión
- Distimias
- Trastornos Disociativos
- Trastornos obsesivos compulsivos
- Compulsiones sexuales
- Parafilias
- Esquizofrenia (sobre todo paranoide)
- Trastornos de la Alimentación
- Trastornos de personalidad (antisocial, evitativo...)

Debido a esto es muy importante realizar una entrevista sexológica lo más completa posible, sobre todo, teniendo en cuenta los tratamientos médicos, psiquiátricos, psicoterapéuticos y/o sexológicos, que ha realizado el paciente anteriormente a esta consulta, así como los medicamentos que toma, preguntar desde cuando tiene el trastorno, si es situacional o generalizado, primario o secundario y hacer una historia psicosexual desde la infancia.

Esta información nos permitirá investigar si el paciente presenta indicadores de ASI en su adultez, estos podrían ser:

- Ansiedad constante
- Problemas de sueños
- Quejas somáticas recurrentes
- Conductas agresivas y/o autolesivas
- Baja autoestima
- Incapacidad para confiar en los demás
- Tristeza y depresión de larga data
- Hostilidad, enojo
- Problemas de concentración
- Conductas sexuales inapropiadas
- Mutismo, tartamudeo
- Terrores nocturnos
- Culpa, vergüenza
- En los varones sentirse menos masculino, vulnerable a las burlas
- Problemas de apego

- Estrategias evitativas

DESARROLLO

MODELOS Y TEORÍAS ACERCA DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

En la década de los 80 Finkelhor, David, sociólogo norteamericano, desarrolló un modelo para organizar las diversas y hasta opuestas teorías acerca del ASI. Este modelo, denominado de los Cuatro Factores o de las "Cuatro precondiciones del Abuso Sexual", establece que para la ocurrencia de una situación de abuso se debe cumplir con las siguientes precondiciones:

Precondición I. Motivación: la persona que abusa posee una motivación ya sea por experiencias traumáticas de la infancia o por incapacidad de relacionarse con otras personas adultas.

Precondición II. Bloqueo de los inhibidores internos: todas las personas poseen una serie de inhibidores, denominada conciencia moral, auto control, etc., que impiden la ejecución de ciertos actos; sin embargo, éstos pueden ser bloqueados por ciertos desinhibidores como el alcohol, drogas, impulsos violentos que contribuyen a precipitar la acción.

Precondición III. Bloqueo de los inhibidores externos: pueden servir como bloqueadores externos la sanción social, la represión judicial, la acción de la familia y la comunidad; la falla o ausencia de estos sistemas puede favorecer la presencia del abuso sexual.

Precondición IV. Vulnerabilidad: Finkelhor plantea que no es suficiente la presencia de las tres precondiciones anteriores si el ofensor no tiene acceso a una persona que sea vulnerable.

Un niño/a es vulnerable cuando:

- Carece de información sobre el abuso.
- Vive aislado y no tiene posibilidad de comunicación.
- No se le percibe como sujeto de derecho, sino como objeto y propiedad de sus padres o de los adultos con quienes se encuentra en relación de dependencia.

Si bien ciertos autores ponen énfasis en factores unitarios, actualmente la tendencia es considerar la perspectiva multifactorial que permite considerar el abuso sexual infantil como un fenómeno complejo donde entran a jugar diversas variables asociadas. Si estos modelos pudieran ser desarrollados especificando los factores causales permitiría también desarrollar programas de prevención e intervención mucho más efectivos.

Lo último adoptado es un sistema de trabajo a través del *modelo ecológico – ecosistémico* donde el trabajo no es con el niño a solas, sino con toda su red social.

Cada tipo de maltrato implica una especificidad que contempla estrategias e intervenciones. Cuando se sospecha un abuso sexual infantil se evalúan las medidas protectoras, donde el programa es parte de un engranaje con lo judicial.

Se realizan Tratamientos grupales, para reducir el aislamiento:

- Para niños víctimas de maltrato
- Para niños víctimas de A.S.I.
- Para relaciones vinculares
- Para ofensores

Consecuencia de esto el *modelo ecológico ecosistémico* abarca no solo lo individual, sino también el microsistema, el exosistema y el macrosistema.

El micro sistema incluye al individuo con toda su red familiar, el exosistema contiene al mismo, más las redes sociales, como los sistemas de salud, el sistema judicial, el sistema educativo, el sistema policial, la organizaciones comunitarias, la iglesia y el trabajo y todo esto inserto a su vez en el Macrosistema, que nos contiene a nivel nación y como parte del mundo planetario que vivimos.

Esto es importante para considerar el trabajo interdisciplinario que debemos tener en cuenta cuando se nos presenta en la clínica pacientes con indicadores de ASI. Sobre todo para conocer las conductas relacionales de estas personas.

CLAVES PARA ENTENDER LA DINÁMICA RELACIONAL

Las creencias: Podemos poner en primer lugar a la estructura familiar patriarcal, esto implica el desequilibrio de poder, la responsabilidad, la atribución de roles y que

condiciona la opresión y sumisión de mujeres y niños. La cultura patriarcal, como otras ideologías autoritarias, es un modelo de relaciones basado en el control de los más fuertes sobre los más débiles, legitimando las diferentes formas de violencia que encontramos en las familias sustentadas en creencias ideológicas. Aquí se conforma una estructura relacional cuyo estilo de relaciones es el abusivo (sistemas abusivos), en la cual el abuso sexual se produce como un abuso de poder, abuso que es naturalizado y se mantiene en un contexto de silenciamiento de las personas abusadas, que no les permite romper el circuito abusivo.

El secreto: La base de estos sistemas abusivos es el secreto, el silencio en relación a la situación de abuso, que es el que permite que el sistema se perpetúe sin que terceros puedan intervenir para romper el circuito abusivo. Garantiza la impunidad del abusador y refuerza las creencias y percepciones de la hija y de la madre de sí mismas y una de la otra (baja autoestima, culpa, responsabilidad). El secreto se mantiene por una serie de elementos de la dinámica familiar (poder del adulto, seducción, hechizo) pero también sustentado en contextos sociales y culturales que lo mantienen y consolidan (redes de silencio, de invisibilización, de impunidad). Estos contextos generan discursos que justifican al abusador y culpabilizan a la víctima, e invisibilizan el problema. Llevando a las víctimas a la falta de información sobre sus derechos.

Aislamiento: el aislamiento social de la familia y de cada uno de los miembros dentro de ella, como consecuencia del secreto de cada uno, es un mecanismo que impide el cambio, restringe las oportunidades de interacción y la proximidad emocional.

Emociones: hay anestesias de las emociones, no registro o emociones cambiadas
Otro mecanismo importante es el de la *disociación* (emoción-pensamiento-acción)

En 1983 Ronald Summit, describe el Síndrome de Acomodación al Abuso sexual infantil, para explicar dos situaciones traumáticas en torno a él. La primera de ellas corresponde al ASI propiamente dicho y la segunda a la crisis de DEVELAMIENTO, que consta entonces, de cinco instancias:

1.-Secreto: Es frecuente que el agresor presione a la víctima para que esta mantenga en secreto el ASI. El secreto es impuesto por la manipulación emocional, la amenaza, los sentimientos de culpabilidad. Estas amenazas atemorizan a la víctima, pero por otro lado el abusador le dice que si mantiene el secreto protegerá a su mamá, hermanos, etc. Ya que si expresara el ASI se desintegraría su familia, caerían en la ruina económica, la internarían en un hogar, podría ir preso todo por su exclusiva responsabilidad, siempre y cuando alguien le creyera. El agresor convence a su víctima que esta tiene poder para destruir a su familia y la responsabilidad de mantenerla unida. Los valores morales que le habían sido dados se encuentran totalmente alterados ya que mentir y ocultar se transforma en la forma de proteger a su familia. El mantener este secreto impide que la víctima construya vínculos más o menos profundos con otros, aislándose y acrecentando los sentimientos de culpa y vergüenza.

2.-Desprotección o Indefensión: La educación impartida en nuestra infancia conduce a los menores a evitar a personas desconocidas y obedecer, ser amables y cariñosos con las personas cercanas, constituyendo un factor de riesgo para el ASI, y a la vez para el sentimiento de desprotección de las víctimas. El niño confía plenamente en las personas cercanas y no espera recibir de ellas una conducta inadecuada, sino protección. Si un adulto de su confianza lo somete al ASI el menor se sentirá traicionado en su confianza y totalmente desprotegido. Este ASI provoca en la víctima el desarrollo de sentimientos de impotencia y desprotección que pueden perdurar a lo largo de toda su vida, y generalizarse al resto de sus relaciones interpersonales.

3.-Atrapamiento y adaptación: El ASI cometido por personas conocidas y de referencia para el niño es una experiencia recurrente, que se produce generalmente más de una vez. Debido a las imposibilidades de la víctima de frenar el ASI, la víctima tiende a adaptarse a la situación abusiva como método de supervivencia. La víctima se encuentra atrapada por el secreto y la responsabilidad de mantener a su familia protegida de la desintegración y el dolor con el que el abusador le amenaza. Invaden a las víctimas fuertes sentimientos de atrapamiento y vivencias de que nunca saldrá del ASI.

4.-Develamiento tardío: También llamada fase de la revelación retardada, conflictiva y no convincente. Hay muchos casos de ASI que nunca han sido descubiertos. Esta etapa de develamiento tardío se produce porque la víctima mantiene el silencio, hasta que puede comenzar a hablar y cuando lo cuenta se duda de su veracidad, de porque no hablo antes, si esto no es su fantasía, etc. En casos de desconfianza y negación por parte de la figura materna u otros miembros significativos del grupo familiar ante la revelación del ASI se observa el desarrollo de perturbaciones mayores. La desconfianza y descreimiento que percibe la víctima de parte de su oyente hacen que se cumpla uno de los preceptos del ofensor de que no será creída, y el ASI continuará en secreto entre abusador y abusado, a pesar del intento de la víctima, a través de su relato, de recibir algún tipo de ayuda.

5.-Retractación: Aquellas víctimas que no han recibido apoyo luego de la revelación, ya sea porque no les creyeron o porque sencillamente no se efectuaron acciones específicas que anularan los sentimientos de culpa y vergüenza, o incluso el cese del ASI es frecuente y habitual que se retracten de sus dichos. Ante la respuesta indiferente; nula o escasa del medio puede afirmar que esta es una invención; que esto no ha ocurrido; asumiendo un rol de perturbada, perversa y desequilibrada pero manteniendo una aparente armonía y estabilidad de su familia. Estos grupos familiares creen más la retractación que el ASI, implicando esto enormes riesgos psicológicos a partir de esta no credibilidad y retractación.

EXPERIENCIA SOMÁTICA, HUELLAS SUBCORTICALES EN EL TRATAMIENTO DEL TRAUMA POR ASI

A largo plazo, después de estos episodios traumáticos, aparecen en los pacientes, que nos vienen a consultar por disfunciones sexuales, emociones, imágenes, sensaciones y reacciones musculares particulares relacionadas con el trauma que pueden llegar a estar profundamente grabadas en la mente. *“Parece ser que estas improntas traumáticas vuelven a ser reexperimentadas meses, años, incluso décadas después de ocurrido el episodio en cuestión, sin que sufran transformaciones significativas”*. (Janet, 1889,

1894; van der Kolk & van der Hart, 1991; van der Kolk & Fisler, 1995; van der Kolk, Osterman, & Hopper, 2000)³.

Debido a la naturaleza subcortical de los recuerdos traumáticos, estos se disparan en cada situación de exposición sexual, produciéndose lo que se llama una “fobia disociativa” (miedo y evitación de todo recuerdo traumático). Las áreas subcorticales del cerebro, aquellas partes primitivas que no están bajo control consciente y que no tienen representación lingüística, tienen una forma de recordar diferente que la de los niveles superiores del cerebro, localizados en el córtex prefrontal.

En condiciones normales, estos sistemas de memoria están integrados armónicamente mientras que, en condiciones de niveles incrementados de la hiperactivación, el sistema límbico y el tronco del encéfalo pueden producir emociones y sensaciones que están en contradicción con las propias actitudes y creencias, lo cual determina que las personas se comporten en forma irracional. Esto es debido a que el trauma no está grabado primariamente en la conciencia de las personas sino que, por el contrario, está incrustado en las experiencias sensoriales.

El proceso que evita que los recuerdos sean procesados, es decir, que sean integrados a la propia memoria autobiográfica, se denomina “disociación”, esta es producto del fracaso en la integración de todos los elementos de la experiencia en un todo coherente.

La disociación es el proceso que evita que los recuerdos traumáticos sean integrados, determinando que éstos tengan una existencia relativamente independiente de la restante experiencia consciente de la persona. Dado que el problema es la disociación, el tratamiento debería estar orientado hacia la “asociación e integración”, permitiendo así el procesamiento de la experiencia traumática.

³ Bessel A. van der Kolk, M.D. “Más allá de la cura por el diálogo: Experiencia somática, improntas subcorticales y tratamiento del trauma” RET. Revista de Toxicomanías N°51.2007

“En relación con los recuerdos traumáticos que necesitan ser asociados, éstos no guardan relación con el recuento verbal del pasado sino que están relacionados con los elementos sensoriales o emocionales fragmentarios de la experiencia traumática que son desencadenados en las personas que se ven enfrentadas a un número suficiente de elementos sensoriales y emocionales que están relacionados con el trauma.

Cuando éstos se activan, la red neural completa en la cual está almacenado el recuerdo, resulta estimulada, precipitando, así, la repetición de la vivencia de un antiguo y terrorífico suceso”. (Lang, 1985; Pitman et al, 1990; van der Kolk & van der Hart, 1991)⁴

CONSECUENCIAS NEUROBIOLÓGICAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

En una revisión sistemática de artículos publicados entre 1999 y 2010⁵, en inglés y español, que se centraron en las consecuencias neurobiológicas relacionadas con la experiencia de abuso sexual infantil, mediante las bases de datos Medline, Scopus, Psycinfo y Web of Science.

Donde también se examinaron las listas de referencias de estudios publicados acerca de las consecuencias neurobiológicas de la victimización en la infancia, se observó la existencia de un período crítico en el desarrollo del individuo en el cual la experiencia de maltrato y abuso sexual puede conllevar cambios neurobiológicos permanentes o muy duraderos, afectando especialmente a la respuesta del eje neuroendocrino hipotálamico-hipofisario-adrenal.

⁴ Bessel A. van der Kolk, M.D. “Más allá de la cura por el diálogo: Experiencia somática, improntas subcorticales y tratamiento del trauma” RET. Revista de Toxicomanías N°51.2007.

⁵ N. Pereda, D. Gallardo-Pujol / Gacetilla Sanitaria 2011;25(3):233–239

| | |
|---|--|
| <i>Eje-neuroendocrino hipotalámico-hipofisario-adrenal</i> | <i>Principales hallazgos</i> <i>(N. Pereda, D. Gallardo-Pujol / Gaceta Sanitaria 2011;25(3):233–239)</i> |
| Alteraciones neuroendocrinas | -Incremento en la concentración urinaria de dopamina, adrenalina, noradrenalina y cortisol. -Descenso de la secreción de cortisol - Incremento de la secreción de cortisol - Descenso de la secreción de serotonina |
| Alteraciones estructurales | - Menor tamaño intracraneal y cerebral - Menor volumen del cuerpo caloso - Asimetría del lóbulo frontal - Pérdida neuronal del cíngulo anterior - Menor volumen del hipocampo (izquierdo) - Mayor volumen del hipocampo - Menor volumen de la amígdala - Menor volumen del cíngulo anterior y del caudado - Menor volumen de materia gris en la corteza visual primaria y la corteza de asociación visual |
| Alteraciones funcionales | - Activación de la corteza prefrontal anterior - Activación del cíngulo posterior y la corteza motora - Descenso de la actividad de la corteza prefrontal medial, el cíngulo anterior, el hipocampo, el giro inferotemporal y el giro subcaloso - Descenso en el flujo sanguíneo de la corteza orbitofrontal - Incremento en la actividad de la corteza inferotemporal izquierda, el giro frontal medial izquierdo y la corteza de asociación visual - Conectividad reducida en el giro dentado, hiperactivación de la amígdala - Mayor activación de la amígdala, del giro temporal superior izquierdo, del giro frontal inferior derecho, del cerebelo y del cíngulo posterior en respuesta al miedo |
| Alteraciones neuropsicológicas | - Afectación de la memoria - Peor razonamiento abstracto y función ejecutiva y afectación de la atención y la concentración - Mayor respuesta acústica de sobresalto |

CONSIDERACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES ADULTOS VICTIMAS DE ASI

Teniendo en cuenta todos estos factores expuestos, debemos considerar, en el tratamiento de estos pacientes que sufrieron ASI, un trabajo Interdisciplinario (urólogo/a, ginecólogo/a, psiquiatra, psicólogo/a, sexólogo/a, abogado/a). Es habitual que tengamos que hacer informes judiciales ya sea como peritos o como testigos, sobre todo cuando atendemos pacientes en situación judicial, aún ya siendo adultos.

Informar y/o educar a la pareja en las consecuencias del ASI, es fundamental para que los mismos puedan entender que les está pasando y sobre todo la psicoeducación sobre

emociones, sensaciones corporales, creencias de sí mismo. Explicarles que después de episodios traumáticos suelen aparecer emociones, imágenes, sensaciones y reacciones musculares particulares relacionadas con el trauma que pueden llegar a estar profundamente grabadas en la mente y que vuelven a ser reexperimentadas décadas después de ocurrido el abuso.

El trabajo con estos pacientes suelen incluir tareas de placerización en forma gradual, ya sea en pareja o en forma autoerótica, ayudándolos a construir un lugar seguro erótico, que les permita que no se les dispare la reexperimentación del trauma, trabajando en conjunto con la respiración, la atención y conciencia plena, en el aquí y el ahora (mindfulness) de todas las emociones y sensaciones corporales.

Jon Kabat-Zinn (2007), define Mindfulness como: *“Prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar”*. Este tipo de atención nos permite aprender a relacionarnos de forma directa con aquello que está ocurriendo en nuestra vida, aquí y ahora, en el momento presente. Es una forma de tomar conciencia de nuestra realidad, dándonos la oportunidad de trabajar conscientemente lo que está pasando en nuestra disfunción sexual.

La utilización de las cuatro fases del modelo PLISSIT, creado hace 40 años por el psicólogo americano Jack Annon⁶, Nos será muy útil en el trabajo con estos pacientes.

“PLISSIT” (procedente de sus iniciales en inglés) para cuatro posibles niveles de intervención en los problemas sexuales, siendo éstos: “Permiso”, “Información Limitada”, “Sugerencias Específicas” y “Terapia Intensiva”.

Mediante el apoyo proporcionado en estas cuatro fases, los profesionales de salud podemos ayudar a nuestros pacientes a conocer, comprender y confiar en sus propias habilidades, para hacer frente a las consecuencias negativas que dejó el trauma en su salud sexual y así brindarles herramientas para procesarlo y superarlo.

TRABAJO SISTEMÁTICO DE DESENSIBILIZACIÓN Y REPROCESAMIENTOS DE LA INFORMACIÓN DISFUNCIONAL QUE DEJÓ EL ASI

⁶ Annon J. The PLISSIT model: A proposed scheme for the behavioral treatment of sexual problems. J Sex Educ Ther. 1976;2:1-15.

Todas estas tareas previas y el modelo PLISSIT, expuestos en los párrafos anteriores, les brindarán a los pacientes las herramientas necesarias, para empezar a realizar un trabajo sistemático de desensibilización y reprocesamiento de la información disfuncional que dejó el ASI, tomando así conciencia de aquellos factores que disparan los síntomas del trastorno que los trae a consulta. La evocación de los peores momentos vividos por el paciente, las creencias negativas de si mismo que dejó el abuso, la emoción que prevalece como malestar subjetivo y sobre todo, qué sensaciones corporales reexperimentan en cada relación sexual (DICES).

- **Disparadores**
- **Imagen del peor momento**
- **Creencias negativas de si mismo**
- **Emoción**
- **Sensaciones corporales**

Casos Clínicos

Caso P.

P. varón de 39 años se presenta a consulta derivado por su psicóloga, su psiquiatra y un urólogo, consulta por disfunción eréctil desde hace 12 meses. Los médicos no encontraron causas orgánicas de su disfunción eréctil. No respondió a ninguna medicación para mejorar su capacidad de erección, como el Sildenafil, entre otros. Se encuentra en una pareja estable de 8 años de relación, un hijo de 6 años. Manifiesta que el problema empezó cuando escuchó en la TV acerca de un niño abusado sexualmente. Relata que fue abusado sexualmente en un taller mecánico por un tío a los 9 años de edad. Presenta tartamudeo al hablar. Comenta que tartamudea desde los 9 años.

1er. Sesión. Se le sugiere las primeras tareas sexuales que son:

- Ejercicios de Kegel
- Masajes eróticos con prohibición de coito hasta la 4ta. Semana
- Lugar seguro erótico (fantasía erótica con su mejor momento de erección pasada o imaginada)

2da. Sesión. Armamos y partimos para nuestro trabajo lo que llamamos el **DICES**

Disparador de la disfunción: Escucha en TV de un niño abusado

Imagen que se presenta: El Tío que le pide jugar a ver quién la tiene más grande mientras le toca sus genitales y juega a penetrarlo. Edad 9 años

Cognición o creencia negativa de sí mismo: soy débil, no voy a poder

Emoción: tristeza, angustia

Sensación corporal: bloqueo, transpiración en las manos, se pone todo colorado

Mediante el modelo psicoterapéutico E.M.D.R (Desensibilización y reprocesamiento de la información disfuncional mediante movimientos bilaterales), T.I.R. (Reducción del impacto traumático) y Mindfulness (atención y conciencia plena), trabajamos primero las sensaciones corporales para luego ir llegando a la creencia negativa que dejó la experiencia. Se desensibiliza primero y luego se procesa esta información en varias sesiones, llevando al paciente a un grado de malestar subjetivo 0, logrando así a la total remisión del problema erectivo y una importante disminución del tartamudeo.

Paralelo a este trabajo, teniendo como guía el modelo PLISSIT, se informa a la pareja la importancia del acompañamiento y se les da información a ambos, de las consecuencias del ASI, fundamental para que los mismos puedan entender que les está pasando.

