

**SOCIEDAD ARGENTINA
DE SEXUALIDAD HUMANA**

AÑO 2016 OTOÑO



ANA LAURA GINDIN "BESOS COMO EL PRIMERO" 2010/11 *Serie en pequeño formato*

© ALG

Editada por la Sociedad Argentina de Sexualidad Humana

ALG

**SOCIEDAD ARGENTINA
DE SEXUALIDAD HUMANA**



ANA LAURA GINDIN "BESOS COMO EL PRIMERO" 2010/11 *Serie en pequeño formato*

© ALG

Editada por la Sociedad Argentina de Sexualidad Humana



SEDE DE LA SOCIEDAD
SANTOS DUMONT 3454 3° 20 (1427) CIUDAD DE BUENOS AIRES TEL/FAX 11- 45537131
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
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 2016-2017

PRESIDENTE

Dra. Silvina Valente

VICEPRESIDENTE

Lic. Cristina Tania Fridman

SECRETARIA GENERAL

Lic. Viviana Wapñarsky

PROSECRETARIA

Lic. Claudia Derossi

TESORERA

Lic. Viviana Caruso

PROTESORERO

Dr. Ricardo Pérez Rivera

VOCALES TITULARES

Lic. María Ester Antelo

Dr. Gustavo Litterio

Dr. Pablo Carpintero

VOCALES SUPLENTES

Dr. Bernardo Kupferberg

Lic. M. Bernarda Romero

Lic. Federico Rinaldi

Organismo de Fiscalización

Titular: Dra. Marta Rajtman

Suplente: Dr. Adrián Sapetti

Ex presidentes:

Dr. León Roberto Gindin/ Lic. Laura Caldiz/ Lic. Virginia Martinez Verdier/ Dr. Néstor Barbón

Lic. Alcira Camillucci / Adrián Sapetti/ Marta Rajtman

NUEVO COMITÉ ASESOR DE SASH

PRESIDENTE

Dr. León Roberto Gindin

REVISTA ARGENTINA DE SEXUALIDAD HUMANA

AÑO 2016 OTOÑO

COORDINACIÓN GENERAL

Lic. Cristina Tania Fridman

INTEGRANTES

Dr. Pablo Carpintero

Lic. María Bernarda Romero

Dra. Maria Silvina Valente

CONSULTORES MÉDICOS

- En este número

Dr. Oscar Katz

Dr. Carlos Giambroni

COMITÉ ASESOR NACIONAL

Lic. Laura Caldiz

Dr. León Roberto Gindin

Dr. Juan Carlos Kusnetzoff

Lic. Maria Luisa Lerer

Dr. Osvaldo Mazza

Dr. Adrian Sapetti

COMITÉ ASESOR INTERNACIONAL

Lic. Nelssy Bonilla/ Colombia

Dr. Ricardo Cavalcanti/ Brasil

Lic. Eli Coleman/ EEUU

Lic. Esther Corona Vargas/ México

Dr. Andrés Flores Colombino/ Uruguay

Dr. Rubén Hernández Serrano/ Venezuela

Lic. Oswaldo Rodríguez Jr./ Brasil

Dr. Eusebio Rubio Aurióles/ México

■ EDITORIAL	7
■ CLÍNICA	
PSICOTERAPIAS SEXUALES BASADAS EN EVIDENCIAS VERSUS PSICOTERAPIAS SEXUALES BASADAS EN EXPERIENCIAS.....	10
PROF. DR. CAVALCANTI RICARDO	
SEXUALIDAD EN LA VEJEZ: UNA REALIDAD NO ABORDADA AÚN.....	20
PROF. DRA. HERRERA P, ADELA.	
■ EDUCACIÓN	
EXPERIENCIA: "COMO ABORDAR LA SEXUALIDAD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELLECTUAL Y GRANDES NECESIDADES DE APOYO. PROYECTO SALA ESTIMULACIÓN MULTISENSORIAL".....	53
PSIC. RUBIO ARRIBAS, NATALIA Y PSIC. DE LA CRUZ MARTÍN- ROMO, CARLOS	
LA SEXUALIDAD POR EL PISO....PÉLVICO UN MODELO TRANSDISCIPLINARIO DE EDUCACIÓN, PREVENCIÓN Y TERAPIA PERINEAL.....	71
PS. TOBI VIVIANA	
■ SOCIEDAD Y CULTURA	
EROS CONFERENCIA.....	93
PROF. CANELLA PAULO	
EL SEXO ORAL ENTRE ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES Y EL CONURBANO BONAERENSE ARGENTINA 2008.....	102
SOC FRIDMAN CRISTINA TANIA	
■ OPINIÓN	
SEMBLANZA DE ARNALDO GOMENSORO.....	125
PROF. DR FLORES COLOMBINO, ANDRÉS	
■ REGLAMENTO DE PUBLICACIÓN.....	132

EDITORIAL

Estimados Colegas Lectores

Finalizando el verano 2016, en un período político nuevo en nuestro país, nos encontramos con todos Uds. La concepción de la salud sexual -vinculada otrora con la ausencia de salud o enfermedad-, ha virado su imaginario focalizándolo en un estado de bienestar no sólo físico ni psicológico, sino relacionado con el contexto, la cultura y los valores que uno elige individualmente pero que están sostenidos socialmente.

En este período se acentúa el comprender a la sexualidad como construcción humana dinámica y cambiante, que posee significados diversos que implican éticas plurales y respuestas plurales. Lo que en la actualidad decimos que nos interesa o importa puede cambiar el día de mañana.

El siglo XXI sostiene como adjetivo la diversidad. Somos seres humanos y nuestros guiones van actualizándose tarde o temprano. Muchas veces se pensó a la sexualidad como la práctica más espontánea y natural que tenemos. Sabemos positivamente que ello no es así.

Es problemático encontrar un equilibrio entre un relativismo absoluto y un universalismo falso, -que sostiene que en el fondo-, todos somos iguales. Es un ejercicio pensar más allá de la dicotomía. También, a partir de la globalización, lo que sucede en una cultura puede tener una gran influencia sobre todas las otras.

Los argentinos y las argentinas hemos crecido a la hora de hablar de nuestras sexualidades. Dialogar, comunicarnos, expresarnos.

No todos tenemos ese empoderamiento que justamente nos lo otorga una educación sexual que brinda mayores herramientas para apoyar las decisiones libres, autónomas y

responsables. El reparto social de la educación sexual sigue el ritmo desigual y es inequitativo dentro del espectro social. Personas de escasos recursos económicos, mujeres, niños y niñas, y aún las tan mentadas generaciones jóvenes -que se le adjudican “saberes” a partir de cierta suerte de estimulaciones continuas en los medios de comunicación-, carecen por parte del Estado, de una implementación real de la legislación consagrada, y en continuo cambio, y por ello, se vuelven escasas las oportunidades de estas poblaciones de auto-conocerse y adueñarse de sus cuerpos y sus vidas.

Hablar, es un buen comienzo, la democracia contribuye a ese verbo maravilloso que significa la libertad de expresión y comprender que la sexualidad no puede estar exenta de tensiones, porque es tan social como todo otro proceso y resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socio-económicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales.

Por ello, entre algunos ítems de preocupación revistan los siguientes:-la sexualidad humana como factor de predicción de la calidad de vida.-la superación de mitos y estigmas.-la reducción de la violencia sexual. -cybersexophilia. – la medición de la respuesta sexual humana. – el avance en las investigaciones, la atención de la salud sexual- la Educación sexual Integral- y los Derechos Humanos en sexualidad.

Este **Número de Revista** contiene artículos que trabajan diferentes aspectos: tales como en **Clínica**, Sexualidad en la Vejez, una realidad no abordada aún; Psicoterapias sexuales basadas en evidencias, versus Psicoterapias sexuales basadas en Experiencias; (traducido del portugués por Comisión Revista).

En **Educación** se incluyeron dos trabajos; La sexualidad por el piso... pélvico, un modelo trans-disciplinario de educación, prevención y terapia perineal y otra colaboración desde España que se hizo a partir del trabajo de Experiencia "cómo abordar la sexualidad en personas con discapacidad intelectual y grandes necesidades de apoyo, proyecto sala estimulación multisensorial.

En **Sociedad y Cultura** se integró el escrito sobre El sexo oral entre adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense - Argentina 2008, así también el ensayo sobre EROS que realizara el fallecido Profesor Canella P. de Brasil (también traducido internamente), y en **Opinión** se incluyó el artículo conmemorativo sobre la figura de Arnaldo Gomensoro.

Año 2016, Bienvenido como una excelente plataforma para trabajar en sexualidad.

Hasta la próxima.

COMISIÓN REVISTA

PSICOTERAPIAS SEXUALES BASADAS EN EVIDENCIAS VERSUS PSICOTERAPIAS SEXUALES BASADAS EN EXPERIENCIAS.

SEXUAL PSYCHOTHERAPY BASED ON EVIDENCE VERSUS SEXUAL PSYCHOTHERAPY BASED ON EXPERIENCES

Prof. Dr. Ricardo Cavalcanti ¹

RESUMEN

La conferencia desarrolla la bondad de la práctica con la integración plena de la mejor evidencia con la experiencia clínica y el conocimiento científico. De esta manera se evitaría que el ejercicio clínico se transformara en obsoleto y la experiencia se volviera tiránica e inapropiada. Como se expone en este trabajo la innovación se suma a la experiencia.

Palabras claves: Experiencia- evidencia- vínculo terapeuta paciente- conocimiento científico

ABSTRACT

This conference focus on the good practice , fully integrated to the best clinical experience evidences and scientific knowledge. This would prevent the clinical practice from becoming obsolete, and the experience to become tyrannical and inappropriate . As it is explained in this work , innovation gets added to experience.

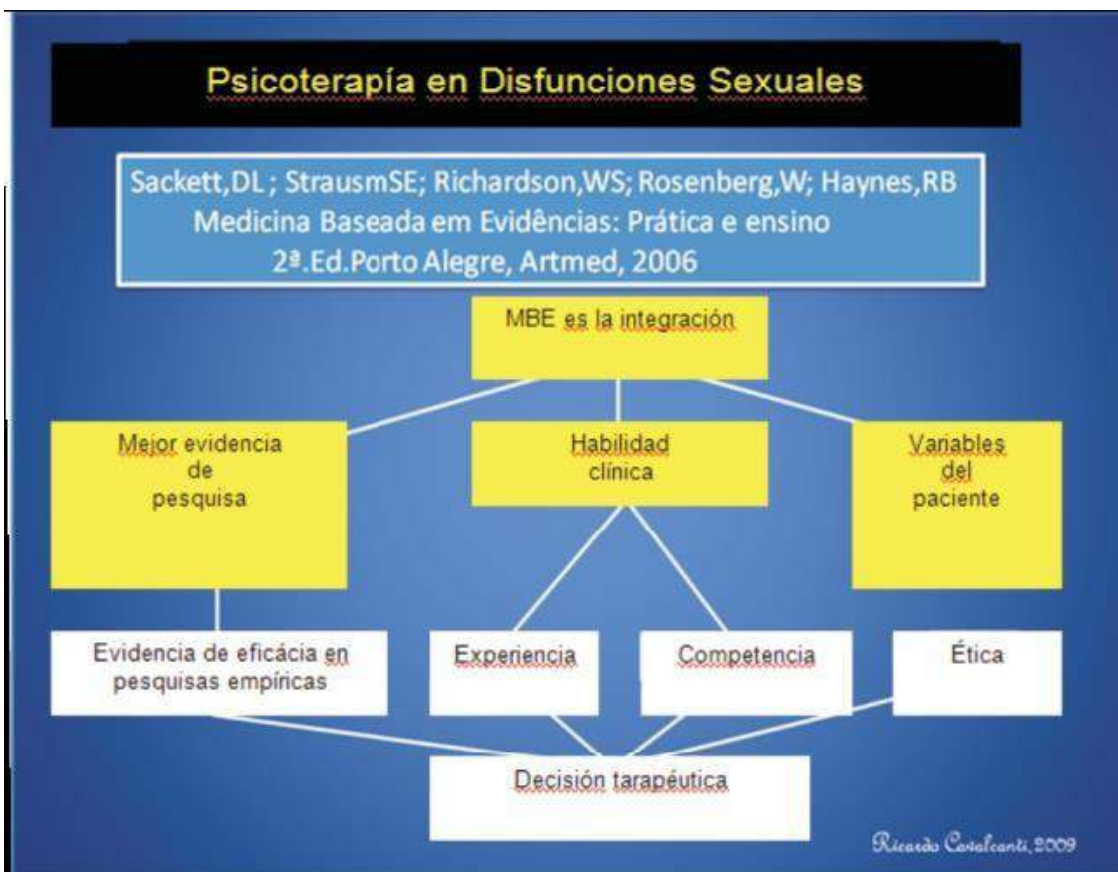
Keywords: experience- evidence- therapist-patient relationship - scientific knowledge

CONFERENCIA REALIZADA EN SAN PABLO – 27- 06 - 2009

¹ Consultor del Fondo de Población de las Naciones Unidas; Ex- Profesor Titular de Antropología de la- Universidade Federal de Pernambuco; Ex- Profesor de Gineco-obstetricia de la UnB; Ex-Presidente de la Academia Internacional de Sexología Médica; Ex-Presidente de la Federación Latino Americana de Sexología y Educación Sexual; Ex- Secretário de la World Association for Sexology para América Latina. Salvador (BA). Email: ricardocavalcanti@uol.com.br

En este espacio no se discutirán las bases teóricas con que cada psicoterapeuta trata las disfunciones sexuales. Este artículo intenta focalizar un punto y contrapunto confrontando las Psicoterapias basadas en evidencia con las basadas en experiencia, independiente de la escuela psicoterapéutica que se elija como referencia teórica.

Comienzo afirmando que esta confrontación no debe existir. Adhiero como argumentación las palabras de David Lawrence Sackett et al. (2003) quien define la medicina basada en evidencia como: *la integración de las mejores evidencias de pesquisa con la habilidad clínica y las particularidades de los pacientes.*



Esa definición parece echar por tierra cualquier sentido de contraponer “evidencia” con “experiencia”, ya sea en el tratamiento médico, sea en el tratamiento psicoterapéutico.

Creo que, en parte, la discutible polarización haya sido de origen lingüístico. La palabra “evidence” en portugués y en español tiene un significado diferente que en inglés.

Taylor (2004) afirma que, en lingüística, este hecho se denomina “falsos amigos”: palabras iguales o muy semejantes en las dos lenguas, pero con significados distintos y que impensadamente se puede caer en el error de usar las dos con el mismo significado.

En portugués, evidencia es *la calidad de lo que es incontestable, de la certeza manifiesta* (Buarque Holanda 2004); en español evidencia es: *certeza clara y manifiesta de una cosa, de tal escritura que nadie puede dudar de ella ni negarla* (Word Reference 2009); en inglés la palabra “evidence” significa una indicación *de que algo se torna evidente o que da indicios de algo, de pruebas, de hechos* (Webster's 2009).

Una cosa es tener indicios de certeza, otra es la propia certeza. Sin embargo el mayor antagonismo entre evidencia y experiencia es el radicalismo bilateral de sus defensores.

Yo diría que es una especie de lucha entre generaciones. Los más jóvenes, todavía inexpertos, se apoyan integralmente en los resultados de sus investigaciones, criteriosamente seleccionadas en la literatura especializada. Desprecian o abandonan todo lo demás como cosas del pasado. Los más viejos, habituados y endurecidos en la práctica psicoterapéutica, en aquello que resultó apropiado y errado -con los clientes- con cuadros semejantes, pasan a valorar casi exclusivamente la experiencia acumulada, sin considerar las innovaciones de la ciencia.

Se crea, por lo tanto, dos polos contrarios y, entre esos extremos, posiciones intermediarias continuas hasta un punto central, hasta una posición equilibrada, mediana, donde evidencia y experiencia se encuentran y se complementan.

Sackett et al. (2003) llaman de mejores “evidencias de pesquisas” los resultados de trabajos obtenidos por indagación clínicamente relevante que se encuentra en la literatura especializada.

El movimiento de psicoterapia basada en evidencias se refiere al esfuerzo en identificar, testear, desarrollar y, sobretodo, diseminar el uso de técnicas con validación de investigaciones científicas (Ollendick e King 1988, Pheula e Isolan 2007).

Hoy, la informática ofrece medios a fin de indagar lo que ocurre en el mundo. Y aquí me refiero a las fuentes o bancos de datos especializados en cuestiones de salud, como por ejemplo, Medline y la biblioteca Cochrane en el área médica o PsycInfo, una base de datos producida por la American Psychological Association y Psicología Brasil, organizada por la Biblioteca Virtual en Salud, ambas especializadas en el área de Psicología, para no mencionar el Google académico que es una excelente herramienta de búsqueda.

Claro que para hacer realmente una búsqueda de evidencias es imprescindible que se formule la **pregunta correcta** y se **conozca como acceder a** los datos para obtener las respuestas.

Cuando la respuesta llega, hay una cantidad abrumadora de informaciones que necesita ser evaluada, de modo sistemático en lo referente a la relevancia, validez y aplicabilidad del material.

No forma parte del objetivo de esta ponencia detallar acerca de cómo se determina la evaluación de la información obtenida. En los estudios sobre evidencias hay reglas para

valorar la validación, relevancia y aplicabilidad del material, sea para orientar el diagnóstico, el tratamiento, el pronóstico o la prevención del deterioro de la salud. Sin embargo, quiero mencionar que se establecen niveles de validez, estando en el punto más confiable de las **revisiones sistemáticas de ensayos clínicos controlados y aleatorios**.

Pues si extraemos de la literatura médica o psicológica, varios meta- análisis de revisiones metódicas de ensayos clínicos controlados y al azar, atesoramos en nuestras manos una preciosa colección de experiencias de otros autores que manejaron casos iguales o semejantes a los nuestros. Observada desde ese ángulo, la Sexología Médica o Psicológica basada en evidencias no es nada más que la suma de mi experiencia profesional con la de otros profesionales en beneficio del paciente.

Pero, y siempre existe un “pero”. Son inexcusables ciertas consideraciones que mucha gente se olvida. Los metanálisis y las revisiones sistemáticas deben ser obtenidas del mismo ambiente sociocultural de nuestro paciente.



El comportamiento varía con la cultura. El ser humano es un ser cultural y no se puede generalizar arbitrariamente datos de comportamientos que se encuentran en otros contextos, aunque hayan sido rigurosamente evaluados estadísticamente y considerados significantes.

Cuando se trata del comportamiento humano, el significado se circunscribe a la cultura, de la cual ese comportamiento es parte integrante. Aún en el mundo global, es necesario prestar atención a los aspectos culturales de la conducta humana.

Hace algún tiempo leí un pensamiento excelente:

Todo hombre es semejante a todos los otros hombres, algunos

hombres son similares a otros hombres y, ningún hombre

es igual a otro hombre. Podemos leerlo de una manera más completa.

Si admitimos que el ser humano es una entidad bio-psico-social, podremos afirmar que los fenómenos biológicos pueden ser generalizados.

Una disfunción eréctil de causa orgánica tiene la misma fisiopatología en cualquier individuo del sexo masculino independiente de la latitud o longitud donde se encuentre.

Lo mismo se puede decir de la universalidad de la farmacoterapia empleada para tales casos.

Además, biológicamente, todo hombre es semejante a los otros hombres.

Pero en cuestiones de comportamiento, lo que es normal en una cultura puede no serlo en otra. No me olvido de Perrenoud (1997) cuando afirma:

“cada cultura crea las neurosis que merece.”

Así, cabe imperativamente recordar que: **el sexo** es biológico. Sobre esa base biológica brota la sexualidad. **La sexualidad** es cultural. Es más cultura que naturaleza. Heredamos

un sexo, pero es justamente la cultura quien dirá lo que haremos con él. Sobre esa matriz bio-cultural cada persona tiene su **comportamiento**.

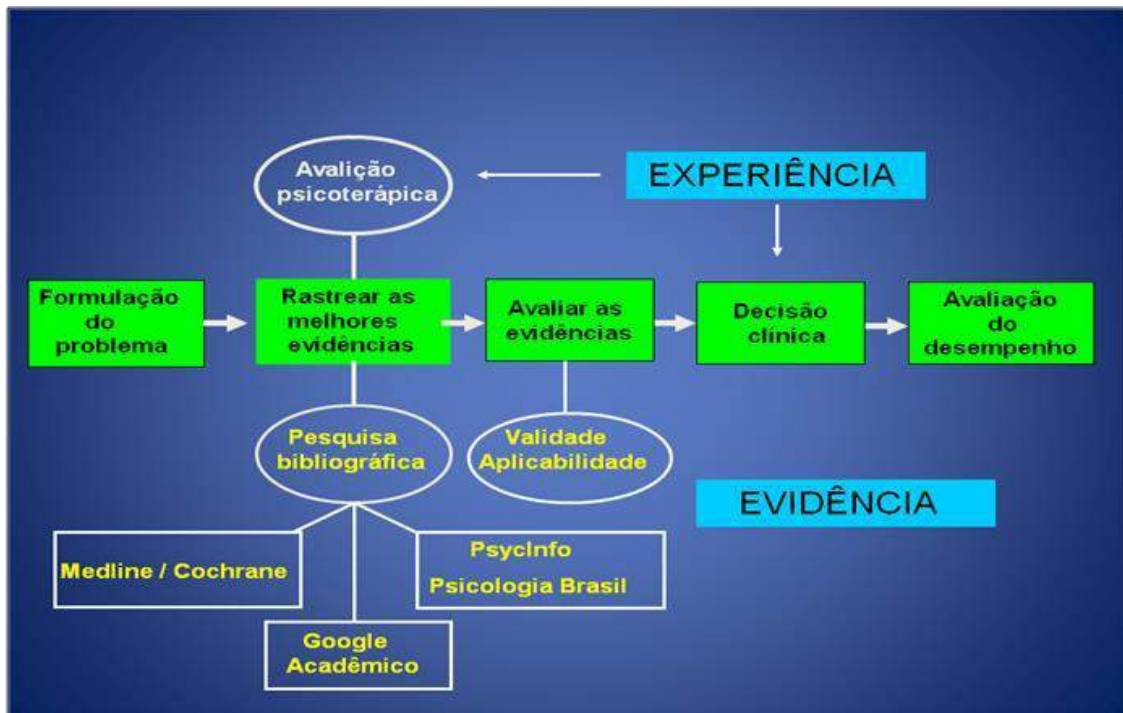
Todo comportamiento es singular. Es como si fuera la impresión digital del individuo.

Volviendo a las afirmaciones de Sackett et al. (2003) es necesario considerar lo que se denomina de **habilidad clínica** y cuales son sus elementos constituyentes.

Creo que una definición sintética sería que habilidad es el “saber hacer” o como dice Aurélio (2004) “*tener aptitud o capacidad*” para hacer alguna cosa.

La habilidad clínica es una variable dependiente de la competencia y de la experiencia. Competencia no es solamente la acumulación de conocimientos adquiridos por estudio, pero, como nos enseña Perrenoud (1997) ella es la erudición asociada a la capacidad de movilización del conocimiento, frente a una situación problema.

Desarrollando brevemente la experiencia es “el conocimiento que se obtiene en la práctica” (Buarque de Holanda 2004). Es la vivencia de problemas iguales o similares. Y es este componente vivencial del terapeuta – médico o psicólogo – que dará la dimensión humana al “saber hacer”.



La evaluación psicoterapéutica – fruto de la habilidad clínica, y en particular de la experiencia – se suma a la evaluación promovida por la evidencia, surgiendo entonces, la decisión clínica, psicoterapéutica.

Volviendo, finalmente, hacia la variable mencionada por Sackett et al. (2003): la preferencia del paciente, al invocar sus valores, la psicoterapia se personaliza, se individualiza.

Ello representa la afirmación: “ningún hombre es igual a otro hombre”. Ese reconocimiento de la singularidad individual debe ser la compañera fiel del psicoterapeuta. La psicoterapia no es una serie de reglas fijas. Ella se amolda a un ser humano carente, una persona que tiene una historia de vida y nos solicita ayuda.

La evidencia obtenida y la experiencia acumulada deben ser modeladas y aplicadas al caso individual.

Ningún procedimiento psicoterapéutico, ni avance tecnológico, pueden sustituir la relación Terapeuta /cliente. Ella es el colorido humano del proceso psicoterapéutico.

Es ella que, al establecer el vínculo empático, nos permite ver y sentir todas las dimensiones que integran la vida de nuestro paciente; entrar a su mundo privado y aprender a dar importancia y respetar la unicidad de cada uno. Ahí está la grandeza de nuestro trabajo dirigido a promover la felicidad de las personas.

Un paciente con disfunción eréctil deja de ser la disfunción eréctil del individuo para ser el individuo con disfunción eréctil. El foco se desplaza de la enfermedad para el enfermo. Porque, además de la evidencia clínica de su enfermedad, es imprescindible considerar las dudas del pacientes, sus incertidumbres, sus esperanzas y sus desengaños. En la entrevista terapéutica interpretamos todo y hasta aprendemos a oír los silencios.

Durante la entrevista, en la cabeza del psicoterapeuta se construye una imagen real del paciente, de su mundo interior, imponderable en términos cuantitativos.

Esa percepción refuerza más aún la relación terapeuta/cliente garantizada por la integridad ética y por el respeto que se debe tener por los valores del paciente.

Mejores evidencias de pesquisa, habilidad clínica y valores del cliente son, en conjunto, lo que constituye la Medicina o la Psicología basadas en evidencia. Esas tres vertientes nos permiten tomar una decisión terapéutica correcta.