Caso A

Mujer de 30 años, derivada por la ginecóloga, dolor coital sin evidente causa orgánica. Relata su 1º relación sexual a los 21 años, según refiere esta no fue traumática. Después de esta 1º relación solo encuentros esporádicos. Actualmente en pareja con J. 33 años. 3 años en pareja. Expresa siempre haber tenido dolor coital y últimamente está perdiendo el deseo sexual y la lubricación, tiene y siempre tuvo fantasías sexuales. Tiene orgasmos normalmente

A pesar de una educación sexual represiva no tiene dificultad en masturbarse y llegar así a tener orgasmos por sí misma. También lo tiene en el sexo oral con su pareja.

De su historia sexual surge:

A los 14 años fue tocada en sus genitales por su abuelo materno, cuando se lo cuenta a la madre esta le dice: “Seguramente fue tu culpa”. El abuelo falleció cuando ella tenía 20 años

Recuerda la escena como si fuera hoy, nunca más lo hablo con nadie.

Disparador del dolor coital: Cada vez que el novio toca sus genitales para empezar la relación sexual

Imagen: momento que el abuelo le pone la mano en su vulva

Cognición o creencia negativa: Soy culpable

Emoción: tristeza, angustia

Sensación corporal: dolor genital, ardor y molestia en la vulva

Nuevamente se trabaja con el modelo E.M.D.R (Reprocesamiento de la información disfuncional mediante movimientos bilaterales), T.I.R. (Reducción del impacto traumático) y Mindfulness (atención y conciencia plena), trabajamos primero las sensaciones corporales para luego ir procesando la creencia negativa que dejó la experiencia. Se procesa esta información en varias sesiones, logrando la total remisión del dolor coital, renovándose el deseo y la lubricación vaginal.

También en paralelo a este trabajo se informa a la pareja la importancia del acompañamiento y se les brinda información, a ambos, de las consecuencias del ASI.

CONCLUSIÓN

Por todo lo expuesto podemos concluir y resaltar que en la consulta Sexológica nos encontramos, en muchas ocasiones, con pacientes que han sido abusados sexualmente en la infancia y que muchas veces no expresan esa experiencia en la consulta. Será deber del profesional de salud sexual, conocer los posibles indicadores de un ASI. También es imprescindible tener conocimiento de las consecuencias que a largo plazo, aparecen en los pacientes, como emociones, imágenes, sensaciones y reacciones musculares particulares relacionadas con el trauma que pueden llegar a estar profundamente grabadas en la mente y que pueden dar origen a diversos trastornos psiquiátricos. La experiencia de maltrato y abuso sexual puede conllevar cambios neurobiológicos permanentes o muy duraderos, afectando especialmente a la respuesta del eje neuroendocrino hipotálamico-hipofisario-adrenal.

Considerando esto es relevante un trabajo Interdisciplinario (urólogo/a, ginecólogo/a, psiquiatra, psicólogo/a, sexólogo/a, abogado/a) ya que es habitual que tengamos que

hacer informes judiciales sea como peritos o como testigos, sobre todo cuando atendemos pacientes en situación judicial, aún ya siendo adultos.

Informar y/o educar al paciente y a la pareja en las consecuencias del ASI, es primordial para que los mismos puedan entender que les está pasando y sobre todo psicoeducación acerca de las emociones, imágenes, sensaciones y reacciones musculares particulares relacionadas con el trauma que vuelven a ser reexperimentadas décadas después de ocurrido el abuso y que se manifiestan de diversas maneras, como por ejemplo con la disfunción sexual que los trae a consulta.

BIBLIOGRAFÍA

- Annon J. "The PLISSIT model: A proposed scheme for the behavioral treatment of sexual problems". *Journal Sexual Education Therapy*. 2:1-15, 1976
- Asociación Americana de Psiquiatría. "Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM5". Arlington VA. Asociación Americana de Psiquiatría. Versión digital. 2013
- Bergmann, U.: "Neurobiología del EMDR: Especulaciones y pensamientos" en *Trauma y EMDR*. Buenos Aires. EMDRIA Latinoamérica. 2004
- Bessel A. van der Kolk, M.D. "Más allá de la cura por el diálogo: Experiencia somática, improntas subcorticales y tratamiento del trauma" *RET. Revista de Toxicomanías* N°51.2007
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development*. Cambridge, Harvard University Press. (Trad.Cast.: La ecología del desarrollo humano. Barcelona, Ediciones Paidós, 1987).
- De Pascale, A. M.: "Sistemas de Memoria" en *Trauma y EMDR*. Buenos Aires. EMDRIA Latinoamérica. 2004
- Fernandez-Alvarez,H. "Claves para la unificación de la psicoterapia (Más allá de la integración)". *Revista Argentina de Clínica Psicológica* V.3 pp.229-246. 200
- French, G y Harris, Ch. "*Traumatic Incident Reduction*" (TIR). CRC Press. Florida 1998
- Jon Kabat Zinn. "*La práctica de la Atención Plena*". Ed. Kairos. Barcelona 2007
- Finkelhor, D. "*El Abuso sexual al menor: Causas, consecuencias y tratamiento psicosocial*" 302 pag. Mexico 1980
- Kaplan, Helen; *La evaluación de los trastornos sexuales*, Grijalbo, Barcelona, 1985
- Kolb, L.C. "*Neurophysiological hypothesis explaining posttraumatic stress disorder*".: *American Journal of Psychiatry*. 144:989-995. 1987
- LeDoux, J.: *El cerebro emocional*. Barcelona: Ariel-Planeta. 1999
- Lescano, R.: "Emociones, sentimientos y afectos" en *Trauma y EMDR*. Buenos Aires. EMDRIA Latinoamérica. 2004
- Lescano, R. "Biología de los procesos mentales" en *Trauma y EMDR*. Buenos Aires. EMDRIA Latinoamérica. 2004
- Lescano, R.: "Disociación: Una respuesta adaptativa al trauma" en *Trauma y EMDR*. Buenos Aires. EMDRIA Latinoamérica. 2004
- Masters, W. y Jhonson, V.: *Respuesta sexual Humana* 1º ed. Buenos Aires. Intermédica SA. 1976.
- McClelland, J.L, McNaughton, B.L., & O'Reilly, R.C. Why there are complementary learning systems in the hippocampus and neocortex: Insights from the successes and failures of connectionist models of learning and memory. *Psychological Review*,102: 419-457.1995
- N. Pereda, D. Gallardo-Pujol. "*Consecuencias neurobiológicas del abuso sexual infantil Gacetilla Sanitaria*" 25(3):233-239. 2011
- Norcross, J.C.& Shapiro,F. "Integration and EMDR" en Shapiro (ed.) *EMDR as an integrative approach* (pp-341-356). Washington, American Psychological Association 2002
- Simon, Vicente M. "*Mindfulness y neurobiología*". *Revista de Psicoterapia* Vol.XVII N° 66/67 2007
- Spiegel, D., y Cardena, E. "Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited" *Journal of Abnormal Psychology*, 100, pp.366-378. 1991

Schiffer, F., Teicher, M. & Papanicolau, A. . “Evoked potential evidence for right brain activity during recall of traumatic memories”. *Journal of Neuropsychiatry*, 7:169-175. 1997

Shapiro, Francine; “*Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular*” Ed.Pax México, 2004

Shapiro, Francine,” EMDR Una terapia innovadora para superar la Ansiedad, el Estrés y el Trauma”. Buenos Aires: SAPsi Editorial. 2007

Summit, Ronald “*Sexual Abuse of Young Children*” Guilford Press, New York, 1983

Van der Kolk, B. “*Trastorno por estrés postraumático y la naturaleza del trauma*”. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*. Vol. 1, n° 1, 4-19. 2002

Van der Kolk, McFarlane & Weisaeth (Eds.) “*Traumatic Stress: the effects of overwhelming experience on mind body and society*.” Guilford Press. 1996



MODELO DE COMPRENSIÓN INTERDISCIPLINAR DE LA SEXUALIDAD

Francisco Juan José Viola⁷

Este trabajo propone un modelo teórico: I-F-E. (Idea-fact-event). Está orientado a considerar la salud sexual en relación a los comportamientos sexuales posibles y, sobre todo, al efecto que esto producen en las personas.

La propuesta, teórica, plantea que existen tres pasos que debemos considerar para evaluar una situación sexual:

- a-Idea: ¿qué idea tiene el paciente –y el terapeuta- sobre la situación sexual que genera la consulta?
- b-Fact: ¿qué sabemos sobre el hecho sexual planteado en la consulta y que sabe el consultante?
- c-Event: ¿Cuál es el suceso que se nos presenta?

El suceso es significativo porque no siempre encuentra espacio en la idea ni en lo que sabe. La comprensión de esto serviría para adaptar la terapéutica, asociándola a la perspectiva personal de sentido. Este modelo se asocia con la idea de sexualidad como cuestión integral y ofrece pistas necesarias para considerar el plan terapéutico y pronóstico.

PALABRAS CLAVES: Comprensión de la sexualidad- ideas-hechos-suceso-interdisciplinario

⁷Médico. Lic. En Ciencias familiares y sexualidad. Master en terapia sexual. Dr. en psicología (orientación sexualidad). Docente de la Facultad de Medicina de la UNT. Laboratorio de Humanidades Médicas. francisco.viola@hotmail.com

INTERDISCIPLINARY MODEL FOR UNDERSTANDING OF SEXUALITY

This work proposes a theoretical model: I-F-E. (Idea-fact-event). It is aimed to consider sexual health in relation to possible sexual behaviors and, above all, to the effect that this produced in people.

The theoretical proposal proposes that there are three steps that we should consider to assess a sexual situation:

a- Idea: What idea does the patient - and the therapist - on the sexual situation that generates the query?

b- Fact: what we know about the sexual fact raised in the consultation and consultant who knows?

c- Event: what is the event that is presented to us?

The event is significant because not always find room in the idea or what you know. This understanding would adjust the therapeutic, associating it with the personal perspective of sense. This model is associated with the idea of sexuality as a comprehensive question and offers clues needed to consider the therapeutic plan and prognosis.

KEYWORDS: understanding of sexuality-ideas-fact-event-interdisciplinary

MODELO DE COMPRESIÓN INTERDISCIPLINAR DE LA SEXUALIDAD

No son las cosas las que atormenta a los hombres sino los principios y las opiniones que los hombres se forman acerca de ellas.

Epicteto

« Le sens réel de tout événement transcende toujours les “causes” passées qu’on peut lui assigner (...), mais qui plus est, ce passé lui-même n’émerge qu’à la faveur de l’événement »

H. Arendt

0-INTRODUCCIÓN

La sexualidad es el conjunto humano más complejo que existe. Efectivamente, si revisamos la definición de sexualidad (OMS, WAS, 2001) nos encontramos con una

colección de elementos dispares pero, todos, intrínsecos e importantes del ser humano (Weeks, 2002; Bancroft, 2009). En un esfuerzo de facilitar esta complejidad para la acción, se deja de hablar de sexualidad para hablar de “salud sexual” o de “función sexual” (Giarni, 2004). Pero aún, en estos casos no se resuelve ni metodológica ni concretamente la complejidad de sus contenidos e implicancias.

Ni aún, cuando la sexualidad es utilizada como metonimia de sexo esa complejidad se resuelve. Efectivamente, aunque la reducción al acto sexual es considerada útil, sobre todo en una forma de considerar la clínica sexual esto no encuadra todas las situaciones (Viola, 2006). Es más, es constante el debate sobre la reducción a lo genital tanto de la sexualidad como de la terapia sexual con las dificultades que esto implica (Tiefer, 2006; McCarthy, 2009; Viola, 2012).

Es obvio, podemos afirmar, que la complejidad existe dado que la sexualidad –y sus variantes- es un concepto nómada, que implica que como objeto se “construye en la intersección de la acción y de la interpretación” (Dumas, 1999). Es más, es inevitable. De allí, que el estudio de la sexualidad exija siempre un “nomadismo intelectual” (Viola, 2013). Efectivamente el estudio de la sexualidad exige estado nómada que conlleva “la subversión de las convenciones establecidas” (Braidotti, 2000) y que debe estar a la base de la epistemología de nuestra ciencia sexual.

Sin embargo, la práctica nos exige buscar caminos de simplicidad para poder actuar de manera operativa frente al laberinto que implica la sexualidad. Recortamos, en eso lo complejo hasta que, por cierto consenso –sea científico u otro-, logramos establecer límites entre los aspectos de lo complejo. Así la sexualidad –en este caso la función sexual- la dividimos, por ejemplo, en deseo-excitación-orgasmo como un todo potencial y como partes más específicas: erección, eyaculación, por ejemplo.

Sin embargo esta distinción, más tangible no da cuenta de la realidad humana que discurre, necesariamente sobre tres universos de intercambio fáctico con lo real: lo que pensamos, lo que sabemos, lo que sentimos. Así se ha intentado modelos que incluyan lo que no estaba incluido (Toates, 2009; Basson, 2000). En definitiva, “actuar sexualmente, los humanos no sólo tienen que aprender los procedimientos: ellos deben elaborar mentalmente eso que ellos hacen, o van a hacer y así darle sentido” (Bozon, 2002). En esta lógica se planteó, por ejemplo, *the sexual health model* que busca integrar los diferentes componentes de la sexualidad en una visión gráfica única. (Robinson et al., 2002).

1- Nuestro planteo

Este universo perceptivo –sí, sé que las tres ideas no incluyen toda la percepción pero es contundente en su eficacia pragmática- define el radio de acción de una persona y, también, los *feed-back* aceptables, que son permanentes para realizar esa negociación que hacemos para lo que nos sucede. Esta secuencia, entendida como percepción-acción-negociación-percepción, no está definida, no es definitiva, ni trasmisible ya que ella discurre entre intereses que consideramos y emociones que sentimos. En esa lógica es que recortamos la realidad o sucumbimos a ella. En el caso de la sexualidad creemos que eso se puede sintetizar de la siguiente manera:

Veamos esto con la siguiente elaboración: tenemos una idea –en su definición según el diccionario de: concepto, opinión o juicio formado de alguien o algo-. De otro lado tenemos lo que vamos a llamar “hecho” (definido como: cosa que sucede, que se puede describir de forma consensuada). Ese algo puede ser expuesto como un tema concreto en una realidad determinada. Una suerte de objetivación. Sin embargo estos dos aspectos no necesariamente son lo mismo, por más que el objeto sea el mismo. Por ejemplo: tengo una idea sobre el aborto –que se debe hacer, que se debe pensar, sentir, o lo que fuera-; de otro lado está el hecho estudiado que para hacer un aborto hay que hacer este o aquél procedimiento y además que existen un número “x” de casos de aborto. Hasta aquí está el hecho previo o posterior a la vivencia pero siempre externo a la misma. El suceso, la tercera cuestión en juego que se define, siempre según el diccionario como “cosa que sucede, especialmente cuando es de alguna importancia”. Para nuestro interés es el hecho concreto interpela, afecta, exige a un yo concreto.

Esquemáticamente serían tres elementos:

| REALIDAD | | |
|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| IDEA (IDEIA) | HECHO (FACT) | SUCESO (EVENT) |

En esta lógica debe considerarse la sexualidad –ya sea la función sexual, la salud sexual o la actividad sexual- para poder abordarla sea desde el estudio, la investigación o la intervención. Es decir, responder a estas preguntas frente a una problemática asociada con la sexualidad nos puede brindar cierta claridad para poder definir el objeto de

estudio real que debemos considerar o para contribuir a precisar la queja sexual que se consulta. Sea una cosa u la otra, creemos que tendrá repercusión directa sobre la propuesta, sea metodológica o terapéutica.

2- Algunas consideraciones epistemológicas

2.1. Sobre la idea: La idea es lo que llamamos nuestra opinión. Puede ser que ella pueda surgir de mucha información, de una elaboración conceptual honesta y de una paciente crítica a sus contenidos y derivaciones. Podemos asociarlo con lo que Renaud and Byers (2001) llaman de *sexual Cognition* (Fisher et al., 2012). Sin embargo, la idea como construcción teórica se asocia definitivamente a la cercanía que tenemos del objeto sobre el que opinamos.

La idea que tenemos sobre sexualidad surge de una serie de estereotipos que se ofrecen a través de diferentes soportes. Esa construcción que hacemos de nuestra imagen (Woertman et al. 2012) juega un papel fundamental en la concepción de nuestra sexualidad. Lo que no podemos ignorar es que como terapeutas también estamos condicionados por la idea que tenemos de lo sexual. He aquí donde la revisión de nuestra ideas se impone como una necesidad terapéutica.

2.2. Sobre los hechos: Los hechos, lo sabemos desde Berger & Luckman, se construyen como tema de interés, como sujeto de estudio, como elemento de investigación. Pero por más que nadie vea, estudie, comprenda, analice, racionalice, cuestione y mida, el sol sigue saliendo en el desierto. Es decir, hay hechos que podemos, de alguna manera, acordar medirlos de cierta manera, contabilizarlos, expresarlos. Sí, claro, dentro de las convenciones que se aceptan como tal. Así, vamos a considerar, por ejemplo, como un hecho que el coito vaginal es la introducción de un pene en la cavidad vaginal. O podemos considerar un hecho la densidad poblacional de la India. Podemos, por lo tanto, pensar que un hecho es algo que se puede medir con algún criterio que se considera como objetivable. Independiente que después lo valoricemos, interpretemos o simbolicemos como pensamos que es mejor a desmedro de lo que los demás piensen. Aquí estamos en lo que llamamos “idea”. Una cuestión fundamental: el género como elemento de análisis. En la actualidad el género es una variable que no podemos no incluir en la lectura de los hechos relacionados con la sexualidad. Así, como señala Carvalho (et al., 2012): “Gender differences exist in many aspects of sexuality, including

sexual attitudes (Geer & Robertson, 2005; Yost & Zurbriggen, 2006), affective components of sexual relationships (McCabe, 2005), and sexual fantasies and masturbation practices (Petersen & Hyde, 2010; Wilson, 1997; Zurbriggen & Yost, 2004). Sin embargo, todavía persiste la idea como una opinión.

2.3. Sobre el suceso: El suceso siempre tiene que ver con la instancia de lo “real”, es decir cuando el hecho, aún medible, y la opinión, aún la ya enunciada, son desafiados por la instancia de lo que acontece en un “aquí y ahora” (Viola, 2006). El suceso es algo «improbable, accidental, aleatorio, singular, concreto, histórico» (Morin, 1982, 135) que implica «el cambio, la diferencia» (Todorov, 1978).

El suceso, en relación a la comprensión, tiene dos estatus posibles: objetivo et origen. O sea que el suceso se inserta en la vida como una experiencia circular. Afectalo que viene y explícalo que hay. Efectivamente, un suceso «peut être individualisé par l’amont – nous le rendons intelligible, en tant que fait advenu, en le contextualisant, en le dotant d’un passé et en l’insérant dans des enchaînements causaux – ; ou par l’aval – c’est au vu de ses conséquences et de ce qu’il révèle, et à travers les situations qu’il engendre, et les expériences et les épreuves qu’il suscite, que l’événement acquiert son individualité » (Queré, 2006). He aquí la cuestión que nos interesa. El suceso valida o inválida de manera activa nuestra historia construida de hechos e ideas y, por lo tanto, se constituye en el marco donde se expresa nuestra dificultad sintomática.

Existe una cuestión a aclarar: la relación –diferencias y conceptualizaciones- entre suceso y la utilización de vivencia y de experiencia. En la literatura fenomenológica los conceptos de vivencia y experiencia toman dimensiones particulares a partir del desarrollo teórico. Vamos a considerar la idea de suceso como la central. A partir de ello, la persona expresa su vivencia y que va a generar una experiencia en particular.

Entonces, el suceso será, para nuestra consideración, la experiencia individual que se distancia en nuestra percepción del hecho, aún el que los demás pueden encontrar similar y que, también, puede aparecer como diferente a lo que según nuestra opinión era ese mismo hecho. La vivencia incorpora la emoción como traductor de lo que nos pasa “aquí y ahora” y surge de la traducción al campo de los hechos personales lo que hemos vivido y, al hacerlo, se incorpora como una nueva idea que estructura nuestra percepción de los próximos eventos. Es decir, cambia la perspectiva sobre lo pensado y lo que conocemos y afecta a las nuevas percepciones. Por su parte, la experiencia no define nada más que un conjunto de hechos vividos y “actuados” de una forma y que

producen un efecto que se considera, en ocasiones, como eficaz. A veces, esa experiencia sirve para limitar la incorporación de nuevas opciones.

Si pensamos que “Subjective experience is a fundamental aspect of human sexual response as a phenomenon in its own right. However, as a phenomenon, it is among the most under studied aspects of sexuality (de Jong, 2009), comprenderemos que la base de este fenómeno es la vivencia que surge de esta interrelación entre los tres elementos. Lo que cuando hacen ruido generan el síntoma posible.

3- Aplicaciones terapéuticas posibles:

- I. Ordena la entrevista sexual en relación a las ambivalencias, resistencias y miedos de los intervinientes.
- II. Promueven la idea de la integral al establecer espacios para visualizar los preconceptos existentes
- III. Sitúa el problema sexual dentro de un contexto sociocultural determinado.
- IV. Favorece la narrativa del paciente y permite al terapeuta a focalizar sus propias limitaciones.

Para pensar la utilidad clínica debemos remitirnos, siempre, a la complejidad de la consulta en salud sexual. Es una consulta que tiene diferentes niveles. Donde interactúan expectativas del consultante sobre su salud sexual, distorsiones cognitivas sobre lo que es salud sexual –en general y en particular- y en la percepción de lo que es su síntoma en relación a su salud sexual. Más allá del esfuerzo permanente que se indica de no hacerlo en medicina –la sexual también forma parte de este enfoque terapéutico- “los terapeutas con frecuencia “colonizan” a sus pacientes. Al igual que países ocupados por naciones más poderosas, los pacientes aprenden a devaluar su propio lenguaje, experiencia y conocimiento a favor de la visión de sus terapeutas” (Castillo Ledo et al. 2012). Lo que Steichen (2000) mencionó en “hacer que los pacientes digan las cosas en palabras que no le son propias”. Sumado a ello que la formación de los sexólogos varía en términos de conocimientos, actitudes, competencias y reconocimiento según los países (Giami et al. 2003, 2006; Gogna et al. 2011). En definitiva que los que reciben la consulta tienen sus propias “ambivalencias, resistencias y miedos” a las temáticas sexuales (Steichen, 1981). Esto implica que “Physicians in training may have limited sexual experience, unresolved issues regarding their own sexuality, or concern about developing sexual feelings toward patients”

(Parish, 2007) y más allá de las propuestas y esfuerzos en modificar esto “A crisis exists in medical school education in sexual health”. (Coleman et al. 2013). Es decir, que llegamos a la consulta sexual, -tanto pacientes como terapeutas- con una serie de vivencias sexuales que nos “demuestran” que es lo que más satisfacción sexual nos produce o nos debería producir”. Con ese conjunto de ideas y de “hechos vivenciados” interactuamos con el otro.

Recordemos que los esquemas de entrevista en salud sexual siempre apuntaron y apuntan a precisar el pre-concepto que tienen el consultante sobre lo que es y lo que le está pasando y, en segundo término contribuir a precisar las líneas de trabajo terapéutico que se pueden hacer. Sean estas específicas de la terapia sexual o de otras terapias (Masters y Johnson (1970), Kaplan (1974), Lobitz y Lobitz (1978), Lopiccolo y Heiman (1978), Hawton (1988). También hay un consenso en el conjunto de «las sociedades científicas en aconsejar, pues, un enfoque global del paciente, multidisciplinario cuando necesario, en el cuadro de su pareja si es posible» (Cuzin, 2011). Lo que, en definitiva, es comprender que “en medicina sexual, [...], el psiquismo del paciente, sus emociones y sus creencias juegan también un rol determinante en toda terapia, como esto fue puesto en evidencia en con la psicósomática y en la psiconeuro-immunología» (Porto, 2011).

Las personas, ¿a qué consienten frente a una relación sexual? Esta pregunta nos parece axial para ordenar la intervención (Viola, 2014). Es decir, ¿consentimos a una idea de lo que creemos sobre lo que va a pasar en una actividad sexual o relacionada con la sexualidad? ¿Consentimos a los hechos que consideramos lógicos –sean ciertos o no- de cómo debe realizarse o sentirse esta actividad sexual? ¿Consentimos “aquí y ahora” a lo que surge, aún si será algo esporádico? Pero sobre todo cuando re-pensamos lo vivido ¿con qué parámetro principal lo ordenamos con el de la idea que tenemos, de los conocimientos del hecho que poseemos o con la irrupción del suceso que se presenta con un nuevo significado? Sostenemos que estas respuestas pueden orientar de un modo muy pragmático la terapia.

En definitiva, las personas consultan porque perciben una distorsión entre lo que aconteció (el suceso) y lo que pensaban que tenía que suceder (ideas y hecho). Esta distorsión es la que debemos aclarar u orientar para optimizar la vivencia del paciente. Una suerte de “alineación de los astros” en relación a la concepción del hecho sexual.

Es importante recordar que “Such scripts define situations, name the actors involved, plan behavior, and help people to perceive situations and inform them about what is to be expected” (de Graaf, 2004). Tiefer (2002, 2003) subraya la necesidad de encuadrarse socio culturalmente al concepto de disfunción sexual”. Lo que implica comprender que lo que llamamos “problemas sexuales” constituyen, muchas veces, una respuesta adaptativa a una realidad que nos provoca distorsiones. En este sentido podemos utilizar este modelo para localizar, comprender y proponer una solución. Básicamente Al situar la dificultad en el plano cognitivo podemos colaborar para que el paciente realice un proceso más simple.

En definitiva, la narrativa que se realiza del suceso que motiva la consulta está basada en la confrontación entre una idea que se tenía sobre un hecho determinado y el suceso en particular. Sería como que el evento no responde a la lógica de la idea y produce una distorsión –un ruido- que afecta a la persona.

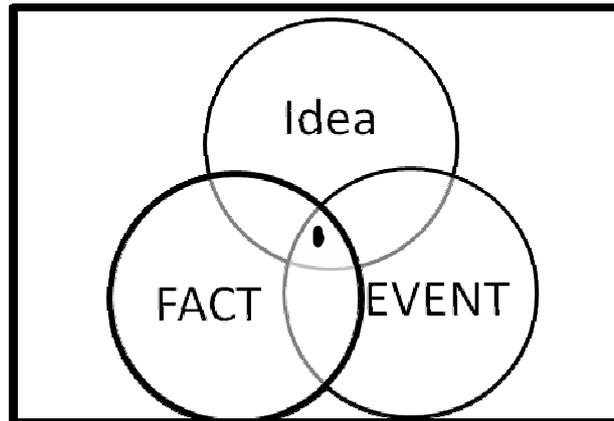
4- Discusión

Todo planteo teórico plantea la necesidad de buscar orientaciones prácticas como una alternativa necesaria aunque nunca exclusiva. En salud sexual todavía tenemos la obligación de responder a nivel social, educativo y terapéutico. Estos tres niveles obligan a considerar nuestro discurso en términos de adaptarlo a estos diferentes niveles. Así la construcción que planteamos puede ser de utilidad ya que la misma tiene en consideración estas distinciones, aun cuando tienen el mismo objetivo la promoción de la salud sexual en todo sentido. Una muestra clara de esto sería lo que Ilsa Lottes (2013) señala, en relación a los Derechos sexuales, que “Another issue for sexual right their lack of universal meaning. As many have emphasized, inadequate conceptualization contributes to unsuccessful policy implementation”.

Creemos, también, que este modelo podría adaptarse al sistema de educación de los terapeutas sexuales. Recordemos que a estos también les caben las generales de la ley, es decir, que ellos también tienen ideas y que vivencian sucesos relacionados con su sexualidad. En este sentido sugerimos pensar los tres niveles como círculos que en situación óptima deberían estar superpuestos. Las personas tenemos círculos que, superpuestos dan sentido, validez y consistencia a los actos. Uno es el círculo de las ideas. Ese conjunto de pensamientos que tenemos y que surgen de nuestras normas internas –o externas asumidas como propias-, de nuestra propias lecturas éticas que

hacemos -que pueda o no coincidir con la del grupo mayoritario, puesto que siempre coincide con alguna-, con la claridad que tengamos para pensar; el segundo círculo está dado por los hechos como conocimiento adquirido. Como lo aprendido de alguna forma pero que le damos una consistencia en lo real, en lo que pasa. El tercer círculo pasa por los sucesos que nos acaecen y que llevan al pragmatismo puro, aquel de poner el cuerpo, a lo que viene.

Ejemplificando



En esta figura lo que nos interesa particularmente es donde está marcado por “!”. En este espacio donde se encuentran la idea con los hechos e irrumpe el suceso para cuestionar de manera que produce el síntoma. El suceso es significativo porque no encuentra espacio en la idea que el sujeto tiene ni en lo que sabe, lo que genera el malestar. La comprensión de esto serviría para comprender que la adaptación terapéutica en el terreno de la sexualidad siempre está asociada a la perspectiva de construcción personal de sentido. Y, esta, está directamente relacionada con la concepción del mundo que se tiene que, a su vez, está vinculada directa o indirectamente a nociones y patrones de normalidad que la sociedad señala como necesarios, válidos o hasta discutibles. Esto último refuerza la idea que la salud sexual es un bien común que, por lo tanto necesita, exige, demanda una valía específica y urgente de los derechos sexuales como derechos humanos, con las implicancias prácticas que esto implica.

5-Conclusiones

Fernando Pessoa dice:

Encontré hoy en la calle, por separado, a dos amigos míos que se habían peleado. Cada uno me contó la narrativa de por qué se habían peleado. Cada uno dijo la verdad. Cada uno me contó sus razones. Ambos tenían razón. No era que uno veía una cosa y el otro, otra, o uno veía un lado de las cosas y el otro, un lado diferente. No: cada uno veía las cosas exactamente como habían ocurrido, cada uno las veía con un criterio idéntico uno del otro. Pero cada uno veía una cosa diferente, y cada uno, por lo tanto, tenía razón. Quedé confundido por esta doble existencia de la verdad.

Esta es la síntesis constante del encuentro humano y de las divergencias –a veces cotidianas, a veces excepcionales, pero siempre significativas- que surgen sobre las cosas que, de un modo u otro, modifican nuestra vida. La sexualidad –sea como cuestión inherente, estructural y/o axial del ser humano, sea como función sexual simplemente- siempre está en un encuentro y con ello, en esta circunstancia. Allí, siempre está, potencialmente, el conflicto, entre lo que vemos, sentimos, creemos, sabemos y lo que el otro –como unidad o como grupo, o como sociedad- contrapone. Esta divergencia sobre la realidad no es lo que genera el problema sino cuando en uno de los polos esta nuestra vivencia. Allí el síntoma aparece y, por ello, es lógico pensar en los espacios de círculos concéntricos que sitúan al síntoma.

Creo que el estudio de la sexualidad navegó siempre por aguas diversas. Así, los que insistimos en ponerla como objeto de estudio sostenemos que es necesario ahondar en los procesos teóricos que sostienen una práctica y producir un feed-back permanente en este sentido. Así, el estudio de la sexualidad alcanzará la necesaria presencia en todos los ámbitos. Si lo hacemos, los que nos dedicamos a esta rama del saber deberíamos sentir que la referencia de Mencken sobre Havelock Ellis nos interpela y nos marca una metodología. Me refiero a aquella que dice que “não é seu saber positivo que lhe confere distinção, mas sim seu ceticismo profundo e implacável, seu olhar penetrante sobre o transitório, o dissimulado e o falsificado”.

6-BIBLIOGRAFÍA

- Banens, M. (2010). Gagnonet Simon et la théorie des scripts sexuels. Canal PSY N° 92, pág. 11-13.
- Bancroft, J., Graham, C. A., Janssen, E. & Sanders, S. A. (2009): The Dual Control Model: Current Status and Future Directions, *Journal of Sex Research*, 46:2-3, pág. 121-142.
- Bancroft, J. (2009). *Human sexuality and its problems*. Churchill Livingstone. Elsevier.
- Basson, R. (2000). The Female Sexual Response: A Different Model *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26:pág. 51–65.
- Bozon, M. (2002). *Sociologie de la sexualité*. Paris: Nathan.
- Bozon, M. (1999). Les significations sociales des actes sexuels. Actes de la recherche en sciences sociales. Volumen 128, pág. 3-23.
- Braidotti, R. (2000). *Sujetos nómades*. PaidósIberica, Buenos Aires.
- Coleman, E., Elders, J., Satcher, D., Shindel, A., Parish, S., Kenagy, G., Roth Bayer, G., Knudson, G., Kingsberg, Phd, S., Clayton, A, Lunn, M., Goldsmith, E., Tsai, P. & Light, A. (2013). Summit on Medical School Education in Sexual Health: Report of an Expert Consultation. *J Sex Med*;10:pág. 924–938.
- Carvalho, J. • Quinta Gomes, A. • Laja, P., Oliveira, C., Vilarinho, S. Janssen, E. & Nobre, P. (2013). Gender Differences in Sexual Arousal and Affective Responses to Erotica: The Effects of Type of Film and Fantasy Instructions. *Arch Sex Behav*.Aug;42(6):pág. 1011-9
- Castillo Ledo, Iván ,Ledo González, Hilda I. & Del Pino Calzada, Yasiel(2012). Técnicas narrativas: un enfoque psicoterapéutico. Norte de salud mental, vol. X, n° 42: pág.59-66.
- Cuzin, B. (2011). Guérir ou retrouver un état sexuel antérieur ? Évolution du concept de guérison en sexologie. *Sexologies* (2011) 20, pág.38—41
- De Graaf, H. & Sandfort, Th. G. M. (2004). Gender Differences in Affective Responses to Sexual Rejection. *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 33, No. 4, August 2004, pp. 395–403.
- David C. de Jong (2009): The Role of Attention in Sexual Arousal: Implications for Treatment of Sexual Dysfunction, *Journal of Sex Research*, 46:2-3,pág 237-248.
- DUMAS, B. (1999). Les savoirs nomades. *Sociologie et sociétés*, vol. XXXI, n° 1, printemps 1999, pág. 51-62.
- Fisher, T. D., Moore, Z. T. & Pittenger, M.-J. (2012) Sex on the Brain?: An Examination of Frequency of Sexual Cognitions as a Function of Gender, Erotophilia, and Social Desirability, *Journal of Sex Research*, 49:1, pág69-77.
- Giami, A. (2004). Sexualité et santé publique: le concept de la santé sexuelle. *Revue Europ. Sexol :Sexologies*. (XIII) 47; pág. 6-12.
- Giami, A. & De Colomby, P. (2003). Sexology as a Profession in France. *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 32, No. 4, August 2003, pp. 371–379.
- Giami, A.; De Colomby, P. Y Grupo Euro-Sexo, (2006). La profesión de sexólogo en Europe: diversidad et perspectivas communes. *Sexologies*, revue européenne de Santé sexuelle, n. 1.
- Gogna, M., Jones, D. & Ibarlucia, I. (2011). Sexualidad, ciencia y profesión en America Latina: el campo de la Sexologiaem la Argentina Rio de Janeiro : CEPESC.
- LEVY, André (2012). L'énigme de l'événement. *Connexions* 2012/2 (n° 98), pág. 53-64.
- LOTTE, I. L. (2013) Sexual Rights: Meanings, Controversies, and Sexual Health Promotion, *Journal of Sex Research*, 50:3-4, pág. 367-391.
- Mccarthy, B. & McDonald, D. (2009) Sex Therapy Failures: A Crucial, Yet Ignored, Issue, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 35:4, 320-329.
- Morin, E. (1982). *Science avec conscience*. Paris: Fayard.
- Navarro-Pertusa, E., Barberá Heredia, E. & Reig Ferrer, A. (2003). Diferencias de género en motivación sexual. *Psicothema* 2003. Vol. 15, n° 3, pág. 395-400.
- Parish, S. J. & Clayton, A. H. (2007). Sexual Medicine Education: Review and Commentary. *J SexMed*; 4:pág259–268.
- Porto, R. (2011). L'effet placebo : importance de la prise en charge. *Sexologies* (2011) 20, pág52—61.
- Quérel, L. (2006). Entre fait et sens, la dualité de l'événement. *Réseaux* n° 139 – UMLV/Lavoisier, pág. 184-216.
- Robinson, B. E. Bockting, W. O. Rosser, B.R., Miner, M. & Coleman, E. (2002). The Sexual Health Model: application of a sexological approach to HIV prevention. *Health Educ Res*. Feb; 17(1):pág43-57.

- Tiefer, L.(2006) Sex therapy as a humanistic enterprise, *Sexual and Relationship Therapy*, 21:3, pág359-375.
- Toates, F. (2009): An Integrative Theoretical Framework for Understanding Sexual Motivation, Arousal, and Behavior, *Journal of Sex Research*, 46:2-3, pág168-193
- Todorov, T. (1978). *Les genres du discours*. Paris: Editions du Seuil.
- Viola, F. (2012). *Eros y psyché. Ensayos sobre sexualidad*. Editorial Académica española. Alemania.
- Viola, F. (2013). *Intellectualnomadismeforthestudy of sexuality*. actas del XXI Congreso Internacional de salud sexual. Porto Alegre. Septiembre 2013.
- Viola, F. (2006), *El paradigma de la Violencia contra la mujer: La violación*. En F. Barragán y O. Alegre (Coords) *Cultura de Paz y Género* (pp. 91-117). Archidona (Málaga): Aljibe.
- Weeks, J. (2002). *Sexuality and its discontents: Meanings, myths & modern sexualities*. Taylor & Francis e-Library.
- WoertmanLiesbeth& Van Den Brink Femke(2012) *Body Image and Female Sexual Functioning and Behavior: A Review*, *Journal of Sex Research*, 49:2-3, pág184-211.



LA EDUCACIÓN SEXUAL, EL INTERROGATORIO SEXUAL

UNA APUESTA IMPOSTERGABLE PARA LA SALUD Y EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS

Lic Cristina Tania Fridman⁸

INTRODUCCIÓN Y RESUMEN

Agradecimiento al Dr. R. Green y Al Dr León Roberto Gindin

“Quien no ha cometido nunca un error, nunca ha tratado nada nuevo”. Albert Einstein.

⁸ CRISTINA TANIA FRIDMAN

Socióloga-Diplomada Educación Médica - Especialista en Educación Sexual FLASSES-SASH Vice Presidenta de SASH –Argentina; Vice Chair of Sexuality Education Committee (SEC) WAS ;Co-Directora Formación Especialista en Actualización en Sexología Clínica; Especialización en Educación sexual, programas a distancia CETIS; Profesora Universitaria en Sexualidad y Salud; Premio Mundial a la excelencia e innovación educativa WAS- 2009; Premio FLASSES 2014 “Medalla de distinción en vida” - Rep Dom. CLASES XVII; Premio FLASSES 2016 R Cavalcanti “a la Trayectoria más destacada en el campo de la sexología como miembro integrante de la Federación”.

Buenos Aires – CEL +54 9 11 40532644 ; Tel +541145535224 Email: ctfridman@gmail.com

Entre ellas, la inclusión del interrogatorio sexual como formando parte de la historia clínica general.

El interrogante es amplio, ya que la propuesta es consultar si la sexualidad de las personas debe dejarse en manos de psiquiatras, psicólogos y terapeutas sexuales o es parte ineludible de la salud de cualquiera de los seres humanos que concurrimos a una consulta general de salud.

Obviamente necesitamos modulaciones acerca de las técnicas utilizadas, propuestas sobre como preguntar para que los pacientes no estén a la defensiva, campos del interrogatorio que tienen en común o guardan relación con problemas del paciente corriente, la actitud crítica del médico, y su dificultad de ser acrítico.

El aprender cómo elaborar el interrogatorio sexual seguramente es una experiencia profesional y de desarrollo personal inolvidable e ineludible, y es interesante subrayar que esta tarea también puede ayudar a difundir la salud sexual.

Varias generaciones de sexólogos que se han formado durante más de 20 años en CETIS y en Argentina en varias Universidades (a través también de la Cátedra de Sexualidad Humana y Salud sexual, o de Sexología que he compartido junto al Dr León Roberto Gindin en las facultades de Psicología en la Universidad de Belgrano, la UAI y Medicina en UCES) más innumerables cursos en Hospitales y otras instituciones - así también en el Curso de Formación de Sexología Clínica de SASH- se encuentran agradecidas simplemente con este significativo aporte.

No quiero dejar de mencionar a Thomas Kuhn, quien adopta un enfoque de la historia de la ciencia y de la filosofía de la ciencia centrado en cuestiones conceptuales como qué tipo de ideas son concebibles en un determinado momento, qué tipo de estrategias y opciones intelectuales las personas tienen disponibles durante cierto período, así como la importancia de no atribuir modelos de pensamiento modernos a autores históricos. Desde esta posición, él argumenta que la evolución de la teoría científica no proviene de la mera acumulación de hechos, sino de un grupo de circunstancias y posibilidades intelectuales sujetas al cambio.

Uno de los objetivos de la ciencia es encontrar modelos que den cuenta de la mayor cantidad de observaciones dentro de un marco coherente. La reformulación de la naturaleza del movimiento llevada a cabo por Galilei, junto a la cosmología de Kepler, representaban un marco coherente capaz de rivalizar con el Aristotélico/Ptolemaico.

Una vez que se ha dado el cambio de paradigma, es necesario reescribir los libros de texto. La historia de la ciencia suele ser asimismo habitualmente reescrita y presentada como una suerte de proceso inevitable que conduce al marco conceptual establecido en el momento.

Por ello las críticas y las transformaciones del pensamiento científico son bienvenidas y no olvidemos que todos formamos parte de movimientos sociales. Hace rato que la ciencia y sus integrantes no son de otro planeta sino del mismo, y muchas veces lo social impone ritmos, y otras tantas veces lo científico se adelanta por centurias y los hiatos son profundos y asincrónicos. Me refiero a conceptos que han cambiado para la comprensión de las identidades sexuales y el cambio de sexo, siendo el interrogatorio sexual parte de la formación de los profesionales y de cambios de concepciones de lógicas validadas exclusivamente en lo binario.

PALABRAS CLAVE: Interrogatorio sexual. Educación, formación en sexualidad - profesionales de la salud y de la población. Bienestar.

SEX EDUCATION, SEXUAL INTERROGATION

AN UNAVOIDABLE COMMITMENT TO PEOPLE'S HEALTH AND WELL-BEING

INTRODUCTION AND ABSTRACT.

Acknowledgment to Dr. R. Green and Dr. León Roberto Gindin

"Who has never made a mistake, has never tried anything new." Albert Einstein.

I am grateful to have worked with, the inclusion of sexual interrogation as part of the general clinical history.

The question is wide, since the proposal is to consult if the sexuality of people should be left in the hands of psychiatrists, psychologists and sex therapists or is an unavoidable part of the health of any of the human beings who attend a general health consultation.

Obviously, we need modulations on the techniques used, proposals on how to ask so that patients are not on the defensive, fields of interrogation that they have in common or related to problems of the current patient, the critical attitude of the doctor, and their difficulty of being uncritical.

Learning how to elaborate the sexual interrogation is surely an unforgettable and unavoidable professional experience and personal development, and it is interesting to emphasize that this task can also help to spread sexual health.

All the generation of sexologists -who have been trained for more than 20 years in CETIS-and in Argentina in several Universities (also through the Chair of Human Sexuality and Sexual Health, or Sexology that I led together with Dr. León Roberto Gindin, in the faculties of Psychology at the University of Belgrano, the UAI and Medicine at UCES) plus at innumerable courses at hospitals and other institutions, as SASH Course of Clinical Sexology, are simply grateful with this significant contribution.

I do not want to stop mentioning, Thomas Kuhn. He adopts an approach to the history of science and the philosophy of science focused on conceptual issues such as what kind of ideas are conceivable at a given moment, what kind of strategies and intellectual options people have available for a certain period, as well as the importance of not ascribing modern models of thought to historical authors. From this position, he argues that the evolution of scientific theory does not come from the mere accumulation of facts, but from a group of circumstances and intellectual possibilities subject to change.

One of the objectives of science is to find models that account for the largest number of observations within a coherent framework. The reformulation of the nature of the movement carried out by Galilei, together with Kepler's cosmology, represented a coherent framework capable of competing with the Aristotelian / Ptolemy.

Once the paradigm shift has taken place, textbooks must be re-written. The history of science is also usually re-written and presented as a kind of inevitable process that leads to the conceptual framework established at the time.

Therefore, criticisms and transformations of scientific thought are welcome and we must not forget that we are all part of social movements. For a while now, science and its members are not from another planet but from it, and often the social imposes rhythms, and other times science is ahead by centuries and the hiatus are deep and asynchronous. I refer to concepts that have changed for the understanding of sexual identities and the change of sex, being the sexual interrogation part of the training of professionals and changes of conceptions of logics validated exclusively in the binary.