El Dr. Sackett y sus colaboradores (2003) tienen razón cuando afirman que: “La buena práctica requiere la integración plena de la mejor evidencia con la experiencia clínica, sin ella es más fácil que la clínica permanezca obsoleta y la MBE, sin referida experiencia, se vuelva tiránica e inapropiada”.

Quiero concluir afirmando que “toda ciencia es acumulativa”. Los nuevos descubrimientos se agregan al conocimiento humano preexistente. La innovación se suma a la experiencia.

La psicoterapia basada en evidencias es una extraordinaria herramienta de la modernidad que refinará la experiencia acumulada y le dará mayor consistencia científica.

No hay porque contraponer el “saber” con el “saber- hacer”, no hay porque contraponer el conocimiento a la sabiduría.

Bibliografía:

Bachmann G, Leiblum S, Kemman E y col. *Sexual expression and its determinants in the postmenopausal woman*. *Maturitas* 1984; 6: 19-29.

Buarque de Holanda A. Aurélio . *Dicionário da Língua Portuguesa*. 6ª ed. Curitiba: Posigraf, 2004.

Ollendick TH, King NJ. Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders: current status. *J Clin Child Psychol*. 1998;27(2):156-67.

Perrenoud P. *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artes Médicas;1997.

Pheula GF, Isolan LR. Psicoterapia baseada em evidências em crianças e adolescentes. *Rev Psiquiatr Clin*. 2007;34(2):74-83.

Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Medicina baseada em evidências: prática e ensino*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.

Taylor H. La experiencia personal: su connotación dentro del entorno de la medicina basada en pruebas. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2004;55(3):191-2. *Webster's online Dictionary*. Disponible en <http://www.websters-onlinedictionary.org/definition/evidence>. Acceso en junio/2009.

WordReference diccionario de la lengua española. Disponible en <http://www.wordreference.com/definicion/evidencia>. Acceso en junio/2009.

SEXUALIDAD EN LA VEJEZ: UNA REALIDAD NO ABORDADA AÚN.

ELDER PEOPLE'S SEXUALITY: A REALITY WITHOUT BOARDING

“Se comienza a envejecer cuando se pierde la capacidad de amar”

Prof. Dra. Adela Herrera P.¹

RESÚMEN

El trabajo insiste en uno de los dilemas del siglo XXI relativo al Adulto Mayor: calidad de vida y salud sexual. Datos inexistentes sobre actividad sexual en las historias clínicas, desconocimiento para responder científicamente. Aporta fundamentos para comprender la sexualidad en la vejez. Modificaciones funcionales desde la biología y los contextos sociales. Relata estudios epidemiológicos sobre la sexualidad en ancianos. Efectos de la salud y la enfermedad en la sexualidad de esta población. Reflexiona sobre actitudes ageistas o edadistas.

Palabras claves: adultos mayores - salud sexual- modificaciones biológicas y sociales en la sexualidad. Estudios.

ABSTRACT

This work emphasizes on one of the XXI century's dilemmas related to the Elderly: Quality of life and sexual health. Missing data on sexual activity in medical reports, lack of scientific knowledge to respond. It provides a foundation for understanding sexuality in older age. Functional changes from biology and social contexts. Epidemiological studies tell about sexuality in the elderly. Effects of health and illness on sexuality in this population. Reflections about human attitudes and age

¹ (*) Médico Geriatra e Internista. Clínica Las Condes. Universidad de Chile. doc.adela.herrera@gmail.com1

Key words: elderly- sexual health – biology and social changes in sexuality- Studies.

INTRODUCCIÓN

Durante el presente siglo asistimos a una situación singular: más y más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapa de vejez, convirtiendo el envejecimiento poblacional en un reto para las sociedades modernas. Esto, considerado como uno de los logros más importantes de la humanidad, se transforma en un problema si no se es capaz de brindar soluciones adecuadas a las consecuencias que del mismo se derivan.

Dada la limitación de los recursos económicos disponibles, resulta prioritario establecer estrategias asistenciales socio- sanitarias que den respuesta a las crecientes necesidades de este sector poblacional en alza. Existen estudios que demuestran que los pacientes geriátricos se benefician de una asistencia especializada, pero siguen siendo debatidas cuestiones básicas como qué tipo de pacientes deben ser objeto de atención geriátrica hospitalaria o cual debe ser el dispositivo asistencial más adecuado.

El problema del envejecimiento ha preocupado al ser humano prácticamente desde el principio de su existencia, pero en la actualidad se ha acentuado aún más su interés ante las repercusiones sociales, económicas, sanitarias e, incluso, políticas que conlleva.

El envejecimiento poblacional, en los países en desarrollo, es un hecho nuevo y, por tanto, sin experiencias previas en el abordaje de los problemas médicos y sociales originados por el mismo.

La tendencia mundial a la disminución de la fecundidad y a la prolongación de la esperanza de vida ha dado al fenómeno del envejecimiento un relieve sin precedentes, constituyéndose la situación del adulto/a mayor (AM), en un tema relevante y emergente de la sociedad contemporánea.

A este hecho demográfico se ha sumado el llamado “**envejecimiento del envejecimiento**”, es decir, el incremento porcentual y absoluto de los grupos de edades más avanzadas. En los países desarrollados, la población mayor de 65 años representa el 15% y los mayores de 80 años suponen el 3% de la población occidental.

Al igual que en el resto del mundo, Chile no escapa de esta situación. A partir de la década del 70 se observa un descenso de la tasa de natalidad y mortalidad infantil con un aumento significativo de la esperanza de vida al nacer la que se ha desplazado desde los 55 años en 1950 hasta cerca de los 80 años en el 2002 (76 años para el hombre y aproximadamente 80 años para la mujer).

Por todo ello, resulta obligado el desarrollo de estrategias asistenciales que contemplen específicamente las necesidades crecientes de este importante sector de la población. En estas estrategias no existen fronteras que separen los aspectos sanitarios de los sociales.

En efecto, la realidad biológica actual, los adelantos de la medicina, de la biotecnología y las perspectivas futuras de la investigación biomédica dejan prever como muy cercana la meta del siglo de vida como edad límite normal.

Sin embargo, debates sobre el tema, la sociedad en general y los profesionales de la salud en particular debieran tener siempre presente una gran interrogante que debería transformarse en nuestra principal premisa al momento de resolver cualquier dilema en relación con el AM:

“¿Estamos prolongando una vejez desagradable o conseguiremos asegurar una buena calidad de vida durante más tiempo?”, “¿Estamos prolongando la vida o la agonía?”, etc.

La cuestión aún no está resuelta, pero no cabe duda de que, entre los aspectos más importantes – y más descuidados – de la calidad de vida que se intenta asegurar al AM, está la salud sexual: el aspecto más natural, necesario y saludable del ser humano.

Desgraciadamente, aún falta una conciencia social y médico-psicológica y un razonamiento ético elaborado sobre este tema específico. Los profesionales de la salud omiten a menudo la consideración de la fundamental importancia de un acercamiento multidisciplinar a este problema; y otras partes implicadas, como serían los moralistas, corren el riesgo de no integrar los datos científicos o estadísticos en el discurso religioso y ético moral, lo que es ciertamente imprescindible.

El presente trabajo, pretende llamar la atención sobre este importante tema y ofrecer, humildemente, una válida contribución para colmar este profundo e injusto vacío cultural.

La sexualidad en la vejez

¿Quién es viejo?, ¿Qué es la sexualidad?

La vejez, en sus funciones de promover el vigor intelectual, de luchar contra los cambios físicos, de adaptarse a las modificaciones del propio papel sociofamiliar, de aceptar el pasado y de enfrentarse a los cambios que caracterizan la edad del ocaso, se queda en un concepto de difícil definición. Una definición más exhaustiva de la vejez debería tener en cuenta, además de la edad,

todos los aspectos evolutivos y cronológicos integrados: los aspectos psicológicos, biológicos, emotivos y cognitivos de interacción individuo-ambiente.

Por lo que concierne a la sexualidad, también implica una diversidad de actividades y no solo la relación sexual o el orgasmo. La sexualidad, que abarca todos los sentidos (tacto, oído, vista, gusto, olfato), incluye un conjunto de experiencias, sensaciones y estados de ánimo que se expresan en la continuación del placer hasta las edades más avanzadas.

Vivir el placer en el ámbito del “sentirse bien” debe ser considerado, hoy en día, el mejor índice de salud sexual.

Hablar de vejez y sexualidad en términos de modificaciones biológicas es relativamente fácil; lo difícil es formular hipótesis sobre las transformaciones de la estructura psíquica durante la última fase de la vida.

La sociedad moderna no posee la capacidad ni la actitud necesaria (y en muchos casos no existe el interés de tenerlos) para enfrentarse con serenidad al problema del envejecimiento, justamente por estar empeñada en una continua lucha contra el tiempo.

Aún en la cultura de nuestros días, incluso en el campo médico-científico, domina la tendencia de considerar la vejez como una enfermedad para la que, antes o después, la medicina encontrará un remedio apropiado.

Ya, en pleno siglo XXI, la sociedad en general, y los ancianos en particular, están más conscientes de la importancia que toma la sexualidad en la persona que envejece. Además, los actuales jóvenes deben llegar más preparados para vivir plenamente su vejez. Es importante que alcancen gradualmente esa madurez necesaria para comprender que la generación de los actuales AM ha recibido un gran don, representado por una esperanza de vida media de casi 30 años superior a la que tenían los seres humanos a principio del siglo pasado. Esta oportunidad, sin

precedentes en la historia del hombre, debe estimularnos a aprender el arte de vivir en todas las dimensiones de nuestro ser de manera cada vez más rica y completa.

Cabe hacer notar que la mayor parte de nosotros crecemos sin priorizar los aspectos emocionales como “sentirse cómodo con la propia sexualidad” ya que esto acarrea consecuencias perdurables y que no se pueden medir. En término de la salud mental es urgente comprender los aspectos biológicos, psicológicos y conductuales de la sexualidad en cada etapa de la existencia humana. Si esto es cierto a cualquier edad, lo es especialmente en personas de edad avanzada. La mera existencia de manifestaciones sexuales de cualquier tipo en los ancianos es sistemáticamente negada, rechazada o dificultada por gran parte de la sociedad.

En nuestra sociedad existe un escaso conocimiento sobre este tema, incluso dentro de los profesionales.

Muchas veces la anécdota sexual prima sobre el conocimiento científico. Las creencias y conceptos erróneos se manifiestan incluso en las historias clínicas donde no se recogen datos sobre la actividad sexual. Esto, explicado incorrectamente en algunos casos, por el supuesto de que los ancianos son sexualmente inactivos; y en otros, debido a la incomodidad de formular las preguntas o el temor de no poder responder adecuadamente a las dudas que plantee el paciente mayor en este tema.

En una sociedad que está envejeciendo progresivamente, la sexualidad debería permanecer en una dimensión afectiva, sentimental y relacional durante todo el curso de la existencia, en el respeto del cuerpo y a los aspectos peculiares presentes en cada fase de la vida.

Desde hace algunos años estamos asistiendo a un proceso de transición demográfica que obligadamente se debe acompañar de un proceso de revisión de la “**cultura de la senilidad**” donde se incluye también la variable de la sexualidad.

Definiciones

El término sexualidad significa muchas cosas para distintas personas y diferentes etapas del ciclo vital.

Se define como **Salud Sexual Geriátrica** a “la expresión psicológica de emociones y compromisos que requiere la mayor cantidad y calidad de comunicación entre compañeros, en una relación de confianza, amor, compartir y placer, con o sin coito” (Maslow).

Así, en la vejez el concepto de sexualidad se basa fundamentalmente en una **optimización de la calidad de la relación**, - fundante en el goce- más que en una base cuantitativa de la misma. Este concepto se debe entender en forma amplia, integrado por el papel que juega la personalidad, el género, la intimidad, los pensamientos, sentimientos, valores, afinidades, intereses, etc.

Fundamentos para comprender la sexualidad en la vejez

En la sociedad contemporánea el anciano, por el hecho de serlo, presenta más indefensión, y en el plano estricto de la sexualidad, la sociedad también le es hostil.

En efecto, el proceso de envejecimiento da lugar a una mayor fragilidad orgánica, a un aumento de la vulnerabilidad frente a las enfermedades y en general a cualquier tipo de agresión.

Además, el proceso de envejecer se caracteriza por ser la única edad que no introduce a otro ciclo de la vida y por ser el momento más dramático de la existencia: la etapa de “las pérdidas” y de “los temores”. *Pérdidas* de todo tipo que se producen en esta etapa de la vida: del papel productivo, de la capacidad laboral, posibilidad de perder la pareja, los amigos, los hijos, disminución de eficiencia física y de la independencia psicológica, etc.

Temores: temor a la soledad, al aislamiento, a la incompreensión, a la falta de recursos económicos, a la discapacidad, a la fragilidad, a la dependencia,

A esto se suma que en esta etapa se experimentan sentimientos contradictorios frente a la sexualidad y los temas relacionados con ésta , evocan actitudes y reacciones muy distintas.

Todo lo anterior sitúa al anciano, como individuo y como colectivo, en una posición de evidente debilidad².

Todos los prejuicios sociales castigan al anciano, privándolo de su derecho a mantener su actividad sexual satisfactoria. Esto, sumado a los cambios producidos por el envejecimiento en la sexualidad y a la dificultad o falta de interés por estudiarla, nos lleva a una gran ignorancia en el tema, hacen que parezca hasta “improcedente” plantear siquiera la posibilidad que los Adultos Mayores (AM) vivan su propia vida sexuada. La gran mayoría de la sociedad e incluso gran parte de los profesionales sanitarios parecen pensar que el anciano es un “*ser asexuado*”

Comportamiento sexual de los ancianos

Dentro de los factores implicados en las modificaciones del patrón sexual y en el cese de la actividad sexual es indudable que el proceso de envejecimiento juega un papel importante. Con

²(Herrera A., comunicación personal).

el envejecimiento fisiológico se producen una serie de cambios anatómicos en los órganos sexuales de los ancianos, que se acompañan de modificaciones funcionales en las distintas fases del ciclo sexual. (Ver tablas 1 y 2)

Tabla 1. Principales cambios anatómicos en los órganos sexuales con el envejecimiento

VARON	MUJER
↑ ángulo peneano-abdominal	↓ tamaño ovario, trompa y útero
↓ tamaño testicular	↓ longitud vagina
< ascenso testicular con la erección	Atrofia de los labios mayores
↑ tamaño prostático	Atrofia de la mucosa de endometrio, cuello y vagina

Adaptado de Cruz Jentof A y Ribera Casado JM (1992)

Tabla 2. Principales cambios funcionales en los órganos sexuales con el envejecimiento

VARON	MUJER
Erección más lenta y menos completa	↓ hormonas sexuales circulantes
Descenso rápido de la erección tras la eyaculación	↓ lubricación vaginal
↑ frecuencia eyaculación retrógrada	
Orgasmo duración corta	Orgasmo duración corta
	↓ número contracciones orgásmicas
	↓ intumescencia clítoris
Período refractario prolongado tras la eyaculación	Rápido descenso tras el orgasmo

Adaptado de Cruz Jentof A y Ribera Casado JM (1992)

Factores fisiológicos

El DSM IV reconoce cuatro fases en el ciclo sexual humano: excitación, plateau o meseta, orgasmo y resolución.

- Factores biológicos en el hombre anciano

La duración e intensidad de su ciclo sexual cambia incluso en ausencia de factores patológicos.

Fase de excitación: el anciano necesita más minutos que el joven para lograr la erección y esta es menos firme, además, se reduce la respuesta visual y táctil respecto a los jóvenes.

Fase de meseta: es más larga por disminución de la fuerza del músculo cremaster con disminución de la elevación testicular.

Fase de orgasmo: es más corta y con un menor volumen de líquido seminal.

Fase de resolución: la pérdida del volumen peneano es más rápida y el período refractario está alargado.

- Factores biológicos en la mujer anciana

Todas las fases del ciclo se mantienen pero con una intensidad menor.

Fase de excitación: la fase de expansión y lubricación de la vagina está más alargada.

Fase de plateau: la elevación del útero está disminuida; la duración y la intensidad a la estimulación sexual para lograr un orgasmo está aumentada.

Fase de orgasmo: las contracciones musculares para el orgasmo existen pero disminuidas en número e intensidad, pudiendo haber contracciones dolorosas.

Fase de resolución: está más alargada que en las jóvenes y presentan una reducción de la capacidad de multiorgasmo. (Ver tablas 1 y 2)

- Factores hormonales

La testosterona juega un papel secundario en la reducción de la capacidad sexual, siendo mucho más importante las vías monoaminérgicas del sistema nervioso central las que al estar alteradas en el envejecimiento serán menos sensibilizadas por los andrógenos.

Estos cambios deben ser bien conocidos tanto por el personal sanitario como por los propios ancianos, evitándose así una interpretación errónea de los mismos que pueda repercutir negativamente sobre la actividad sexual de este grupo etáreo. Este conocimiento permitirá una mejor adaptación a los cambios fisiológicos del proceso de envejecimiento, y la adaptación de la actividad sexual de la pareja de ancianos a dichos cambios permite una sexualidad más completa, positiva y gratificante.

A los cambios derivados del envejecimiento fisiológico se pueden sumar la repercusión de otras patologías orgánicas crónicas y el consumo de fármacos. Estos pueden modificar el comportamiento sexual del anciano ya sea por alteración del sistema hormonal, o por las secuelas físicas y/o psico-sociales de las enfermedades crónicas que pueden originar algún grado de discapacidad.

Comportamiento sexual en la vejez

Los cambios fisiológicos, anatómicos y funcionales (tablas 1 y 2), en los órganos sexuales en los ancianos no condicionan obligadamente el cese de la actividad sexual, sino que exigen una adaptación del comportamiento sexual a su nuevo funcionamiento, evitándose así frustraciones y

situaciones de ansiedad ante las siguientes relaciones sexuales, que podrían llevar al cese innecesario de la actividad sexual.

Está demostrado que el sexo y la sexualidad juegan un papel importante en el envejecimiento saludable y pleno; sin embargo, las personas ancianas tienen una conducta sexual heterogénea en relación a sus apetitos e intereses. Además de los factores previamente mencionados que afectan la conducta sexual en el anciano (envejecimiento fisiológico, patología crónica, efectos secundarios de medicamentos) se suman los factores sociales que inciden fuertemente en la actividad sexual en la edad adulta.

Factores sociales.

1. Autopercepción del atractivo sexual:

La persona que mantenga una percepción positiva de su cuerpo y de su pareja mantendrá relaciones sexuales satisfactorias. La sociedad, en general, cree que las ancianas son las que pierden más pronto su atractivo sexual, posiblemente debido a que se produce una pérdida más precoz de la capacidad de procreación en relación con el hombre.

Situación de la mujer mayor.

En un mundo donde se privilegia a la juventud y la productividad no es difícil que exista miedo a “llegar a ser viejas” ya que, poco a poco, se les considera inútiles o “ya no útiles”.

El climaterio anticipa este “sentimiento de vejez” en la mujer, sentimiento que en el hombre sucede dos décadas después, cuando comienza a perder prestigio (Herrera A., trabajo no publicado).

En general, para las mujeres la sexualidad sigue siendo algo negado, víctimas de la educación y la cultura. Es un mito que se pierde el apetito sexual. Lo único que se ha probado es que la duración de la fase orgásmica en la mujer de 50 a 70 años sufre una disminución paulatina que no tiene mayor importancia... (Master y Johnson 1981).

Muchas mujeres creen erróneamente que terminada su función reproductiva se pierde, también, la función sexual. Pero, la sexualidad permanece sin muchos cambios. La respuesta sexual física a la estimulación se mantiene a pesar de los cambios hormonales de la posmenopausia (lo que se puede obviar con administración de hormonas femeninas).

De acuerdo a los estudios de Master y Johnson (1995), la actividad sexual periódica protegería contra las alteraciones fisiológicas del envejecimiento en la anatomía sexual femenina.

En nuestra experiencia hemos comprobado que (Herrera A., trabajo no publicado):

- Los cambios físicos sufridos, secundarios al proceso de envejecimiento, no han logrado afectar en gran medida la sexualidad de la mujer AM, más bien han sido capaces de adaptarse a ellos (excepto, el hecho de presentar una menor lubricación vaginal, dependiendo de si la mujer recibe o no terapia de reemplazo hormonal).
- Las mujeres perciben su sexualidad como un aspecto relevante en sus vidas y el sexo está vinculado a su intimidad y al amor hacia su pareja: es una expresión más de amor.
- El amor se constituye como parte fundamental de la relación de pareja y en su vida en general, los años de convivencia no han menoscabado su intimidad, es más, demostraciones como

abrazos, besos y caricias se observan en la cotidianidad de muchas relaciones. La mayoría concuerda que la vida en pareja es digna de vivirse.

- Uno de los hechos más relevantes a sido comprobar que uno de los mitos que más fuertemente existe para la sociedad en general, para los AM, y muy particularmente para la mujer AM, ya es prácticamente inexistente: La salida de los hijos del hogar afecta de forma positiva la vida en pareja y la vida sexual, dado que pueden contar con un mayor espacio físico lo cual les ha permitido una sexualidad más libre, no siendo necesario esperar el momento adecuado para tener relaciones sexuales y disfrutar de la mutua compañía : se cambia el mito de “**síndrome de nido vacío**” por el de “**misión cumplida**”.

- Otro mito que se está derribando en nuestro medio es que la mujer mayor no requiere del sexo, que es innecesario en sus vidas y de que es impropio, “anormal”, a sus años; mayoritariamente se observa una paulatina disminución del prejuicio “el sexo en el adulto mayor”. Las mujeres no perciben el sexo como algo malo e incorporan el acto sexual como parte de sus vidas. Ya la sexualidad no está solamente relacionada con la procreación, sino que, es una parte integral de sus vidas. Pero, surge una contradicción ya que por otra parte, a las mujeres les resulta difícil asumir que tienen deseos sexuales, por tanto tienden a esperar que sea su pareja quienes las busquen e inicien la relación sexual. Esto se debe en gran medida a la socialización recibida por esta generación, lo que conduce en algunos casos a una disociación entre un discurso aparentemente abierto y una experiencia sexual negadora de placer.

- Además, se observa que para las mujeres adultas mayores el mantener relaciones sexuales significa un acto de entrega, ligado a la necesidad emocional. Para muchas la belleza es clave en la percepción de la sexualidad. Para algunas el sentirse deseadas sexualmente pasa por el seguir sintiéndose bellas. El deseo de no verse “viejas”, pasa por el culto de la belleza juvenil y la belleza física, tan propios de nuestra sociedad. Además, se percibe que esta sociedad permite a

los hombres envejecer sin ser tan duramente juzgados por su apariencia física, se les permite envejecer de muchas maneras, lo cual no ocurre con las mujeres.

2. Acceso a una pareja:

Un porcentaje importante de responsabilidad sobre este aspecto recae en ciertos hábitos culturales y sociales: en general no se considera correcto hablar públicamente de la sexualidad, y en el caso concreto de los ancianos suele parecer hasta “improcedente” plantear la posibilidad de que vivan su propia sexualidad. Paradójicamente, la formación de nuevas parejas en la edad madura suele ser mal recibida, términos tan despectivos como el “viejo verde” y la “viuda alegre” encuadran estas ideas. Todos estos mitos y prejuicios sociales castigan al anciano, privándole de su derecho de mantener su actividad sexual satisfactoria.

Más aún, debido a la mayor longevidad de la población es cada vez más probable que los ancianos se casen con parejas sexualmente incapaces, lo cual es más frecuente en las ancianas que normalmente se vuelven a casar con ancianos de mayor edad, transformándose en “esposas cuidadoras”. Sin embargo, en los ancianos no es infrecuente el matrimonio con mujeres mucho más jóvenes (Herrera A., comunicación personal).

2.1. La viudez:

De acuerdo a estudios epidemiológicos, el hecho de perder la pareja es uno de los factores determinantes de mayor peso del cese de la actividad sexual. A esto se suma que, la interrupción prolongada de la vida sexual de un sujeto mayor dificulta la recuperación posterior de dicha

actividad. Les resulta muy difícil la idea de obtener placer nuevamente con otra pareja distinta a su antigua pareja, especialmente cuando la convivencia con la persona fallecida fue satisfactoria o prolongada.

La situación de viudez en las mujeres no tiene el mismo impacto sobre el cese de la actividad sexual que en los varones. Además de la diferencia demográfica que juega contra las mujeres (relación de 1 varón/4-6 mujeres), tradicionalmente ha existido una fuerte tendencia social a considerar negativamente el establecimiento de nuevas relaciones afectivas e incluso de nuevos matrimonios en las mujeres viudas, lo cual limita aún más la actividad sexual de éstas. (Herrera A., trabajo no publicado). Se comprobó que el 90% de las mujeres viudas cesaban sus relaciones sexuales a partir del fallecimiento de su esposo. (Estudio longitudinal de Duke)

3. Dificultad para acceder a la intimidad:

Los ancianos que viven con sus hijos o los institucionalizados no cuentan con el ambiente más adecuado de intimidad para mantener relaciones sexuales o se lo prohíben expresamente.

3.1. Cambio del domicilio:

No es infrecuente que el anciano tenga que abandonar su domicilio habitual, ya sea por problemas médicos o por incapacidad importante, acudiendo al domicilio de familiares directos o incluso ingresando en residencias o instituciones. Cuando esto ocurre, como mínimo se pierde la privacidad e intimidad de la pareja y muchas veces pueden presentarse conflictos con los familiares o cuidadores directos por no entender las expresiones sexuales del anciano adoptando actitudes restrictivas o inhibitorias hacia los ancianos. Esta situación se agrava más cuando se

separa a la pareja, con la intención de repartir las cargas del cuidado entre los miembros de la familia, sin pensar siquiera que exista una necesidad de manifestación sexual. Los familiares pueden intentar imponer las normas de conducta que consideran apropiadas, sin plantearse que en esas nuevas situaciones los ancianos necesitan aún más manifestar sus sentimientos y emociones.