KEY WORDS: Sexual interrogation. Education, sexuality training - health and population professionals. Well-being

EXTERIORIZACIÓN DE LOS HECHOS RELATIVOS A LA EXPRESIÓN SEXUAL

Actualmente la sexualidad humana está más verbalizada que en otros tiempos.

Las causas de este hecho responden a situaciones culturales propias del proceso actual de construcción social de nuestras organizaciones societarias-

Los efectos de esta mayor expresividad popular de la vida sexual siendo múltiples y susceptibles de contradictoria valoración, parecer haber creado una situación nueva, tanto en el campo de la conducta individual como colectiva.

La llamada “intimidad sexual” (Pasini) ha ido cediendo a las presiones de los intereses de la sociedad de consumo. Las campañas publicitarias, la comunicación de masas, las comunicaciones virtuales, el uso de nuevas tecnologías de comunicación, la aldea global, crean una aceptación más o menos subliminal por parte de los individuos de unas referencias sobre la sexualidad para las que anteriormente no parecían estar “programados” y generan nuevas crisis en las identidades sexuales promovidas por estas situaciones de visibilidad de las sexualidades humanas.

A mayor exteriorización de los hechos relativos a la expresión sexual se sigue una multiplicación de la puesta en evidencia de las situaciones conflictivas con que se vivencia la sexualidad humana, así como también la existencia de dilemas éticos. Por otra parte, varios estudios que provienen del campo de la sociología apuntan a describir las transformaciones de las últimas décadas como el pasaje de una sexualidad construida por controles y disciplinas externas a los individuos a una sexualidad organizada por disciplinas internas.

Bozon (2004) plantea un universo que no cesa de estar estructurado en profundidad por las desigualdades entre sexos y entre clases, pero donde las normas en materia de sexualidad proliferan más bien que escasean, los individuos están entonces sometidos a establecer ellos mismos, a pesar de las imprecisas referencias pertinentes, la coherencia de sus experiencias íntimas. Mientras, ellos continúan sujetos a juicios sociales estrictos, según sus edades y según sean varones o mujeres.

Expresan estos estudios acerca de uno de los efectos de la medicalización de la sexualidad que ha avanzado notoriamente en este período, es el hecho de que los problemas del sujeto y de su compromiso con la sexualidad han cesado de ser principalmente comprendidos como problemas morales y tienden a ser interpretados como una cuestión de bienestar individual y social, el cual se relaciona con la noción de salud sexual (Giami: 2003) y de comportamiento responsable.

Los cambios contemporáneos, complejos en las conductas sexuales son referidos a partir de la temporalidad biográfica y comprometen a los seres humanos a interrogarse acerca del momento en que se debe o puede hacer una determinada conducta o acción.

Casi “desaparece” el umbral de edad y aparece una molesta prolongación de posibilidades, como la de una normalización biográfica de la sexualidad.

Así, la actividad sexual no es más el atributo de un individuo casado, en edad de tener niños. Se produce un alargamiento de la vida sexual, tanto en la edad joven como en la edad avanzada, y el desarrollo de las biografías sexuales en función de la edad es cada vez menos lineal.

I) una reorganización más general de edades

II) al carácter cada vez más reversible de los pasajes

III) al aumento de la movilidad conyugal, la edad de un individuo es cada vez menos predictiva de su estado matrimonial.

Las transformaciones de condiciones sociales del envejecimiento - al filo de las generaciones - han favorecido la aspiración y el acceso a una actividad sexual prolongada. Para las mujeres en Francia, la entrada en la sexualidad y la anticoncepción es hoy en día inaugurada en la primera consulta ginecológica, primera etapa de una larga carrera de paciente. Este nivel de medicalización y de control de la vida no había sido alcanzado hasta ahora.

Con la evolución de la biografía temporal de la sexualidad se puede decir que hemos entrado en una sociedad donde reina una difusa e implícita obligación de jamás interrumpir ni terminar con la actividad sexual (una obligación al sexo) no importa cuál sea el estado de la salud, edad, estado conyugal.

Los que no tienen actividad sexual lo disimulan o se justifican. (Bozon; op.cit 2004)

Esta exigencia de actividad sexual puede ser considerada como una novedad contemporánea.

A pesar del avance sustancial de la medicalización de la sexualidad (el desarrollo de los medicamentos de confort denominada en los países anglosajones medicamentos “estilo de vida” (lifestyle drugs) y de sus efectos sobre la estructuración de conductas, a partir de los ejemplos de la contracepción, de la prevención del sida y de la disfunción eréctil y demás, los profesionales de la salud siguen siendo carenciales de habilidades para atender en forma completa a sus pacientes.

Algunos laboratorios que han producido sildenafil han dirigido sus campañas a los médicos pero mucho más extensamente hacia el público que ha sido invitado a acudir a los médicos (“a salir del silencio”) en caso de problemas de erección: la preferencia de los hombres por una atención individual rápida, no psicologizada y eficaz, más fuerte en los EEUU que en Francia se ha transformado en un elemento motor de la patologización de la disfunción eréctil y del éxito del producto aún antes del cambio de actitud de los médicos.

Tanto la salud corporal como sensitiva se encuentran en estrecha relación de tal forma que al postergar lo emocional se descuida lo físico. La salud sexual es parte tan saciada de ambos aspectos que desconocer lo sexual significa una insuficiente atención médica.

En este artículo se considera que la historia clínica es incompleta si no incluye un interrogatorio sexual general

POR QUÉ EL INTERROGATORIO SEXUAL:

Tanto la salud emocional como física están interrelacionadas de modo que al descuidar lo emocional se descuida lo físico. La salud sexual es parte tan integral de ambos aspectos que ignorar lo sexual significa una deficiente atención médica. Así pues, **la historia clínica es incompleta si no incluye un interrogatorio sexual general**

Los problemas en relación con la sexualidad pueden causar hundimiento, zozobra y embriaguez. La depresión, angustia y el abuso del alcohol reducen el impulso sexual y aumentan un funcionamiento sexual disorde. La disfunción eréctil puede derivar de la diabetes; una cópula doliente para la mujer puede provenir de las adherencias quirúrgicas postoperatorias; en los varones que sufren el síndrome de Klinefelter puede existir una causa orgánica del impulso sexual reducido y del problema erectivo. Los números acusan que un 50% de las personas en matrimonio revelan una zona de incompatibilidad o disfunción sexual que se puede manifestar por malestar general e indicios somáticos vagos.

Los recién nacidos con feminización testicular pero cuya anomalía orgánica por falta de períodos menstruales se diagnostica 15 años más tarde; la exposición a la administración de hormonas antes del nacimiento que pueden repercutir en pautas de conductas posteriores; (Gindin, 2000) la no consumación de los matrimonios referida a vaginismo e impotencia como patología de relación; la interferencia de diferentes métodos anticonceptivos en las sexualidades de sus usuarios; (Gloor 1981; Ramos: 1991) el aborto como consecuencia de la ignorancia masiva y ocultamiento de la sexualidad y sus secuelas de disfunción sexual generalizada. (Intebi: 2003) (López Sánchez: 1997) las estadísticas de abuso sexual infantil y estrés postraumáticos predictores de desarmonías sexuales en parejas futuras; (Tobi, 2002) la sexualidad de la mujer embarazada y el postparto; (Hachen: 1981; Fridman y Posse: 1995) los aspectos psicosociales y neurofisiológicos de la función sexual en pacientes traumatizados medulares; la vida sexual en la edad avanzada, (Abraham,: 1980); (Gindin y Fridman 2002) la ingesta de drogas y la sexualidad, los pacientes con discapacidad intelectual y sus sexualidades.

La publicación en 1970 del libro de Masters Y Johnson “Human Sexual Inadequacy” señaló un hito en el método que practicaban los profesionales de la salud ante los problemas sexuales. A diferencia del punto de vista tradicional de que veía en ellos síntomas de las neurosis profundas originadas en experiencias edípicas durante la infancia temprana, estos autores presentaron un modelo de los problemas sexuales como consecuencia de deficiencias en la información, fallas en la comunicación, actitudes sociales inhibitorias, y los efectos de la ansiedad de desempeño. Las consecuencias de esta nueva concepción, validada por pruebas incuestionables de la eficacia de su método terapéutico, fueron importantísimas.

Un efecto positivo se relaciona a aquellas personas que sufriendo problemas sexuales tuvieran una esperanza de tratamiento rápido y eficaz.

Un efecto “negativo” fue quizás no la génesis de un nuevo tipo de profesional de la salud, el o la terapeuta sexual (Lo Piccolo, 1977) sino la creación de esta especialidad (aún sin inserción en la mayoría de las carreras de medicina) en donde l@s médic@s generales envían a todos sus pacientes que sufren problemas a los terapeutas sexuales , dado que no se sienten a gusto al comentar la sexualidad de sus pacientes y posiblemente la falta de pericia para tratar los problemas sexuales y por lo tanto consideran que es mejor el envío para el paciente. Si bien es cierto que es procedente en un porcentaje interesante de patologías sexuales el envío a los especialistas, no sucede lo mismo en un número importante de pacientes que consultan al medic@ general. En algunos casos uno podría suponer que está, hasta contraindicado.

La mayor parte de los pacientes no cumplirán las instrucciones de ir al especialista. Muchos pacientes desean ser tratados por su médic@ general al que conocen y confían.

La terapia sexual tiene significados negativos en el imaginario de muchos pacientes, sintiéndose como que son “realmente inadecuados sexualmente”. Ello se puede corregir si en vez de un número de teléfono se explica bien la motivación de la derivación.

En varias regiones del país no es posible enviar a médic@s terapeutas sexuales calificados. Existen vacíos en el país que solo el médico general puede llegar a ser el mejor recurso disponible. No siempre los sistemas de salud permiten las derivaciones apropiadas. Porque algunos centros sólo trabajan parejas, o tienen honorarios elevados, **A veces el envío no es necesario, ya que puede ser tratado el problema en el**

contexto de una visita normal al consultorio donde el profesional tenga conocimientos del ciclo de la respuesta sexual se encuentre a gusto al comentar la sexualidad y facilite que el paciente se sienta bien.

Salud sexual es la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales, y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor.

Presentan decisiva importancia desde ese punto de vista el derecho a la información sexual y el derecho al placer.

“Sexualidad como el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Y si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos.

En resumen, la sexualidad se practica y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos.”

PROBLEMAS ESPECIALES

Existen obstáculos importantes entre la capacidad del clínico para formular una pregunta y la del paciente para contestarla.

Si bien se requiere de un amplio conocimiento del sistema cardiovascular para cubrir todas las bases sintomáticas, estas preguntas se elaboran sin angustia o inhibición una vez que se han aprendido y se comprende su fundamento.

El Paciente: En forma similar, en el paciente ocurre poco o ningún titubeo para contestar verazmente a estas formas de investigación.

Generalmente, no existe el mismo ambiente en lo que se refiere al interrogatorio sexual.

HIPÓTESIS

El uso aprendido por parte de los profesionales de la salud del interrogatorio sexual como integrante de la historia clínica del paciente contribuiría a optimizar las condiciones de salud del paciente y de la población general.

El interrogatorio sexual ¿debe formar parte de la historia clínica general?

Siendo el motivo de consulta del paciente no específicamente sexual, ¿se considera apropiado hacer el interrogatorio específico?

Al realizar el interrogatorio sexual, dado que la técnica utilizada es diferente a la del interrogatorio sobre otros aspectos de la salud:

A) ¿Existen formas de evitar posiciones defensivas de los pacientes en el modo de realizar las preguntas?

B) ¿Hay campos del interrogatorio sexual que tienen relación con problemas del paciente corriente?

VARIABLES A TRABAJAR EN LA INVESTIGACIÓN

- Definición de cualidades del interrogatorio sexual
- Momentos óptimos de realización del interrogatorio.
- Efectos de introducción en fase temprana en la relación médic@- paciente
- Efectos de introducción en fase tardía en la relación médic@- paciente

Enfoque del tema: modalidad de abordaje del profesional: Comodidad versus incomodidad con la temática.

- Tiempo de confianza para la elaboración de historias sexuales
- Del primer relato a relatos más avanzados. (confianza, comodidad, confidencias)

Hoy día los profesionales de la salud como los auxiliares médic@s deben enfrentarse cada vez más a menudo con problemas sexológicos.

A veces la demanda del paciente es latente y de difícil expresión y se traduce en una actitud general de insatisfacción que sólo espera el estímulo del profesional de la salud para verbalizarse.

CÓMO PREGUNTAR

Si bien uno puede practicar una serie de preguntas sobre el autoerotismo no se garantiza que el clínico considere este campo digno de atención, y difícilmente se elimina la turbación cuando se recitan las preguntas a un paciente maduro del sexo opuesto. En forma recíproca, tal vez el paciente nunca haya hecho comentarios sobre la masturbación, posiblemente sufra considerable apremio, alteración y sensación de

infracción sobre el tema, y quizás no aprecie en qué aspecto es especialmente importante en relación con el interrogatorio médico.

Recomendaciones en la formación: Un ejercicio demostrativo para poner en evidencia la turbación o desconcierto durante el interrogatorio sexual es el siguiente. En primer lugar, se elige un colega auxiliar médico del mismo sexo. Se formulan preguntas sobre sus prácticas sexuales y áreas de conflicto. Se registra la entrevista en un video. Posteriormente se vuelve a escuchar para observar titubeos, cambios en el tono de voz, a indicios faciales de turbación del entrevistador, por ejemplo, evitar el contacto ocular.

Dr. R. Green (1981) recomendaba seguir secuencialmente, desempeñando el papel de un paciente que sufre determinado problema sexual; por ejemplo, el caso de un varón, un joven que sufre disfunción eréctil, eyaculación precoz o falta de control de la eyaculación, o bien, padres jóvenes frente a preguntas de sus hijos acerca de dónde vienen los bebés. Quizás el caso de una mujer que experimenta coito doloroso o de una maestra cuyo alumno de jardín de infantes hace preguntas sobre los genitales. Un adolescente con desorientación respecto de su evolución corporal. Se trabaja con un estudiante del mismo sexo y se invierten los papeles de paciente y médico. Se sigue la simulación.

Enseguida, se selecciona un colaborador del sexo opuesto y se repite el ejercicio. Por último, se invierten los papeles, haciendo esta vez el papel de un paciente del sexo opuesto.

Este ejercicio, además de mostrar los problemas peculiares del interrogatorio sexual, es también un procedimiento práctico y eficaz para **aprender a formular preguntas** sobre temas específicos. El entrevistador que se encuentra a disgusto al comentar la sexualidad comunica al paciente un meta-mensaje que contradice el contenido del interrogatorio. El meta-mensaje dice: “Preferiría no escuchar las respuestas a esta pregunta, y espero que no la tenga usted”. Más aún, el entrevistador que comunica un prejuicio sobre lo “apropiado” de ciertas conductas configura las respuestas del paciente e inhibe los elementos de la comunicación del sujeto que podrían producir la desaprobación del médico.

EL MOMENTO ÓPTIMO

Una de las cuestiones medulares se refiere al momento óptimo. Ese, para la investigación detallada de las actitudes, hábitos y posibles problemas sexuales no es cuando la visita inicial del paciente se debe a un cuadro de alergia complicado o una otitis media. Tampoco lo es el tercer año del vínculo entre el médico y el paciente.

Algo correspondiente al nivel del sentido común abona que el interrogatorio sexual deberá hacerse una vez que se haya elaborado la historia clínica completa. Al incluir el interrogatorio sexual en etapa adelantada de la relación se advierte al paciente que el médico considera la importancia de la salud sexual y el gusto por satisfacer estas necesidades de la salud. Si se posterga el lugar del tema, se da a interpretar que está a disgusto.

La famosa iniciación tardía de incluir las cuestiones sobre la salud sexual, refieren al efecto que se produce cuando finalmente se trata “el tema” a las escenas conocidas de “las cosas de la vida” con hijos mayores de 13 años. Sin embargo, si existe una antigua relación entre el profesional de la salud y el paciente -que no ha incluido comentarios sobre los temas sexuales-, aún no es demasiado tarde para iniciarlos.

La habilidad del interrogatorio sexual como parte del protocolo de salud general, requiere tiempo, a menos que la historia sexual inicial ponga de manifiesto áreas problemas importantes. Ese tiempo requerido ayuda a que el paciente sienta suficiente confianza y comodidad y haga confidencias.

La primera sesión puede dar resultados, siempre y cuando el paciente sí tenga un problema y agradece que el médico esté emocionalmente disponible para orientarlo.

Una forma fluida y agradable son palabras de inicio que sigan un esquema semejante: “Como su médico/a suyo quiero que conozca que mi trabajo es ayudarlo a conservar la salud en todos aspectos. Cuando necesite de cuidados más especializados, estoy siempre dispuesto/a para derivarlo con la persona adecuada. Un campo que los profesionales de la salud hemos descuidado hasta hace poco, se refiere a la salud sexual. Si queremos cumplir con nuestra responsabilidad debemos atender e incluir a esta parte importante de nuestras vidas. Así pues, voy a hacerle algunas preguntas sobre la sexualidad. Hay temáticas comunes y frecuentes relativas a nuestro funcionamiento sexual, tipos de experiencias sexuales, nuestras preferencias sexuales, la adaptación sexual en las

parejas – incluyendo todo tipo de unión- , la educación sexual de los hijos, el lugar del juego sexual infantil, la sexualidad en los adolescentes, etc. Aquí mismo, el profesional insiste sobre la confidencialidad igual que el resto de su ficha médica y sobre que se da por entendido **que la mayor parte de las personas han experimentado el fenómeno.** Luego se explora la propia experiencia en este campo. Por ello un ejemplo típico es enunciar así la pregunta: Por ejemplo, “**¿Cuándo o cómo aprendió usted por primera vez sobre...?**”(En cambio de, “**¿Aprendió usted sobre...?**”), “¿Cuándo experimentó usted por primera vez...” (en cambio de “¿Ha experimentado usted alguna vez...”).

Otra técnica es pasar de los aspectos menos “sensibles” a los más “sensibles”. Se pregunta en primer lugar sobre los campos de la conducta sexual que son más aceptables y que pueden comentarse con mayor comodidad.

El lenguaje del entrevistador debe adaptarse al del paciente. Esta variable es de importancia capital para la comprensión y tratamiento del tema.

“Una importante porción de personas sienten cierto grado de desencanto, muchas no revisten ninguna relevancia y otras son importantes, en la parte sexual de sus vidas ¿Puede decirme qué desaciertos ha sostenido usted?” (Ninguna relación es totalmente satisfactoria, y la autorización del profesional de la salud puede ayudar informando para facilitar el enunciado de las áreas problema).

LA EDUCACIÓN

Ya conocemos que la educación puede ser parte integral de la entrevista.

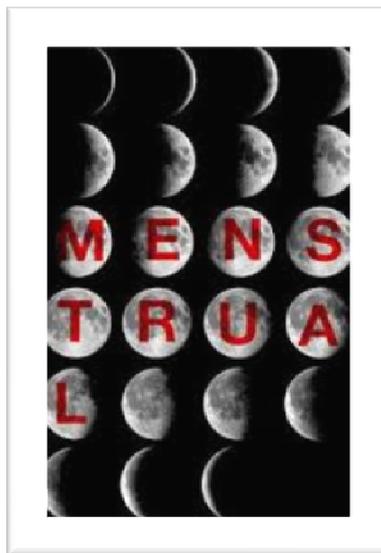


Los partidarios de la educación sexual piensan que una gran mayoría de los embarazos no deseados son el resultado de relaciones sexuales sin usar métodos contraceptivos.

Otros consideran que si ofrecen educación sexual y conversan con sus hijos sobre el embarazo y control contraceptivo, sienten como que estuvieran promoviendo la actividad sexual (lo que posiblemente consideren indeseable).

Son frecuentes las diferencias de una generación a otra en relación con los valores sexuales. Habrá que poseer la empatía necesaria y suficiente para atender a ambas dos poblaciones.

Si informamos sobre la menstruación caerá sobre este siglo XXI, todo un bagaje de conocimientos y acciones. Por ejemplo, últimamente se ha puesto de moda utilizar la sangre menstrual en obras de arte, tal como lo hizo la artista conceptual Jean Lewis, quien busca des - estigmatizar la naturaleza femenina. Ella se define como « menstrual designer» e hizo una muestra que se llama « beauty in blood». Y no olvidar el peso que tiene en varias religiones y las oraciones contenidas en el levítico por ejemplo. Es frecuente encontrar que la menstruación está relacionada con el inodoro, y la excreción, expresa el miedo a la sangre, a la castración, significa que ser mujer es algo secreto y furtivo, repugnante y bochornoso. Actualmente es factible - en programas radiales argentinos- escuchar que la menstruación es **la frustración del embarazo**. McCary ha descrito 70 mitos y falacias sexuales. Muchos de estos mitos incomodan a los pacientes.



El Tamaño del Pene, orgasmo clitorídeo- vaginal, frecuencia de masturbación y alcance de orgasmos por vía auto-erótica, Muchas de las preguntas se sub-registran

estadísticamente, porque las posibilidades de investigar la sexualidad tiene como base importante la declaración del interesado/a.

El entrevistador deberá conocer acerca de las nuevas propuestas teóricas (Anne Fausto-Sterling) basada en la idea de que “(m)achos y hembras se sitúan en los extremos de un continuo biológico, **pero hay muchos otros cuerpos** (...) que combinan componentes anatómicos convencionalmente atribuidos a uno u otro polo” (2006:).

Ello le permitió sostener que “si la naturaleza realmente nos ofrece más de dos sexos, entonces nuestras nociones vigentes de masculinidad y feminidad son presunciones culturales”,

Por lo tanto será parte del aggiornamento del profesional de la salud, conocer las **tecnologías de optimización corporal** donde se ubica también un modo de entender la biología como una entidad modificable y perfectible.: trasplantes de órganos, la reproducción médicamente asistida, Los implantes con fines estéticos o médicos, las técnicas de modificación corporal ligadas a la identificación genérica (terapias hormonales, mastectomías, cirugías de reasignación genital, etc.),el mejoramiento del desempeño sexual.

“**Trans**” es un vocablo ampliamente utilizado para especificar a personas cuya identidad de género y/o expresión de género no se corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con el sexo asignado al nacer. Las personas trans tienen necesidades de salud tanto generales como específicas, y el acceso a los servicios justos y adecuados para hacer frente a éstas ha sido muy limitado.

A los pacientes -algunas veces, posiblemente -les moleste su propia dosis de **fantasías íntimas**. También diferenciar fantasías de conductas manifiestas. **Aunque** no sería inadecuado visualizar, que hay sueños que merecen pertenecer a una biografía con el mismo derecho que el más nominado de las experiencias realmente vividas. Deberá prestarse atención a la cualidad o no que contengan elementos pasibles de hacer daños a terceros.

En las “biografías sexuales” suele ser común, en los inicios o debuts contar elementos de experiencias oníricas mezclados en el relato con hechos acaecidos.

Todas las edades, desde que nacemos hasta que morimos, somos seres sexuados y sexuales, por tanto, en las personas “gente de mayor edad” ¿En qué forma comprende usted la sexualidad durante estos últimos años de la vida? ¿Cómo ha afectado el paso del tiempo a su sexualidad?”

No olvidemos como la sociedad moderna estigmatiza, con valores sumamente negativos, a la gente adulta. No le diga el médica/o al paciente Ariel Hetges, - director publicitario de una empresa- de 73 años, que la vida que lleva "está muy bien para su edad" y “que su sexualidad se da por sobreentendida”, porque lo más probable es que este comentario le parezca un sinsentido. No lo siga excluyendo con el rótulo de *edadismo o viejismo*. Hay discursos estereotipados sobre los abuelos y las abuelas.

Más que en los millenials o los centennials, los profesionales de la salud deberían empezar a hacer foco en los perennials, ya que -no por nada- la geriatría se creó no hace tanto tiempo atrás.

I.T.S; métodos de contracepción, problemas sexuales primarios, otros problemas del trastorno del funcionamiento sexual, los tipos de sexualidad atípica y la sexualidad que acompaña a problemas médicos enriquecerán los conocimientos del profesional.

No deberá pasarse por alto el resto del interrogatorio sexual simplemente porque el médico se ha ocupado del síntoma principal.

El lenguaje revela nuestras actitudes personales y las comunica a los pacientes. Considérese la palabra "promiscuo" con que designamos las experiencias sexuales con diferentes personas. O bien, considérese el término "infiel" para describir las experiencias sexuales extramaritales. **En vez de moralizar debemos ser capaces de integrar y proporcionar datos objetivos sobre lo que hacen y sienten las personas, y la evidencia existe en relación con estas experiencias.**

Los profesionales de la salud no deben ser ciegos frente a los temas demográficos, no sólo la extensión de la vida, sino las migraciones, y los contextos culturales que obligan a un estudio y ahondamiento sobre cuales poblaciones se ejerce propiciar la salud mental, atención sanitaria, salud reproductiva y sexual, salud laboral, etc. Son relevantes las competencias culturales para los planes de promoción e inclusión. Privilegiar la atención especializada contra el uso agigantado de las urgencias.

¿Quién de nosotros ha crecido sin oír intensos juicios morales sobre la conducta sexual? Muchos de nosotros nos encontramos a gusto con lo que hemos decidido que se adapta a nuestro estilo de vida. Lo correcto de la adaptación pertenece al terreno de la idiosincracia. Una mayoría de profesionales provienen de familias de clase media, esfera que quizás no corresponde a la de muchos pacientes. ¿Fue la infancia de los profesionales extraordinariamente tranquila y exenta de conflictos sexuales?

¿A cuántos de los profesionales les contestaron con aplomo y serenidad las preguntas sexuales y cuántos no se sintieron avergonzados al hablar con sus familias sobre sexo? ¿Cuántos de ellos no fueron por lo menos en forma temporal víctimas de la información equivocada del grupo de compañeros (coetáneos) y a cuántos no les hicieron ruborizar los dibujos pornográficos en los baños y los chistes de los vestuarios? Cuántos fueron víctimas de sondeos errados?

En la novela Tom Jones. El autor –Fielding- escribió: "**Cada médico casi tiene su enfermedad favorita.**"

Los malestares sexuales no serán los favoritos de todo médico. Sin embargo, el bienestar es tan contagioso como el malestar.

Aprender a elaborar el interrogatorio sexual será una experiencia profesional y de desarrollo personal. Este aprendizaje también puede "difundir" la salud sexual. En un mundo atravesado por la violencia, debemos estar atentos y formados para atender y prevenir las relaciones sexuales coercitivas y colaborar activamente con bajar las estadísticas de feminicidio, ayudar en las nuevas construcciones de la masculinidad, y ser protagonistas activos en las tensiones y equilibrios precarios de los ejercicios de la sexualidad, que sin duda alguna son parte de la política de los estados e intrínsecos de los placeres privados de los miembros de las sociedades.

Es un deber de los profesionales de la salud conocer y aplicar la legislación vigente relativa a los derechos sexuales, que son los más humanos de todos los derechos. (María Ladi Londoño, 1996).

BIBLIOGRAFÍA

Bozon M. *La nueva normatividad de las conductas sexuales o la dificultad de dar coherencia a las experiencias íntimas*, Trad, Chernitsky, O y Fridman C. T. en Revista SASH año 18 N1 Abril 2006. págs 32-41.

Butler, J: *Cuerpos que importan*, “sobre los límites materiales y discursivos del sexo” Paidós Entornos ; Buenos Aires, 2012

Cabello Santamaría, F. *Manual de Sexología y terapia sexual*. Editorial Síntesis. España. 2010

Fausto Sterling, Anne, *Cuerpos Sexuados “la política de género y la construcción de la sexualidad”*, Editorial Melusina. Barcelona. 2000.

Giami, A. *Therapies of Sexual Liberation Society, Sex and Self* en *Sexual Revolutions* Edited by Gert Hekma and Alain Giamipag 155. 2014

Gindin; L.R. *La nueva sexualidad de la mujer, “a la conquista del placer”* Editorial Norma 2007 3ra reimpresión. Argentina.

Green, R., *Sexualidad Humana*, “Conceptos médicos básicos”, Editorial Interamericana; México, 1981.

Kuhn, T *La estructura de las revoluciones científicas* Editorial Fondo de Cultura Económica 1ra edición en español 1971.

Lief Harold, I; *Obstacles to the ideal and complete sex education of the medical student and physician*. In *Contemporary Sexual Behavior; Critical Issues in the 1970*. John Hopkins Press. Baltimore. 1973

Lopiccolo J y Heiman *Sexual Assessment and History Interview* .en J Lopiccolo y Lopiccolo eds. *HandBook of Sex Therapy*. Nueva York. Plenum Press 1978

Masters, W. y Johnson, V.: *Respuesta sexual Humana* 1º ed. Intermédica SA. Buenos Aires 1976.

Masters, W., Johnson, V., Kolodny, R.: *Eros (Los mundos de la sexualidad)*, Grijalbo, Barcelona, 1996

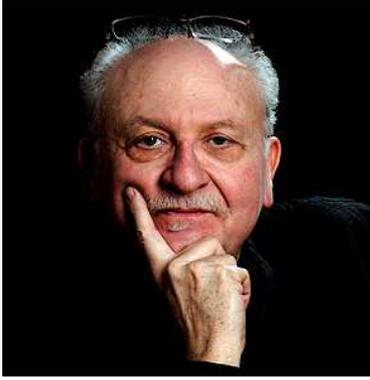
Preciado, Paul B. *Un apartamento en Urano, “Crónicas del cruce”*; Editorial Anagrama ,Barcelona ,2019

Weeks, Jeffrey; *Sexualidad*; Editorial Paidós, México, 1998.

CRISTINA TANIA FRIDMAN

Socióloga-Diplomada Educación Médica - Especialista en Educación Sexual FLASSES-SASH Vice Presidenta de SASH –Argentina; Vice Chair of Sexuality Education Committee (SEC) WAS ; Co-Directora Formación Especialista en Actualización en Sexología Clínica; Especialización en Educación sexual, programas a distancia CETIS; Profesora Universitaria en Sexualidad y Salud; Premio Mundial a la excelencia e innovación educativa WAS- 2009; Premio FLASSES 2014 “Medalla de distinción en vida” - Rep Dom. CLASES XVII; Premio FLASSES 2016 R Cavalcanti “a la Trayectoria más destacada en el campo de la sexología como miembro integrante de la Federación”.

Buenos Aires – CEL +54 9 11 40532644; ;Tel +541145535224 Email: ctfridman@gmail.com



DE LA EMANCIPACIÓN SEXUAL A LA INSTITUCIONALIZACIÓN: SALUD SEXUAL Y DERECHOS SEXUALES

Alain Giami

Directeur de recherche, CESP - Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Equipe « Genre, sexualité, santé » -Chair : WAS - Scientific Committee

RESUMEN:

El concepto de salud sexual apareció a principios de los años 70 en la OMS para formular un concepto de la vida sexual positivo, basado en el terreno de la salud, del bienestar, del placer y del respeto. Al mismo tiempo las organizaciones de la ONU comenzaron a incluir la planificación familiar y la lucha contra la violencia de género en el contexto de los derechos humanos. La convergencia de estas dos líneas de pensamiento contribuyó a la formulación de los derechos sexuales, con el objetivo de legitimar proposiciones en torno a la salud sexual, la planificación familiar y la prevención de la violencia de género y de las discriminaciones cometidas contra el colectivo LGBT. Este artículo describe el proceso de emergencia e institucionalización de los derechos sexuales en las diferentes organizaciones internacionales, lo que permite comprender cómo la asociación de salud y derechos humanos constituye una nueva forma de moralización de la sexualidad.

PALABRAS CLAVE: Sexualidad, derechos humanos, derechos sexuales, LGBT, salud sexual.

ABSTRACT: At the start of the 1970s, “sexual health” made headway in the World Health Organization; and UN organizations started considering that questions related to family planning and violence against women were human rights issues. The convergence of these two lines of thought led to proposals on sexual rights with the objective of validating sexual and reproductive health recommendations and campaigns against the discrimination of LGBT persons. The paper proposes a detailed analysis of the gradual emergence of questions related to non reproductive sexualities in the fields of human rights and international health and the institutionalization of issues related to sexual rights. It aims at understanding how the association between health and Human Rights represents a new form of sexual morality.

KEY WORDS: Sexuality, human rights, sexual rights, LGBT, sexual health

INTRODUCCIÓN

Este artículo pretende resituar la genealogía de la salud sexual (Giami, 2002) y de los derechos sexuales (Corrêa, Petchesky, Parker, 2008) en la historia intelectual de la sexualidad desarrollada a lo largo del siglo XX, evidenciando la relación entre, por una parte, la modernización de la sexualidad en base a la definición medico-legal de la norma sexual, la utilización de encuestas a nivel nacional y el recurso a métodos de observación experimentales de las reacciones sexuales psicofisiológicas (Robinson, 1976), y por otra parte la inclusión de cuestiones sexuales en las luchas de emancipación de mujeres, gays, lesbianas y personas transexuales y transgeneros principalmente (Giami, 2009). Trata a continuación la nueva fase de desarrollo y de implantación del binomio “salud sexual/derechos sexuales”, fase de institucionalización caracterizada por la adopción de conceptos de salud y de derechos sexuales, por la elaboración de programas y declaraciones internacionales y por el lanzamiento de acciones en las organizaciones internacionales cercanas a la ONU, en las organizaciones no gubernamentales especializadas en la materia (ONG) y en ciertos estados.

Nos basamos en una metodología simétrica desarrollada por Latour (1991) incluida en el campo de los Science and Technology Studies (STS) (Giami, Perrey, de Oliveira Mendonça, Rochel de Camargo, 2015; Rochel de Camargo, 2015) y en el trabajo de Michel Foucault (2012, 2014). Nuestro objetivo es evidenciar que las nociones desarrolladas en el marco “salud sexual/derechos humanos” son el producto de una historia y de una construcción social, que forman parte de una evolución ideológica en

materia de sexualidad, que constituyen una forma de representación intelectual y política de la sexualidad, reflejo de los valores del mundo occidental, y que son vehiculadas por actores, organizaciones y dispositivos conceptuales. Este trabajo se distingue de los ya realizados por juristas (Petitpas, 2008), cuyo objetivo es analizar el estatuto de los derechos sexuales con una finalidad de registro y de coherencia desde el punto de vista del Derecho, y de los realizados por activistas cuya labor se centra en la promoción de los derechos sexuales y la lucha contra las discriminaciones de género. Nuestro trabajo adopta una perspectiva de análisis crítico con el objetivo de clarificar la problemática de los derechos sexuales y de comprender cómo y en qué los “derechos sexuales” participan a la creación de una nueva representación de la sexualidad marcada por el creciente recurso al Derecho (Borillo, 2009; Caballero, 2010; Py 1999).

En un artículo anterior (Giami, 2015) analizamos en detalle la genealogía de los derechos sexuales y particularmente el proceso de vinculación progresiva entre los conceptos -y las prácticas- de la sexualidad y los derechos humanos. Pudimos así describir cómo la articulación de vínculos entre los discursos en torno a la sexualidad introducidos en el terreno de la salud por un lado, y en el de los derechos humanos por otro, ha permitido la emergencia de los “derechos sexuales”. El presente trabajo pretende abrir la perspectiva histórica de esta temática retrocediendo hasta los inicios del siglo XX y considerar su desarrollo más reciente para evidenciar el proceso de emergencia e institucionalización de los derechos sexuales.

La historia de los derechos sexuales se inscribe en una doble periodización. Existe una periodización de largo plazo, que considera la politización de las cuestiones sexuales, tal y como se desarrolla desde los inicios del siglo XX, asociando los combates por la ascensión a la libertad sexual a una forma de emancipación social y política (Borillo, Lochak, 2005). Ésta conoce su apogeo entre 1960 y 1980 con las ideas y movimientos de la “revolución sexual” (Allyn, 2000; Escoffier, 2003; Giami, Hekma, 2015). Dentro de esta periodización de largo plazo e inscrita en una dimensión societaria global que incluye las ideas, las artes, la política, etc... es posible distinguir una periodización más breve que se basa en la inscripción de las cuestiones sexuales en el registro de los “derechos humanos” e inversamente, la inscripción de los derechos humanos en el campo de la salud, transformando así la salud sexual en un derecho humano (Giami, 2015). En este contexto algunos autores (Cararra, 2015; Corrêa, Petchesky, & Parker,

2008 2008; Petchesky, 2000) han considerado que la salud y los derechos humanos son los principales “régimenes de verdad” contemporáneos de la sexualidad, según la expresión forjada por Michel Foucault (Foucault, 2012). Según este concepto, en un momento determinado de la historia, ciertas afirmaciones, ya sean verdaderas o falsas, tienen el poder de imponerse, de ser reconocidas como portadoras de verdad. El régimen de verdad de estas afirmaciones queda consolidado por el hecho de que éstas son sostenidas por las instituciones – o dispositivos – hegemónicas como las principales organizaciones internacionales, cuya vocación es definir, promover y defender normas y valores considerados universales.

Para aclarar esta historia parece necesario revisar la genealogía socio-histórica de la libertad sexual y de sus transformaciones a lo largo del siglo XX, afín de examinar su apropiación del mundo de los derechos humanos y de la salud internacional.

SEXUALIDAD Y SALUD PÚBLICA: ANTES DE LA SALUD SEXUAL

La consideración de la sexualidad como una cuestión sanitaria y de sociedad se remonta al siglo XIX, momento en el que emerge la salud pública como preocupación de las clases dominantes, como disciplina y como práctica de intervención. La sexualidad, o más bien la actividad sexual, aparece en el terreno de la salud pública como una actividad que debe ser regulada, normalizada y canalizada bajo la primacía de la procreación. El matrimonio monógamo es entonces la única situación social lícita en que la actividad sexual y la procreación deben desarrollarse. La prostitución -tolerada- constituye la otra cara de la moneda de esta obligación y garantiza, al mismo tiempo, las condiciones de existencia de la vida conyugal (Corbin, 1978). Esta concepción de la sexualidad se basa en la idea de un acto sexual “natural” cuya única finalidad biológica, social y moral es la procreación (Acton, 1865). En este contexto, a finales del siglo XIX, las enfermedades venéreas se perciben como ataques graves contra la procreación y la lucha (relativa) contra la prostitución, como un combate contra el riesgo de degeneración de la raza. La masturbación y todas las formas de “espermatorrea” (Lallemand, 1836) se consideran causas potenciales de la esterilidad y la impotencia y fuente de todas las enfermedades mentales en niños y adultos. La impotencia masculina es objeto de tratamientos médicos cuya finalidad es restablecer las capacidades reproductivas y la fertilidad del hombre, y no la satisfacción erótica o el placer sexual. Krafft-Ebing ha constituido un conjunto de conductas sexuales no reproductivas

(incluida la ausencia de actividad sexual) y de formas de satisfacción erótica que clasifica en el dominio específico de la perversión y que opone al “verdadero amor sexual” capaz de conducir a la procreación (Krafft-Ebing, 1895; Oosterhuis, 2000).

Hasta principios de los años 60 la sexualidad representa una doble problemática para la salud pública. Se trata, por un lado, de favorecer la procreación en el marco del matrimonio y evitar los nacimientos extramatrimoniales y por otro lado, de controlar, reducir y erradicar las “sexualidades peligrosas”, es decir, las formas de sexualidad no procreativas incluyendo (entre otras) la masturbación, la homosexualidad y la prostitución (Mort, 2000). Desde esta perspectiva el objetivo principal de la educación sexual es retrasar la iniciación a la vida sexual adulta para la mayoría de los adolescentes (Giami, 2007; Levine, 2002). Las acciones e intervenciones realizadas no se restringen al terreno médico-sanitario. En ciertos países numerosas prácticas, conductas o relaciones no-reproductivas, particularmente la homosexualidad o las relaciones extramatrimoniales, constituyen infracciones, delitos o crímenes desde un punto de vista penal y son severamente perseguidas por los tribunales. La práctica de la “sodomía” (término en el que pueden incluirse prácticas buco-genitales, penetración anal entre personas del mismo sexo o de sexo diferente, o incluso la zoofilia) ha sido considerada delito en todos los estados de los Estados Unidos hasta 1960. Hubo que esperar hasta el 26 de junio de 2003 para que el Tribunal Supremo dictase, con 6 votos contra 3, una sentencia según la cual las leyes anti-sodomía eran contrarias a la Constitución de los Estados Unidos de América (Lawrence vs. Texas).

LA LIBERTAD SEXUAL: UNA DIMENSIÓN DE LA EMANCIPACIÓN

El desarrollo de ideas en torno a los vínculos entre sexualidad y derechos humanos se inscribe en una corriente histórica de politización de las cuestiones sexuales que se inició en las primeras décadas del siglo XX con el trabajo de autores como Wilhelm Reich o René Guyon (Giami, Hekma, 2015). René Guyon merece una atención particular puesto que, en su obra *Sexual Freedom*, desarrolló la idea de que todos los actos sexuales no reproductivos debían ser considerados como legítimos (Guyon, 1939; Haeberle, 1983). Ya desde 1929 se habían desarrollado ideas similares, en el marco de la Liga Mundial para la reforma sexual, que publicó una declaración. Esta publicación se elaboró en un momento de declive de la organización en el contexto amenazante del triunfo de los totalitarismos en Europa central; así, la declaración sufrió numerosas

reformulaciones hasta el momento de la disolución de la Liga después del congreso de 1932 en Brno, Checoslovaquia (Dose, 2003; Tamagne, 2005).

Tabla 1: Programa de la Liga Mundial para la reforma sexual (1929)

- Reforma del matrimonio, de los derechos conyugales y del divorcio;
- El lugar de la mujer como miembro de la sociedad : igualdad de derechos para las mujeres;
- El control de natalidad, es decir, un sentido de la responsabilidad en el hecho de tener hijos. Creemos en la fabricación de anticonceptivos sin riesgo y sin efectos secundarios nocivos, así como en la necesidad de combatir el aborto y la penalización del aborto;
- La eugénesis : la eugénesis positiva;
- Un juicio justo para aquellos que no pueden casarse y sobre todo para los estadios sexuales intermedios;
- Tolerancia de las relaciones sexuales libres y en particular protección de las madres solteras y de los niños nacidos fuera del matrimonio;
- Prevención de la prostitución y de las enfermedades venéreas;
- Una concepción de las aberraciones del deseo sexual, no como crímenes, pecados o vicios, sino como fenómenos más o menos patológicos (homosexualidad);
- Elaboración de un código civil que no interfiera en los deseos sexuales de los adultos;
- Una educación sexual progresista.

Esta declaración, así como los trabajos realizados por la Liga antes de su disolución con la llegada al poder del Nacional-Socialismo, tenía como objetivo legitimar las relaciones sexuales extramatrimoniales, el reconocimiento de los niños nacidos fuera del matrimonio, la difusión de una información sexual que permitiese el control de natalidad y la prevención de enfermedades venéreas, la protección de las personas con minusvalía y la medicalización de la homosexualidad y de las perversiones sexuales para proteger a las personas que las practicaban de las persecuciones penales,

considerándolos enfermos necesitados de tratamiento. Más allá de estos enfoques temáticos, el programa de la Liga mundial para la reforma sexual introduce, entre los profesionales de la salud y principalmente entre los médicos y enfermeras, la idea de que las cuestiones relativas a la sexualidad, más allá de su dimensión clínica, son cuestiones políticas y que su acompañamiento, basado en parte en la lucha contra normas y valores considerados obsoletos, se inscribe en un proyecto de emancipación social. Estas ideas han constituido el fundamento de las revoluciones sexuales de los años 60 y son el germen de la idea de los derechos sexuales (Giarni, Hekma, 2015). En esta época la anticoncepción y el aborto eran legales en países como Inglaterra, los países escandinavos y en algunos estados de los Estados Unidos. Sin embargo, estas medidas eran ilegales y fuertemente reprimidas en países como Francia o Italia (Haire, 1934). En estos dos países el predominio de una política natalista condujo a la prohibición, hasta mediados de los años 60, de cualquier tipo de propaganda a favor de la anticoncepción. La protección y la mejora de las condiciones de vida de los niños nacidos fuera del matrimonio y de sus madres eran un problema de salud pública que reclamaba soluciones pragmáticas en un contexto marcado por el neo-malthusianismo y por la disminución del número de nacimientos en ciertos países industrializados. Estos movimientos sociales fundamentaron su discurso y sus reivindicaciones en un marco malthusiano centrado en la idea de la libre regulación de los nacimientos y no en la afirmación y la reivindicación del placer sexual. El vínculo entre la anticoncepción (que se inscribe principalmente en el marco del control de natalidad y que encontrará su lugar en el terreno de la salud reproductiva) y el placer sexual aún no se establece, ni en el plano conceptual, ni en el operacional, ni en el político.