Todo lo anterior se podría evitar si existiera un reconocimiento social generalizado de esta necesidad para así intentar, junto con los ancianos y sus familias, encontrar la mejor solución en el momento que se decida el cambio de domicilio.

Se debe mantener, en lo posible, el equilibrio entre la intimidad, dignidad y derechos del anciano, incluso cuando existe cierto grado de incapacidad mental, pues tienen capacidad para sentir placer, y en muchas ocasiones precisan tocar y ser tocados y sentir calor.³

Investigación de la sexualidad en ancianos

Estudios epidemiológicos

Las actitudes socioculturales frecuentemente “ageístas” (rechazo al anciano por el hecho de serlo) explican el desinterés científico por el tema; de hecho, el número de publicaciones relativas a investigaciones sobre la sexualidad en los ancianos sólo comenzó a tomar cierta importancia en los últimos años.

De los principales estudios epidemiológicos sobre la actividad sexual del anciano, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo, se destacan:

³ (Herrera A., trabajo no publicado).

- Von Krafft -Ebing (Capodeci 1990), famoso estudioso de sexología de fines del siglo XIX, consideraba la sexualidad del anciano como una “perversión”, justamente porque no era reproductiva.
- Kinsey y colaboradores (Morley 1989, 1993), verdaderos pioneros en su trabajo, dedicaron sólo dos páginas al tema de la actividad sexual en el anciano, resumiendo que existe una disminución de la actividad sexual con la edad, encontrando sexualmente activos a un 33% de los varones mayores de 70 años.
- Duke (Nilson 1987, Pfeiffer E 1972), concluyó que existe una disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales con la edad. Encontró que un 76% de los varones y un 27% de las mujeres mayores de 65 años mantenían actividad sexual.
- McCary (1968) investigó a las mujeres ancianas certificando la participación de las mujeres casadas en la relación sexual, pero con una caída de la frecuencia debida al paso de los años.
- Diokno (Diokno 1990), demostró una disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales con la edad, encontrando una diferencia significativa a favor de los ancianos casados (73,8% activos) frente a los no casados (55,8/ activos), así como del sexo masculino frente al femenino.
- Baltimore (Weg RB 1991), concluye que existe una disminución global en la frecuencia de las relaciones sexuales, encontrando un 62% de varones mayores de 60 años sexualmente activos.
- Gotenborg (Weg RB 1991), encontró una frecuencia mayor de actividad sexual en los varones (48%) que en las mujeres (16%), destacando que el hecho de estar casados aumentaba la actividad sexual.

- Ribera (Ribera D. 1991), analiza la frecuencia de relaciones sexuales (coito) en mayores de 65 años, de los cuales 1/3 estaban institucionalizados. Concluyó que el 17,1% de los varones y el 4,7% de las mujeres mantenían actividad sexual.
- Master y Johnson (1981, 1995) pusieron de manifiesto que no existe un límite cronológico para una correcta respuesta genital pero, con el paso de los años, tanto en el hombre como en la mujer se verifica una lenta y gradual decadencia física del estímulo sexual. Lo que a menudo sucede es que este decaer físico se ve acompañado por un aumento del deseo, salvo en los casos que se deba a una enfermedad física.
- Rubin (1965), en su libro *Vida sexual después de los sesenta*, destacaba que, gracias a unos sexólogos, se consiguió llenar el vacío existentes en los conocimientos médicos y en las experiencias clínicas relativas a la sexualidad de los ancianos y combatir el popular estereotipo del “viejo asexuado” que tanto ha perjudicado la salud y la felicidad de demasiadas personas mayores.

En la mayoría de los estudios epidemiológicos se demuestra claramente que la frecuencia de las relaciones sexuales disminuye con la edad, y algunos encontraron que este declinar es mayor en las mujeres que en los hombres. Sin embargo, la mayoría de estos estudios valoran la sexualidad del anciano de una forma cuantitativa (frecuencia de las relaciones completas, número de orgasmos, etc.), sin considerar los aspectos cualitativos, que son los más sensibles en los ancianos.

Además, en todos estos estudios se destaca un dato relevante: ***“la actividad sexual existe en los ancianos y en algunos casos es más la norma que en la excepción”.***

Cambios en el patrón sexual en el anciano

Como se ha mencionado previamente, el comportamiento sexual en la vejez depende de muchos factores: salud en general, disponibilidad de un compañero (a) sano (a), personalidad, actitudes hacia y de los otros, nivel de educación, nivel social, creencias sexuales, actitud sexual previa, intereses y prácticas previas, grado de satisfacción con la vida, etc.

La sexualidad en el anciano debe considerarse en una forma amplia e integral, incluyendo en ella tanto componentes físicos como emocionales. Por ello, se acepta como normal en el anciano ciertas modificaciones en el patrón sexual considerado como estándar si se relaciona con el adulto joven; estas serían: disminución del número de coitos y el aumento proporcional de otras actividades sexuales como las aproximaciones físicas, caricias, ratos de intimidad emocional, de complicidad, relaciones de compañía o masturbaciones.

Kinsey y otros investigadores demostraron que la *masturbación* es bastante común entre los ancianos (levemente menor que en los jóvenes). En algunos trabajos recientes (Morley) se demuestra que la masturbación es la actividad sexual más frecuente en los varones mayores de 80 años. El 40-50% de las mujeres independientes mayores de 60 años practicaba esta actividad, y hasta un 8% de ellas se masturbaban con una frecuencia semanal.

La prevalencia de la masturbación se explica, en muchos casos, por la existencia de una pareja incapacitada y por la frecuencia de viudez en edades avanzadas. Esto, unido al rechazo social que existe hacia el establecimiento de una nueva pareja, serían factores que propiciarían la satisfacción sexual mediante la masturbación.

Cese de la actividad sexual

El cese de la actividad sexual no es un suceso exclusiva y necesariamente cronológico sino que depende de muchos factores como el estado de salud y el grado de incapacidad física y mental (tanto del sujeto como de su pareja), la frecuencia y la calidad de las relaciones sexuales previas, la mal interpretación e inadaptación a los cambios fisiológicos propios del envejecimiento, la situación afectiva y calidad de la relación con la pareja y con otras personas, y de otros cambios en el papel social del anciano, como la viudez, el cambio de domicilio, la institucionalización y las crisis de salud.

Efecto de la salud y la enfermedad en la sexualidad en la vejez

Las comunicaciones científicas concuerdan en que la mala salud física y/o psíquica está unida a una disminución de la libido y a una alteración de la respuesta sexual: toda enfermedad que desfigure el cuerpo o altere negativamente la imagen corporal alterará la conducta sexual disminuyéndola.

Efecto de las patologías médicas e incapacidad:

1. Patología cardiovascular

No existen evidencias de aumento de muertes súbitas durante el coito en relación a la población normal, por tanto, los ancianos con cardiopatía isquémica, con insuficiencia cardíaca o cirugía previa de by-pass no deben evitar las relaciones sexuales sino acomodarlas al máximo posible sin

que aparezcan angor o disnea.

2. Hipertensión arterial

En varones con hipertensión la incidencia de impotencia, ya sea por la enfermedad o por efecto secundario a medicamentos, es del 15%. Algunos fármacos antihipertensivos tienen un efecto negativo en este campo el cual se debe tener en cuenta a la hora de seleccionar un tratamiento.

En presencia de hipertensión arterial leve o moderada no se debe restringir la actividad sexual.

3. Patología pulmonar

La dificultad en las relaciones sexuales no depende de la propia enfermedad, sino del grado de disnea, hipoxia y tratamiento con corticoides.

4. Patología neurológica

- **Enfermedad cerebrovascular (ACV):** la disminución de la autoestima, el déficit motor, los problemas de comunicación y depresión son las causas que producen alteración en la vida sexual. Se ha demostrado que la actividad sexual no es causal de ACV ni que incrementa el déficit neurológico después del ACV.
- **Enfermedad de Parkinson:** no existe un deterioro en la sexualidad si la sintomatología está controlada; algunos fármacos (anticolinérgicos) pueden alterar las relaciones sexuales.
- **Demencia:** en períodos moderados y avanzados de la enfermedad se suele acompañar con problemas de híper o hipo sexualidad; se cree que se deben a alteración de la liberación de neurotransmisores (somatostatina, acetilcolina, TSH, GH) a nivel hipotalámico.

Los ancianos con cualquier forma o grado de incapacidad mental plantean problemas

específicos. La hipersexualidad no es rara y puede llegar a producir daños irreparables al propio individuo u otras personas. Por esto es muy importante que los profesionales que atienden a estos pacientes pregunten expresamente por estas conductas ya que muchas veces las familias ocultan este antecedente por vergüenza, retrasando el tratamiento de este.

Otro aspecto frecuente en el demente es la desinhibición, con comportamientos inadecuados en público (exhibición de genitales, tocamientos, masturbaciones), que resultan molestos u ofensivos especialmente dentro de las instituciones o residencias. Se debe redirigir estos comportamientos hacia lugares más privados, sin adoptar conductas punitivas. En las instituciones se procurará que la libertad de expresión sexual no limite el derecho a la intimidad y la libre expresión de otros residentes. En las residencias se debe disponer de un lugar para la intimidad del residente y su pareja pero, para esto es prioritario educar al personal a cargo de los ancianos en el conocimiento de todo lo que a la sexualidad concierne.

Es importante que se sepa que aún los ancianos con un gran grado de incapacidad mental tiene capacidad para sentir placer, y que muchas veces necesitan tocar y ser tocados, sentirse queridos, sentir calor.

5. Patología urológica

- **ITU** (infección del tracto urinario) y uretritis: es más frecuente en mujeres la introducción de bacterias en la uretra durante el coito y está unido a mayor laxitud en el periné por déficit estrogénico.
- **Insuficiencia renal crónica**: produce alteraciones en la sexualidad secundaria a alteraciones hormonales (FSH, LH, estradiol, prolactina, testosterona)

- **Incontinencia urinaria:** no existe un deterioro en la sexualidad per se, pero un 45% de los ancianos incontinentes reconocen incontinencia de micción no controlada durante el coito en relación con disconfort psicológico.
- 6. **Patología osteoarticular:** No disminuye el deseo sexual. Solo requiere que el paciente se adecue a mantener relaciones sexuales que no le produzcan dolor. En algunos ancianos se produce impotencia secundaria a medicamentos (AINES, antipalúdicos).

7. Patología endocrina

- **Diabetes Mellitus:** la prevalencia de disfunción sexual es muy alta (65%); su causa es multifactorial (Enfermedad macro y microvascular, polineuropatía, cambios hormonales, infecciones urogenitales).
- **Enfermedad tiroidea:** más frecuente en el hipotiroidismo, las alteraciones sexuales son secundarias a cambios hormonales (prolactina, estrógenos). Una vez corregida la enfermedad de base se normaliza el déficit en las relaciones sexuales.

8. Patología psiquiátrica

- **Depresión:** uno de los síntomas es la dificultad para mantener relaciones personales, y sexuales, placenteras; a esto se suma el uso de medicamentos que afectan la esfera sexual. Todo lo anterior explica la alta prevalencia de impotencia en ancianos con depresión.
- **Psicosis:** estos ancianos presentan alteraciones psicopatológicas en la esfera sexual (hipersexualidad, desviaciones sexuales) que necesitan de un tratamiento especializado.

9. Cáncer

Es frecuente la patología depresiva y ansiosa, por pérdida de la autoestima y mala imagen corporal.

10. Fármacos

El 10% de los medicamentos que se prescriben comúnmente causan impotencia. (Ver tablas)
Casi en el 25% de los ancianos con disfunción eréctil la causa es medicamentosa. Casi todos
Los antihipertensivos se han relacionado con impotencia. Los medicamentos más comunes
que causan alteraciones de la potencia son los diuréticos tiacídicos, a través de la disminución de
las presiones en el pene y de la reducción de la concentración de testosterona y de los valores
de esta biodisponible. La disminución de la testosterona y de su fracción biodisponible se
acompaña de una disminución de la libido pero no de disfunción eréctil por si misma (los
varones jóvenes castrados pueden tener erección). Sin embargo, en algunas personas la
mejoría de la libido mediante el tratamiento con testosterona es suficiente para mejorar la
falta de interés sexual y los problemas eréctiles.

11. Efecto de la patología quirúrgica

La tasa de recuperación de las relaciones sexuales satisfactorias tras la cirugía (histerectomía,
mastectomía, prostatectomía, colostomía, cáncer rectal) es variable pero la norma es que se
eviten por alteraciones neuroendocrinas, depresión, pérdida de la autoestima, mala imagen

corporal. Se requiere de tratamiento psicoterapéutico de grupo para su recuperación.

Disfunción sexual en el anciano: “¿Ageísmo, Sexismo o Envejecimiento?”

La mayoría de los estudios concluyen que la disminución de la actividad sexual en la vejez se relaciona tanto con los cambios físicos debidos al envejecimiento descritos anteriormente, la disponibilidad de una pareja y la capacidad de la pareja para mantener relaciones sexuales, la influencia de actitudes y expectativas impuestas por el entorno social, así como con factores psicológicos propios del anciano.

Existen numerosos problemas que impiden que el anciano mantenga una actividad sexual continuada. El primero es la propia actitud del anciano ante lo que son cambios fisiológicos normales. El progresivo alargamiento del período entre las erecciones y la mayor dificultad para conseguirlas puede producir una ansiedad creciente en el hombre, y esta ansiedad perjudicará aún más su capacidad de respuesta sexual. Lo mismo sucede con la dispareunia de introducción en las mujeres debida a la disminución de estrógenos postmenopáusica. Las molestias que pueden sentir provocan ansiedad anticipatoria con el consiguiente riesgo de aumento del dolor, creándose un círculo vicioso difícil de romper.

Puesto que en nuestra sociedad aún se mide la actividad sexual según el coito, y como la frecuencia con que éste es posible en la vejez es menor, muchas parejas de ancianos van optando progresivamente por la abstinencia. De manera que sin impedimentos físicos, muchas veces, se produce una disminución completa de la actividad sexual.

Si el anciano sufre alguna enfermedad crónica, aunque ésta no afecte directamente a la capacidad sexual, el miedo y la actitud negativa ante los problemas de la edad limitan más la actividad sexual de ambos miembros de la pareja.

La prevalencia elevada de trastornos psicopatológicos en los ancianos como son la depresión o los trastornos de ansiedad y la existencia de estresores, por otra parte muy frecuentes en la vejez, como puedan ser la pérdida de la pareja, el deterioro de la red social y del nivel socioeconómico o la presencia de problemas de salud en la familia, contribuyen también a la aparición de diversas dificultades en la actividad e interés sexual en el anciano.

Tampoco debemos olvidar que el cansancio, el estrés y la tensión pueden constituir causas de disfunción sexual a todas las edades. Generalmente la función sexual vuelve a normalizarse cuando los motivos que la afectaban desaparecen, sin embargo, si la persona está demasiado preocupada, el problema puede continuar y también la disfunción.

Otros factores que condicionan el desarrollo de una normal actividad sexual pueden ser las reacciones psicológicas negativas a las modificaciones del cuerpo que envejece, a la jubilación y a los relativos cambios del estilo de vida. En cambio, la vida sexual se enriquece si el anciano vive la relación como un medio para expresar mejor su afecto hacia el otro componente de la pareja. *“Sin la ternura, un vínculo profundo y una capacidad real de diálogo, la sexualidad acabará muriendo en la pareja anciana como en la joven”.*

- ***Disfunción sexual de causa orgánica en el anciano***

Todas las investigaciones demuestran que con la edad hay una disminución progresiva de la

actividad sexual en el individuo sano, causada por la intervención de los cambios fisiológicos normales debidos al envejecimiento en interrelación con los factores psicosociales descritos anteriormente.

Además, se produce un aumento de la prevalencia de disfunciones sexuales debidas a causas médicas, psicológicas y/o como efecto secundario de la medicación administrada. En ocasiones resulta difícil diferenciar los cambios normales relacionados con la edad de los síntomas debidos a patología.

CONCLUSIONES

- La revisión en la literatura de todos los estudios epidemiológicos confirma que la actividad sexual existe en los ancianos y muchas veces es la norma más que la excepción.
- En la edad avanzada se comienza a desarrollar un nuevo lenguaje de la sexualidad que es tanto físico como emotivo y comunicativo. Este lenguaje es más aprendido que instintivo y, a menudo, se utiliza poco, porque está estrechamente relacionado con la capacidad de reconocer y compartir los propios sentimientos y de llegar a una ternura y atención recíproca con la persona amada.
- La vejez puede convertirse en una fase constructiva o destructiva donde el lenguaje de la sexualidad puede tener un papel importante y mucho que ofrecer. Los distintos estados de ánimo (sentimientos de tristeza, calor, humor, alegría, rabia, pasión, dolor, solidaridad, temores, pérdidas, cambios,...) pueden influir en una relación sentimental.
- Es en la vejez, cuando la personalidad llega a su último estadio de desarrollo, la capacidad de

amar y la sexualidad pueden alcanzar el nivel más maduro y llegar a un estado de crecimiento nunca conseguido. Se llega a un momento en el que los sentimientos, los afectos y la espiritualidad predominan sobre la lógica, la racionalidad y la necesidad de ser concretos, competitivos y productivos. “La confrontación del *sí mismo* grandioso con la naturaleza frágil, limitada y efímera de la vida humana es inevitable” (Kernberg).

- Las razones puramente científicas basadas en nuestra ignorancia de hoy sobre el tema de la sexualidad en la vejez y la eventual respuesta positiva que la investigación gerontológica pueda darnos mañana en este terreno debe hacernos reflexionar sobre nuevas actitudes discriminatorias “ageístas” o “edadistas” en base a la edad.
- Me atrevo a asegurar con toda probabilidad que las futuras investigaciones nos permitirán entender por primera vez el ciclo completo de la vida y de la sexualidad: la *juventud* como el momento para las exploraciones excitantes y el descubrimiento de uno mismo; la *edad media* para alcanzar habilidad, experiencia y juicio; la *vejez* para utilizar con provecho la experiencia madurada en el curso de la vida en el arte de amar a otra persona, donde la sexualidad posee sexo en el verdadero sentido de la palabra: placer, relajación, comunicación, intimidad y todo el tiempo necesario para compartir con la pareja amada. Y, algo muy importante: se tiene la libertad excitante, en especial para quien, hasta entonces, no tuvo tiempo para pensar en la sexualidad y para poder dedicarse al conocimiento de sí mismo y del otro.
- Por último, si como sociedad dejásemos de lado tantas de nuestras actitudes *ageístas*, ¿quizás cuántos aspectos de la sexualidad en la vejez serían la mejor enseñanza para que pudiésemos vivir plenamente nuestra sexualidad en las edades previas de la vida!
- La educación sanitaria sobre temas sexológicos en el ámbito geriátrico representa un

instrumento indispensable para superar creencias y mistificaciones sobre la vejez y la sexualidad. Sólo con una mayor formación académica de los profesionales sanitarios y de la sociedad en general, junto con la realización de programas de educación sexual para los ancianos, se lograría una mayor sensibilización hacia estos aspectos olvidados de los mayores, contribuyendo directamente a una mejor calidad de vida y mayor satisfacción y bienestar de muchos ancianos, e indirectamente, para todas las personas jóvenes, como una premisa natural para poder vivir la propia futura vejez de manera serena y más completa.

- Urge la necesidad de un Gran Cambio Cultural: A los profesionales de la salud se nos prepara para “*curar el dolor*”,... pero no para “*promover el placer*”.
- A medida que la sociedad envejece y se prolonga más la expectativa de vida se hace imprescindible que el médico acepte que las menos de las veces va a curar, y que la más de las veces va necesitar “saber” asistir, aconsejar, aliviar, acompañar (incluso en el duelo y después de éste) y, por sobre todo, aprender a “escuchar”, sólo así no seremos profesionales frustrados. Dado el proceso de envejecimiento al que estamos asistiendo, se hace inadmisibile una actitud “indiferente” hacia el viejo. Es indispensable un constante compromiso social que pueda compensar las pérdidas fisiológicas de la vejez con un nuevo entusiasmo y creatividad que permitan al anciano protagonizar las elecciones de su vida.
- Por lo tanto, el primer paso para una **consideración ética** sobre el papel de la sexualidad en la vejez pasa ineludiblemente por *reconsiderar estas actitudes que, ocultando la existencia del problema, dificultan enormemente su remedio.*

Bibliografía

Bachmann G, Leiblum S, Kemman E et al. Sexual expression and its determinants in the postmenopausal woman. *Maturitas* 1984;6:19-29.

Butler RN, Lewis MI, Hoffman E, Whitehead ED. Love and sex after 60: How physical changes affect intimate expression. *Geriatrics* 1994; 49 (September): 20-27.

Comfort A, Dial LK. Sexuality and aging: an overview. *Clin Geriatr Med* 1991; 7: 1-9

Capodieci S. La sexualita negli anziani, in *Anziani, Ruolo, Famiglia, Istituzioni. Quaderni di Terapia Familiare*, 1990: 79-86

Cruz Jentoft AJ, Merce Cortés J. La función sexual. En Ribera Casado JM, Cruz Jentoft AJ (eds) *Geriatría (1) Madrid*. Idepsa 1992; 170-177

Diokno AC, Brown MB, Herzog R. Sexual function in the elderly. *Arch Intern Med* 1990; 150: 197-200.

Feldman HA, Goldstein I et al. Impotence and its medical and psychosocial correlates. *J Urol* 1994; 151: 54-61.

Gupta K. Sexual dysfunction in elderly women. *Clin Geriatr Med* 1990; 6: 197-203.

Hillman JL. A Linkage of Knowledge and Attitudes Toward Elderly Sexuality: Not Necessarily a Uniform Relationship. *The Gerontologist* 1994; 34, 256-260

Hazzard W.R. The sex differential in longevity. In *Principles of Geriatric Medecine and Gerontology*. Mc Graw-Hill, New York. 1990

Kaiser FE, Viosca SP, Morley JE, et al. Impotence and aging: Clinical and hormonal factors. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36: 511-519.

Kaiser FE. Sexuality in the elderly. *Urol Clin North Am* 1996; 23: 99-109.

Keller JM. Sexuality in later life. *Reviews in Clinicas Gerontology*. 1993; 3, 309-314

Kennedy GJ, Haque M, Zaranhow B. Human Sexuality in Later Life. *International Journal of Mental Health*. 1997; 26, 35-46

- Krane RJ, Goldstein I, de Tejada IS. Impotencia. *N Engl J Med* 1989; 321: 1648-1659.
- Leiblum SR, Bachmann GA, Kemman E y col. Vaginal atrophy in postmenopausal women. *JAMA* 1983; 6: 249.
- Lewy JA. Sexuality and aging. En Hazzard WR, Bierman LR, Bless JP (eds). *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. New York: McGraw-Hill.1994: 115-124
- Lopicollo J. Counseling and therapy for sexual problems in the elderly. *Clin Geriatr Med*. 1991; 7: 161-179
- Master WH, Johnson VE. Sex and the aging process. *J Am Geriatr Soc*. 1981; 29:385-90
- Master WH, Johnson VE. *Sexualidad humana*. Grijalbo.1995.
- Mc Cartney JR, Izeman H, Rogers D. Sexuality and the institutionalized elderly. *J AM Geriatr Soc*. 1987; 35: 331-333.
- Mooradian AD. Geriatric sexuality and chronic diseases. *Clin Geriatr Med*. 1991; 7: 113-131
- Morley JE, Kaiser FE. Sexual function with advanced age. *Med Clin North Am*. 1989; 73: 83-95
- Morley JE, Kaiser FE. Impotence: The internist's approach to diagnosis and treatment. *A Intern Med*. 1993;38: 151-168.
- Mulligan T, Modigh A. Sexuality in dependent living situations. *Clin Geriatr Med* .1991; 7: 153-160.
- Nathorst-Boos J, Wiklund Y, Mattsson LA et al. Is sexual life influenced by transdermal estrogen therapy? A double blind placebo controlled study in postmenopausal women. *Acta Obstet Gynecol Scand* .1993; 72: 656-660.
- Nilsson L. Sexuality in the elderly. *Acta Obstet Scand Suppl* .1987; 140: 52-58.
- Pfeiffer E, Davis GC. Determinants of sexual behavior in middle and old age. *J Am Geriatr Soc*. 1972; 20: 151-158
- Pfeiffer E et al. Sexual behavior in aged men and women. *Arch Ger Psychiatry*. 1989; 19: 753.
- Ribera Domene D, Reig Ferrera A. Comportamiento sexual en ancianos. *Rev Esp Geriatric Gerontol*. 1991; 26:234-242.
- Ribera JM. La sexualidad en los ancianos. En Ribera JM, Veiga F, Torrijos M (eds). *Enfermería Geriátrica*. Madrid: IDEPSA.1991; 79-86

Rajfer J, Aronson WJ, Bush PA, et al. Nitric oxide as a mediator of relaxation of the corpus cavernosum in response to noradrenergic, noncholinergic neurotransmission. *N Engl J Med.* 1992; 326: 90-94.

Roughan PA, Kaiser FE, Morley JE. Sexuality and the older woman. *Clin Geriatr Med.* 1993; 1: 87-106.

Rubin I. La senilité après quarante ans et après soixante-dix ans. Analyse du comportement sexuel humain. Paris .1965.

Studd J, Parson A. Sexual dysfunction: the climateric. *Brit Sex Meds.* 1977; 4: 11-14.