REVOLUCIÓN ANTICONCEPTIVA Y REVOLUCIÓN SEXUAL

A mediados de los años 60 el descubrimiento y difusión de la píldora anticonceptiva modificaron radicalmente el lugar y la condición de la sexualidad en la sociedad en general y en el terreno de la salud pública en particular. Este descubrimiento aporta una legitimidad médica a la disociación entre la actividad sexual erótica y la procreación. Al mismo tiempo los sexólogos americanos Masters y Johnson elaboraron la teoría del “ciclo de respuesta sexual humana” y del orgasmo, atribuyendo a la actividad sexual una finalidad erótica propia, tanto desde el punto de vista biológico como psicofisiológico, independiente de la reproducción. Masters y Johnson contribuyen así

en gran parte a la autonomización de una *función sexual* cuyo objetivo es la obtención de placer con respecto a las funciones reproductivas de los órganos sexuales. El embarazo es incluso considerado por Masters y Johnson como obstáculo potencial a la obtención del orgasmo (Master & Johnson, 1966). La asociación entre la puesta a punto de una anticoncepción eficaz capaz de asegurar el control de natalidad y el “descubrimiento” del orgasmo constituyen la “revolución sexual” de la que emerge el placer como nueva y legítima finalidad de la actividad sexual, puesto que está inscrito en el orden biológico. La cuestión del placer sexual y del tratamiento de disfunciones y trastornos sexuales aparece tímidamente en el marco de la salud pública mientras empieza a desarrollarse como práctica clínica medicalizada (Abraham & Pasini, 1975). Este período está marcado por una intensa actividad legislativa, particularmente en Francia, en torno al acceso a la anticoncepción hormonal, al aborto, a la educación sexual, a la lucha contra el acoso y las violencias sexuales, al derecho a la homosexualidad (Mossuz-Lavau, 1991).

SALUD SEXUAL Y DERECHOS SEXUALES: DE SU EMERGENCIA A SU INSTITUCIONALIZACIÓN

El proceso que va desde la emergencia de los derechos sexuales hasta su institucionalización ha sido descrito detalladamente en diferentes artículos (Giami, 2015; Kismödi, Cottingham, Gruskin, & Miller, 2014; Miller, Kismödi, 2015; Miller, Gruskin, 2015). Se trata de un proceso que consiste, inicialmente, en la introducción de cuestiones sexuales y reproductivas en el campo de los derechos humanos tal y como es concebido y organizado por la ONU y las organizaciones satélites que gravitan en ese universo. Las tres primeras conferencias internacionales sobre los derechos humanos y la Conferencia mundial sobre las mujeres de Beijing en 1995 constituyen la matriz de la primera ola de derechos humanos aplicados a la sexualidad y fundados en la libertad de controlar los nacimientos y en la lucha contra la violencia de género y la discriminación de las mujeres. No obstante esta primera ola queda centrada en una concepción de la vida sexual anclada en la vida reproductiva (Franke, 2001). La promoción de los derechos de personas LGBT y la denuncia de la violencia y discriminación de las que son objeto aparecerán en otra etapa de la elaboración de los derechos sexuales. En 1975 en el momento de su aparición en una conferencia organizada por la OMS, la salud sexual seguía siendo una cuestión de educación, de *counselling* y de práctica clínica; no

se considera la salud pública y aún menos las cuestiones políticas relacionadas con los derechos humanos más que para proponer la lucha contra los tabús y prejuicios religiosos que se oponen a la salud pública (Giarni, 2002). Las propuestas elaboradas después, en 1987, en el contexto de la OMS-Europa, son una primera referencia de orden político afirmando «los derechos de los individuos a ser libres de toda explotación, opresión o abuso sexual» (WHO, 1987). Además de ser un «estado de bienestar», la salud pública se ve, a partir de ahora, asociada al Derecho.

Las declaraciones de la salud pública elaboradas por la *International Planned Parenthood Federation* (IPPF), la *World Association for Sexual Health* (WAS) y por la OMS revelan las tensiones entre los campos respectivos de la «salud pública» y de la «salud reproductiva». Se definen claramente dos tendencias: por una parte, la posición de la IPPF, en la que la «salud sexual» es una de las dimensiones de la salud reproductiva y sobre todo de la salud y los derechos de las mujeres y niños, incluyendo el acceso a los cuidados y a la información y por otra parte, la posición de la WAS (organización que ha inspirado mucho a la OMS) que acentúa la vida sexual y el «derecho al placer sexual» en el que la reproducción no es más que uno de los aspectos de la salud sexual. El posicionamiento de las organizaciones internacionales, resultado de un compromiso entre partes que tienen a veces posturas completamente opuestas, sigue oscilando entre estas dos perspectivas (Miller, 2000). En ciertas situaciones, las organizaciones como la OMS restituyen la salud sexual al contexto de las infecciones sexualmente transmisibles. Hacemos constar aquí que ni las declaraciones de la salud sexual ni la de los derechos sexuales, que sirven de base de trabajo operacional a numerosos grupos de trabajo, han sido validadas por la Asamblea General de la OMS.

Por otra parte, la declaración de la OMS contiene una dimensión de moralización y de responsabilidad individual que incluye la necesidad de cada individuo de respetar los derechos de otras personas. Esta dimensión de atribución de responsabilidad a los individuos está fuertemente inspirada en declaraciones norteamericanas, según las cuales la salud sexual y los derechos sexuales constituyen una forma de moralización sexual (Parker, di Mauro, Filiano, García, Muñoz-Laboy, Sember, 2004).

LOS DERECHOS SEXUALES: COMPONENTES INTRÍNSECOS DE LA SALUD SEXUAL

La hibridación de las nociones de salud sexual y de derechos sexuales se produce a partir de principios de los años 2000, en las definiciones elaboradas en esa época por la WAS, la OMS y la *Pan American Health Organization* (PAHO), cuando los derechos sexuales son integrados en el discurso de la salud pública, al punto de convertirse en uno de sus componentes intrínsecos. Los autores de estas declaraciones consideran que los objetivos de la salud sexual no pueden llegar a conseguirse ni mantenerse sin la presencia de los derechos sexuales. Esta incorporación de los derechos sexuales en el campo de la salud pública constituye una importante toma de conciencia de los factores sociales y políticos como determinantes de la salud.

Salud sexual

«La salud sexual es la experiencia del proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción, enfermedad o discapacidad. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen.»
(PAHO/OMS/WAS, 2000)

Derechos sexuales

«Los derechos humanos son inherentes a los seres humanos; empero, el reconocimiento de los derechos inherentes no crea derechos per se. Los derechos humanos están por encima de los valores culturales. Si una cultura en particular tiene una costumbre que va en contra de un derecho humano, es necesario cambiar el valor cultural, como sucede en el caso de la práctica cultural de la mutilación genital femenina. El enfoque de los derechos humanos en materia de promoción de la salud se ha estipulado explícitamente en el caso de la promoción de la salud

reproductiva. Dado que la protección de la salud es un derecho fundamental del ser humano, es obvio que la salud sexual conlleva derechos sexuales.» (PAHO, OMS, WAS, 2000, 10)

Esta evidencia se ha impuesto progresivamente entre 1995 y 2006. Permite pensar que la asociación entre las nociones de salud sexual y de derechos sexuales se ha convertido en el «régimen de verdad» de la sexualidad en el mundo occidental, es decir, el marco conceptual más importante a partir del cual comprendemos y evaluamos las situaciones relacionadas con la sexualidad.

LA IDENTIDAD DE GÉNERO Y DE ORIENTACIÓN SEXUAL

La última etapa de la evolución de los derechos sexuales es la apertura de la cuestión de los derechos de la comunidad «Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transexuales» (LGBT). Las diferentes declaraciones elaboradas a partir de mediados de los años 2000 plantean la cuestión de estos derechos a partir de la denuncia de formas de discriminación fundadas sobre la identidad de género y orientación sexual. Pero sobre todo, cuestionan la legitimidad de tratamientos psiquiátricos aplicados por «problemas de identidad de género» que consideran de manera explícita que las identidades de género alternativas son patologías.

La publicación de los «Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de los derechos humanos en materia de orientación sexual y de identidad de género.», presentados ante el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (26 de marzo 2007) constituye la etapa principal de la nueva evolución de los derechos sexuales sobre las cuestiones de género. De manera paradójica, los principios de Yogyakarta no contienen ningún artículo relativo a la vida sexual ni al placer sexual de las personas transexuales. El objetivo principal de esta declaración elaborada por un grupo de expertos y activistas internacionales es el de promover la igualdad de derechos para estas personas y luchar contra las discriminaciones de las que son objeto en el plano de sus derechos civiles básicos. La Comisión Europea ha publicado un informe sobre los «derechos humanos y la identidad de género» (Hammarberg, 2009) que aborda la crítica de los sistemas de clasificación internacional de enfermedades (DSM-5 y CIM 10) ya que considera que la obligación de un diagnóstico de trastorno mental constituye una violación de los derechos fundamentales de estas personas. El informe

sugiere que se pueda empezar con los tratamientos endocrinológicos de «cambio de género» antes de los 18 años. Al final el informe apunta y se lamenta de la fuerte prevalencia de actitudes negativas (transfobias) que son desarrolladas por los profesionales de la salud con respecto a las personas transexuales. En conclusión, el ponente pide la aplicación de los derechos humanos básicos para las personas transexuales, la simplificación del acceso a los tratamientos médicos y la disminución de la duración de los procedimientos de cambio de estado civil. Más recientemente, la Corte Europea de los Derechos Humanos ha dictado un fallo que abre la vía, a medio plazo, hacia el abandono de la exigencia de una esterilización definitiva para el cambio de sexo, tanto médico como jurídico. Esta decisión está fundada en la idea de que imponer la infertilidad del solicitante vulnera el derecho al respeto de la vida privada (Moron-Puech, 2015).

LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES

Algunos acontecimientos recientes nos recuerdan que la noción de derechos sexuales, asociada o no a la de «salud sexual» y llegado el caso a la de «salud reproductiva» se ha convertido en una temática imprescindible. En marzo 2014, la WAS publicó una nueva «Declaración de los derechos sexuales» que constituye la puesta al día de la declaración que había sido elaborada en 1997 en Valencia (España). En el mes de mayo del 2015 la OMS publicó un documento de 66 páginas (que incluye más de 500 referencias) que trata sobre la salud sexual, los derechos humanos y el Derecho (*Sexual health, human rights and Law*).

Las palabras clave que organizaban el documento, «1.-Salud reproductiva; 2. Derechos humanos; 3. Servicios de salud reproductiva; 4. Sexualidad; 5. Abuso y violencia sexual; 6. Responsabilidad social; 7. Enfermedades sexualmente transmisibles; 8. Legislación; 9. OMS», permiten comprender mejor el campo cubierto (WHO, 2015).

El 15 de septiembre de 2015, durante una reunión que se realizaba en el marco de las Naciones Unidas, los representantes de Estados Unidos reconocieron públicamente la importancia de la salud y los derechos sexuales y reproductivos (*Sexual and reproductive health and rights, SRHR*) y declararon que a partir de ese momento, utilizarían el término de derechos sexuales, un término directamente inspirado de la Conferencia mundial de las mujeres en Beijing en 1995.

La UNESCO creó una cátedra de «Salud sexual y Derechos humanos» en 2010. Una de las principales actividades de esta cátedra tiene como objetivo el desarrollo de la enseñanza y formación de profesionales de la salud en el campo de la salud sexual y de los derechos humanos.

Entre 2014 y 2015, *Sexuality Policy Watch*, una ONG muy activa y subvencionada por la Fundación Ford, elaboró un conjunto de análisis (*working papers*) que trata sobre la situación de «género, sexualidad y derechos humanos» en los países considerados como el *Global South* y reagrupados en el seno de organizaciones que tienen objetivos muy distintos: Brics (Brasil, Rusia, India, China, Sudáfrica) e Ibsa (India, Brasil y Sudáfrica).

La perspectiva adoptada por la ONG *Sexuality Policy Watch* aparece muy constratada con respecto a la de la OMS y de otras organizaciones internacionales que trabajan en el seno de las Naciones Unidas: no reduce los derechos humanos a un elemento de contexto con respecto a la salud, sino que es uno de los elementos principales sobre el que es necesario trabajar políticamente.

La última etapa del proceso de aparición, definición y especificación de los derechos sexuales, es decir, la aplicación de los principios fundamentales de los derechos humanos en el ámbito de la sexualidad, reside en su institucionalización gracias a su adopción de manera más o menos aseverada por las organizaciones internacionales (ONU, OMS, UNESCO), las organizaciones supranacionales y los gobiernos. Proceso iniciado en 1968 en el contexto de las Naciones Unidas y desarrollado después en 1975 con la OMS y la alianza progresiva entre los mundos sociales de la salud pública internacional y las instancias encargadas del ascenso y defensa de los derechos humanos.

La institucionalización de la salud sexual en los textos de referencia y en los programas de acción de diferentes países queda marcada por una cierta traducción que hizo accesible el discurso de una salud sexual disociada de la dimensión reproductiva en diferentes contextos nacionales, culturales y religiosos (Giami, 2002).

Los derechos sexuales fundados en los derechos humanos no son todavía reconocidos oficialmente como derechos legítimos y es necesario que se integren en el esquema de

los derechos humanos para poder ser validados como instrumento de protección y de ascenso de las personas y de sus libertades.

A pesar de las formulaciones de la WAS -principalmente- que afirma el carácter central de los derechos sexuales en la lucha por los derechos humanos, así como el carácter central de la salud sexual en el campo de la salud global, los diferentes textos procedentes de las principales organizaciones evidencian que la disociación total entre «salud reproductiva» y «salud sexual» no está completamente realizada. De esta manera, remarcamos que los derechos sexuales no están completamente separados del campo de la salud reproductiva. La cuestión reside todavía en el lugar respectivo que será reservado a una y otra de estas dimensiones como fundamento de una posibilidad de existencia de los derechos sexuales liberados de la primacía de la sexualidad reproductiva.

Tabla 2: De la emergencia a la institucionalización de los derechos sexuales

1: Elaboración de los conceptos: Salud sexual

World Health Organization / World Association for Sexology, « Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals. Report of a WHO Meeting », 1975.

World Health Organization, Regional Office for Europe, « Concepts of sexual health: Report of a working group », 1987.

2: Inclusión de las cuestiones sexuales, de reproducción y de género en los derechos humanos

United Nations, « Proclamation of Teheran. Final Act of the International Conference on Human Rights », 22 April-13 May 1968.

World Conference on Human Rights, « Vienna Declaration and Programme of Action », Vienna, 14-25 June 1993.

International Conference on Population and Development (ICPD), Cairo, 5-13 September 1994.

UN Fourth World Conference on Women, Beijing, China Action for Equality, Development and Peace, 4-15 September 1995.

3 - Inclusión de los derechos humanos en el campo de la salud sexual y reproductiva

International Planned Parenthood Federation (IPPF), « Charter on Sexual and Reproductive Rights », 1996.

World Association for Sexology, « Declaration of Sexual Rights », Valencia 1997 and Hong Kong 1999.

Pan American Health Organization / World Health Organization, « Promotion of sexual health: Recommendations for action. Proceedings of a regional consultation convened by the Pan American Health Organization, World Health Organization », 19-22 Mai 2000.

World Health Organization, « Definition of sexual health and sexual rights in the framework of reproductive health (RHR) », 2002.

« Montreal Declaration, Sexual Health for the Millennium », 17th World Congress of Sexology, Montreal, 2005.

International Planned Parenthood Federation, « Revised Charter on Sexual and Reproductive Rights », 2008.

4 – La emergencia de cuestiones de identidad de género y de lucha contra las discriminaciones

« Yogyakarta Principles on the Application of International Human Rights Law in relation to Sexual Orientation and Gender Identity (Yogiakarta Declaration) », 2007.

Hammarberg Thomas, « Issue Paper on Gender Identity and Human Rights », Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2009.

Council of Europe / Parliamentary Assembly, « Discrimination against transgender people in Europe, Draft resolution », 20 March 2015.

5- Institucionalización

Chaire Unesco, « Santé sexuelle et droits humains », 2010.

WAS, « Declaration of Sexual rights », 2014.

WHO, « Sexual health, human rights and Law », 2015.

Reconnaissance de l'emploi du terme de droits sexuels par le Gouvernement des États-Unis, 15 Septembre 2015.

CONCLUSIÓN

Esta puesta en perspectiva histórica permite ver cómo las ideas de emancipación sexual se han transformado progresivamente en una sanitarización (*healthism*) y una moralización de la sexualidad (Lupton, 1995). Es en la asociación que se ha construido progresivamente entre sexualidad, salud (bajo la forma de salud sexual) y derechos humanos que esta transformación se ha producido más allá de la modernización y del desencanto de la sexualidad que se da durante el siglo XX. Una de las principales transformaciones de la sexualidad reside en el paso de la disociación entre la vida sexual y la reproducción que ha caracterizado la segunda mitad del siglo XX hacia el establecimiento de la norma del bienestar sexual y el consentimiento como dos valores centrales inscritos en el «dispositivo de la sexualidad» contemporáneo.

La aparición de la salud sexual a mediados de los años 70 constituyó una forma de legitimación de los actos y de las relaciones sexuales no reproductivas (masturbación y homosexualidad) y de las relaciones no conyugales. Los últimos textos dejan ver una evolución hacia el aumento de relaciones sexuales consentidas y al mismo tiempo hacia la lucha contra las relaciones que se desarrollan en ausencia de ese consentimiento y bajo la coacción ejercida principalmente contra las mujeres. El aumento de los derechos LGBT específicos y la lucha contra la discriminación relacionada con la orientación sexual y la identidad de género hacen ver cómo el campo de la salud sexual y los derechos sexuales ha quedado anclado en las preocupaciones heterónomas y repronormadas (Franke, 2001), y también cómo las reivindicaciones de los grupos y personas LGBT son distintas de la lucha por la adopción de los derechos sexuales de manera general. En este último caso, los diferentes textos fundadores muestran que no es tanto la sexualidad lo que ocupa la atención de esta comunidad, sino más bien la discriminación y la violencia dirigidas contra las personas por el hecho de sus características sexuales. **Si los derechos sexuales son derechos humanos como lo recalca la WAS, ¿es realmente necesario crear una nueva categoría de derechos o será suficiente incluir la sexualidad y las cuestiones de género en el marco de los derechos que ya existen?**

BIBLIOGRAFÍA

Abraham Georges, Pasini Willy. *Introduction à la sexologie médicale*, Paris, Payot, 1975.

Acton William, *The functions and disorders of the reproductive organs in childhood, youth, adult age, and advanced life considered in their physiological, social and moral response*, Philadelphia, Lindsay and Blakiston, 1865.

Allyn David, *Make love not war. The sexual revolution : an unfettered history*, Boston, Little, Brown & Company, 2000.

Borillo Daniel, *Le droit des sexualités*, Paris, PUF, 2009.

Borillo Daniel, Lochak, Danièle (dir.), *La liberté sexuelle*, Paris, PUF, 2005.

Caballero Francis, *Droit du sexe*, Paris, LGDJ, 2010.

Cararra Sergio, « Moralidades, racionalidades e políticas sexuais no Brasil contemporâneo » *Mana. Estudos de Antropologia social*, 2015, 21. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-93132015v21n2p323>

Corbin Alain, *Les filles de noce*, Paris, Aubier Montaigne, 1978.

Corrêa Sonia, Petchesky Rosalynd, Parker Richard (eds.), *Sexuality, Health and Human rights*, London, Routledge, 2008.

Dose Ralph, « The World League for Sexual Reform: Some Possible Approaches », *Journal of the History of Sexuality*, 12, 2003, pp.1-15.

Escoffier, Jeffrey, *Sexual Revolution*, New York, Thunder's Mouth Press, 2003.

Foucault Michel, *Du gouvernement des vivants. Cours au Collège de France, 1979-1980*, Paris, Hautes Etudes, EHESS, Gallimard Le Seuil, 2012.

Foucault Michel, *Subjectivité et vérité. Cours au Collège de France, 1980-1981*, Paris, Hautes Etudes, EHESS, Gallimard Le Seuil, 2014.

Franke Katherine, « Theorizing Yes : An essay on Feminism, Law and Desire », *Columbia Law Review*, 101, 2001, pp. 181-208.

Giami Alain, « Sexual health: the emergence, development, and diversity of a concept », *Annual Review of Sex Research*, 13, 2002, pp. 1-35.

Giami Alain, « Une histoire de l'éducation sexuelle en France : une médicalisation progressive de la sexualité (1945-1980) », *Sexologies, Revue Européenne de Santé Sexuelle*, 16, 2007, pp. 219-229.

Giami Alain, « Les formes contemporaines de la médicalisation de la sexualité », in YAYA Sanni (dir.), *Pouvoir médical et santé totalitaire : conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, Montréal, Presses de l'Université Laval, 2009, pp. 225-249.

Giami Alain, « Sexualité, santé et droits de l'Homme : l'invention des droits sexuels », *Sexologies - Revue Européenne de Sexologie et de Santé sexuelle*, 24(3), 2015, pp. 105-113.

Giami Alain, Hekma Gert (dir.), *Révolutions sexuelles*, Paris, la Musardine, 2015.

Giami Alain, Perrey Christophe, de Oliveira Mendonça André, Rochel de Camargo Kenneth, « Hybrid forum or network? The social and political construction of an international 'technical consultation': male circumcision and HIV-prevention », *Global Public Health, An International Journal for Research, Policy and Practice*, 10, 5-6, 2015, pp. 589-606.

Guyon René, *Sexual Freedom*, London, John Lane The Bodley Head Ltd, 1939.

Haerberle Erwin, « Human Rights and Sexual Rights. The legacy of René Guyon », *Medicine and Law*, 2, 1983, pp. 159-72.

Haire Norman, *Sexual Reform Congress - Proceedings of the Third Congress*, London, Kegan Paul, Trench, Trubner and Co. Hammarberg Thomas, *Issue Paper on Gender Identity and Human Rights*, Conseil de l'Europe, Strasbourg, 2009.

Kismödi Eszter, Cottingham Jane, Gruskin Sofia, Miller Alice, « Advancing sexual health through human rights: The role of the law », *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice*, 10, 2, 2015, pp. 252-267,

Krafft-Ebing Richard, *Psychopathia sexualis with special reference to contrary sexual instinct. A medico-legal study*, London, The F.A. Davis Company, 1895.

Lallemand François, *Des pertes séminales involontaires. 3 volumes*. Paris, Buher Jeune, 1836.

Latour Bruno, *Nous n'avons jamais été modernes. Essai d'anthropologie symétrique*, Paris, La découverte, 1991.

Levine Judith, *Harmful to minors : The perils of protecting children from sex*. Minneapolis, University of Minnesota Press, 2002.

Lottes Ilse, « Sexual Rights: Meanings, Controversies, and Sexual Health Promotion », *Journal of Sex Research*, 50, 2013, pp. 367-91.

Lupton Deborah, *The imperative of health : Public Health and the regulation of the body*, London, Sage, 1995.

Masters William, Johnson Virginia, *Human sexual response*, Boston, Little Brown and C°, 1966.

Miller Alice « Sexual but not reproductive: exploring the junction and disjunction of sexual and reproductive rights », *Health and Human Rights: An International Journal*, 4, 2000, pp. 68-109.

Moron-Puech Benjamin, « Conditions du changement de sexe à l'état civil : le droit français à l'épreuve de l'arrêt Y. Y. c/ Turquie du 10 mars 2015 », *La Revue des droits de l'homme [En ligne], Actualités Droits-Libertés* (mis en ligne le 23 mars 2015), 2-20, <http://revdh.revues.org/1076>

Mort Frank, *Dangerous sexualities. Medico-moral politics in England since 1830*, London, Routledge, 2000.

Oosterhuis Harry, *Stepchildren of nature. Krafft-Ebing, psychiatry and the making of sexual identity*, Chicago, The University of Chicago Press, 2000.

Pan American Health Organization/World Health Organization, *Promotion of sexual health : Recommendations for action. Proceedings of a regional consultation convened by Pan American Health Organization (PAHO), World Health Organization (AIDS), (In collaboration with the World Association for Sexology)*, 2000, May 19-22, <http://www2.rz.hu-berlin.de/sexology/>.

Parker Richard, « Sexuality, Health, and Human Rights », *American Journal of Public Health*, 97, 2007, pp. 972–973.

Parker Richard, di Mauro Diane, Filiano Beth, Garcia Jonathan, Muñoz-Laboy Miguel, Sember Robert, « Global Transformations and Intimate Relations in the 21st Century: Social Science Research on Sexuality and the Emergence of Sexual Health and Sexual Rights Frameworks », *Annual Review of Sex Research*, 15, pp. 362-98.

Petchesky Rosalynd, « Sexual Rights: Inventing a Concept, Mapping an International Practice », in PARKER Richard, BARBOSA Regina, AGGLETON Peter (eds.), *Framing the sexual subject. The Politics of Gender, Sexuality, and Power*, Berkeley, University of California Press, 2000.

Petitpas Elise, *Les « droits sexuels » : un nouveau paradigme dans le système de protection des droits humains*, Strasbourg, Université Robert Schuman, 2008.

Py Bruno, *Le sexe et le droit*, Paris, PUF, Que-sais-je, 1999.

Tamagne Florence, « La Ligue mondiale pour la réforme sexuelle : La science au service de l'émancipation sexuelle ? », *Clio*, 22, 2005, pp. 101-21.

World Association for Sexual Health, « Education and treatment in human sexuality: The training of health professionals. Report of a WHO Meeting (Technical Report Series No. 572), in Haeberle Erwin & Gindorf Rolf (eds.), *Sexology today: A brief introduction* Dusseldorf, DGSS, 1993, pp. 40-62.

World Health Organization, Regional Office for Europe, « Concepts of sexual health: Report of a working group », Copenhagen, 1987.

World Health Organisation, « Sexual health, human rights and the law », Geneva, 2015.



INFIDELIDAD/FIDELIDAD DOS CARAS, UNA SOLA MONEDA

Silvina Valente

Presidenta SASH; Jefa Sección Sexología Hospital de Clínicas “José de San Martín”, Buenos Aires.

Resumen

La mayoría de los trabajos científicos estudian la fidelidad y no la infidelidad ni las relaciones sexuales desprovistas de compromiso. Sabemos que los patrones de conducta humana varían de acuerdo a las diferentes poblaciones incluyendo los patrones conductuales de promiscuidad e infidelidad; siendo actividades de corta duración independientes de la unión de pareja universal. El querer explicar las conductas fieles también nos acercan a comprender las que no lo son. La infidelidad es una conducta humana, ya que requiere conciencia y valoración; refleja mecanismos neuroendocrinológicos específicos mediados por neurotransmisores, así también como por tendencias génicas, sociales, relacionales y culturales. Como conducta es el resultado de una combinación de factores tanto ambientales, como personales y biológicos de forma particular y única

PALABRAS CLAVES: Infidelidad/genética/pareja

Abstract

Most studies were focus in fidelity and not to infidelity or sexual relationships devoid of commitment. We know that patterns of human behavior vary according to different populations, including behavioral patterns of promiscuity and infidelity; being activities of short duration independent of the union of universal couple. The willing to explain the faithful behaviors also bring us closer to understand those that are not. Infidelity is a human behavior, since it requires awareness and appreciation; it reflects specific neuroendocrinological mechanisms mediated by neurotransmitters, as well as by gene, social, relational and cultural tendencies. As a behavior, it is the result of a combination of environmental, personal and biological factors in a particular and in a unique way.

KEY WORDS: Infidelity/genetics/couple

INFIDELIDAD/FIDELIDAD DOS CARAS, UNA SOLA MONEDA

La atracción por otra persona es un acto relacionado, hasta el momento, al amor romántico o a la pasión, una fuerza inexplicable, irracional que nos conduce a desear tener contacto con alguien en particular, “el ser amado” “el ser deseado”. Y esto sería el final de un lindo cuento y comieron felices...

En la vida real, a veces las cosas coinciden con los cuentos, pero muchas otras son distintas y probablemente las experiencias de atracción sexual no son románticas ni exclusivas, y en ocasiones se dan con alguien diferente a nuestro compañero de vida.

Estas situaciones son las que la cultura dice que ponen a prueba nuestro amor; y la pregunta aquí es ¿qué ponen a prueba? Será nuestro amor, nuestro autocontrol, nuestra capacidad de sufrimiento, nuestros permisos para vivir el placer, nuestra libertad, nuestra lealtad a nosotros mismos, o nada en sí mismas.

Podríamos hacer un libro de la historia de la pareja, como también, de la historia de los amores; que no tendrían que coincidir necesariamente y así llegar a los conceptos de monogamia/poligamia y de fidelidad / infidelidad, que aún hoy rigen la unión de las parejas de forma oficial y prevalente. Los contratos que convenimos de manera implícita al elegir convivir con otra persona son de acuerdo a las normativas sociales vigentes y probablemente sea el momento de hacerlos explícitos y acorde a las partes involucradas y sobre todo flexibles en el tiempo. (Illouz, 2012)

Si observamos la realidad encontraremos que el 80% de los hombres son infieles y el 60% de las mujeres, sabiendo que hay un subregistro en estos datos y que el porcentaje de mujeres se encuentra en alza, vemos que este acuerdo de exclusividad es muy difícil de sostener de manera honesta en el tiempo. Si bien es cierto que existe la preferencia de una persona sobre las otras en esta elección, nunca se habla de una sola persona de preferencia.

Tendríamos que poder redimir la historia de una conducta construida y condenada injustamente que condujo a la infelicidad y frustración a muchas personas.

Si bien, las respuestas serán socioculturales, la ciencia puede intentar explicar la naturaleza de ciertas conductas; contestando si la atracción sexual hacia un solo individuo durante toda la vida es natural.

La mayoría de los trabajos científicos estudian la fidelidad y no la infidelidad ni las relaciones sexuales desprovistas de compromiso. Sabemos que los patrones de conducta humana varían de acuerdo a las diferentes poblaciones incluyendo los patrones conductuales de promiscuidad e infidelidad; siendo actividades de corta duración independientes de la unión de pareja universal. El querer explicar las conductas fieles también nos acercan a comprender las que no lo son. (Hare D, Blossey B, Reeve HK., 2018)

Varios estudios hablan de los beneficios de la pareja sobre la salud de los individuos, que afirman que los miembros de una pareja de larga data tienen mayores expectativas de vida, altos niveles de intimidad, menor incidencia de desarrollo de trastornos psiquiátricos como depresión, de enfermedades cardíacas como infarto agudo de miocardio e infecciones, ya que fortalecerían el sistema inmune. Otros estudios nos hablan que los hijos de las parejas monógamas presentan menor incidencia de

enfermedades y mortalidad, como así también, mayor estabilidad emocional y cognitiva con mejores tasas de éxito en su desarrollo social futuro.(GREENBERG L, WARWAR S, MALCOLM W, 2010 Jan 36)

Vemos que la pareja tiene relevancia en la salud física y mental de las personas y de su descendencia, influyendo también en la estabilidad social. Debemos considerar que estos estudios hablan de pareja monógama y no necesariamente fiel.

Como todas las conductas la conducta de atracción, de promiscuidad sexual, de fidelidad o de infidelidad debe tener un patrón biológico propio. La naturaleza de la selectividad de uniones sociales existe en varias especies, como en los ratones de pradera; que se comparan con los de montaña en las pruebas de preferencia de pareja que se reproducen en el laboratorio. Con esta revisión se intenta entender los mecanismos involucrados en la preferencia de pareja al momento de elegir un compañero, la sociabilidad que esto implica, la convivencia y las funciones de cuidado de los hijos por el padre. Viendo que los ratones de pradera son muy sociales en el desarrollo de la afiliación selectiva preferencial sobre su familia y que esto los lleva a desarrollar conductas agresivas con los individuos no familiares. Mientras que los de montaña no eligen una sola pareja, sino que prefieren vivir solos y aparearse con desconocidos, por lo cual no son monógamos y las crías son responsabilidad de la hembra, no teniendo reacciones agresivas frente a extraños. (Sadino,J ;Donaldson, Z. , 2018 August 15; 9(8))

Los neurotransmisores involucrados son: vasopresina, occitocina, dopamina, opioides endógenos, cortisol, glutamato, GABA, entre otros. Los de mayor importancia en el desarrollo de esta conducta son los primeros tres. La diferencia que se observó entre estos dos tipos de ratón fue la ubicación de mayor densidad de receptores para vasopresina y occitocina en áreas cerebrales; al igual que los de dopamina.

Como sabemos la regulación para que se de la distribución en cada individuo depende de los genes y de su expresión; que está influenciado por la herencia, pero también por distintos factores ambientales que pueden modificar lo hereditario. Así los ratones de pradera presentan mayor densidad de receptores de V1aRs a nivel de los núcleos del estriado terminal, del globo pálido ventral, de la amígdala central y basolateral, como también en el bulbo olfatorio. Mientras que los de montaña se vio mayor densidad a

nivel del septum lateral y la corteza prefrontal medial. Los de occitocina (OTR) en el de pradera se vio mayor densidad a nivel de los núcleos del estriado terminal, corteza prefrontal medial y núcleo acumbens. En los de montaña la mayor densidad de estos receptores se localizó en el hipotálamo anterior, septum lateral y amígdala anterior. En cuanto a los receptores dopaminérgicos también se observaron diferencias de localización cerebral de sus densidades tanto en los D1Rs, D2Rs y D4Rs. Observando que la alta densidad de los D1Rsen el núcleo acumbens en los ratones de montaña se relaciona con sus conductas de bajo nivel de afiliación. (1. Suzy C.P. Renn, Heather E. Machado, Nina Duftner, Anna K. Sessa, Rayna M. Harris, and Hans A. Hofmann , 2018)

Entendemos que la diferencia manifiesta de conductas en cada una de las especies, no se debe a una elección al azar sino a diferencias estructurales y funcionales del cerebro que facilitan ciertas conductas y no otras. Que un ratón de montaña sea monógamo es imposible por si solo a no ser que se modifica con drogas la unión de neurotransmisores a sus receptores específicos. (Maninger, y otros, 2017)

Otro de los análisis de este estudio resultó que la preferencia de pareja en el ratón de pradera se vio determinada por la regulación central de dopamina en el sistema dopaminérgico-mesolímbico(sistema de motivación-deseo-recompensa) ; este grupo de neuronas productoras de dopamina que se encuentran en el área tegmental ventral y se proyectan hacia el núcleo acumbens y la corteza prefrontal medial. Es el sistema involucrado en la valoración motivacional a estímulos ambientales que resultan en acciones y conductas de adaptación dirigidas, como por ejemplo, la dopamina mesolímbica se encuentra implicada en incentivos de búsqueda de comida, elección de pareja (conductas de alimentación- reproducción); ayuda a garantizar la supervivencia del individuo y de la especie. La unión selectiva de pareja en el ratón de pradera es complicada ya que involucra la afiliación selectiva, la agresión selectiva por individuos no familiares y el cuidado paternal, la expresión adecuada de estas conductas requiere de la puesta en funcionamiento de procesos sensoriales, de memoria, reconocimiento individual y de procesos motores. A su vez se encuentra implicadas varias zonas cerebrales como nombramos anteriormente y también neurotransmisores específicos. Si bien, estos estudios se realizaron en ratones, parece ser translacionales al ser humano, de hecho se estudiaron estas conductas en humanos con la RMN y se confirmaron el uso

de circuitos dopaminérgicos en la elección de pareja y en la atracción sexual. La ocitocina interviene en la interacción de pareja, en el aumento de la confianza entre personas, que se considera un requisito fundamental de la pareja y de la afiliación social.

Lo peculiar es como estos ratoncitos agreden al extraño si se acerca a su pareja, protegiendo su familia y el que no posee socialización no tiene nada que defender. No se pelea por lo que no se posee. Ni se extraña lo que no se busca. (Tickerhoof, M; Smith , 2017)

Si hablamos de genes existen varios estudios que demuestran una variabilidad en las personas con diferentes conductas de socialización. La genética como alfa y omega de la conducta, estudios genéticos demostraron una relación entre los genes y el comportamiento social. Se comprobó que la presencia de un microsatélite R53 en el gen del receptor de vasopresina (AVPR1A) se correlaciona con bajos niveles en la escala de unión a la pareja y con divorcios controvertidos.

La presencia de mas de 7 repeticiones del alelo 48bp del gen del receptor de dopamina 4 (DRD4) que está en el exón III del cromosoma 11 se relaciona con conductas de mayor impulsividad, inicio de relaciones sexuales tempranas, ADHD, mayor número de parejas sexuales, Infidelidad y tendencia a las adicciones. Mientras que los que presentan menos de 7 repeticiones tienen mayor tendencia a no ser promiscuos ni infieles. Considerando la promiscuidad sexual como los contactos sexuales sin compromiso en personas que no se encuentran en pareja, mientras que infidelidad se considera una actividad sexual con alguien diferente a su pareja con la cual existe un cierto grado de compromiso y se asocia a engaño. (García, y otros, 2010)

Si bien podríamos analizar estas conductas desde varios puntos de vista por demás interesantes en este escrito nos limitamos a las variaciones biológicas y sus influencias en nuestras conductas, ya que muchas veces no se trata de un patrón único y coincidente con la normativa social sino que las personas son diferentes y sus conductas responden a una estructura que construye su ser y se manifiesta en su personalidad. Y así aunque valoremos varias cosas en una toma de decisión, la conducta elegida a veces dista mucho de la conciencia y el sentido de moralidad, ya que responde a motivaciones presentes y en ocasiones desconocidas hasta por el propio individuo.

Si bien una persona que puede ser infiel, ni ella misma lo podría anticipar, tampoco se realiza consiente de lastimar o engañar, ni menos traicionar al ser querido y de su potencial pérdida; la conducta en sí es algo personal y que no pone en peligro el sentimiento por el otro, sino que pone de manifiesto la experiencia individual de placer.

Podemos inferir que si la infidelidad es un comportamiento humano, se llega por una combinación de factores que deben combinarse de forma personal como ser la genética, las emociones, el juicio moral y algo fundamental en la vida, las oportunidades.

En resumen, y no a modo de conclusión ya que distamos mucho de obtenerla, podemos decir que la infidelidad es una conducta humana, ya que requiere conciencia y valoración; refleja mecanismos neuro-endocrinológicos específicos mediados por neurotransmisores, los principales son: Vasopresina/ocitocina/DA qlos cuales serían considerados los mensajeros de la atracción y elección de pareja. La mayor densidad de sus receptores en diferentes áreas cerebrales darán origen a conductas de infidelidad o de estabilidad; sabiendo que la distribución de estos receptores está mediada por diferencias génicas que predisponen las elecciones. Como toda conducta, en términos biológicos la variedad en número de experiencias sexuales simultaneas y otras conductas sexuales no parecen ser una elección tan libre.

Bibliografía:

1. Suzy C.P. Renn, Heather E. Machado, Nina Duftner, Anna K. Sessa, Rayna M. Harris, and Hans A. Hofmann (2018) Gene expression signatures of mating system evolution. *Genome* **61**: 287–297
2. Sadino,J;Donaldson, Z. (2018) Prairie Voles as a Model for Understanding the Genetic and Epigenetic Regulation of Attachment Behaviors. *ACS ChemNeurosci*. 2018 August 15; 9(8): 1939–1950.
3. *Tickerhoof, M; Smith, (2017) Vasopressinergic Neurocircuitry Regulating Social Attachment in a Monogamous Species. Frontiers in Endocrinology October 2017 | Volume 8 | Article 265*
4. Hare D, Blossey B, Reeve HK. 2018 Value of species and the evolution of conservation ethics. *R. Soc. open sci.* 5: 181038. <http://dx.doi.org/10.1098/rsos.181038>
5. Maninger,N; Mendoza,S;Williams,D; Mason,WCherry,S; Rowland,D; Schaefer,T;Bales,K (2017) Imaging, Behavior and Endocrine Analysis of “Jealousy” in a Monogamous Primate. *Front Ecol Evol.* 2017 October ; 5
6. Garcia, J; MacKillop,J;Aller,E; Merriwether,A; Wilson,D; Lum,K. (2010) Associations between Dopamine D4 Receptor Gene Variation with Both Infidelity and Sexual Promiscuity *PLoS ONE*.November 2010 | Volume 5 | Issue 11 |

UN ESTUDIO EN MACACOS JAPONESES ESCARLATA

La coloración de la piel no se correlaciona con la fertilidad, como se pensaba anteriormente.

A STUDY IN SCARLET JAPANESE MACAQUES

Skin coloration does not correlate with fertility, as previously thought

<https://www.sciencedaily.com/releases/2019/07/190708112413.htm>

Journal Reference:

Lucie Rigaiil, James P. Higham, Sandra Winters, Cécile Garcia. **The redder the better? Information content of red skin coloration in female Japanese macaques.** *Behavioral Ecology and Sociobiology*, 2019; 73 (8) DOI: 10.1007/s00265-019-2712-x

Kyoto University. "A study in scarlet Japanese macaques: Skin coloration does not correlate with fertility, as previously thought." Science Daily. Science Daily, 8 July 2019. <www.sciencedaily.com/releases/2019/07/190708112413.htm>

Fecha: July 8, 2019

Fuente

Kyoto University

Los investigadores asumieron que las caras rojas de los macacos japoneses indicaban fertilidad. Pero nuevas investigaciones indican que actúa más como una "insignia" de estatus social y que está involucrada en la señalización de los atributos sociales que en la fertilidad.

Desde pavos reales hasta mariposas y peces betta, la madre naturaleza nunca decepciona cuando tiñe a los machos de una especie. Lo que tiene sentido, en las especies con roles tradicionales de sexo, los machos están más involucrados en la competencia por los machos, llevando a las hembras a ser más selectivas en su selección. Como resultado, los machos evolucionan para exhibir adornos aún más llamativos y atractivos.

Estos cambios de color también ocurren en muchos primates. Por ejemplo, tanto los macacos japoneses machos como las hembras muestran un cambio en la coloración roja de la piel. Pero en una nueva investigación publicada en *Behavioral Ecology and Sociobiology*, un equipo del Instituto de Investigación de Primates de la Universidad de Kyoto propone que el color rojo de la piel de la mujer actúa como una "insignia" de su estatus social y no, como se pensaba anteriormente, de la fertilidad.

La primera autora Lucie Rigaill explica que aunque los primates hembras también muestran rasgos coloridos, en realidad se sabe poco sobre su papel en el apareamiento.

Estudios previos en otros primates como macacos y mandriles han mostrado una relación entre la variación del color rojo de la piel y la ovulación o fertilidad. También se ha observado que las hembras de macacos japoneses adquieren 'caras más rojas', ligadas a la variación en los niveles de hormonas sexuales, lo que lleva a los investigadores a asumir que las caras más oscuras o más rojas son un signo de la disponibilidad de apareamiento en la especie.

"Nuestra investigación trata de subestimar mejor la sexualidad humana mediante el estudio de las raíces evolutivas y biológicas de la comunicación sexual de los primates", explica Rigaill.

Para determinar si los cambios en el color de la piel realmente indican el momento de la ovulación o la probabilidad de concepción, el equipo recolectó datos de coloración de la cara y los cuartos traseros junto con los niveles hormonales de macacos hembras seleccionadas durante la temporada de apareamiento de invierno.

"Nos asombramos al descubrir que, contrariamente a lo que pensábamos originalmente, los cambios en el color de la piel femenina no indicaban realmente el período de ovulación. El color de la piel tampoco estaba correlacionado con la fertilidad", continúa Rigaill. "¡Incluso se vuelve más sorprendente! Las hembras de estatus social más alto tenían cuartos traseros más oscuros, algo que hasta ahora sólo se había reportado en las poblaciones de primates machos".

En conjunto, el color rojo de la piel femenina puede jugar un papel más complejo en los macacos japoneses de lo que se pensaba, y de hecho posiblemente más involucrado en la señalización de los atributos sociales que en la fertilidad.

"Sugerimos que la coloración roja de la piel de las hembras actúa como una 'insignia' de rango social, donde las hembras de rango superior tienen cuartos traseros más oscuros/reducidos", explica Rigail. "Curiosamente, las hembras no muestran cambios precisos de comportamiento o coloración hasta el comienzo del embarazo, lo que esboza una imagen más amplia de la señalización sexual en esta especie: las hembras parecen ocultar la ovulación pero señalan el embarazo."