Tenover JS. Effects of testosterone supplementation in the aging male. *Clin Endocrinol Metab.* 1992; 75: 1092-98.

Weg RB. Sexuality and intimacy in ageing. En Pathy MSJ (ed). *Principles and Practice of Geriatric Medicine and Gerontology* (2nd ed). 1991; 231-252.

EXPERIENCIA: "COMO ABORDAR LA SEXUALIDAD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y GRANDES NECESIDADES DE APOYO. PROYECTO SALA ESTIMULACIÓN MULTISENSORIAL".

AN EXPERIENCE: “ HOW TO DEAL WITH INTELLECTUAL DISABILITY PEOPLE’S SEXUALITY AND WITH NEEDS OF SUPPORT. MULTISENSORY STIMULATION WARD PROJECT”.

Natalia Rubio Arribas¹

Carlos de la Cruz Martín- Romo²

RESÚMEN

La presente propuesta de intervención en materia de Educación Sexual con personas con discapacidad intelectual y necesidad de apoyos extensos y generalizados se enmarca dentro del Plan de Atención Integral a la Sexualidad de las personas con discapacidad intelectual (PCDI) de la Fundación Aspanias (Burgos- España) Un programa dirigido a todas y cada una de las PCDI que se encuentran en las diferentes Áreas de Atención de la Red de Centros y Servicios de la Entidad. (Más de 700 personas con D.I de edades comprendidas entre los 10 y los 75 años y con diferentes necesidades, intensidades y frecuencia de apoyos)

La Sala de Estimulación Multisensorial es un Sala diseñada para que las personas con discapacidad intelectual (PCDI) estén expuestas a estímulos controlados, con el objetivo final de favorecer su nivel de integración sensorial y el despertar sensorial a través de las experiencias. Un encuentro... reencuentro con el Cuerpo... Universo de posibilidades. Con ello se consiguen facilitar aprendizajes básicos, favorecer diferentes

¹ Psicóloga Clínica. Sexóloga. Pedagoga. Maestra Educación Especial. Presidenta Asociación Estatal "Sexualidad y Discapacidad". Plan formación estatal Sexualidades y Discapacidades. www.sexualidadydiscapacidad.es email: Info@sexualidadydiscapacidad.es TEL.+34 606903218 . Responsable Máster On-Line en Sexología UCJC. sexologia.online@ucjc.edu . Directora Área Asistencial Fundación Aspanias Burgos.

² Psicólogo. Sexólogo. Director Máster en Sexología UCJC. Madrid. España. sexologia@ucjc.edu . Asociación “Sexualidad y discapacidad” www.sexualidadydiscapacidad.es TEL.+34 606903218 Responsable “Asesoría Sexualidad para personas con discapacidad, profesionales y familias” Ayuntamiento Leganés. Madrid. España. Email: discapacidad@leganes.org

tipos de comunicación, expresión y reconocimiento de emociones... abrir puertas a relaciones más significativas. Recreación de momentos de vida auténtica para personas diferentes, adaptados y planificados para cada persona. Es una herramienta donde se conjugan: la estimulación y la relajación. Un entorno seguro con elementos como son la música, las luces de colores, los aromas, los sabores, las texturas.... donde los usuarios exploran, descubren, experimentan y disfrutan del mundo de los sentidos, sensaciones, los afectos... Si trabajamos las percepciones, base imprescindible para todo desarrollo humano, hablamos del cuerpo y en especial la piel, como principal órgano perceptivo. Trataríamos de ofrecer condiciones y situaciones para que las PCDI puedan sentir su cuerpo (diferenciación entre yo y el mundo) a través de ofertas planificadas, simuladas en momentos de interacción. Todo en torno al cuerpo. El cuerpo como principal instrumento, la herramienta personal, particular... para uso y disfrute propio y en relación con los otros.

Palabras claves: Sexualidades. Discapacidades. Cuerpo. Sensaciones. Emociones. Entornos. Multisensorial

ABSTRACT

The multisensorial Ward is designed for persons with disabilities to be exposed to controlled stimulus with the final aim to improve sensorial integration through experiences. Stimulation and relax are the principals tools. We work with the body and the senses. The body as the principal tool for pleasure with themselves and with others. The Aspanias Foundation is where the program of sexual education for people with disability takes place.

Key words: disability- body - sensation- emotion- multisensorial- environment

INTRODUCCIÓN

Cada hombre, cada mujer, es único y peculiar en como es, como vive y como expresa su sexualidad y, por supuesto este concepto de diferencia y de igualdad abarca también a todas las personas con discapacidad. Por supuesto también a las personas con necesidades de apoyos extensos y generalizados. El hecho sexual humano abarca a todas las personas, no puede ser de otro modo.

Sin embargo, no siempre resulta sencillo. Si hablamos de la sexualidad de las personas con discapacidad hay veces que nos quedamos reducidos a hablar de la de aquellos o aquellas que tienen y nos manifiestan sus demandas, que nos preguntan sobre sus intereses, dudas y/o preocupaciones, que expresan sus deseos por tener pareja, O la de quienes tienen conductas “no adecuadas”, como pueden ser la masturbación en público, conductas exhibicionistas, etc. Se nos olvida que todos, significa todos.

Con este artículo pretendemos aportar algunas claves que nos permitan educar, atender y prestar apoyos a la sexualidad de la persona con discapacidad intelectual y grandes necesidades de apoyo, con el mismo rigor que tratamos de hacerlo con el resto de sexualidades. Partiendo de su realidad y atendiendo sus peculiaridades y sus necesidades.

Nos centraremos en una experiencia, en una “Buena Práctica” y queremos dejar constancia de que es posible ponerse en marcha y pasar de las palabras a los hechos. Nada de lo que contemos es improvisado, ni está solo en la teoría. Hablamos de

realidades. Todo esto es fruto de años de trabajo, cursos de formación con profesionales de este ámbito, trabajo con familias y con las propias personas con discapacidad. Queremos decir que si hoy escribimos esto es porque muchas personas del ámbito de la discapacidad nos han llevado hasta aquí

ALGUNAS DIFICULTADES

Si ya es complejo y presenta dificultades el abordaje a la Sexualidad de las personas con discapacidad en general, esta situación de desventaja, se ve acentuada con aquellas personas con discapacidad intelectual que mayores necesidades de apoyo necesitan, las que mayores limitaciones cognitivas presentan, las que precisan en muchos casos de ayudas técnicas por sus limitaciones funcionales añadidas.

Nuestra experiencia tendrá como novedoso no solo los programas, materiales, y recursos... sino que la importancia recae en que los destinatarios del proyecto, los verdaderos protagonistas, sean este grupo de PCDI a las que muchas veces dejamos de lado, no les priorizamos en nuestras intervenciones por lo complejo, por las dificultades añadidas que como veremos a continuación presentan, y que indudablemente deberemos considerar para adaptarnos a su realidad.

Con frecuencia al cuerpo desnudo de la persona con discapacidad y necesidades de apoyo accede más gente de la que es estrictamente necesaria. Y también con demasiada frecuencia carecen absolutamente de espacios de intimidad. Pues bien, si queremos educar y atender la sexualidad de estas personas no podemos instalarnos en esos errores. La intimidad hace falta para crecer. Como también se hablará de la necesidad de que

aprendan que su cuerpo les pertenece y que, por tanto, no acceda cualquiera, mucho menos sin pedir permiso o dar explicaciones. Más importante aún será tener en cuenta esto cuando la persona con discapacidad se encuentra en un entorno o contexto que no es el suyo, precisamente para no acentuar la sensación, ni las situaciones de vulnerabilidad.

Otros de los errores habituales que se cometen con las personas con discapacidad es tratarles infantilizándoles, ignorando capacidades no aprendidas o atribuyéndoles otro tipo de discapacidades añadidas. Dándose, en ocasiones, situaciones como que alguien eleve la voz, incluso grite, explicándoles en voz muy alta, como si fueran sordos, solo por el hecho de tener discapacidad intelectual.

Imaginemos ahora a la persona con discapacidad intelectual a la que además de todo lo anterior se la sigue vistiendo y tratando como si efectivamente no hubiera abandonado la infancia a pesar de sus veinte, treinta o cuarenta años cumplidos. Educar y atender la sexualidad de hombres y mujeres es tratarles como lo que son y si son personas adultas, son personas adultas con o sin discapacidad.

Mucho de lo anterior no solo se observa en aspectos que afectan a las áreas de autocuidado, en torno a la autonomía personal.... sino que dichas actitudes pueden verse generalizadas en el resto de Áreas de Habilidades Adaptativas que envuelven su vida. Mucha gente decidiendo y eligiendo por ellos, tomando decisiones por ellos. Lo que nos lleva a que difícilmente podamos considerar que la persona con discapacidad ejerce su papel como **protagonista de su propia vida**

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA . FINALIDAD Y OBJETIVOS

Siendo los Objetivos de la Educación Sexual, proporcionar los conocimientos, procedimientos y actitudes que permitan vivir el hecho de que todas las personas somos sexuadas y teniendo como referencia el marco sexológico del Hecho Sexual Humano, estos objetivos nos permiten **abarcar a todas las sexualidades y en todas las etapas de la vida**. Con nuestras intervenciones, y en esa misma dirección, lo que pretendemos será que las personas con discapacidad aprendan a conocerse, aceptarse y expresar su erótica de modo que les resulte satisfactorio y mejore su calidad de vida. Nunca olvidando que la Educación sexual no es sólo prevención de riesgos.

Los mismos objetivos han de servirnos para trabajar con todas las sexualidades. La de las personas con discapacidad intelectual y la de quienes escriben este artículo. En la infancia y en edades adultas. Se tenga o no se tenga pareja, homosexual o heterosexual. Un único terreno de juego para todas las sexualidades y unos objetivos compartidos. Lo que no significa que no tengamos que considerar las dificultades añadidas a las que nos tendremos que enfrentar en estos casos (de algunas de ellas ya hemos hablado)

Además, por si acaso hiciera falta recordarlo, cuando hablamos de sexualidad no hablamos solo de genitales ni de coitos. Por lo tanto no se trata de conocer sólo de ellos sino de hablar de muchas más cosas: cuerpos, relaciones, sentimientos, sensaciones, vivencias, expresiones... No olvidemos que el conocimiento no sólo se transmite con palabras que estamos hablando de más cosas: actitudes y valores.

Estamos de acuerdo con la OMS (2000) cuando dice que la Educación sexual es la promoción del pensamiento crítico conducente al logro de actitudes positivas hacia la sexualidad y fomento del proceso por medio del cual el individuo pueda **reconocer, identificar y aceptarse** como un ser sexuado y sexual a lo largo del ciclo vital, libre de ansiedad, temor o sentimiento de culpa.

Por supuesto, nuestra propuesta lleva como destinatarios y agentes implicados no sólo a las personas con discapacidad sino los profesionales, personal voluntario y, por supuesto, irá dirigida también a las **familias** de las personas con discapacidad, para que conozcan y compartan nuestros objetivos para que caminen en la misma dirección. Para ello y para que las familias colaboren deberemos procurar ofrecerles pistas, claves, recursos y herramientas y acompañarles, guiarles y proporcionarles apoyos.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

La presente propuesta de intervención en materia de Educación Sexual con personas con discapacidad intelectual y necesidad de apoyos extensos y generalizados se enmarca dentro del **Plan de Atención Integral a la Sexualidad de las personas con discapacidad intelectual de la Fundación Aspanias Burgos**. Un programa dirigido a todas y cada una de las personas con discapacidad intelectual que se encuentran en las diferentes Áreas de Atención de la Red de Centros y Servicios de la Entidad. Hablamos de una población de más de 700 personas con discapacidad intelectual, con edades comprendidas entre los 10 y los 75 años, con diferentes necesidades, intensidades y frecuencia de apoyos .

Sería una de las muchas acciones que dan forma a este Plan de Atención Integral. Para dotarle de sentido y significado, lo enmarcaremos con unas pinceladas de los diferentes formatos de intervención dirigidos a las personas con discapacidad intelectual, sus familias, profesionales y voluntarios. Hablamos de Programas Pedagógicos, recursos, materiales, entornos adaptados a los diferentes colectivos, adaptados a las personas, a cada persona (planificación centrada en la persona). De manuales con propuestas de intervención ante determinadas conductas,.. Diseño, realización y adaptación de materiales, recursos y apoyos para atender, educar y apoyar la Sexualidad de las personas con Discapacidad Intelectual

¿QUÉ ES NUESTRA SALA DE ESTIMULACIÓN MULTISENSORIAL?

Es un Sala diseñada para que las personas con discapacidad estén expuestas a estímulos controlados, con el objetivo final de favorecer su nivel de integración sensorial **"Despertar sensorial a través de la propia experiencia sensorial". Un encuentro... reencuentro con el Cuerpo... Universo de posibilidades.** Con ello se consiguen facilitar aprendizajes básicos, favorecer diferentes tipos de comunicación, expresión y reconocimiento de emociones... abrir puertas a relaciones más significativas. Recreación de momentos de vida auténtica para personas diferentes, adaptados y planificados para cada persona. (Filosofía PCP)

Es una herramienta donde se conjugan: la **estimulación y la relajación**. Un entorno seguro con elementos como son la **música**, las **luces de colores**, los **aromas**, los

sabores, las **texturas**... donde los usuarios exploran, descubren, experimentan y disfrutan del mundo de los sentidos, sensaciones, los afectos...

Se trata de un espacio físico con unas características determinadas donde se pueden trabajar de diferentes formas activas y/o pasivas los sentidos. El entorno pasivo necesitará que la persona con discapacidad se sumerja, dejándose hacer, acariciar, estimular... por los efectos sensoriales, siempre con la guía del profesional de sala que será quien adapte cada sesión cada detalle a las personas. El entorno activo necesita de la participación dinámico-interactiva del usuario en cada experiencia, cada aprendizaje y le permite adquirir conciencia de poder actuar, intervenir,...sobre el entorno, sobre los otros, surgiendo y tomando conciencia de su papel, de las relaciones causa- efecto, establecimiento de límites...

Contiene recursos que, mediante la técnica, se facilita ver, sentir, tocar, entender, probar y crear. El ambiente ha sido creado a partir de una iluminación difusa con diferentes variantes y posibilidades, todo ello con combinaciones de músicas y sonidos que proporcionan calma y seguridad, estimulando los sentidos.

Dar curso libre a la experiencia sensorial, de buscar la satisfacción, el placer y el descanso, de respetar la motivación y el ritmo de la persona. Es una dimensión interior y personal, nos ayuda al reencuentro de las sensaciones más intensas y a expresar emociones contenidas.

Si trabajamos las percepciones, base imprescindible para todo **desarrollo humano**, hablamos del **cuerpo y en especial la piel**, como principal órgano perceptivo. Trataríamos de ofrecer condiciones y situaciones para que las personas con

discapacidad puedan sentir su cuerpo (diferenciación entre yo y el mundo) a través de ofertas planificadas, simuladas en momentos de interacción.

Todo en torno al cuerpo. El cuerpo como principal instrumento, la herramienta personal, particular,... para uso y disfrute propio y en relación con los otros. Favorecedor de interacciones, relaciones...

Reconocer a través del cuerpo estímulos, sensaciones... que nos llegan a través del propio cuerpo y traducirlas en experiencias internas. Utilizar todos los sentidos para detectar, reconocer, percibir aquellos estímulos que nos vienen de fuera del cuerpo, ofreciéndonos un acercamiento al mundo exterior y facilitando la percepción corporal a nivel interno. Se trata de la integración de cambios del cuerpo en relación al espacio. A partir del encuentro y la comunicación posibilitamos la orientación espacial y equilibrio. Conceptos como presencia-ausencia, proximidad-distanciamiento serán puntos básicos y claves.

Entenderíamos esta intervención como una relación donde las personas dan y reciben, un intercambio, interacciones-interactivas, una negociación donde necesariamente la cercanía física y emocional juegan un papel fundamental.

La comunicación y el intercambio son pues básicos para la necesidad que toda persona tiene de entender e integrar todo aquello que sucede en el contexto. " Proceso de obtener informaciones del entorno, integrarlas y transformarlas en experiencias significativas para cada persona ".

Programas y Técnicas en la Sala: Aromaterapia, acuaterapia, hidroterapia, Estimulación Multisensorial: auditiva, visual, táctil, gustativa y propioceptiva. Masajes y Caricias, Teatro de Luces y Sombras, Teatro Negro, Sistemas Alternativos y Aumentativos de Comunicación...

Algunos materiales y Recursos. Las luces de colores proporcionan estímulos visuales que contrastan con el ambiente de reposo que transmite la oscuridad. La música relajante inspira paz y tranquilidad. El agua caliente y las burbujas de los spas, proporcionan sensaciones nuevas y agradables que invitan al juego, al placer y al descanso. Las pompas de jabón, la suavidad del viento, los masajes y el contacto con nuevas texturas transportan a vivir experiencias de serenidad y bienestar. Todo ello acompañado de aromas deliciosos y aderezado con infusiones, gelatinas de sabores que sugieren calma y sosiego...

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Desde el año 2005,...son más de 6 años de trabajo y experiencia con el Programa los que han permitido observar y comprobar los beneficios alcanzados. Repercusión en un abordaje en la **Atención y Desarrollo bajo la Dimensión Integral de la persona (Planificación centrada en la persona)**

Más de 700 personas, chicos y chicas, hombres y mujeres con discapacidad intelectual, con diferentes necesidades de apoyo de edades comprendidas entre los 11 y 75 años han disfrutado del presente Programa. Centrándonos principalmente en el los

usuarios con perfil de mayores necesidades, más dependientes. Hacia este segundo colectivo ha sido donde se ha centrado nuestra intervención- investigación.

OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA

Proporcionar un entorno óptimo de estímulos exteroceptivos y propioceptivos graduados en frecuencia e intensidad, en un ambiente adecuado que sea gratificante para que, junto al cuidado corporal, potencien la capacidad de respuesta y de elección de los usuarios con mayores limitaciones y necesidades de apoyo.

BENEFICIOS QUE APORTA A LOS USUARIOS NUESTRA SALA.

Lo atractivo de los estímulos visuales, táctiles, auditivos... hace que el trabajo resulte más ameno para la persona con discapacidad, con lo que el **grado de motivación e interés** hacia nuevos aprendizajes sea mayor que por los métodos tradicionales, y como aumenta el grado de motivación, el aprendizaje de nuevos patrones de actuación también será más sólido y resistente al olvido.

- Favorece la **conducta exploratoria (búsqueda de sensaciones)** y la capacidad de respuesta de las personas ante estímulos ambientales y la disposición a estar receptivo con el medio y preparado para responder (a otras personas, en otros entornos, ante otras demandas)
- Fomenta la **orientación personal y espacial**. Esta sala de estimulación facilita que el usuario desarrolle una imagen de sí mismo, tanto en lo que respecta a

esquema corporal (responder con distintas partes de su cuerpo) como a su localización en el espacio.

- Desarrolla los procesos básicos relacionados con la **atención y concentración**. Mediante la sala de Estimulación podemos trabajar de una manera **interactiva** y multisensorial controlando los distintos aspectos que conforman la atención.
- Se potencia una **interacción del individuo con el entorno**, que deriva en un placer por el movimiento en sí mismo o como forma de acercamiento a los estímulos ofrecidos, favoreciendo la exploración motriz, la búsqueda de sensaciones placenteras.
- Mejora la **memoria sensorial, inmediata y diferida**. Proponiendo patrones estimulativos que el usuario debe recibir, detectar, repetir bien inmediatamente o con demora en el tiempo. La sala permite la graduación de complejos estímulos a memorizar.
- Se potencia el **cambio y mantenimiento cognitivo, control de la impulsividad, razonamiento, resolución de problemas**, etc. Se potenciará con la sala de estimulación el concepto de predicción, la secuenciación de tareas en pasos lógicos, inhibición de conducta, etc.
- Mejora **el estado de ánimo**. Este contexto de estimulación controlado y adaptado a las necesidades de los usuarios permite desarrollar un concepto más positivo de

sí mismo, desde las (dis)capacidades a las potencialidades desde ese "soy capaz de..." en lugar del "no puedo..." Uno de los pilares fundamentales para la **formación individual de la personalidad.**

- Favorece la **expresión y reconocimiento de sentimientos, emociones propias y de otros compañeros.** A través de recursos del tipo: reconocimiento facial, expresiones corporales, comunicación verbal y corporal,...
- Reconocimiento de signos de salud a través **de estímulos propio y exteroceptivos Signo-síntomas.** Aspecto complejo de identificar con necesidad de soportes, simuladores,.. trabajando indicadores del tipo frecuencia, intensidad, temperatura, graduación de estímulos...
- Favorece que se reconozcan, identifiquen y acepten a sí mismos como **seres sexuados y sexuales**, en cada una de las edades y etapas de su ciclo de vida. Con sus diferencias, peculiaridades, limitaciones, discapacidades y todas sus capacidades y posibilidades.
- Se procura que comprendan y asuman que el **ejercicio de la sexualidad debe ser libre**, evitando y detectando situaciones de riesgo, abuso, maltrato, violencia propia y de otras personas, amigos, compañeros... Enseñarles a saber reconocer e identificar situaciones que les puedan estar poniendo en una situación de peligro. Situaciones como pueden ser: el acceso a su cuerpo desnudo por parte de desconocidos, en momentos o situaciones no habituales; saber identificar situaciones de abuso de poder con otras personas; el saber respetar a otros y el

conocer cómo hacer que nos respeten; reconocer a desconocidos y saber cómo, dónde y a quién pedir ayuda... Aprender a decir NO, no quiero, no me gusta, contigo no, ahora no,...

- Favorece que aprender a **reconocer gustos, intereses, deseos, anhelos, motivaciones, sueños,...** en lo relacionado al disfrute de su sexualidad. Porque para poder decidir, defender, buscar o caminar en busca de lo que se quiere previamente hay que saber reconocerlo. En el caso de las personas con discapacidad, muchas veces podemos observar que son otras terceras personas quien lo ejercen por ellos. Eligiendo por ellos, decidiendo por ello.
- Se potencia la **autonomía, autodeterminación, empoderamiento, toma de decisiones,..** de las personas con discapacidad. Se les enseña a valorar, priorizar, elegir, decidir, defender y luchar por conseguir... en definitiva contribuir a que sean ellos, **las propias personas con discapacidad, los verdaderos protagonistas de su propia vida.**
- Se procura que reconozcan el **valor de los vínculos y del componente afectivo** de las relaciones humanas. Reconozcan, identifiquen y elijan personas importantes, significativas, referentes, facilitadores y figuras de apoyo. Establezcan relaciones interpersonales respetuosas de los demás, basadas en un marco de valores que promueva las relaciones justas, el respeto por los derechos, la libertad de expresión y de elección, el cumplimiento de responsabilidades y el bien común.

- Aprendizaje de los **diferentes tipos de relaciones: familiar, amistad, noviazgo, relación de pareja, laboral, profesionales, ...** sabiendo gestionar roles en cada caso y aspectos como: límites, espacio personal, manifestaciones afectivas apropiadas, conductas socialmente aceptadas, habilidades sociales, fases y momentos en las relaciones (enamoramiento, desengaño, ruptura, conflicto,...), ...
- Desarrollen un progresivo y adecuado **conocimiento en relación con su cuerpo**, como un factor **promotor** de una adecuada **autoestima, el autocuidado** y atención a la propia salud y como herramienta de prevención de situaciones de abuso y de violencia.

CONCLUSIÓN

Para trabajar por la Educación Sexual de las personas con discapacidad no siempre hace falta decir pene o vagina o tener que explicar los mecanismos de la reproducción. Tampoco hace falta esperar a que se presenten conductas no adecuadas o que nos expresen demandas del tipo que sean.

Para trabajar por la Educación Sexual basta con creerse que la sexualidad es algo más que “eso” y que la Educación Sexual algo más que prevenir riesgos.

Lo hemos dicho y lo queremos volver a decir. Los objetivos siempre son los mismos lo que habrá que hacer es adecuarse a cada persona y sus circunstancias (edad, necesidades, demandas, motivaciones...) Es hacer verdad la planificación centrada en la persona. En la experiencia que acabamos de abordar hemos procurado hacerlo

dirigiéndonos al grupo de PCPI con mayores limitaciones, con necesidades de apoyos extensos y generalizados. Pero el horizonte al que nos queremos aproximar es común al resto:

Educar en positivo, no solo prevenir. **Atender** situaciones y demandas. **Apoyar**, adaptándose a cada persona, a sus limitaciones, a su realidad

Aprender a conocerse. Se debe procurar que chicos y chicas, hombres y mujeres, aprendan a conocerse. Aprender a saber cómo son y cómo funcionan. Y, además, cómo son y cómo funcionan otros que son de su mismo sexo y quienes son del sexo contrario. De sus genitales y de sus cuerpos. De sus sensaciones y de sus sentidos. Conocer sus posibilidades.

Aprender a aceptarse. A estar contentos de como son, a sentir que merecen la pena, a que son dignas y dignos de ser queridos. En cualquier caso a que son verdaderos hombres, verdaderas mujeres. Que están preparados para disfrutar de tus sentidos. Que nadie es más y nadie es menos. Todos somos únicos y todos merecemos la pena.

Aprender a expresar la erótica de modo satisfactorio. Hablamos de disfrutar, de satisfacción. Y por tanto de sentir que lo que haces te merece la pena, que te hace sentir bien. Se puede disfrutar y ser feliz con coitos, pero también sin ellos. El placer de una caricia, el placer de relajarse, el placer compartido,... La erótica es plural y muchas son las posibilidades.