El equipo está emocionado por tener más evidencia de que la elección de pareja, la competencia sexual y las estrategias de apareamiento son dinámicas y son expresadas por ambos sexos, y está buscando expandir su comprensión de la evolución de la comunicación sexual en otras especies de primates.

Traducción

CRISTINA TANIA FRIDMAN

SECCIÓN LIBROS



PAUL B. PRECIADO
UN APARTAMENTO EN URANO- CRÓNICAS DEL CRUCE- EDITORIAL
ANAGRAMA. BARCELONA. 2019. 305 PÁGINAS.

Este libro hace referencia a Urano, el planeta más frío del sistema solar, cuyo nombre dio origen al uranismo, creado por Karl Heinrich Uirichs 2n 1864 para definir al tercer sexo.

El autor sueña con vivir allí, fuera de toda taxonomía sexual, de género y racial y de las relaciones de poder. Dice en un lenguaje claro “No soy hombre, no soy una mujer, no soy heterosexual, no soy homosexual, soy un disidente del sistema sexo género. ... soy un uranista en los confines del capitalismo tecno científico. Preciado, relata sus transformaciones, la aplicación de las hormonas, y el cambio de nombre y los une a una mutación política y cultural, y sexual más amplia; insiste sobre las formas de violencia masculina, la apropiación tecnológica del útero, el trabajo sexual, el acoso a niños trans, y otros temas que enriquecen la lectura. Preciado es un radical, transgresor, que parte de una experiencia personal para cuestionar los fundamentos de la sociedad que excluye la heterodoxia, y la problemática la convierte en enfermedad.

CRISTINA TANIA FRIDMAN



MAÑANA TENDREMOS OTROS NOMBRES (Premio Alfaguara 2019)

AUTOR: Patricio Pron

Número de páginas: 280 Formato: Rústica Edición: 2019 Idioma: Castellano

ISBN: 9789877385694

En las primeras páginas de *Mañana tendremos otros nombres* asistimos al final de la relación de pareja que mantenían dos personajes a los que en todo momento conoceremos sólo como Él y Ella. Desolado, Él llega a pensar que “ningún libro era necesario” ante la dureza de una ruptura, es decir, que al final carece de importancia perpetuar la propiedad individual de un libro o extraviarlo entre las pertenencias del otro. A continuación, rompiendo las expectativas que despierta semejante planteamiento “sentimental”, Patricio Pron (Rosario, Argentina, 1975) **narra no tanto una historia de desamor como el complejo estado de un mundo (un cierto mundo: occidental, urbano, profesional)** en el que las relaciones personales se circunscriben a las leyes del mercado, y en el que cualquier forma de responsabilidad o generosidad en los afectos se convierte en un manifiesto político.

Así, el texto llegará a ser muy emocionante en su esperanzado final, para mí epifánico, pero el camino está construido mediante una prosa analítica, inquisitiva incluso, en la que cada latigazo de ironía sirve para remachar un cierto número de reflexiones sobre las redes sociales, la reducción del lector a la marginalidad del emboscado, la volatilidad de los encuentros entre individuos, la tensión entre el agotamiento de la fórmula monógama convencional y la fragilidad de la propuesta poliamorosa, etc. **Pron hace que las ideas circulen en sus páginas como acciones narrativas, que las ideas sean la trama y tomen cuerpo** en forma de fenómenos estrictamente contemporáneos: grupos de Whatsapp, fotografías no solicitadas de penes erectos (“tótem de la

urgencia”, los llama en una fórmula memorable), conversión del paisaje de la ciudad en territorio franquiciado...

Pesa sobre el libro una idea de amor desgarrada. Al final el lector recuerda por qué algunos libros sí son necesarios

No es azaroso que, en *Mañana tendremos otros nombres*, Él y Ella sean, respectivamente, un escritor de ensayos y una arquitecta: pensamiento y estructura vehiculados a través de dos prácticas muy creativas (aunque sólo en contadas ocasiones trasciendan hasta lo artístico) que para tener sentido pleno requieren algún tipo de compromiso con la vida pública, con el presente y quienes lo habitan. **La novela pone el diseño narrativo (su estructura) a trabajar en el compromiso contra la lógica imperante del miedo**, eso que Mark Fisher llama “realismo capitalista”, sorprendentemente parecida a la mentalidad de un depresivo y según la cual el estado de cosas es irrefutable y no hay alternativa. También se compromete en el rechazo al giro reaccionario que vivimos hoy, ese empeño en enterrarnos bajo viejas identidades constrictivas. Hay una profunda curiosidad por lo real y sus demandas en este libro que, frente a esos “tótems” erguidos y nervados que circulan por chats privados de ligue, se alza como un talismán frente a la urgencia.

Y pesa sobre el libro una idea de amor hermosa y desgarrada que podría remitir al Bernhard de *Maestros antiguos*, y en él reencontramos la prosa cerebral del autoraplicada a un asunto a priori novedoso para él, y el resultado es magnífico. **Descubrimos por todas partes conexiones con lo mejor de la teoría feminista**, con los debates en torno a nuevas masculinidades o nuevas redes afectivas, y sorprende que todo ello logre tomar forma narrativa, con algunas escenas notables (por ejemplo, el viaje a Brasilia de Ella). En las últimas páginas, Él y Ella toman una decisión desafiante que vincula lo privado con lo político y el amor con las ideas, y el título adquiere sentido pleno. Es en ese momento cuando el lector recuerda por qué algunos libros sí son necesarios (no su posesión sino su escritura, no su canonización sino su lectura), a saber: “Todas las personas que se habían resentido del estado del mundo -es decir, todas las que habían actuado con sensatez- habían expresado su disenso a través de la palabra escrita”.

Mañana tendremos otros nombres, con el que ganó el Premio Alfaguara de novela 2019. Se centra en una pareja –una arquitecta y un escritor– que se separa tras cinco años y debe afrontar un mundo en que las relaciones sentimentales mutaron. Demasiado viejos para la hiperadaptación digital; demasiado jóvenes para rendirse o para la utopía de volver al amor romántico.

El acápite de *Mañana tendremos otros nombres*, un fragmento de *Stoner*, de John Williams, nos da indicios: “En su año cuarenta y tres de vida, William Stoner aprendió lo que otros, mucho más

jóvenes, habían aprendido antes que él: que la persona que uno ama al principio no es la persona que uno ama al final, y que el amor no es un fin sino un proceso a través del cual una persona intenta conocer a otra”. Algunos acontecimientos recientes nos llevaron a reevaluar el modo en que concebimos o concebíamos la seducción, el consentimiento, las relaciones en general. Lo que entendíamos como experiencia amorosa ha cambiado. **Ya no se piensa a la pareja como un refugio de la intemperie sino como una ampliación del campo de batalla.** Batallas que hoy tienen a las mujeres como abanderadas y que pueden ser libradas, discutidas, también en el interior de una pareja. Al tener cerca de cuarenta años, los personajes de la novela recuerdan el paradigma afectivo anterior y evalúan el nuevo, con la intromisión de las tecnologías en el ámbito privado. Abordan este paisaje no con prejuicios sino con curiosidad y deseos de descubrimiento. Hay una creciente soledad, efectivamente. Las nuevas tecnologías han facilitado el encuentro casual, a menudo sexual, pero no las relaciones más duraderas, las que solían ser vistas como naturales y cuya finalidad, implícita o explícita, era la reproducción. Ahora, afortunadamente, esta opción es apenas una entre muchas otras que incluyen la exploración de todo tipo de deseo amoroso, sin que importe el género ni el número de integrantes de una pareja. Sin dudas, en la experiencia amorosa existe algo estrechamente vinculado con la dificultad. Al mismo tiempo, la ensayista norteamericana Vivian Gornick sostiene que los condicionantes de clase, formación u origen, típicos en la novela romántica, ya no impiden la unión entre dos personajes, y que por lo tanto ya no se puede escribir una novela de amor. Su percepción es interesante, pero está condicionada por la idea de que existe una sociedad perfecta. Además, los algoritmos que presiden aplicaciones como Tinder determinan la compatibilidad en base a cuatro criterios vinculados con aspectos de clase: la formación académica, el sitio en donde vives, las actividades a las que destinas tu tiempo libre y la profesión.

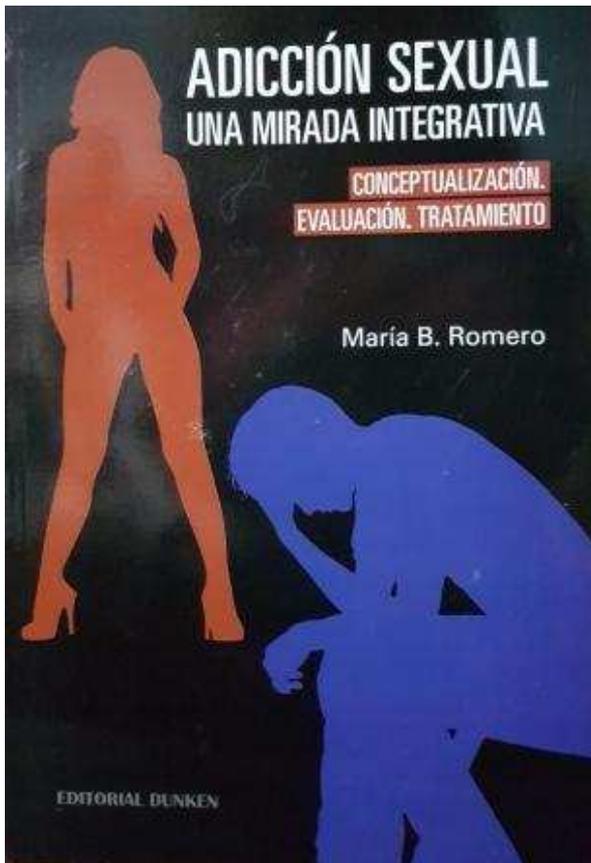


ENRIQUECIMIENTO SEXUAL PARA PAREJAS.

Autores: RICARDO PÉREZ RIVERA Y
FEDERICO RINALDI

Editorial Akadia 2018- 196 páginas ISBN
978-987-570-373-5-

En estos últimos años hemos leído mucho acerca de como enriquecer nuestras prácticas sexuales, nuestro erotismo, herramientas de seducción, pero siempre escritos en primera persona, centrado la búsqueda del placer y la felicidad en uno mismo. Este libro revitaliza no solo nuestra sensualidad sino el encuentro con el otro, apuntando al vínculo de pareja como componente fundamental en las vivencias sexuales de la misma.



ADICCIÓN SEXUAL. UNA MIRADA INTEGRATIVA

**SUBTITULO:
CONCEPTUALIZACIÓN.
EVALUACIÓN. TRATAMIENTO**

Autora María B. Romero Romero

ISBN 978-987-763-550-8 152 páginas Editorial
Dunken

Hace ciento treinta años atrás, Krafft Ebbing, describió como sexualidad patológica, violatoria de las leyes del Estado y la moral, a la condición por la cual a una persona se le incrementa el apetito sexual en forma anormal a tal punto que atraviesa todos sus pensamientos y sentimientos. Partiendo del paradigma que encuentra similitudes de la Adicción sexual con otros trastornos adictivos tales como el alcoholismo, la droga-dependencia, trastornos en la alimentación, compras compulsivas, juego patológico y otras adicciones, se revisa su conceptualización y/o clasificación, que no sólo es controvertido sino que está lejos de alcanzar las implicancias de un correcto diagnóstico, pronóstico y su posterior tratamiento. Así como el conocimiento de la adicción sexual y de la victimización sexual va creciendo día a día, es necesario que los profesionales de la salud encuentren un campo común para que trabajen en la evaluación y tratamiento de aquellas personas con comportamientos sexuales problemáticos. Futuras investigaciones podrán examinar este modelo, tanto en forma cualitativa, como cuantitativa y poder ampliar así, las premisas básicas aquí presentadas.

SECCION ARTE



LA ILUSTRADORA CECILE DORMEAU (30 AÑOS)

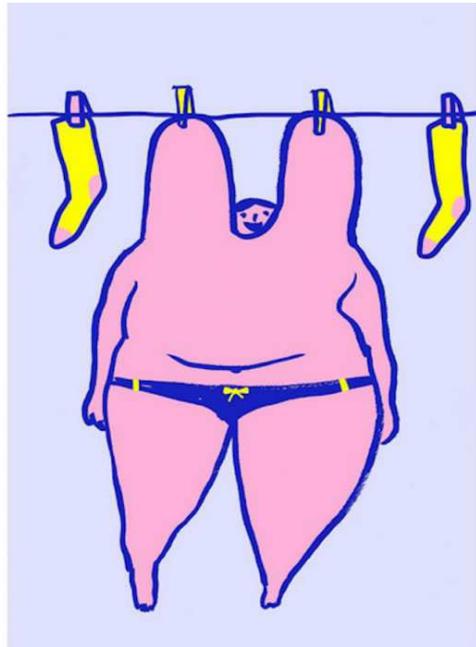
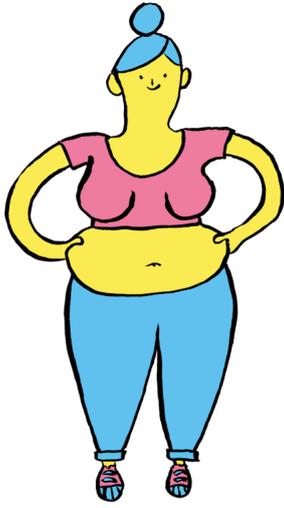
DIBUJA MUJERES SIN TRAMPA NI CARTÓN

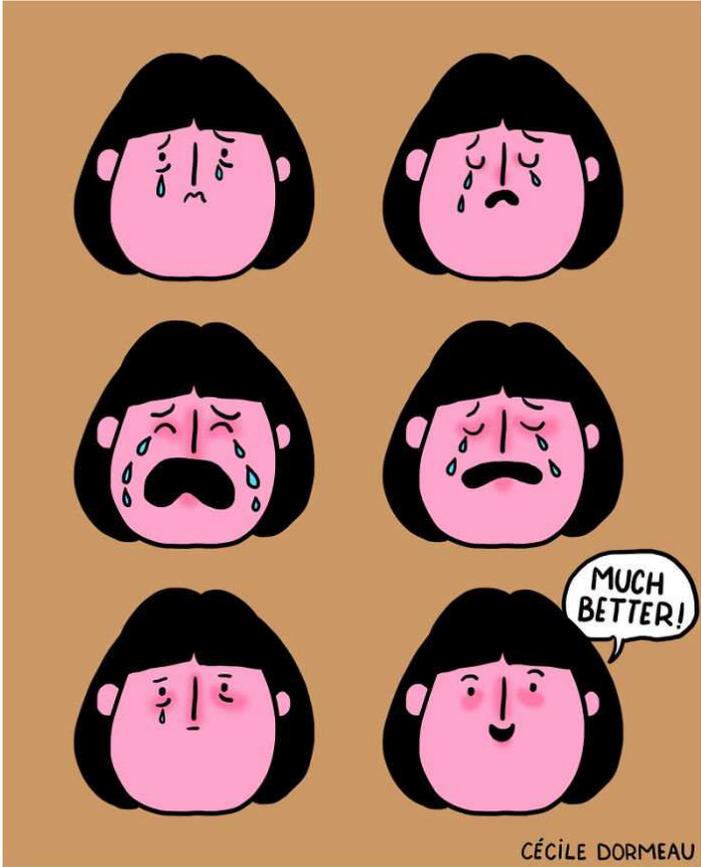
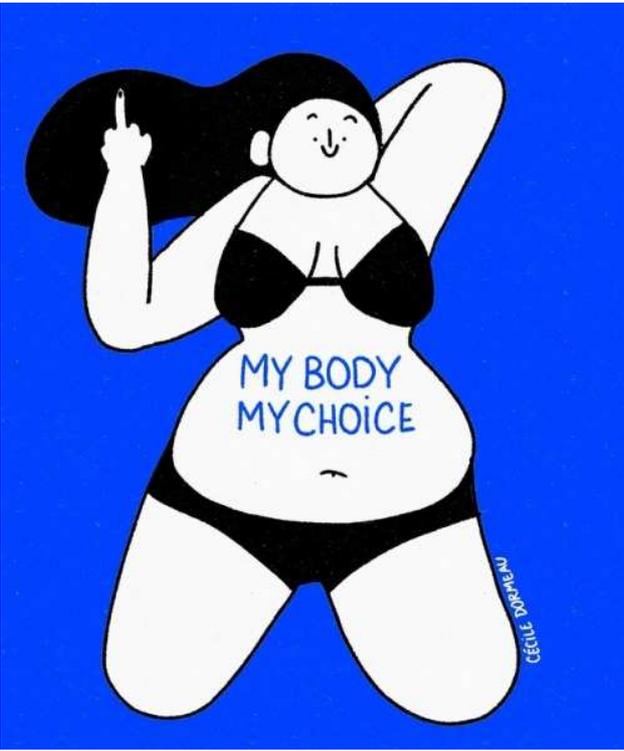
French illustrator ceciledormeauillustration@gmail.com

cecile-dormeau.tumblr.com

Alta, baja, gorda, peluda, tatuada, durante la menstruación, en la cama... Cécile Dorneau representa a las mujeres de forma opuesta a los estereotipos de género en coloridas ilustraciones. CécileDorneau atrae a las mujeres porque no estamos acostumbrados a verlas. Pelos, estrías, reglas, bultos y depresión son parte integral de sus ilustraciones frescas y coloridas. Un único objetivo, mostrar a las mujeres tal y como son, y no de acuerdo con la versión perfecta impuesta por la publicidad y los medios de comunicación.









REGLAMENTO DE PUBLICACIÓN

Presentación de trabajos

Los artículos deberán ser enviados por correo electrónico a secretaria@sasharg.com.ar, usar procesador de texto tipo word (.doc)

Los trabajos deberán ser inéditos.

El sólo hecho de enviarlo para su evaluación implica que el autor cuenta con los derechos como Para su publicación.

Se aceptarán artículos para su publicación en portugués.

El mismo incluirá el nombre completo del autor, títulos profesionales, dirección, dirección electrónica, e institución a la que pertenece, y cualquier otro crédito (p. ej. agradecimientos). Esta información debe figurar al pie de la página 1 del artículo.

El trabajo, deberá tener una extensión de no más de 20 páginas, estará tipiado a doble espacio en formato tipo A4, con un margen de 2,5 cm en cada lado, letra Times New Roman tamaño 12.

Al comienzo del trabajo se incluirá un "Resumen" de hasta 150 palabras, en castellano e inglés. Este resumen no debe estar escrito en primera persona sino en forma impersonal ("Se exponen las ideas de...", "Se analiza la hipótesis X..."), debe transmitir el contenido esencial del artículo y no debe incluir agradecimientos.

También se incluirán 5 o 6 palabras clave que identifiquen el contenido del artículo.

Notas de pie de página: En caso de incluir notas, irán numeradas sin paréntesis en el texto y se presentarán en una lista en hoja aparte.

Referencias bibliográficas:

Las referencias bibliográficas se presentarán ordenadas alfabéticamente y numeradas, al final del trabajo, en hoja aparte. En el texto del artículo, los números correspondientes se colocarán entre paréntesis.

Libros:

Autor o autores, Ed. Año (entre paréntesis), obra (en bastardillas o cursiva), ciudad, editorial, número de páginas. Ejemplo: Kaplan, Helen S., (1° Ed. 1996) *La Nueva Terapia Sexual*. Bs.As. Alianza, Pag.360.

Libros compilados (coordinador y vs. autores)

Autor, año (entre paréntesis), título del artículo, en: nombre del coord. y título del libro (cursiva), paginas en donde se encuentra el tema, ciudad, editor. Ejemplo: Portnoy, F. (2005). El embarazo en la adolescencia y los riesgos perinatales. En M. Gogna (coord.). *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas* (pp. 127-150).

Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

Artículo de una revista:

Autor o autores, año (entre paréntesis) título del artículo, nombre de la revista (cursiva), volumen, número, pagina. Ejemplo: Schwarz, M F.,& Master, W.H. (1994). Integration of trauma-based, cognitive, behavioral, systemic, and addiction approaches for treatment of hypersexual pairbonding disorder. *Sexual addiction & compulsivity: the journal of treatment and Prevention* 1, pág. 57-76

Para citas y referencias bibliográficas utilizar normas APA

Versión electrónica <http://normasapa.com/como-hacer-referencias-bibliografia-en-normas-apa/>

Evaluación

Proceso de referato de producciones científicas Revista SASH, responderá a los estándares científicos vigentes en el país y a nivel internacional, asistirá a los autores en la claridad de su exposición y sistematización de la información.

Recibido un artículo presentado con los formatos requeridos, será enviado a dos o más evaluadores, expertos en el tema desarrollado. Los evaluadores realizarán observaciones que

serán remitidas a los autores, quienes pueden introducir modificaciones o responder en forma puntual.

Este referato será de anonimato doble: los evaluadores recibirán una copia en la que no consta el nombre de el/la/los autor/a/es y la evaluación se remite a los autores sin consignar el nombre del evaluador. Es responsabilidad del director reservar esta información exclusivamente para la gestión del intercambio de evaluaciones y versiones de los artículos presentados.

El Comité Asesor evaluará la posibilidad de publicar el artículo y comunicará su decisión al autor a la brevedad posible, indicando la fecha probable de publicación.

Derechos de autor

El hecho mismo de enviar para evaluación un artículo (y en caso de que el artículo sea aceptado y publicado) implica la aceptación tácita de la cesión de derechos de autor, incluyendo los derechos para su publicación en todos los medios conocidos o por desarrollar, como por ejemplo, bases de datos electrónicas, discos compactos, antologías, etc.

El autor podrá enviar nuevamente el artículo para ser publicado en otro medio. También le estará permitido publicarlo nuevamente en antologías personales o compilaciones de la cual sea autor principal o en su sitio web personal.. En todos los casos deberá hacer mención de su publicación en nuestra revista, detallando el volumen, número, año y páginas, y, en el último caso, incluir un vínculo al sitio web de nuestra revista.

Otro tipo de artículos

Se considerará en cada caso en particular la publicación de otro tipo de artículos tales como revisiones de libros, crónicas de eventos científicos, reflexiones, cartas al editor, reportajes, etc

VISITE NUESTRA PAGINA “SASH” www.sasharg.com.ar