BIBLIOGRAFÍA

De la Cruz M, Romo, C. *Nueva Educación de las Sexualidades*. Madrid. Publicaciones Universidad Camilo José Cela. IUNIVES-Instituto universitario de Sexología- UCJC. 2011

De la Cruz M, Romo C, Diezma J C. *Construyendo Sexualidades*. Madrid. CEAPA. 2008

De la Cruz M, Romo C, Lázaro Ó. *Apuntes de Educación Sexual sobre la sexualidad de niños y niñas con discapacidad*. Madrid. CEAPA. 2006.

Rubio Arribas N, De la Cruz M, Romo C. *Sexualidad y Daño Cerebral adquirido*. Cuadernos FEDACE sobre Daño Cerebral Adquirido. Madrid, Obra Social Caja Madrid. 2010

Rubio Arribas N, De la Cruz M, Romo C. *Atender, Educar y Apoyar la Sexualidad de las personas con discapacidad. Pisos de pareja en personas con discapacidad intelectual. Proyecto de Vida Independiente*. Actas del XI Congreso Español de Sexología y V Encuentro Iberoamericano de Profesionales de la Sexología. Santiago de Compostela. FESS. 2010.

Rubio Arribas, N, De la Cruz M, Romo C. *Atender, Educar y Apoyar la Sexualidad de las personas con discapacidad intelectual. Experiencia cómo abordar la Sexualidad en personas con grandes necesidades de apoyo. Proyecto Sala Estimulación Multisensorial*. Actas del XI Congreso Español de Sexología y V Encuentro Iberoamericano de Profesionales de la Sexología. Santiago de Compostela. FESS. 2010.

Rubio Arribas N, De la Cruz M, Romo C. *Atender, Educar y Apoyar la Sexualidad de las personas con discapacidad. La necesidad de diseñar, adaptar e innovar. Nuevos materiales y recursos en Programas de Educación Sexual para personas con discapacidad*. Actas del XI Congreso Español de Sexología y V Encuentro Iberoamericano de Profesionales de la Sexología. Santiago de Compostela. FESS. 2010.

**LA SEXUALIDAD POR EL PISO....PÉLVICO
UN MODELO TRANSDISCIPLINARIO DE EDUCACIÓN, PREVENCIÓN Y
TERAPIA PERINEAL**

**THE SEXUALITY ON THE PELVIC FLOOR
EDUCATION, PREVENTION AND PERINEAL THERAPY: A
TRANSDISCIPLINARY MODEL**

Lic. Viviana Tobi ©

RESUMEN

El propósito de este trabajo es presentar un modelo de atención transdisciplinario de la salud del periné desde una perspectiva somática y psicosexual.

Su objetivo abarca tanto la educación y prevención como la terapia, reeducación y rehabilitación.

Si bien el tratamiento del periné o suelo pélvico ha sido tradicionalmente conocido gracias a su aplicación por los uro- ginecólogos a la terapia de la incontinencia urinaria y el prolapso, nuestra propuesta intenta trascender los márgenes clínicos y alcanzar una perspectiva que contemple la salud de la mujer en todas sus dimensiones.

Su práctica involucra por lo tanto a diferentes profesionales de la salud¹, así como se nutre de los aportes de la antropología y del arte.

Abordaremos aquí, en forma integral al periné y su rehabilitación no solo dentro de las terapias sexuales sino también formando parte de un programa de educación sexual y prevención.

© Psicóloga UBA, sexóloga clínica, corpoterapeuta, especialista en mater-paternalidad.

Directora desde 1975 de Tobi Natal, Centro de salud corporal y psicológica a partir del embarazo, parto y puerperio. www.tobinatal.com.ar

Autora del libro “*El embarazo transformador*”, Bs. As., Paidós, 2007-

Zapata 140 8° (1426) Buenos Aires Argentina 005411 4774 1122 vivitobi@yahoo.com.ar

¹ somatoterapeutas, trabajadores corporales, masoterapeutas, sexólogos, psicólogos, educadores, kinesiólogos, ginecólogos, urólogos, obstetras, obstétricas

Palabras clave: periné-suelo pélvico –transdisciplina- educación y terapia perineal somática- embarazo-post parto-menopausia-

ABSTRACT

The purpose of this work is to present a transdisciplinary model approach to the pelvis floor's health from a somatic and psychosexual perspective.

Although the medical approach to the pelvic floor or perineum has been traditionally known , thanks to urogynecologists , for the treatment of urinary incontinence and prolapse conditions, our proposal goes beyond the purely clinical margins , widening our perspective to all different aspects of women's health.

This practice involves different health professionals, and it is nourished by the contributions of anthropology and art.

In this work, we will make an approach to the perineum from an integral perspective, and not only within the sexual therapies, but also as a component of a sexual education and prevention program

Keys words: perineal- pelvic floor- transdiscipline- education- perineal therapy- somatic-pregnancy- post-partum- menopause.

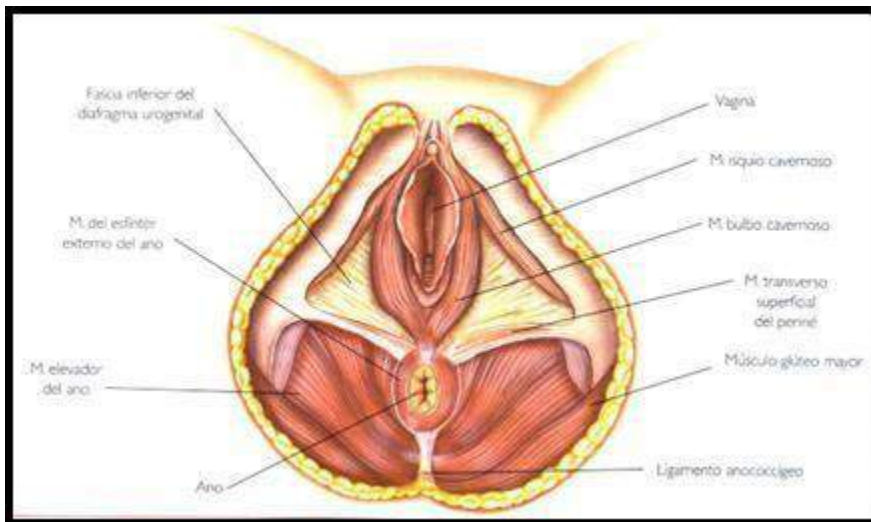
Introducción

El **periné** o perineo (*perineum*) es la región correspondiente al piso de la pelvis conformada por el conjunto de partes blandas que cierran hacia abajo el fondo de la pelvis menor. Abarca desde el pubis hasta el coxis. Está formado por una serie de estructuras músculo-aponeuróticas que en conjunto adoptan una disposición de hamaca. Allí se

reúnen tanto una superficie de piel como vísceras, cuerpos eréctiles, músculos, ligamentos y aponeurosis, nervios, vasos y orificios.

Por supuesto hombres y mujeres tenemos nuestro periné en el fondo de nuestra pelvis. Pero si bien las estructuras musculares son similares, lo que nos diferencia es el alojamiento de los órganos sexuales, que en los varones son externos y en las mujeres internos.

Nos referimos en este trabajo específicamente al periné femenino.



El periné cumple tres funciones fundamentales: sostén, pasaje y placer.

Para cada una de ellas necesita desarrollar diferentes cualidades.

Así por ejemplo para poder **sostener** al conjunto de vísceras del tronco y de la pelvis, le es preciso contar con una determinada **tonicidad**

En ese sentido la diferencia más importante entre el periné femenino y el masculino radica en que el periné de la mujer soporta durante el embarazo, parto y post parto, una gran presión y tensión que si bien sucede durante un breve período, puede dejar huellas y secuelas importantes.

Pero a su vez esta área, sede de diferentes esfínteres y orificios, constituye una verdadera zona de pasaje por la cual la **flexibilidad** de la misma se torna fundamental.

Si bien los textos de anatomía mencionan básicamente las funciones de sostén y de pasaje como las básicas del periné, nosotros consideramos la importancia de incluir dentro de sus funciones la del **placer sexual** para lo cual le es preciso desarrollar la cualidad de lo **sensible**.

Por tanto hablar de un periné sano significa disponer de una adecuada tonicidad, flexibilidad y además de sensibilidad, cualidades no siempre tan fáciles de integrar en nuestra experiencia somática.

Problemas frecuentes

Cuando algunas de estas condiciones están alteradas, se comienzan a presentar dificultades o enfermedades como la incontinencia urinaria, el prolapso, los traumatismos de parto, desgarros, laxitud en la vulva, incontinencia fecal, estreñimiento, hemorroides, trastornos vulvares, vaginismo, dispareunia, dificultades para alcanzar el orgasmo y otros malestares difíciles de diagnosticar. Si bien estos problemas pueden aparecer en cualquier momento de la vida, suelen presentarse especialmente en las mujeres embarazadas, después del parto y en particular a partir de la menopausia.

Una investigación ² demostró que la incontinencia urinaria afecta a cerca del 20% de las mujeres en edad reproductiva y afecta negativamente la calidad de vida y la sexualidad.

Para las embarazadas, existe un riesgo de sufrirla en un 37% después del primer parto, en un 57% después del 2º y en un 73% después del tercero. (Nygaard et al. *Obstetrics, and Gynecology*, 1990; 75: 848-857)

² THIEL, R. et al. Evaluación de la función sexual femenina antes y después de un procedimiento para la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Actas Urol Esp* [online]. 2006, vol.30, n.3 [citado 2011-05-27], pp. 315-320 . Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-4806

Esto no significa que el parto en sí sea el responsable y que debería optarse por la cesárea como vía de nacimiento. Lo cierto es que más allá de la vía por la que se dé a luz, el propio embarazo representa un riesgo para la salud del periné por la sobrecarga que genera el bebé, los cambios posturales y los factores hormonales que colaboran a que los músculos pélvicos se distiendan y los órganos deban reacomodarse.

Por otra parte, no es el parto como hecho fisiológico lo que daña al periné si no que muchas veces algunas de las maniobras que se realizan como rutinas en nombre de su eficaz conducción lo suelen poner en riesgo. Son las que inducen al pujo forzado, la posición acostada para parir así como la falta de respeto por los tiempos propios de cada mujer. En ese sentido, un tema polémico en la obstetricia actual es el de la práctica de la episiotomía. Diferentes estudios³ demuestran que no existen ventajas clínicamente significativas con el uso rutinario de la episiotomía y que tasas superiores al 30% no se justifican. Desde nuestra perspectiva se hace en nuestro medio un uso indiscriminado de la misma. Según datos aportados por este estudio “la tasa de episiotomías es de aproximadamente 63% en los Estados Unidos y 30% en promedio en Europa. Argentina tiene tasas de episiotomías mayores al 80%. En Latinoamérica 92,3% de las pacientes nulíparas reciben esta intervención. Existe consenso entre distintos autores y así lo señala la Organización Mundial de la Salud, en relación a que la episiotomía debería utilizarse en forma selectiva y no de forma rutinaria y su tasa no debería superar el 30%.”

Si bien se la practica con el propósito de prevenir desgarros, muchas veces ellas terminan produciendo traumatismos en el periné que suelen afectar tanto el funcionamiento urinario como la respuesta sexual.⁴ . Algunas corrientes sostienen sin

³ FIGUEIRA RODRIGUEZ, Lina, IBARRA ARIAS, Manuel, CORTES CHARRY, Rafael et al. **Episiotomía selectiva versus rutinaria en pacientes nulíparas**. Rev Obstet Ginecol Venez, sep. 2004, vol.64, no.3, p.121-127. ISSN 0048-7732.

⁴ (Ver estudios publicados en la página en español www.episotomia.info).

embargo, que ciertos factores relacionados con la etnia y hábitos culturales hacen más necesaria la implementación de esta práctica.

Pero habría que considerar cuáles son las consecuencias que puede tener muchas veces la episiotomía sobre la respuesta sexual orgásmica.⁵

Si tenemos en cuenta que de acuerdo a las últimas investigaciones, el clítoris posee estructuras bajo la piel que se extienden a ambos lados de la vulva⁶ (esta práctica produce un daño, que si bien a nivel sensitivo tiende a recuperarse a partir de los seis meses, a nivel vascular no se recupera.

En los grupos de reflexión para mujeres en el primer año del post parto que se realizan en un Centro privado de Salud perinatal, que hemos fundado y en el que trabajamos desde 1975 en la ciudad de Buenos Aires, las mamás manifiestan frecuentemente que su sexualidad se ha deteriorado en relación a la previa al parto. Dicen padecer desde entonces de dolor en la penetración, falta de deseo, problemas en la cicatrización de la episiotomía, cambios en su sensibilidad vaginal y dificultades actuales para alcanzar el orgasmo. Si bien hay muchos otros factores que influyen en que en el post parto aparezcan estos problemas, muchas mujeres asocian su malestar a los cambios producidos en el suelo de la pelvis.

Otros de los síntomas reportados, especialmente en las multíparas, fueron los episodios de incontinencia urinaria, y más raramente, incontinencia del esfínter anal, en particular ante esfuerzos como toser, estornudar, reírse o levantar peso.

Si bien todo esto las angustiaba, terminaban ocultándolo ya sea por pudor o por el desconocimiento de las posibilidades que estos problemas tienen para ser tratados y

⁵ Gindín, L:R.; *La nueva sexualidad de la mujer*, Norma, 2003

⁶ J.Lowndes Lowndes Sevely, J.; *Los secretos de Eva*, Granica, Barcelona 1987.pag. 40

resueltos o peor aún tal vez por considerar que este padecimiento sea el precio lógico a pagar por la llegada de un hijo.

Es de lamentar que estos pesares sean tan poco compartidos hasta entre las mismas mujeres que los padecen.

Vitalidad perineal y respuesta sexual

En cuanto a la **respuesta sexual**, los músculos pubocoxígeos juegan un papel central en la **experiencia orgásmica**, contrayéndose naturalmente de una manera rítmica.

Conocer su funcionamiento y fortalecerlos es también una manera de intensificar las sensaciones de placer.

Esto fue lo que descubrió el Dr. **Arnold Kegel** (1948) cuando desarrolló sus ejercicios de fortalecimiento muscular del periné para resolver el problema de incontinencia urinaria en la mujer. Comprobó que sus pacientes comenzaban a tener mayor frecuencia e intensidad en los orgasmos y algunas reportaban incluso haberlo experimentado por primera vez.

Desde entonces y hasta hoy en día la práctica de los “sexercicios”, como se los llamó también, pasó a ser un recurso básico en los tratamientos de disfunciones sexuales, dificultades orgásmicas femeninas, y hasta para el control eyaculatorio en las consultas por eyaculación precoz masculina.

Si bien es cierto que éstos han sido eficaces para resolver algunas de las dificultades, si son practicados con constancia y regularidad, fueron diseñados casi exclusivamente para aumentar la tonicidad, sólo una de las cualidades necesarias para una buena respuesta sexual. Quedan pendientes, todavía un aprendizaje que ponga el acento en su capacidad sensible, en la exploración perceptiva de sus posibilidades y la integración a una corporalidad global de la que hablaremos más adelante.

Periné, vulva, vagina

Nombrar el periné es hablar de “la parte de abajo” de nuestro cuerpo. La que está lejos de nuestra mirada. La morada de nuestra genitalidad, una genitalidad femenina que se construye no sólo por la interioridad de una vagina sino también por el despliegue externo de una vulva. Con la afirmación de que las nenas no tenemos un pene pero poseemos una vagina hemos construido una falsa dicotomía desde la que nuestro ser mujer se define por lo oculto en contraposición con lo visible del varón. Hablar de vulva, amplía en cambio, nuestro universo femenino y da voz a todos sus visibles integrantes: los labios internos, los externos, el clítoris, su resguardador capuchón, la uretra, las glándulas de Bartholino, y hasta el orificio de la vagina.

Todos ellos encuentran en el periné su escenario. Un lugar que no limita su extensión en las colinas del pubis sino que se desparrama hacia los confines de nuestro sexualmente indiferenciado esfinterismo anal.

Así, ser mujer se convierte en un pliegue que repliega y despliega su presencia en un territorio perineal que podemos conquistar.

Educación perineal

La **educación perineal** consiste en aprender a conocer y manejar el suelo de la pelvis, prevenir la incontinencia urinaria, los prolapsos y mejorar la vida sexual.

Abordaremos la educación perineal desde una perspectiva psicosexual y somática, entendiendo como somático lo que va más allá de los límites comprendidos por el suelo de la pelvis, para abarcar la corporalidad global y su significado psico emocional.

Antecedentes:

Nuestra propuesta de educación perineal toma como referencia la experiencia del **modelo francés**. Este lleva más de 25 años implementando programas de reeducación perineal a

través de una prestación cubierta por la **Seguridad Social** para todas las mujeres en el post parto o en cualquier momento de la vida. Estas consisten en diez sesiones individuales a cargo de parteras o kinesiólogos.

A partir de esta experiencia, y no del todo satisfechos con los resultados obtenidos con este tipo de rehabilitación, algunos profesionales de lo perinatal y de la salud corporal propusieron una revisión del protocolo de reeducación perineal tradicional.

En ese sentido figuran los aportes de Blandine Calais Germain, autora del libro “El periné femenino”, quien elabora un método de conocimiento anatómico a través del movimiento, en el que dedica especial interés a la educación conciente del suelo pélvico.

En una línea similar, se encuentran las investigaciones de la Dra. Bernadette de Gasquet, premiada por sus trabajos en educación y reeducación perineal para la prevención del prolapso y la incontinencia urinaria.

Son muchos más los que desde diferentes perspectivas, han abordado en los últimos años esta temática. Están los partidarios de las terapias naturales, los de las más mecánicas, las más o menos invasivas. Pero de cualquier modo la implementación de estos programas, realizada en la comunidad francesa y de otros países europeos, lograron que la mayoría de las mujeres allá se encuentren más concientes de la importancia de participar de algunas sesiones de rehabilitación perineal luego de transcurrido el primer mes del post parto.

Presentación de nuestro modelo de trabajo

Después de más de treinta años dedicándonos a la atención de la salud perinatal con mujeres y parejas gestantes, mi formación como psicóloga y sexóloga clínica y mi especialidad en disciplinas corporales para la salud, nos sentíamos en un lugar privilegiado para crear un modelo de trabajo que atendiera las demandas de tantas mujeres

respecto de sus problemas uro sexo genitales originados en disfunciones del suelo de la pelvis.

El desafío era poder integrar estos saberes en un abordaje transdisciplinario tomando como experiencia los modelos de tratamiento desarrollados en otros países pero imprimiéndoles el sello de lo psicosexual somático.

Comenzamos el camino varios años atrás desarrollando **Talleres grupales** de educación perineal con las asistentes regulares a nuestro Centro privado de Salud Psicocorporal desde la peri natalidad, situado en la ciudad de Buenos Aires y lo extendimos luego a las mujeres en la menopausia y en cualquier otra etapa de la vida. Luego incorporamos un **Programa individual de educación perineal** y otro **Programa individual de terapia perineal**.

Presentaremos a continuación estas tres modalidades de trabajo con las herramientas con las que respectivamente las abordamos.

Talleres Grupales de Educación Perineal

Consisten en informar, concientizar y educar sobre las funciones del periné y su rol en la salud sexual femenina.

El taller, de participación grupal, es teórico vivencial. El intercambio entre las participantes constituye el eje de la propuesta.

En él se trabaja con distintos materiales in situ y en el hogar para estimular la creatividad colaborando en su resignificación

Parte del trabajo consiste en entrenar la musculatura del piso pélvico a través de una secuencia de ejercicios a practicar diariamente, enmarcados en una perspectiva somática lo que implica integrarlos al quehacer cotidiano y percibir las consecuencias respiratorias y posturales que lo mismos producen en el organismo total.

Durante el embarazo los objetivos giran alrededor de lograr un buen sostén del bebé, fortalecerlo para el momento del parto, prevenir episiotomías innecesarias, evitar el pujo forzado, prevenir hemorroides, incontinencia urinaria y futuros prolapsos, así como sensibilizarlo para aumentar el placer sexual.⁷

Durante el post parto los talleres ayudan a recomponer el esquema sexo genital, recuperar la sensibilidad, reforzar la musculatura pélvica y elaborar los cambios producidos por el embarazo y el parto.

Se trabaja para ello con ejercicios posturales, respiratorios, abdominales hipopresivos y posturas de inversión. Se presentan recursos auxiliares como los tubos de ensayo, huevos de jade, conos vaginales, ejercitadores pélvicos, perineo metro y equipo de biofeedback y de electroestimulación, para ser usados en caso de ser necesarios a través del programa individual de educación perineal somática que describiremos a continuación, detallando cada uno de los mismos.

Durante la menopausia representan una invaluable ayuda para la tonificación de la musculatura que se encuentra debilitada por los cambios hormonales

Programa individual de Educación Perineal

Después de varios años de experiencia, reconocimos la dificultad que muchas mujeres tenían para sostener individualmente la ejercitación, fuera del contexto del taller o para efectuar los movimientos enseñados de manera correcta. Hasta a veces algunos ejercicios eran interpretados de manera inversa a la instrucción hecha. Se impuso entonces y especialmente en el post parto, que es cuando más inconvenientes tiene la puérpera en destinar un tiempo para atender sus propias necesidades, proponerles la asistencia a un

⁷ Un testimonio fue: "...me aportó un mayor conocimiento sobre la zona del periné, desconocida para mi. También respecto al parto y el posparto y sobre todo pude, por primera vez, compartir mi experiencia con otras mujeres. ."

programa individual de seguimiento personalizado, que permitiera evaluar tanto una correcta localización de los músculos intervinientes en cada ejercicio, como la posibilidad material que estos se practicaran con cierta regularidad.

Así se organizó inicialmente un programa de **Educación perineal individual** para el post parto, que llevamos a cabo en equipo junto a diferentes profesionales. En un comienzo con una obstétrica, luego con una kinesióloga, y actualmente con una médica ginecóloga. Así como en los talleres grupales, este programa individual también tiene un enfoque somático, psicosexual y apunta a la educación y a la prevención de las disfunciones del suelo pélvico que puedan presentarse.

En su aspecto **educativo, preventivo**, el trabajo va de la Información, a la conciencia y el reconocimiento anatómico, hasta la ejercitación vivencial.

Aquí el foco está puesto en el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico. El trabajo muscular está orientado tanto a fortalecer como a aprender a relajarlos. Por lo tanto los ejercicios que se proponen combinan momentos de contracción sostenida con igual o mayor tiempo de relajación lo que asegura un sano equilibrio del tono muscular. Por otra parte, a diferencia de los llamados ejercicios de Kegel, los tiempos de contracción y de relajación duran entre 5 a 7 segundos cada uno.

La propuesta incluye además una revisión de hábitos miccionales y de defecación así como de higiene y de portación de peso.

Para su implementación práctica, se comienza por el auto reconocimiento y la localización de los músculos para lo que se le solicita a la mujer que contraiga y relaje las paredes de su vagina mientras la ginecóloga efectúa digitalmente la evaluación perineal correspondiente.

Luego se incorpora un dispositivo intravaginal que dará cuenta por desplazamiento del mismo hacia arriba o hacia abajo, de los esfuerzos realizados por dichos músculos.

En sucesivas sesiones se incluirán un perionómetro que cuantificará la intensidad de la fuerza realizada así como la adecuada localización de la misma.

Progresivamente se podrán además utilizar como elementos auxiliares los ejercitadores pélvicos, u otros dispositivos que la practicante encuentre confortables según su sensibilidad.

El masaje perineal, realizado en especial durante el embarazo, es también un recurso para familiarizar a la mujer con las sensaciones que producirá el bebé durante el pasaje por el canal vaginal de parto.

Además de los conocidos resultados para prevenir desórdenes urinarios y prolapsos, todos estos ejercicios ayudan a irrigar la zona genital, a aumentar la tonicidad y vascularización de la vagina, sensibilizarse con el contacto de la zona, acrecentar las posibilidades de acceder al orgasmo, vivir orgasmos más intensos y recuperar la confianza en la propia genitalidad durante las relaciones sexuales.

Otras herramientas en la educación perineal

Técnicas corporales somáticas

La propuesta incluye, la movilización corporal, para la que se emplean recursos de diferentes disciplinas cinéticas, que intentan transformar cada movimiento físico en una experiencia vivencial. Además se realizan ejercicios de inversión (la posición de la pelvis queda más alta que la del tronco) la sensopercepción, la educación postural, ejercicios respiratorios, visualizaciones, la gimnasia abdominal hipopresiva.

Todos estos recursos apuntan a conectar a la mujer con su psicorporalidad ayudándola a descubrir y sentir esa zona del cuerpo e integrándola a su experiencia sexual como mujer, respetando su intimidad y sus tiempos personales.

Dentro de las propuestas arriba mencionadas nos referiremos brevemente, por ser aún poco conocida en nuestro medio, a la Gimnasia abdominal hipopresiva, desarrollada por el belga Marcel Caufriez. Es una disciplina corporal que consiste en trabajar los músculos abdominales sin hacer presión sobre el periné. A partir de una espiración profunda se separan las costillas hacia fuera y una vez en apnea se contrae el músculo abdominal transverso, como aspirando el abdomen hacia arriba. Esto produce una elevación de los órganos del periné por el cambio de presión así como un reflejo de contracción del suelo pélvico muy efectivo. Esta técnica exige para su correcta realización inicial, de un entrenamiento asistido por especialista.

Como **recursos** para trabajar en estas técnicas somáticas podemos valernos de colchonetas, Música, columpios de inversión, fisiobalones, globos.

El biofeedback

El biofeedback, o retroalimentación, consiste en el uso de instrumentos que monitorean funciones biológicas de las que habitualmente no tenemos conciencia para que al conseguirlo podamos controlarlas o modificarlas.

Un aparato de biofeedback capta mediante sensores la señal producida por el organismo, las codifica devolviéndonosla como señales audibles o visibles, lo que nos permite tener información simultánea de nuestra propia respuesta fisiológica.

Además si el equipo cuenta con la posibilidad de conexión a una computadora que contenga un software diseñado para esta función, la practicante se verá altamente motivada por las imágenes que la pantalla le devolverá en forma de gráficos con colores, música y otros efectos lúdicos que hacen de la ejercitación una distractiva experiencia

Para su aplicación en el trabajo perineal se utiliza una sonda intravaginal o electrodo. El biofeedback juega un importante rol en la realización de los ejercicios musculares del suelo pélvico tanto en la fase de aprendizaje como en la de terapia.

Para esta fase educativa, de reconocimiento y práctica, aporta un incentivo importante ya que la persona puede visualizar su esfuerzo y mantener o reorientar la localización de su trabajo.

Los conos vaginales

Los conos vaginales representan otro recurso a utilizar en la conciencia y manejo del periné.

Diseñados por Plevnik en 1985, como método de valoración y entrenamiento de la musculatura perineal son un juego de cinco conos de igual tamaño, cuyo peso (de 20 a 90 gramos) se va incrementando en cada colocación del primero al último. Cada cono se introduce de a uno por vez en la vagina, con la base hacia arriba y con su extremo hacia abajo del que cuelga un hilo que permita su ulterior extracción.

Como el cono tiende a caerse al estar en bipedestación, se produce una contracción en forma voluntaria y luego refleja para retenerlo, que es percibida por la mujer, actuando como biofeedback.

Su utilización regular ayuda al aprendizaje del cierre perineal ante el esfuerzo pues cualquier aumento de presión abdominal empuja el cono hacia fuera.

Se usan tratando de mantener el cono del peso que corresponda según sus posibilidades, intravaginalmente durante 15 minutos, mientras la mujer realiza sus actividades habituales.⁸

⁸ **Peso pasivo:** es el cono de mayor peso que puede mantener durante 1´ sin contracción voluntaria

Peso activo: es el máximo mantenido 1´ en contracción voluntaria

Son la versión educativa de las que se venden en sex shops como “**bolas de geisha**” .

He aquí **el testimonio** de una mujer que participó de este programa de educación perineal durante su post parto.⁹

Programa de terapia perineal individual de reeducación o rehabilitación.

Cuando el piso de la pelvis se encuentra ya muy debilitado, aparecen ciertas disfunciones como la incontinencia urinaria, el prolapso o dificultades para alcanzar el orgasmo, que exigen un tratamiento que lo rehabilite. Sea cual fuere la causa que lo haya originado: traumatismos de parto, actividad física intensa (práctica deportiva aeróbica, de alto impacto) , estreñimiento habitual, tos crónica, estrés, sobrepeso u obesidad, alteraciones hormonales peri o post menopáusicas, intervenciones quirúrgicas o hasta hábitos miccionales inadecuados, si la mujer no logra controlar su musculatura perineal con los ejercicios indicados , será necesario realizar un tratamiento terapéutico que reeduce el funcionamiento.

Primero los especialistas deberán evaluar de qué tipo de incontinencia se trata, para cuyo diagnóstico se requerirán estudios específicos que van desde llevar un diario miccional, hasta balances uro dinámicos u otros más sofisticados. En algunos casos la pacientes requieren cirugía, en otros la farmacoterapia resulta eficaz pero la mayoría de las veces los síntomas mejoran o desaparecen con un tratamiento de reeducación.

Otro caso muy diferente es cuando la mujer tiene dificultades para relajar sus músculos perineales. Esto puede ocasionar problemas de dispareunia, vaginismo y hasta impedir la consumación de las relaciones coitales.

Pueden ser reemplazados por los huevos de jade de los que hablaremos más adelante.

Es probada su eficacia para cierto tipo de incontinencias urinarias pero por sobre todo para adquirir mayor conciencia sobre la actividad del suelo pélvico.

⁹ ...era difícil localizar mi periné, no lograba identificar muy bien dónde se encontraba y menos cómo sostenerlo y aflojarlo, pero de a poco y con mucho trabajo, logré hacerlo y además darme cuenta de lo afectado que se encontraba... con el equipo de biofeedback fui capaz de reconocerlo y descubrí que podía controlarlo conscientemente, sobre todo para relajarlo y poder así concretar un encuentro sexual con mi marido..

En estas disfunciones la terapia perineal también puede ayudar a resolver estos síntomas, gracias al reconocimiento que logra hacer de los movimientos de contracción muscular involuntarios no deseados y de su reemplazo por otros más funcionales.

Herramientas para la terapia perineal

Además de las herramientas descriptas para la educación perineal, evaluamos la necesidad de un tratamiento de terapia psicosexual y en algunos casos proponemos el uso de la electroestimulación.

Sesiones de Terapia Psicosexual

Incluye una entrevista individual inicial, donde relevamos la historia psicosexual revisando mitos, creencias y mandatos familiares así como prácticas y hábitos sexuales actuales. Se trabaja con un enfoque cognitivo conductual medular de la terapia sexual.¹⁰ Proponemos además ejercicios de sensibilización erótica para realizar en la casa sola o en pareja¹¹.

La electro-estimulación

La electro-estimulación en el campo de la incontinencia urinaria pretende reestablecer adecuadamente el funcionamiento del suelo pélvico, puede colaborar en reeducar una musculatura frágil reactivando la circulación sanguínea, reestableciendo las vías neurológicas y reforzando las fibras musculares. Actúa estimulando los axones motores de la zona en la que se aplica con una activación refleja de la zona

10 testimonio de tratamiento de matrimonio no consumado: " fui probando de a poco con pequeños tutores del tamaño de tampones. Yo nunca me había introducido ni siquiera un tampón y pude hacerlo gracias las charlas con la psicoterapeuta, los ejercicios en casa y especialmente la relajación a través de la respiración

¹¹ Focalizada, ejercicios para el hogar y técnicas para desarrollo de fantasías sexuales

Las sesiones de estimulación se realizan mediante el uso de electrodos intravaginales, a través de una sonda conectada a un generador externo de impulsos.

Se combinan períodos de trabajo (estimulación) con períodos de reposo. Se emplea una amplitud de intensidad tolerable, que no produzca dolor.

La duración aproximada es de 0.5 seg. con un reposo mínimo de igual período. Más allá de sus efectos directos sobre la musculatura perineal, la descarga que produce, aunque es indolora, permite que la persona que tiene dificultades para realizar los ejercicios por sí misma, reciba pasivamente el estímulo contráctil y logre así reconocer la sensación que le genera hasta ir progresivamente tratando de provocarla por sí misma.

La intervención del especialista Kinesiólogo resulta muy importante para determinar el programa de electroestimulación más adecuado a la problemática planteada.¹²

La estética del periné

A fin de integrar el periné en la experiencia vital de cada mujer, con sus múltiples significados, estimulamos la posibilidad de crear un producto artístico individual que exprese la base emocional de su trabajo: dibujos, cartas, canciones, objetos, etc que develan esta zona de la anatomía femenina.

El periné en otras culturas

¹² Puerpera, con incontinencia del esfínter anal por desgarro perineal intraparto: *pude hablar de mis sentimientos, de lo que me pasaba internamente con la maternidad y con ese cuerpo que yo sentía lastimado, manipulado por los médicos y que nunca iba a estar igual que antes. Practiqué los ejercicios de Kegel y usé los huevitos de jade en casa. Con las sesiones de biofeedback y electroestimulación pude ver la evolución de mi cuerpo, Fue mejorando la incontinencia como también la sensación en las primeras relaciones sexuales, ya que luego de la episiotomía había cierto dolor o tirantez que fue desapareciendo. Empecé a tener más confianza en mí misma, encontraba materializada mi evolución en las curvas dibujadas en la pantalla resultado de mis contracciones musculares, cada vez más precisas, más definidas y manejadas a mi antojo”*

El periné ha sido considerado de muy diferente modo en la historia y en las distintas culturas.

Para los orientales, más específicamente, en la antigua China, la práctica sexual taoísta dedicó particular atención a la energía proveniente de esta zona del cuerpo, considerándola, como fuente de energía (Mantak Chia, La mujer multiorgásmica)

Entre otras prácticas, dentro de las cuales los ejercicios de respiración son fundamentales, el uso de un huevo de jade constituye una tradición entre las mujeres chinas.

En un inicio sólo las mujeres de Palacio Real, la reina y las concubinas, lo utilizaban para fortalecer sus vaginas y órganos reproductivos. El ejercicio consistía en introducirse un huevo de piedra en la vagina. Se consideraba que esto mejoraba la salud, tanto física como espiritual. A través del fortalecimiento del músculo pubocoxígeo, “chi”, se conseguía dominar otros músculos involuntarios que lograrían el rendimiento de las funciones ováricas, el orgasmo y el aumento del flujo hormonal sexual. Según la medicina tradicional china, la vagina contiene puntos de acupresión relacionados con todos los órganos del cuerpo. Los huevos de piedra están hechos de diversos minerales: jade, obsidiana, cuarzo rosa y otros. (En la antigua China, la vulva y la vagina recibían el nombre de Puerta de Jade).

En occidente, conocemos las virtudes de estas prácticas a través del uso de los conos vaginales, arriba mencionados, y también bajo la forma de las llamadas bolas de Geisha que pueden encontrarse en los sex shops. .

Dentro de las prácticas sexuales tántricas de la antigua India, se menciona a la “amrita”, como a la eyaculación femenina, práctica que se recomienda buscar y disfrutar. “Hace varios miles de año, SU UN, la consejera sexual del Emperador Amarillo, describió las

“copiosas emisiones “del corazón interno de la mujer (sinónimo de su vagina), durante la excitación sexual. ¹³

En el yoga hindú, se denomina “mulabanda” al cierre que debe producirse en el fondo de la cavidad pélvica para que no se escape la energía y sea canalizada espiritualmente. Se realiza contrayendo musculatura del chakra básico mientras se retiene por algunos segundos la respiración. En el libro *Secretos sexuales* de Nick Douglas y penny Slinger, en la Pág. 305 describen una de las “técnicas más avanzadas para absorber y transformar la vitalidad sexual, el Vajroli, Mudra (o sello diamante) del Tantra....Este lo realiza la mujer creando una succión gracias a la contracción rítmica de las paredes de su yono” (vagina). Otro ejercicio que realiza la mujer es el Uddiyana Bandha, que “se realiza exhalando la respiración y contrayendo los músculos del estómago...Estos dos movimientos son practicados por las danzarinas de vientre, que aprendieron la técnica de las las danzarinas de los templos hindúes”

Además en muchas sociedades el período post parto es un momento muy importante en cuanto al cuidado del periné. Por ejemplo ya desde la salida de la placenta, la mujer debe elevar el útero con las manos y en esa posición contraer su periné. Las japonesas se ocupan de recuperar la simetría de la pelvis antes de que la mujer se vuelva a poner de pie. Hay muchas otras maniobras precisas orientadas a preservar al suelo de la pelvis de los esfuerzos que implican el levantar peso o simplemente estar en posición vertical. Las vietnamitas recomiendan mantenerse en posición horizontal todo el tiempo que sea posible hasta cumplir el primer mes de post parto. Efectivamente es un modo de proteger al periné de la presión que ejercen los órganos en una musculatura que se encuentra aún muy débil. En Madagascar, la partera masajea el vientre de la madre con firmeza buscando

¹³ Mantak Chia y Dra. Rachel Carlton Abrams; *La mujer multiorgásmica*, NeoPerson, Madrid, 2003., pag. 213

elevant la posición del útero. Además envuelven la pelvis como con una faja para evitar que el útero descienda por la propia fuerza de gravedad. (De Gasquet, Bernadette, Bébé est l , Vive Maman)

Conclusi3n

Si bien nos hemos detenido en este trabajo en describir un modo de abordar el tratamiento del periné, consideramos que éste fue para nosotros solamente una puerta de entrada para el conocimiento de la psicosexualidad femenina.

Gracias a este tipo de trabajo, tanto en los talleres, como en el consultorio, han surgido conversaciones de las que emergieron historias de dolores y placeres archivados, y al recuperar la sensibilidad de una musculatura dormida, el suelo pélvico fue ampliando su territorio para trazar nuevos recorridos

Creemos fehacientemente que la salud del periné es fundamental para alcanzar un grado de satisfacci3n sexual. Que su vitalidad, tonicidad, flexibilidad, y sensibilidad permiten una respuesta sexual más intensa. Y teniendo en cuenta el desconocimiento, las dificultades y padecimientos que las mujeres experimentan en relaci3n a su cuerpo genitalidad, consideramos al trabajo del periné como un aporte al tratamiento de las problemáticas sexuales femeninas tanto en sus aspectos somáticos como emocionales.

El haber incorporado nuevos recursos técnicos a nuestras ya recorridas prácticas sexo terapéuticas de todos estos años, transitados ya sea a través del movimiento o de la palabra, nos desafía a buscar alternativas que ayuden a sortear esas barreras que todavía impiden a la mujer vivir su sexualidad con placer en todas las etapas de su vida.

BIBLIOGRAFÍA

Alanbari, S. G.; *Rééducation périnéale féminine mode de emploi*, Robert Jauze, Paris, 2008.

Calais Germain, B.; *Le periné féminin*, DésIris, Paris, 2.000

Caufriez, M.C., *Gymnastique abdominale hipopressive*, Bruselas, Publicación de circulación profesional, 1997

Douglas, N.y Slinger, P. ; *Secretos sexuales*. Martinez Roca. Barcelona. 1982

Gasquet, B.; *Bien être et maternité*,Implexe, Paris, 2004.

Gasquet, B.; *Bébé ´est là, vive mamna. Le suites de couches*. Robert Jauze, 2005, Paris.

Gindin, L.R.; *La nueva sexualidad de la mujer*, Norma, Buenos Aires, 2003.

Gindin, L.R. y Fridman, C.T.; *Matrimonios no consumados*, Paidós, 2010.

Lowndes Sevely, J.; *Los secretos de Eva*, Granica, Barcelona 1987.

Chia, M. y Carlton Abrams, R; *La mujer multiorgásmica*, Neo Person, Madrid, 2003.

Tobi, V.R., *El embarazo transformador*, Paidós, Buenos Aires, 2007.

Collection “Grands Sujets”, Les Dossier de l’obstetrique”, *Periné et maternité*, E.L.P.E.A., Paris, 1999

EROS

CONFERENCIA

¿Sófocles aún te juzgas capaz de amar?

Y él respondió:

¡Hablemos en voz baja!

Me liberé de Eros con el placer de quien se libera de un señor colérico y truculento.

De “La República “- Platón

Paulo R. B. Canella¹

15/06/35 – 15/04/2013

Resumen.²

El autor hace consideraciones sobre el mito de Eros en sus diversas acepciones- El Eros primitivo, hijo de Chaus ó de Nix, el Eros Olímpico hijo de Afrodita y el Eros Platónico, nacido de la Diosa Penia, la pobreza y del Dios Poros, el pasaje al ingenio –Describese el mito de Eros y Psique, y sus posibles interpretaciones, cuando el Dios primordial pasa a integrar la mitología ligada a Zeus y Apolo cuando la civilización comienza a contener lo dionisiaco y lo apolíneo.

Palabras claves: – mitología griega, amor, sexualidad, alma.

Summary

The author makes considerations about the Eros' myth in its several meanings. Primitive Eros, son of Chaus or Nix, Olympic Eros, Aphrodite's son and Platonic Eros , bornt from the union of goddess Penia's , the poverty, and the god Poros, the passage to

¹ Prof. Titular de Ginecología UFRT -Jefe del ambulatorio de Sexología- Instituto de Ginecología UFRI (Universidad Federal de Río de Janeiro) . conferencia dictada del 4 al 7 de octubre de 2009 en Foz do Iguazú.

sbrashprov@gmail.com

² Traducción del Portugués al español: Esther Buchholz y Cristina Tania Fridman

ingenuity. The myth of Eros and Psyche , and its possible interpretations, are being described, when the primordial god begins to integrate the mythology linked to Zeus and Apollo, when the civilization starts to contain the dionysian and the apollonian.

Key words: - mythology Greek love, sexuality

Eros, en griego antiguo ΕΡΟΣ, es traducido como amor. Como Dios de la Mitología Helénica.

Eros se muestra divinidad que une seres para producir otros seres, una según Platón para que sean producidas cosas buenas y bellas – Así la armonía parece estar en el motivo de las uniones que Eros preside.

Hay tres representaciones de Eros: Como Dios primordial, como Dios Olímpico, y como un demonio, un emisario de lo divino en las uniones entre los humanos.

Como Dios principal Eros, con el nombre de FANES (el brillo) desciende de Caos, la energía del vacío primordial anterior a la creación. Aparte de Eros, Caos generó a Erebo, el mundo subterráneo y a Geia, la tierra.- En la cosmogonía órfica hay dos acepciones, para la generación de Fanes: Caos habría generado a Nix, la noche, que puso un huevo del cual nace Eros de la yema, y de las otras dos mitades, de la cáscara surgen Uranos, el cielo y Gea, la tierra cósmica. La otra acepción dice que Cronos, el tiempo que genera en el Éter y en el Caos, el huevo primordial del cual nace Fanes, la Yema y de las dos mitades de la cáscara Urano y Gea. Los órficos también enseñan que Zeus se tragó a Fanes, y a los demás dioses primordiales para instalar la hegemonía olímpica.

En la Teogonía de Hesíodo, Nix y Caos, preceden a la creación del cielo y de la luz (Éter e Hýmero). Es Eros el que permite la unión de Caos, la Noche y Erebo para que puedan procrear- Amor, unión, atracción, Eros mezcla, multiplica, varía las especies animales y vegetales-Los minerales líquidos y fluidos, es toda la creación. Unión, afinidad universal.

Imaginarse a Anteros, la antipatía (el odio) la desunión, aversión, desunión. Anteros es la fuerza que solicita la acción de Eros para que el Universo no vuelva al Caos.

El Eros primordial se revela como un principio de unión, las cosas primordiales nacían de otras cosas primordiales. Acuñando entidades simbólicas representativas, con Eros cosas se unen para producir otras cosas, la reproducción por emanación da lugar a la reproducción por conjugación, casi como de asexuada a sexuada.

Como Dios mayor Eros representa, así, la cohesión interna del Cosmos y la capacidad de generar, la conjugación, la reproducción. En Tespias se veneraba a Eros en una piedra bruta.

El Eros primordial sería la fuerza de la atracción, la cohesión, entre todas las cosas del universo que se organizaron a partir del caos.

Como Dios Noble, Olímpico, Eros tiene varios orígenes es conceptualizado como hijo de

- 1) Hermes y Afrodita: del Dios Hermes, del comercio y de Afrodita nacida de la espuma, causado por el semen de los testículos de Urano (el cielo), castrado por Crono (el tiempo) y tirados al mar la llamada Afrodita Urania, celeste, representante del amor que une para el bien y lo bello.
- 2) Ares y Afrodita: Ares el Dios de la guerra y Afrodita hija de Zeus y Dione, llamada de pandémica, popular, representando el amor vulgar erótico reproductivo. Este Eros puede ser tenido como hermano a Anteros, el amor contrario ó recíproco.
- 3) Hermes y Artemis_- ctônia (hija de Zeus y Perséfone como curiosa variante del mito) Sería el Eros alado, después entre los romanos Cupido aunque conocido como hijo de Venus.
- 4) Fielho e Ilitia, la diosa de los partos, después ligada a Hera esa diosa primitiva sería la madre de Eros, otra curiosa variante del mito.

Y ese Eros Olímpico que se ve representado como un niño con alas, con su arco y sus flechas en la aljaba o carcaj haciendo travesuras disparando las flechas para que las personas se apasionen unas a las otras- Es Cupido, romano que muchas veces causa serias confusiones de amor, pero de cierta forma justificando divinamente amores inusitados e inconsecuentes.

Como Dios menor, popular Eros tiene la representación de un demonio, un genio, un emisario entre los dioses y los hombres- Platón en “El Banquete”, hace que Diotima, un personaje creado por el fundador de la Academia como filosofía de Mantinea, sea maestra del joven Sócrates, y cuenta que Eros es hijo de Penia y Poros. Penia es pobreza, la falta, la carencias y Poros es el ingenio, el pasaje, el expediente, el recurso.

Este Eros platónico nacido en los jardines de un palacio en donde se desarrollaba la fiesta de los Dioses para la cual Penia, no había sido invitada. Deambulaba Penia entre las flores cuando encuentra al bello Poros durmiendo embriagado y con él se une concibiendo a EROS- Así justifica Platón porque en busca de su objeto afectivo, el Amor es capaz de enormes bajezas y fantásticas artimañas para llegar a la realización de los deseos amorosos.

El pasaje de Eros/Fanes primitivo, violento, dionisiaco, para el Eros luminoso, apolíneo se muestra en el mito de Eros y Psique (el alma) relatado por Lucio Apuleio en “Metamorfosis“ ya en la Roma del Siglo II. Apuleio describe en dos capítulos y medio, el mito de las afinidades entre el alma y el amor. Afinidades que envuelven hasta el día de hoy a los humanos. Dice el mito que en una ciudad de Grecia había un rey y una reina que tenían tres hijos. Todos muy bonitos, pero la menor PSIQUE, se destacaba entre las dos hermanas mayores que fueron casadas por los padres, pues no tenían pretendientes, era tal su belleza que se tornó admirada, alabada y agasajada, endiosada por todos, a punto de

despertar la ira de Afrodita ya que sus templos se vaciaban por el verdadero culto prestado a Psique. Psique despertaba un amor divino y para ella no había pretendientes- La Diosa del deseo carnal encargó a su hijo Eros para hacerle apasionar con un ser monstruoso. Los padres consultaron al oráculo de Apolo en Mileto, y determinaron que Psique debería de ser expuesta en una roca , trajeada con ropas fúnebres para ser poseída por el monstruo. Eros al verla, se apasionó y decidió que Zéfiro, el Dios de los vientos, la soltase y la llevara a su palacio.

En la casa de Eros un lugar de rara belleza, aunque deshabitada, Psique era servida por voces y en la oscuridad, Eros apareció sin mostrarse, y con ella se conjugó tomándola por esposa. La condición impuesta por Dios era que ella jamás intentaría verlo y que un día le daría un hijo divino.

Con el tiempo Psique sintió nostalgias de los hermanos y le pidió a Eros que le permitiese verlas, Eros le advirtió que había envidias y malos consejos, pero cedió a los ruegos de la esposa. Las hermanas le dijeron que ella podría estar casada con un monstruo terrible, que la devoraría como había profetizado el oráculo. Y le aconsejaron que tuviera un puñal y que lo viera bajo la luz de una lámpara y si fuese un monstruo debería decapitarlo.- Psique realizó lo que le sugirieron las hermanas ya al iluminar a Dios vio su irresistible belleza divina. La sorpresa hizo que ella se hiriese en una de sus flechas y dejase caer aceite hirviendo sobre Eros hiriéndolo también. Entonces Eros se fue, y prometió no volver más. Psique salió entonces al mundo a buscarlo y desorientada sin encontrarlo (a Eros), Psique resolvió buscar apoyo en Afrodita.

Pero Afrodita ya había sabido de la traición del mortal y llena de odio la recibió después de castigarla le impuso cuatro tareas imposible, separar una montaña de granos de todos los cereales mezclados, recoger conjuntos de lana de oro en ovejas salvajes, escalar una montaña escarpada para llenar un odre con agua peligrosa de una fuente formada por los

ríos infernales Cocito y Estige y después ir a Hades, pedirle a Persefone que le mandase a través de ella un poco de belleza inmortal, que Afrodita perdió en el cuidado por el hijo enfermo debido a la quemadura. El viaje estaba lleno de trampas, como el llamado a la piedad ilícita y a los peligros de Cerbero y al perro de Hades y del barquero Caronte del río de los muertos. Las tareas eran imposibles pero fueron realizadas por ayuda de los Dioses y entidades como las hormigas, Canino, la torre, el águila de Zeus y de los amigos de Eros que querían agrandar a su esposa. Al volver con la caja de Perséfone para Afrodita, Psique no resistió y la abrió y cayó en un sueño profundo.

Eros ya curado de la herida causada por Psique, restablecido del mal que le hiciera su alma, salió en ayuda de su amada, y arreglando la cajita la despertó a Psique y le dijo para llevarla a Afrodita.

Eros entonces fue a Zeus que aplacó la ira materna de Afrodita, y convocando una reunión de los olímpicos, exhortó a Eros a dejar, abandonar las reglas de la pasión y después tornar a Psique Divina, haciendo con que ella tomase el néctar y la ambrosía, los casó uniendo por toda la eternidad al alma y el amor: Psique y Eros.

El mito de Eros y Psique parece que revela los arquetipos de las relaciones amorosas entre los humanos, como Edipo Tanatos y el Eros Primordial que tienen un papel importantísimo en las teorías que buscan explicar el psiquismo humano y muchos de sus comportamientos. La leyenda de Eros y Psique está posiblemente en la raíz de nuestros afectos, amor- pasión- amistad- cariño rabia- odio- desprecio y tantos otros sentimientos parecen tener un pie arquetípico en la historia de las relaciones de amor con el alma.

El alma Psique es una mortal tan bella y atractiva -a punto de ser confundida- con el deseo que Afrodita, una diosa despierta, el amor, Eros se expresa en el alma, y el amor erótico, la pasión mostrado en la belleza del cuerpo humano.

El Amor capaz de, por el deseo de Afrodita de llevar al alma a unirse a un monstruo realizando lo determinado por el oráculo de Apolo en Mileto.

El casamiento del Alma con la muerte vistiendo ropas fúnebres, espera la muerte, el peor monstruo para ella pero es salvada por el amor.

La pasión del Amor por el Alma donde ella puede realizarse entre los humanos.

El Alma pura crédula e inocente se casa con el Amor y se deja dominar por el.

El Alma humana acepta el amor pero sólo puede sentirlo no puede verlo, Sometimiento.

Aceptado el Amor el Alma se recoge al silencio y al secreto, vive en la oscuridad de la noche casada con el Amor. Vive en un palacio esplendoroso sospechando que ese amor maravilloso, solamente sentido pueda ser un monstruo que sería la muerte según el oráculo. El casamiento le causa extrañeza a alma y esta es llevada a conocer el amor solo en la oscuridad de la noche.

Conocer el amor significa herirse con una de sus flechas y sufrir, y también herir al amor con aceite hirviendo de la lámpara.

Para conocer el amor el alma sufre y hace sufrir.

Psique, Eros es sufrimiento.

Despierto Eros, el Amor huye del Alma pero la belleza de amar, hace con que Psique salga en su búsqueda, el deseo de Afrodita en Eros, quiere a Alma sólo para si.

Afrodita no tiene ayuda de Hera y Démeter, la gran madre, la tierra, precisa del Amor, y es Eros que une y que hace procrear, pero la tierra tampoco puede prescindir por el deseo sexual por el cual Afrodita conjuga los deseos del Alma.

Cuando Psique encuentra a Afrodita y es recibido por Habito, por la inquietud y por la tristeza y el deseo sexual, influyendo por el alma que la maltrata cuando estaba lejos de Eros.

Para atender las tareas impuestas por el deseo, por Afrodita, la Psique debe ordenar los pensamientos primitivos, los cereales y separar los buenos de los malos sentimientos sabiendo elegir los penachos de oro.

También el Alma debe lidiar con el agua peligrosa y saber despreciar la piedad ilícita y no doblegarse frente a los sentimientos impuros. Es necesario que el Alma vuelva a las profundidades para encontrar el amor.

Psique como mujer es sensible a la belleza divina para ella es irresistible, y la belleza que da poder al deseo para que el deseo se realice en el amor.

El Alma transporta al sueño y el embota a Psique. El Amor despierta al Alma que duerme. Zeus el dueño de la luz es el que torna al Alma inmortal, divina y la une al Amor para siempre.

Eros y Psique unidos genera a la lujuria (volupia).

El mito de Eros y Psique es un pasaje del mundo primitivo, dominado por las fuerzas incontrolables para un mundo luminoso, en el cual la mente asume un papel de controlador, desde que no ignore los instintos elementales que rigen a la gran madre tierra. Tanto Eros como Afrodita, incorporan al Alma y esta pasa a conocer el deseo sexual y el amor. Es también una leyenda que trata primitivamente de lo que sería el amor romántico por los siglos XII y XIII en Europa. El Amor como fuerza personal de atracción entre los seres, el derecho de casarse por amor.

Bibliografia

- Andrade, M.M.. *A Cidade das Mulheres*, Rio de Janeiro, LHIA IFCS-UFRJ, 2001.
- Brandão, J S. *Mitologia Grega* Vol. I,II,III, Petrópolis, Vozes 1990.
- Brandão, J.S. *Dicionário Mítico- Etimológico*, Petrópolis, Vozes 1993.
- Bulfinch, T. *O Livro de Ouro da Mitologia*, Rio de Janeiro, Edições de Ouro 1967.
- Calasso, R. *Núpcias de Cadmo e Harmonia*, Rio de Janeiro, Cia das Letras, 1990.
- Grimal, P. *Dicionário da Mitologia Grega e Romana*, Rio de Janeiro, Ed. Bertrand Brasil, 1993.
- Hamilton,E. *Mitologia*, São Paulo Martins Fontes 1997.
- Jaeger, W. - Paidéia, *A Formação do Homem Grego*, São Paulo, Martins Fontes 1995.
- Mossé, C. *Dicionário da Civilização Grega*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed. 2004.
- Otto, W. F. *Teofania*, São Paulo, Odisseu, Ed. 2006.
- Platão. *A Republica*, São Paulo, Nova Cultural, 1997.
- Vidal-Naquet, P. *O Mundo de Homero*, Rio de Janeiro, Cia das Letras 2002.
- Vrissimtzis, N.^a *Amores, Sesso & Matrimônio nella Grécia Antiga*, ISBN 960-90 162-2-7, Grécia. *Dicionário da Mitologia* Copyright 809/1996.
- Souza, E. *Mitologia*, Lisboa, Guimarães Ed. 1984.

EL SEXO ORAL ENTRE ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES Y EL CONURBANO BONAERENSE ARGENTINA 2008

ORAL SEX AMONG ADOLESCENTS AT BUENOS AIRES CITY AND NEARBY TOWNS - ARGENTINE 2008

Cristina Tania Fridman¹ ©

RESUMEN

Este trabajo examina los resultados de un estudio de casos -a través de 30 encuestas² en Buenos Aires, Argentina 2008-, acerca de la práctica de sexo oral adolescente.

Radica la existencia de “variaciones en los guiones juveniles” que sustentan la práctica social de la sexualidad en el caso específico del sexo oral. Se observa un ejercicio con mayores niveles de visibilidad endo-grupo. La adquisición de “popularidad” remite a similitudes en el comportamiento adolescente de prácticas sociales anteriores en el logro de los reconocimientos. Las biografías individuales parecieran dar cuenta de reglas internas más que externas. Es relevante proseguir estudios sobre nuevas formas de construcción de la sexualidad.

Palabras claves : Biografías individuales, repertorios sexuales, negociaciones, género, reglas inciertas, actividad sexual exigida. Iniciación social y sexual.

¹ Socióloga, Especialista en Educación Sexual, Diplomada en Educación Médica. Profesora Universitaria de Sexualidad y Salud en la Universidad Abierta Interamericana - Argentina. Directora de CETIS. Miembro del Advisory Committee de WAS 2009-2013 .Secretaria General de FLASSES. Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual 2006-2010. Miembro Comisión Directiva de SASH. Coordinadora Revista SASH.

Email; ctfridman@fibertel.com.ar – ctfridman@gmail.com Avenida de los Incas 3245 4to. CP. 1426 Ciudad de Buenos Aires. Argentina.
Tel y fax: 00 54 11 4 553 5224

¹ Las encuestas fueron aplicadas en campo por todos las Alumnas y Alumnos de la Materia Sexualidad y Salud que se dicta en la Universidad Abierta Interamericana, en la Carrera de Psicología (Profesores Dr. León Gindin y Lic. .Cristina Tania Fridman) En el primer cuatrimestre de 2008. Se dieron instrucciones precisas para su aplicación y formato. Estudiantes de otros años contribuyeron al análisis cualitativo de datos.

ABSTRACT

This paper examines the results of a case study, through 30 surveys in Buenos Aires, Argentina 2008 - about the practice of oral sex in adolescents.

It describes the existence of "changes in the juvenile scripts" that supports the social practice of sexuality, in the specific case of oral sex. It is observed as practice with higher levels of visibility within an endogroup.

The acquisition of "popularity" refers to similar adolescents' behavioural patterns in former social practices for their achievement of distinctions.

The individual biographies seem to account for internal rules rather than external ones. It is relevant to continue researching on new forms of construction of sexuality.

Key words : Individual biographies, sexual repertoires, negotiations; gender; uncertain rules; sexual activity required, Social and sexual initiation.

INTRODUCCIÓN

El propósito de este trabajo es examinar los resultados de 30 encuestas realizadas en el mes de abril de 2008 acerca de la práctica de sexo oral, encontrar los guiones que la sustentan, las vivencias juveniles y características de los discursos jóvenes a partir de entrevistas semi-estructuradas.

Las entrevistas cuestionan acerca de los motivos por los cuales se realiza el sexo oral, lugares dónde se realiza, frecuencia con que lo realiza; consecuencias; sensaciones buenas o malas respecto de esa elección, sentimientos, valoración acerca de esta acción

cuando se realiza por dinero, relatos acerca de cómo imaginaban qué iba a ser y finalmente qué les sucedió, diferencias o no entre expectativas y realizaciones, y si esta práctica sexual tiene alguna característica de iniciación sexual ó si ¿es algo diferente?.

¿Rumor o mito urbano?

Todas las entrevistas se realizaron en forma oral y fueron grabadas.

Los cambios que han afectado la sexualidad en las tres o cuatro últimas décadas pueden tener otra interpretación alternativa al control social externo. Pueden deberse al tránsito de una sexualidad construida a través de controles y de disciplinas externas a los individuos a una sexualidad organizada por pautas internas. Normas y exigencias sociales no desaparecen, son individualizadas.

“La sociedad se instala en nuestras cabezas”³. La vida sexual se ha ampliado y prolongado en las biografías individuales.

Numerosas contradicciones surgen de este proceso: se exige a los actores sexuales

- conciliar reciprocidad con realización individual,
- espontaneidad con autocontrol,
- flexibilidad ante las situaciones nuevas con coherencia interna.

La entrada en la sexualidad deja de ser una “ceremonia de paso” y se transforma en un proceso de aprendizaje con los amigos en espacios diversos como la vida escolar o laboral, aprendizaje lleno de tensiones,

³ (M. Bozon, *La nueva normatividad de las conductas sexuales...*) *Revista de Sash Año 18 n°1 abril 2005* Sociedad Argentina de Sexualidad Humana. Pág. 32-41- trad. Fridman, C, Chernitsky, O.

Los repertorios sexuales se diversifican, incorporando el sexo anal y oral en las nuevas generaciones sexuales, ampliando con ello las posibilidades de relación y complejizando la expresión de la intimidad y la sexualidad.

Aumenta la cantidad de hombres jóvenes que descartan la regla de la iniciativa sexual y aceptan entrar a compartirla resaltando la seducción o la conversación como estrategia de negociación sexual. La sexualidad, cuando está menos controlada por las instituciones tradicionales, no tiene más normas evidentes que la definan y la enmarquen.

Por ello hay una proliferación de normas y formulaciones muy variadas sobre la sexualidad, y un aumento sin precedente de las fuentes emisoras: la escuela, los medios, la medicina, el cine, la literatura, etc. En particular, los medios de comunicación ofrecen representaciones que suelen ser contradictorias, en la medida en que son las expresiones más visibles de lo que se ha dado en llamar 'revolución sexual'.

Para caracterizar la situación contemporánea respecto a la sexualidad diríamos que el juego se ha tornado más complejo.

La normatividad sexual hoy en día es cada vez menos la implementación de principios absolutos, y cada vez más un trabajo de interpretación y justificación a posteriori de las conductas.

Una persona no es libre -en la medida- que siempre está relacionada con otras y que debe respetar algunas reglas respecto a esa convivencia.

Uno de los efectos de la medicalización de la sexualidad que ha avanzado poderosamente es el hecho de que los problemas de la sexualidad han cesado de ser

morales para ser interpretados como una cuestión de bienestar individual y social, relacionado con la salud sexual y de comportamiento responsable. Existe un aumento de la depresión que característica de una sociedad que exige de los individuos un alto nivel de autonomía. Universo desigual entre sexos y entre clases, donde todos deben buscar coherencias de sus expresiones íntimas.

Uno de los interrogantes básicos se refiere a normas temporales.

Las conductas sexuales son referidas a partir de la temporalidad biográfica y entonces sobreviene la pregunta ¿en qué momento debemos o podemos hacer tal o cual cosa?

Así se puede defender la desaparición del umbral de la edad, y de una molesta prolongación de posibilidades como así también sostener una normalización biográfica de la sexualidad.

La epidemia del sida que ya ha pasado por varias fases ha tenido sus efectos sobre la vivencia de la sexualidad de los jóvenes.

Las representaciones explícitas de la actividad sexual han proliferado y son diversas poniendo en entredicho la diferencia entre lo pornográfico y lo erótico.

Las normas de entrada a la sexualidad, han cambiado de una moral retentiva a un ideal del primer encuentro. La primera relación sexual esta ligada a una norma de grupo de edad, y a una norma relacional. El punto de partida de una pareja informal es la sexualidad y no la castidad. Los varones siguen dando importancia al aspecto técnico del inicio, las jóvenes suelen sufrir aún reprobación social frente a relaciones múltiples y numerosas; no así, los varones.

Actualmente la entrada en la vida sexual adulta marcada por la primera relación sexual se efectúa en un intervalo de tiempo cada vez más restringido, al fin de la escuela secundaria, o aún antes. Esta fuerte sincronización temporal contrasta con la dispersión de las generaciones anteriores. Los grupos de pares juegan un rol mayor en la elaboración de las conductas juveniles, contribuye a estos encierros, lo mismo que la masificación escolar.

Jamás interrumpir la actividad sexual

Hemos entrado en una sociedad donde reina una difusa e implícita obligación de jamás interrumpir ni terminar la actividad sexual. Una obligación al sexo, los que no tienen actividad sexual lo disimulan o se justifican.

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

La espontaneidad programada es una imagen muy acertada de lo que significa la modernidad sexual. La sexualidad común ahora tiene que ser infecunda y protegida;

La sexualidad humana siempre ha buscado ser asociada a un significado, en la actualidad hay un aumento tremendo de la necesidad de encontrarle interpretación y justificación.

Según J. Weeks se estaría asistiendo a una paradoja, pues si bien hombres y mujeres están re-negociando sus relaciones, *“este proceso tiene lugar dentro de unas condiciones que garantizan la permanencia y continuidad de la hegemonía del hombre dentro de las áreas dominantes del poder”*.

Este sería un cambio a “*cámara lenta*”. Más aún, según Weeks, se está en presencia de una “*desestabilización de lo que se ha dado en considerar las relaciones tradicionales entre hombres y mujeres*” (2002).

Esta desestabilización ha dado paso a una era de incertidumbre en la que muchas de las nociones heredadas de género y sexualidad están siendo sometidas a un cuestionamiento jamás antes visto, si bien, a la vez, aumenta la reflexividad de la sexualidad.

Este trabajo puntualiza la existencia de variaciones en los guiones juveniles que sustentan la práctica social de la sexualidad en el caso específico del sexo oral. Se observa un ejercicio con mayores niveles de visibilidad endo-grupo. La adquisición de “popularidad” remite a similitudes en el comportamiento adolescente de prácticas sociales anteriores en el logro de los reconocimientos.

Nuestra sociedad restringía la práctica de sexo oral -en generaciones anteriores- a lugares de mayor privacidad e intimidad, con acompañamiento de mayor compromiso afectivo, con presencia de correlación de una iniciación sexual con nulo riesgo de embarazo, aplazamiento de la práctica coital, y señalamientos concretos diferenciales por género, (varones/ mujeres). La variación local de su ejercicio conlleva otros guiones sociales y sexuales.

Sexo Oral – Genital

Entre las quinceañeras, el tema del sexo oral es toda una cuestión. Las chicas piensan que de esa manera pueden relacionarse sexualmente sin perder la virginidad ni correr

riesgos a contraer embarazos y fantasean que no hay contagio de enfermedades por esta vía.

"Para un varón siempre es más TOP conseguir un pete que una transa", dice Diego, de 17 años, residente de provincia de Buenos Aires. En el lenguaje corriente de los adolescentes, **practicar sexo oral es "hacer un pete"**.

Esa denominación dio lugar a un nuevo verbo -"petear"- y a un adjetivo calificativo aplicado a la mujer que lo practica: "petera". La expresión remite más al chupete que a una relación sexual en sí misma.

Contextos

“El solo y simple hecho de que a la fellatio se le pase a decir “pete” implica necesariamente la domesticación de lo exótico: ese mismo movimiento vuelve trivial lo excitante. Por una fellatio un varón tenía que esperar. Hoy, la cultura popular indica que un “pete” no se le niega a nadie. Si hay onda, se entiende”. (Román 30 años).

Algunos medios, tal como El Diario LA NACIÓN, Argentina publicaba el 2-12-07 acerca de la Sexualidad adolescente: la edad de la desinhibición “La fiesta explotaba. La música del quincho llegaba afuera e invitaba a entrar, pero el chico de la puerta tenía orden de no dejar pasar a nadie más. Un grupito de amigas, que no superaban los 16 años, se impacientaba en la cola. De pronto, una de ellas se aproximó y le dijo algo al oído. Lo convenció: todas adentro. Un rato después, y con unas cervezas encima, esa misma adolescente se arrodillaba y le practicaba sexo oral al de la puerta, en un rincón no demasiado apartado. Deuda saldada. Ocurrió hace un par de meses, en una fiesta de menores de 17 años de un club de rugby de San Isidro”.

El matutino *Diario CLARÍN, Argentina divulgaba el 25-2-08* “Estas niñas tienen entre 14 y 19 años, van a colegios secundarios (religiosos, laicos, mixtos o no) de Capital y conurbano, y por practicarles sexo oral a sus compañeros de aula, conocidos o desconocidos de otras escuelas, **cobran entre 2 y 10 pesos**. El dinero lo usan para comprarse tragos de alcohol durante las salidas del fin de semana. Pero eso no es todo: también lo hacen a cambio de que los chicos les hagan los deberes y en otros casos piden un "porro" o el simple hecho de que las dejen ingresar al boliche o a fiestas a las que no tienen acceso por ser menores de edad.”.

Aseguran que es una forma de hacerse de dinero de modo "simple, rápido y sin marcas" para no tener que pedirles a padres que, de otro modo, sospecharían que con plata en el bolsillo accederían al alcohol. Según ellos, "si no tomás, no tenés onda".

Tecnología Y Medios De Comunicación

El tema ya no es hacerlo sino mostrarlo

¿Te pondrías de novio con una chica que te practica sexo oral en un boliche?, le preguntó el diario LA NACION a Felipe, un estudiante universitario de Derecho de (UCA). "Nooo, para formalizar prefiero una chica más reservada", 2 -12- 2007.

La sexualidad está omnipresente y más expuesta en todos los medios de comunicación. En cualquier programa de radio o televisión se hace referencia al tema sin ningún filtro. Los chicos consumen lo mismo que los padres. No hay franjas para público “adulto.” En Argentina, un programa de televisión Show Match [el más visto] es parte de la comida familiar y se habla con total naturalidad del baile del caño". Por ello, en las fiestas infantiles los *pijama parties*, nenas de 10 años juegan a ser como la vedette Moria Casán.

Otra clave del mundo adolescente de aquí es el cambio en el tipo de relación: *la cadena conocimiento-enamoramiento-relación sexual parece ser cosa del pasado*. "Ya no se estila el noviazgo durante la escuela. Eso empieza recién en la facultad.

En ciertos casos, sin embargo, pareciera que el destape está claramente promovido por los adultos cuyo negocio es el entretenimiento adolescente. En los inicios de la pubertad, a los 13 años, los chicos se relacionan entre sí con las "transas": besos en la boca que, hace rato, dejaron de ser patrimonio exclusivo de los noviecitos. En las *matinéas* de la mayoría de los boliches, en el horario más temprano (de 20 a 24), están de moda las llamadas **"fiestas del dólar"**. *Son así: en la entrada, los organizadores reparten a los varones dólares de fantasía que sirven para "comprar" regalos como osos de peluche, remeras o mochilas. La idea de la fiesta es que las damas "transen" con los chicos para que éstos les cedan sus billetes, como un intercambio de favores. De modo que la niña que se va triunfante con el oso de peluche gigante (que en el boliche cuesta cerca de 50 "dólares") es porque ha besado con gran pasión a varios compañeros.*

Los viajes al sur de Argentina, de los chicos que terminan el secundario son otro ejemplo. En la última noche, las empresas organizadoras homenajean a los egresados con una fiesta de disfraces. Los trajes los proveen los coordinadores (a quienes hay que pagarles 20 pesos por el alquiler) en una oferta sugestiva: los varones pueden optar entre sotanas de monje o villanos de historieta como el Acertijo o el Guasón, entre otros, mientras que los disfraces de las mujeres sólo varían entre enfermerita sexy, policía con portaligas o conejita de *Playboy*. El alcohol es otro estimulante para la desinhibición. Una parte importante del programa nocturno de los chicos es la "previa":

juntarse en una casa, en una plaza o en un auto a tomar, para luego ir a la fiesta o al boliche.

Un sábado cualquiera, unos cuarenta chicos de 15 y 16 años iban a bailar a Coyote (en el partido de San Miguel) en un micro dispuesto por el propio boliche, cuyo punto de partida había sido el barrio de la Recoleta. Eran compañeros de un colegio privado, católico y bilingüe de la zona de Palermo Viejo. Pasada la una de la madrugada, los adolescentes se entonaban durante el viaje con el "jugo loco", una mezcla fuerte de vodka con jugo de naranja. Entre risas y música de *reggaeton*, un chico desafió a una compañera, que decidió seguirle el juego. Se fueron a los asientos traseros y ella le practicó sexo oral a la vista de todos: un acto íntimo convertido en público y exhibido como osadía -en el caso de ella- y como triunfo -en el caso de él-.

Desde los años noventa a esta parte, hubo un cambio en la relación entre lo público y lo privado. Antes, el pudor tenía que ver con el espacio de la intimidad. Hoy, esas barreras se corrieron completamente. Ese es el sentido, por ejemplo, por ejemplo el caso de los programas reality show de *Gran Hermano*

Los medios y algunos sectores sociales se preguntan si existe una tendencia a depositar en una suerte de "zona gris" las decisiones, las elecciones, las convicciones que suelen ejercer las mujeres en cada etapa de sus vidas. Si las chicas están conscientes (públicamente) a favor o en contra de determinadas actitudes, pero resaltando que a "la zona gris" se llega después de la pastilla de éxtasis, las gotas, los tragos, en fin, se llega vulnerable. Y sobre todo, ya institucionalizada, codificada, descripta, a "la zona gris" se llega queriendo desentenderse de la responsabilidad sobre el propio cuerpo.

La canción decía: “Ahí estaba la Naty/con el 4 letras en la mano/En la mano lo tenía sin ningún cuidao/La cabra taba más preocupá de pegarse un wen helao”. Desde **Chile** se había difundido por Internet (95 mil visitas) (portal El Antro) en Octubre de **2007** el video **Wena Naty** dónde una alumna de 15 años, de un primer año de un colegio secundario realizaba una fellatio -en un parque- a un compañero de colegio mientras otro la filmaba con su teléfono celular, todo el film recorrió el espacio en poco tiempo alcanzando la hipersexualización la fama de inmediato. Los varones continuaron asistiendo al colegio mientras la chica fue expulsada.

Dos alumnos de octavo y noveno año de una escuela entrerriana (Argentina) fueron sancionados después de que se difundiera un video filmado con un celular donde aparecen teniendo sexo oral. “El hecho en sí mismo no merece una sanción, pero decidimos tomar medidas porque se le faltó el respeto al uniforme de la escuela”, dijeron sus autoridades. El hecho fue, ni más ni menos, la fellatio que una adolescente de 14 años le practicó a su compañero de quince, quien capturó la escena con su teléfono y la compartió vía blue Toth con amigos y desconocidos durante el día del estudiante.

El episodio disparó un escándalo y abrió la polémica sobre la intervención de la escuela en la vida privada de sus alumnos y lo que significa el uso del uniforme para las autoridades. Los amonestaron con el máximo de pena y les dieron un curso de educación sexual y respeto a la mujer. La joven no tuvo amonestaciones dado que al darse cuenta que la estaban filmando arrancó el aparato celular para que no siguiera la acción.

Es interesante la polémica que se desarrolla a partir de episodios como el referido que remiten al significado de la actividad sexual. El mismo, puntualizado por una de sus directoras (Consejo General de Educación) descansa en que “la actividad sexual es un acto privado y los chicos no tienen por qué compartirlo, ni mucho menos mostrarlo por celular”. Una de las pedagogas declaraba que “las acciones privadas de los hombres atañen a Dios, pero esto se hizo público” y con uniforme y en horario escolar. Lo moral y lo reglamentario se discuten en la sociedad.

Pregunta de encuesta: Describa ¿qué es el sexo oral?

“Sí, chapársela a un chico hasta que este termine” (Agustina, 16 años)

La estimulación de los genitales de la mujer con la boca o la lengua del hombre se denomina cunnilingus y la estimulación de los genitales del hombre con la boca o la lengua de la mujer se llama fellatio. Estas actividades pueden formar parte del juego sexual previo (para aumentar la excitación antes del coito) o prolongarse hasta el orgasmo.

Cuando Kinsey preguntó sobre la fellatio a miles de sujetos en su investigación de la década de 1940 y descubrió que el 50% de los maridos la había recibido, y entre el 1% y 3% de los hombres informaron que la mera idea los ofendía. Hay pocos Estados de USA que tienen leyes contra el sexo oral genital y se suelen referir a sodomía.

Varios estudios informan que el 90% de las parejas casadas menores de 25 años practican el sexo oral. Los estudios informan que además del alto porcentaje que lo practica, la población femenina considera (de un 35% y al 75%) como una variante sexual placentera, mientras el resto es indiferente o les resulta desagradable.

La práctica oral genital es muy común entre las parejas mayores, el 56% de las mujeres lo recibe y el 95% de los hombres también. El 82 % de las mujeres de edad informa sobre las características de la misma como placentero.

Respecto de las enfermedades hay poca investigación sobre el paso de medicamentos al semen y sí existen muchos trabajos sobre la posibilidad de transmitir infecciones sexuales tales como gonorrea, clamidia, hepatitis B, Herpes, HPV, VIH.

Las prácticas de sexo oral muestran una notable diversidad.

Del Atlas de Murdock, de 862 culturas, algunas la fomentan y otras la prohíben.

- En etapas tempranas.
- O en etapas tardías
- Previo al vínculo matrimonial o durante el transcurso del mismo.
- Un hombre a una mujer.
- Una mujer a un hombre.
- Ó a varios hombres- o a varias mujeres
- O de mujeres adultas a niños

El sexo oral posee ¿alguna característica de iniciación sexual? Ó ¿es algo diferente?

“Si, en algunas chicas puede ser, en otras me parece que no. Mirá, si el sexo te llena de dudas, de cómo va a ser, si va a doler, y todas esas cosas el sexo oral puede ser la primera respuesta a todos esos interrogantes. Como te dije antes, además muchas de estas “peteras” lo hacen por miedo al sexo, por ser Bla, Bla, Bla”.

(Melisa, 17 años)

“Es una iniciación sexual, es la previa al coito”.

(Marina, 18 años de novia)

No, porque no tienen nada que ver. *(Zoe, 15 años)*

...Yo creo que tiene que ver con la iniciación sexual porque es una forma de sexo, está el sexo oral, vaginal, anal, el sexo oral es una forma de sexo y esas chicas que hablan en el diario algunas tienen 13 años aunque pareciera que para ellas no es una forma de iniciación sexual, yo creo que sí.

(Romina 18 años, de novia por cuarta vez)

¿Por qué motivo se realiza sexo oral?

“El único motivo es que esto me ayuda a todavía no tener sexo por primera vez, me costó decidirme pero ante la insistencia de mi novio lo hice. Mi primer sentimiento fue de asco pensé que no lo iba a volver a hacer. Repetí varias veces la práctica y ya me acostumbré y lo veo natural, de hecho con mis amigas hablamos bastante del tema, y nos sirve para contarnos las experiencias individuales. Es una iniciación un acto diferente al propio sexo”. *(Carla 16 años)*

“..Y forma parte de nuestra sexualidad. Para poder calentarnos más y porque nos gusta. A mí me encanta que ella me lo haga.”

(Facundo, 17 años conurbano bonaerense)

“Ellas lo hacen para conseguir el porrito o la cerveza... casi siempre se da en la casa de los chicos cuando nos juntamos, a hacer la previa. En los fines de semana la idea es llegar bien puesto al boliche. Te piden como máximo diez pesos, si hay cinco, cinco, y si hay dos, dos, para ellas es lo mismo. Cobrar dos pesos, para hacerse valer...” (*Varón, 18 años*)

“conozco a una compañera del colegio que dice que lo hace, ella esta saliendo con un chico hace 2 años y nos contó que siempre lo hace con el para no correr el riesgo de quedar embarazada, y que la pasa bien como si lo hiciera de otra manera”. (*Agustina, 16 años*)

“..De mi grupo de amigas del colegio estamos las tres de novia y las tres lo hacemos, después hay dos más que nunca lo hicieron yo porque ya estoy de novia hace un año y medio y con mi novio ya tenemos confianza además sé que él no va a decir nada...” (*Belén 16 años, 8 meses*)

Y... yo lo hago porque le gusta al otro, a mi mucho no. Me da un poco de asco (*Martina 17 años*)

“..Que sé yo, a mi me re- gusta, antes era más difícil, a las mas chicas le daban vergüenza, pero ahora las pibas te lo ofertan. Como que se sentirán más grandes por hacerlo. A veces se hace porque es más rápido que hacer lo otro, o no tenes lugar y a mi me re gusta...” (*Luciano 17 años*)

Para ser más popular, por placer principalmente, y otros no sé porque lo hacen lo practican con cualquiera... en discos, sobretodo los fines de semana, y en lugares oscuros, baños públicos, plazas, autos, y si tenés novia, cuando se ven, 3 veces por semana, o sino con prostitutas, sí o sí.

A veces como ví el otro día en recoleta un grupo de chicos de 16 años se llevaron a una prostituta y se metieron en un lugar por ahí en la plaza y salieron al rato.

Es un toque y ya está. Para mí el sexo oral es algo íntimo y ver que se realiza por poco dinero..., pero no es como la iniciación sexual es algo más social lo hacen para sobresalir o ser más populares. (Sebastián 17 años)

Porque,... qué sé yo, es algo placentero y algo nuevo, es una experiencia a probar, es como algo que a veces llama la atención, es muy comentado entre las chicas y los chicos.

Para algunos el sexo oral es una manera rápida, simple y sin marcas.

¿Cuáles son las sensaciones buenas o malas respecto de esa elección?

“Las sensaciones buenas son que te causa placer, te gusta, es bueno ver lo que hace tu novia por vos, o pensar que a ella le gusta chupar mi pene, es excitante. En cuanto a las sensaciones malas, serían tener que hacérselo a ella, la verdad que mucho no me gusta porque el olor de la vagina es feo, te pueden quedar pelos en la boca, esta todo muy mojado, y el aliento que te queda después es muy feo”.(Martín 18 años)

“sensaciones ni buenas ni malas, lo hago más por mi chico que por mí” (Carolina 16 años)

“..Nada malo, tal vez que uno está mucho más expuesto, al principio te da un poco de vergüenza pero mientras que las dos personas quieran no se si veo algo malo” (Belén 16 años)

Por momentos angustia al pensar que mis padres se enteren, supongo que aún cuando lo hagan me sienta un poco mal, por lo tanto peligra la relación que tengo con ellos, pero por otro lado la diversión y el placer de hacer algo prohibido. (Adolescente *mujer*, 18 años, *partido de san martín*)

“... no sé, para mí que lo hagan desde tan chicas es un bajón para ellas, si yo tuviera una hermana y se entrega por cinco mangos, me muero!! En realidad la mato, por eso hay que tener códigos, si es la hermana de alguien o fuera novia de un amigo, no da! Yo no pago ni en pedo a una piba de mi edad, a las más grandes si, de hecho vamos, pero del colegio, ni ahí.” (Luciano 17 años)

Las sensaciones son buenas, como te dije antes, a mí me gusta hacerlo sino no lo haría, y también me gusta que me lo hagan obvio, se siente bien, lo disfruto, creo que es parte del acto sexual. (Romina 18 años de novia)

¿Alguien te contó sobre su experiencia de sexo oral?

Que es re rápido, porque los chicos terminan re- rápido, al principio medio que les daba cosa, pero después lo hacen re natural y les gusta más cuando las amigas las estimulan con algún chico que es lindo o que otras chicas les gusta. (Zoe, 15 años)

Siempre escuché que estaba re-bueno antes, me lo imaginaba así. Pensar que sin meterla lo re

disfrutaba, y la piba la tenía re- clara, lo que si que no me gustó que termine al toque, me gustó tanto que no aguanté. (*Luciano 17 años*)

La verdad es que es una elección. Cada uno sabe lo que hace con su cuerpo. Pero deberían estar más informadas de todas las enfermedades que se transmiten. Igual no me gustaría que fuera mi hermana la que lo hace y menos mi novia. (se ríe).

Es que ya se sabe quienes son las “trolas” del colegio y a las mismas te las encontrás después en el boliche. (*Facundo 17 años*)

Yo creo que es para llamar la atención, y si es así es una boludez. Yo creía que iba a estar re bueno de entrada, pero no es la gran cosa!

Este sexo ¿es una práctica de iniciación sexual?

Es algo diferente, porque por lo general, las mujeres suelen decir que lo hacen... que lo hacen, entonces, una chica que no lo hizo nunca, quiere saber de qué se trata y va, y lo hace.

(*Martín 18 años, un año de novio*).

Si se hace por dinero?

Algunos profesionales opinan que las chicas juegan a "ser prostitutas por un rato" y es una forma de "divertirse y llamar la atención de los varones". **Afirman que** "para hacerlo es mejor estar borracha".

“Cada uno es libre de actuar de cualquier manera, pero creo que no debería realizarse por dinero y menos sin ningún tipo de sentimiento o grado de atracción para con la otra persona.”

(*Marcos 18 años*)

“Yo no lo hago, qué se yo, pero son como las prostitutas. Si lo hacen y no joden a nadie, a mí no me molesta, pero yo no lo haría” (Martina, 17 años)

“Creo que te da más ganas de hacerlo, porque con plata sos más independiente. No podría hacerlo porque defraudaría la confianza de mi mamá u no por ser popular voy a hacer algo que no crea que te lleve a nada”. (Zoe, 15 años)

“Será simple y rápido para algunas, pero las enfermedades que se pueden agarrar son peores que estar sin plata”. (Agustina 16 años)

"Lo hacen para hacerse las cancheras porque son vírgenes. Hay minas a las que les gusta sentirse putas. El tema de la guita es para hacer más real la fantasía", (Juan, de 18 años).

En la escuela ¿pasaban cosas en los baños?

“Ah, decían que en el baño hacían petes. Yo no lo ví. Decían que eran compañeras de mi grado pero no se quienes. ¿De que edad? 13 o 14. Esto no es de ahora, hace un montón que pasa.

¿En qué baño? El de mujeres, y pienso que se pueden enfermar o prostituir o que los chavones les hagan algo que ellas no quieran. En mi escuela suspendieron a chicos por darse besos y tocarse”. (Maximiliano, 16 años)

Y cuales crees que son las consecuencias?

“Mmm..... no encuentro ninguna consecuencia mala, lo único que me pasó es que me lo

piden seguido, jajajaa” (risas) (Martina, 17 años)

“Lo más importante, yo pienso son las enfermedades que pueden transmitirse, creo que no son conscientes a la hora de hacerlo las chicas, que así, se pueden contagiar. Y después otra consecuencia es la reputación, porque quedás señalada como petera para siempre, ya después todos saben eso.

En cuanto a las sensaciones, deben ser buenas, pienso que les debe dar poder de seducción y aparte el beneficio que puedan tener -o sea depende -qué buscan al hacerlo. A mi me da asco hacérselo a cualquiera, y por algún beneficio, es como sucio”. (Agustina, 16 años)

“También pienso que es algo diferente a la iniciación sexual... pero para andar peteando por ahí, ya deben estar abiertas hace tiempo”. (Irina, 18 años)

Contradicciones

Ser hedonista de manera ascética, sensual de manera híper-intelectualizada, tener el sentimiento de participar y actuar y no obstante permanecer como espectador, ser espontáneo y cesar de programar los comportamientos, ser independiente en la subordinación y a las normas definidas por otro y aspirar a la duración, y desear poder abismarse en el momento presente, estar frustrado en la satisfacción e inquieto en la seguridad, estos imperativos contradictorios remiten a los fundamentos éticos de las sociedades democráticas contemporáneas, no economizan la esfera de lo sexual.

El altruismo egoísta, se tensiona entre la búsqueda de la relación de pareja y la exigencia de la espontaneidad del deseo. Muchas veces se las asignan a la naturaleza psicológica justificada entre hombres y mujeres.

Nuestros conocimientos deben proseguir en estudios. Debemos aventurar el pensamiento hacia cuidadosas investigaciones. Elaborar nuevos enfoques radicales del sexo implica

identificar, describir, explicar y denunciar la injusticia erótica. Necesita de instrumentos conceptuales que no tiendan a reproducir en automático el esencialismo sexual, ahistórico, inmutable y asocial. Además deberían ser tomadas en consideración otras escuelas de pensamiento tales como la “negatividad sexual”, la “falacia de la escala extraviada”, la “valoración jerárquica de los actos sexuales”, la teoría del “dominó del peligro sexual” y la “ausencia de un concepto de variedad sexual benigna” para su debate.

Una alternativa constructivista es uno de los intentos. Muchos historiadores han llegado a considerar las formas institucionales contemporáneas de la heterosexualidad como un proceso histórico aún más reciente. Es importante el estudio de las prácticas sexuales represivas, si bien situándolas dentro de una totalidad diferente. Es difícil desarrollar una ética sexual pluralista sin un concepto de variedad sexual benigna. Una de las ideas más tenaces sobre el sexo es que hay una forma de hacerlo mejor que todas las demás, y que todo el mundo debería practicarlo en dicha forma. Ni la sexología ni la investigación sexual han estado exentas del sistema de valores sexuales dominante. Ambas incluyen conjeturas e indagaciones que no debieran ser aceptadas sin crítica, pero proporcionan a la vez profusos detalles, una bienvenida pacífica y la capacidad de tratar la variedad sexual como algo que existe, y no como algo a exterminar. La vida erótica tiene siempre dimensiones políticas.

Bibliografía

Badinter, E. *Fausse Route*, Paris, Odile Jacob. 2003

Béjin, A. *Le nouveau tempérament sexuel*, Paris, Kimé.1990

Bozon, M. « Révolution sexuelle ou individualisation de la sexualité ? », *Mouvements*, N°20, mars-avril, 2002a, p.15-22.

Bruckner, P. Finkielkraut A. *Le nouveau désordre amoureux*, Paris, Seuil. 1977 Folscheid, D.

Sexe mécanique. La crise contemporaine de la sexualité, Paris, La Table Ronde.2002

Foucault, M. *Histoire de la sexualité. Tome 1, La volonté de savoir*, Paris, Gallimard. 1976

Guillebaud, J.L. *La tyrannie du plaisir*, Paris, PUF. 1998

Laurens, C. *L'Amour, roman*, Paris, POL. 2003

Levinson, S. *Les « histoires de référence » : cadres socio-temporels et représentations des premières relations sexuelles*, Thèse de psychologie sociale, Paris, EHESS. 2001 Michelat, G., Mossuz-Lavau, J. « Le refus du plaisir : intégration au catholicisme et comportements sexuels », in J. Maître, G. Michelat, dir. *Religion et sexualité*, Paris, L'Harmattan, Collection Religion et Sciences Humaines. 2003.

Vance C.S. comp., Gayle Rubin. *Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina.* , Ed. Revolución, Madrid, 1989

Stambolian, G. "Creating the New Man: A Conversation with Jacqueline Livingston", Christopher Street, mayo de 1980; "Jacqueline Livingston", *Clothed with the Sun*, vol. 3, n.º 1, 1983

Zambaco, D. "Onanism and Nervous Disorders in Two Little Girls", François Peraldi (ed.), *Polysexuality, Semiotext(e)*, vol. IV, n.º 1, 1981-Jeffrey Weeks, 1981.

Sex, Politics and Society: The Regulation of Sexuality Since 1800, New York. Longman

SEMBLANZA DE ARNALDO GOMENSORO

Homenaje en el Tercer Congreso de FESEA, Rosario 14-15 de junio de 2013.

Andrés Flores Colombino

Conocí a Arnaldo allá por el año 1976. Había asistido a las V Jornadas Latinoamericanas de Sexología suspendidas abruptamente por amenaza de bomba en el Centro Cultural San Martín de Buenos Aires, y el Uruguay había sido electo para organizar las siguientes Jornadas. La Sociedad Uruguaya de Sexología, fundada en 1964, estaba en receso y decidimos reorganizarla. Entre los primeros invitados a sumarse estaban Arnaldo Gomensoro y Elvira Lutz, de la Asociación Uruguaya de Planificación Familiar (AUPFIRH) quienes actuaban como Director de Información y Educación el primero y como Directora de Educación la segunda.

Los médicos que integrábamos el núcleo reorganizador estábamos alejados –la mayor parte- de la educación sexual. Pero Arnaldo y Elvira, además de Educadores sexuales, trabajaban en el equipo liderado por el Dr. Gastón Boero en un Consultorio de Orientación y terapia sexual. Su aporte a la SUS era fundamental.

Luego de ricas conversaciones en que quedaron aclaradas nuestras posiciones coincidentes y diferentes, decidieron integrarse a la SUS. Ya éramos 30 miembros, masa crítica de profesionales que creíamos indispensable para aceptar la propuesta de organizar las VI Jornadas Latinoamericanas de Sexología. Y aceptamos, reuniéndonos una vez por mes y a veces hasta 2 veces, en Directiva y en un Comité Organizador que fue postergando la fecha de la Jornada, hasta marzo de 1980. Un día me dijo: “Vamos a trabajar juntos porque aun en las discrepancias, veo que estás para sumar”. Aplicando aforismos de Antonio Machado como “Caminante no hay camino, se hace camino al andar” o “¿Tu verdad? ¡no! La verdad, y vamos a buscarla. La tuya guárdatela”.

Esas VI Jornadas fueron históricas para la sexología latinoamericana. Las 5 Jornadas anteriores fueron un gran Congreso nacional con pocos invitados extranjeros. Esta vez logramos que 24 Sociedades de América Latina y el Caribe se registraran con el propósito de crear una Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual (FLASSES). Arnaldo estuvo como delegado de AUPFIRH como firmante del Acta fundacional de FLASSES. Recuerdo que me dijo: “Andrés, hemos creado una fuente de poder y seguramente habrá algún conflicto”. A mí me pareció que una Federación era un logro y que nunca habría sino fraternidad y solidaridad entre las Sociedades. Desde mi juventud, pensaba que Arnaldo opinaba desde su posición libertaria de que todo poder es malo. El tiempo demostró que Arnaldo tenía razón. Aunque creo que solucionamos muchos entuertos en la FLASSES con mucho esfuerzo y buena voluntad.

Me designaron Secretario permanente de la FLASSES con sede en Montevideo y se me ocurrió la loca idea de recolectar todos los trabajos y libros posibles de autores latinoamericanos en un Centro de Documentación. Dos años después (1982) publicábamos con fondos propios el Catálogo Latinoamericano de Publicaciones Sexológicas N° 1 con casi 2000 entradas. De las 307 correspondientes a Uruguay, 40 correspondían a Gomensoro, el 14 % de la producción sexológica de todo un país, a los que se sumaban 12 trabajos de Elvira Lutz algunos –ya en esa época- en colaboración con Arnaldo.

Como redactor y compilador privilegiado de esos Catálogos (vamos hoy por el Catálogo 15) nos tocó en suerte acceder y leer todos los trabajos primeros de Arnaldo y quedé impresionado; casi ningún tema de la Sexología y la Educación sexual quedaba sin abordar. Y con un criterio original, de ensayista polémico, confrontativo, crítico y cuestionador, con un estilo directo, llano y claro que revelaba su veta docente y

humanista, sin retacear las denuncias a la “educación” del sistema represivo sexual, perpetuador de prejuicios y tabúes. Sus preocupaciones se centraban en los jóvenes, la condición de la mujer y la condición masculina. Puede decirse que –además - era un feminista militante aunque nunca lo sentí autocalificarse así.

Fue muy crítico, primero, con el modelo de terapia sexual de Masters y Johnson, que comenzó practicando con Elvira Lutz, y luego cuestionó sucesivamente sus propios lineamientos sobre terapia, dudando de la necesidad de una sexoterapia, ya que las parejas eran portadoras de problemas y no de enfermedades que requirieran terapia. Adoptó modelos antiterapéuticos a la luz de los postulados de la antipsiquiatría y declaró la pertinencia de la contra-terapia, luego morigerada por la terapia opcional y finalmente por la terapia axiológica. Nunca fue un problema para Arnaldo corregir sus posturas iniciales por la aplicación sistemática de que llamaba “la crítica de la razón sexual”. Su coherencia lo llevó a practicar con Elvira una orientación de pareja lejos de los consultorios institucionales.

Discutió la terminología en uso en Sexología y el finalismo medicalista, el uso de métodos científicos válidos para la categorías no humanas, pero insuficientes para el ser humano y reclamó la reformulación filosófica y ética de métodos adecuados a las categorías humanísticas y personalistas de la sexualidad.

Admirador de Paulo Freire, Federico Nietzsche, Victor Frankl, William James, Roger Geraudy y Lao Tsé, y gran lector, puede comprenderse claramente que Arnaldo, como Director de Información y Educación de una organización no gubernamental y filial de la IPPF, poseía un discurso rico, problematizador, cuestionador crítico y críticamente reflexivo, que contrastaba con sus colegas del continente por sus propuestas alternativas, comprometidas y responsables. Sus reflexiones tempranas sobre la

educación liberadora de tabúes y mitos se notan a lo largo de toda su extensa producción. Pudimos recoger más de 150 publicaciones, algunas de ellas de circulación restringida y otras en forma de libros de vasta circulación.

Así como demostró que la terapia sexual debía ser sustituida por la orientación axiológica para promover la libertad responsable y creativa de las personas, denunció que el matrimonio tradicional era comparable a poner “vino nuevo en odres viejos” frase feliz que se explica por si sola. También se cuestionó si era posible la educación sexual formal. Una reunión en Piriápolis, Uruguay se convocó bajo la pregunta suya: ¿Es posible la educación sexual formal? Arnaldo era partidario declarado de la educación sexual no formal.

Una hecho poco comentado alude a los 25 Fascículos de Educación Sexual para personas ciegas, editados en Braille, por CRESALC y la Fundación Braille del Uruguay, junto con Elvira Lutz y José Enrique Pons, durante los años 1980 y 1982. Es una muestra de sus intereses amplios que atendía un sector de la población con capacidades diferentes que de otra forma estaban sometidos a lo que Arnaldo denominaba “educastración”.

Es interesante notar que Arnaldo era un líder natural de un eje ideológico humanista que pasaba por Montevideo, Rosario y Cali. Siempre fue amigo entrañable de sexólogos y sexólogas de los tres países, unidos por un gran afecto, aunque su influencia era mucho más vasta por la originalidad de su pensamiento. Muchas de sus ideas centrales y muy revulsivas, fueron planteadas en Rosario y otras en Cali, primero que en ningún otro lado.

Los años fueron pasando y su actividad continua fue más acompañada a sus limitaciones etarias, pero su lucidez siempre se mantuvo incambiada.

Casi hacia el final de su vida, escribe lo que sería su legado. Su “Diagnóstico prospectivo” del 2010, escrito con 88 años, denuncia el paradigma etiológico que guía a los terapeutas médicos, psicólogos y sexólogos, que se inscribe en un modelo clásico reduccionista biologista, psicologista o sociologista al decir de Victor Frankl, en los sistemas terapéuticos que incorporan la etiología en la serie diagnóstico – etiología - pronóstico – tratamiento.

Este modelo presupone que detrás de los problemas sexuales hay una enfermedad que hay que “curar”. Por tanto somos “terapeutas” pero se ignora 1º la “compleja multicausalidad de estos fenómenos y 2º La sobre-determinación ética de nuestras conductas y actitudes”. De allí que la ya denunciada ciencia de la naturaleza no guía la intervención de los llamados terapeutas sino la ciencia de la cultura o ciencia del espíritu. Y el objeto de las ciencias de la cultura no son un objeto sino un “sujeto”. O personas liberadas del determinismo causal absoluto (etiológico), “es decir, en principio libres y responsables, capaces de asumir y cumplir un compromiso ético”.

Se debe aceptar-dice- que *“a los seres humanos los condicionan las vicisitudes y las influencias de su pasado, pero también, y en forma decisiva, los valores por los que optan y en función de los cuales se orientan hacia el futuro y en función de los cuales las vidas de los hombres y de las mujeres se llenan de sentido o se hunden en el vacío existencial”*. Pasando por consideraciones de Sartre, Frankl, Makarenko, Giddens y planteando la diferencia de una revolución política y una revolución personal, Gomensoro postula que *“ningún “paciente” de conflictos psicológicos o existenciales puede “curarse” si no es capaz de convertirse primero en “visionario” y luego en “agente activo”, en “protagonista”, en “militante” de un revolucionario proyecto de futuro”*.

El futuro inspirador que plantea Gomensoro – se preocupa de advertirnos - no siempre es beneficioso, sino que puede ser tóxico: por vacío existencial, por consumismo compulsivo, por utopías inviables “de hecho” o futuros irrealizables, el “exitismo” como futuro tóxico, pues todo saber instrumental debe ser subsidiario del saber de orientación, de orientación ética como imperativo.

Fiel a su actitud autocrítica, Gomensoro efectúa una revisión de las posturas contestatarias de Freire o de la educación horizontal para contrarrestar a la educación vertical tradicional, por ejemplo, que no han dado los resultados esperados. “A propósito de la radicalización de estas contraposiciones –dice Gomensoro- nosotros proponíamos, respecto de la problemática educacional, lo que llamábamos “*un oblicuismo flexible*” como tercera alternativa realista y fecunda. En cada caso, en cada circunstancia y en cada oportunidad, tanta directividad vertical como resulte necesaria y tanta horizontalidad libertaria como resulte posible”. Pues la Regla de Oro de toda posible vida comunitaria es para Martin Buber: ”Nunca mas autoridad de la necesaria; nunca menos libertad de la posible”

Estas reflexiones del Gomensoro sabio y viejo, tiene un subtítulo ambicioso: *Apuntes para una posible revolución copernicana en psicoterapia, sexoterapia y terapia de parejas*. No entenderíamos a Arnaldo si pensáramos que estas son sus palabras definitivas, lanzadas como verdades reveladas. Todo lo contrario. Es un desafío que nos plantea a quienes trabajamos en el campo referido, pues hay mucho que cuestionarnos críticamente luego de las reflexiones. Sería el mejor homenaje a este hombre que ha honrado la vida y que se retira de ella marcando su vigencia como apóstol de la liberación, del cambio y del inconformismo como instrumentos valederos para construir un mundo mejor.

Nunca dejaremos de reconocer que el aporte de Arnaldo Gomensoro abrió los ojos, llenó claros ignorados por muchos, iluminó mentes, no solo con sus obras, sino por las nuevas bases filosóficas que aprendimos a formular, gracias a su valioso espíritu confrontativo y honesto, las bases de nuestro quehacer en toda Latinoamérica. Y quien sabe en cuantos lugares del mundo donde ha caído su semilla fecundante.

Andrés Flores Colombino

Montevideo, junio de 2013

NOTA: Esta semblanza esta acompañada de otra Semblanza de Arnaldo Gomensoro como pionero de la Sexología Latinoamericana que presenta 130 diapositivas, que contienen su vida y de su obra, con imágenes facilitadas por Elvira Lutz.

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., (1º 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 pair-bonding 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 del 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.