

# NotiSASH

## Agosto de 2015

### Editora: Lic. Diana Resnicoff

"Mira a tu pareja desde una cómoda distancia con la suficiente familiaridad para no sentir ansiedad, y lo suficientemente lejos para ver cosas que normalmente no ves. Te darás cuenta que la erótica se encuentra en ese espacio entre ambos". Esther Perel

#### Calendario de Eventos

- **Próximos Congresos**

#### Artículos recientes

- ✓ Tratamiento de los trastornos sexuales dolorosos femeninos: Una revisión sistemática
- ✓ Demasiado sexo, un trastorno mental? Examinando ambos lados del debate sobre trastorno hipersexual
- ✓ Menopausia: una puesta al día en profundidad. Su fisiología y consecuencias clínicas (primera parte)
- **Links, Películas y Videos de interés**

- **Técnicamente virgen: sobre las chicas católicas y el sexo anal**
- **¿Y qué sabrá la ciencia de sexo?**
- **Lo que los monógamos pueden aprender de los polígamos –y viceversa**
- **En qué consisten las controvertidas mallas vaginales**
- **La tribu donde las mujeres tienen el poder**
- **Adolescentes “Ace”: ¿En qué consistiría este nuevo movimiento?**
- **El porno educa**
- **Sexo por baile**
- **Las redes sociales como mediadoras del deseo. El “me gusta” y su interpretación**
- **Las mujeres que aprendieron a defender su clítoris**
- **Ordenan retirar del mercado un famoso vigorizante sexual peligroso para la salud**
- **Virginidades de hoy**
- **Infidelidad: ¿por qué existe y qué viene después de una traición en la pareja?**
- **El Marqués de Sade, una vida.**
- **Las nuevas fotografías eróticas que te gustará conocer**

**XV Jornadas Metropolitanas de Sexología y Educación Sexual.**

**“Desde una mirada científica hacia las prácticas cotidianas”**

**Fecha:** 28 de noviembre de 2015

**Lugar:** Hotel Conquistador

**Horario:** de 8:30hs a 18hs

Organiza SASH

**Inscripción:** [secretaria@sasharg.com](mailto:secretaria@sasharg.com).

## CALENDARIO DE EVENTOS

<b>2015</b>			
6 – 9 Agosto	APA CONVENTION	Toronto, Canada	APA Convention Office 750 First Street, NE Washington, DC 20002-4242
13 – 16 Agosto	XIII Congreso de la Sociedad Latinoamericana de Medicina Sexual	Montevideo Uruguay	<a href="http://www.slams2015.org">www.slams2015.org</a> <a href="mailto:info@slamsnet.org">info@slamsnet.org</a>
6 – 8 Septiembre	XII Congreso Argentino e Internacional de Mastología	Sheraton Buenos Aires Hotel & Convention Center	<a href="http://www.samas.org.ar/index.php/congreso-sam/2015">http://www.samas.org.ar/index.php/congreso-sam/2015</a>
11 – 13 Septiembre	31st National conference of sexology	Kochi, Kerala. India	<a href="http://www.sexconkochi2015.com">www.sexconkochi2015.com</a> <a href="mailto:mail@sexconkochi2015.com">mail@sexconkochi2015.com</a>
14 – 18 Septiembre	7mo Congreso Cubano de Educación, Orientación y Terapia Sexual	Habana, Cuba	<a href="mailto:sexologiacuba2015@gmail.com">sexologiacuba2015@gmail.com</a>
17 – 18 Septiembre	VIII CONGRESO INTERNACIONAL AMADA 2015. “Enfoque integral de la salud sexual y la salud reproductiva”	Hotel Sheraton. Buenos Aires	<a href="mailto:amada@amada.org.ar">amada@amada.org.ar</a>
9 – 10 Octubre	IV Congreso Mundial de Sexología Médica. Organizado por WAMS	Miami, USA	<a href="http://www.miami2015.org">www.miami2015.org</a>
9 – 10 Octubre	Primer Congreso Nacional de Sexología y Educación Sexual “Parejas Siglo XXI” –	Medellin (Colombia)	<a href="http://www.congresoasanssex2015.com">www.congresoasanssex2015.com</a> E-mail: <a href="mailto:gaferlo@une.net.co">gaferlo@une.net.co</a> <a href="mailto:gerencia@cepicolombia.com">gerencia@cepicolombia.com</a>
19 – 21 Octubre	Congreso APA	Buenos Aires, Argentina	<a href="http://www.aap.org.ar/">http://www.aap.org.ar/</a>
14 – 15 Noviembre	X Congreso Nacional de Educación Sexual y Sexología	Monterrey, México.	<a href="mailto:congresofemess@gmail.com">congresofemess@gmail.com</a> <a href="mailto:contacto@cresex.org">contacto@cresex.org</a> <a href="http://www.femess.org.mx/Xcongreso/">www.femess.org.mx/Xcongreso/</a>
15 Noviembre	XVIII Congreso Internacional de Ginecología Infanto-juvenil.	Buenos Aires, Argentina	<a href="http://www.sagig.org.ar">www.sagig.org.ar</a> <a href="mailto:sagij@sagij.org.ar">sagij@sagij.org.ar</a>
28 de Noviembre	XV Jornadas Metropolitanas de Sexología y Educación Sexual. Organiza Sash “ Desde una mirada científica hasta las prácticas cotidianas”	Buenos Aires, Argentina. Hotel Conquistador	E-mail: <a href="mailto:secretaria@sasharg.com.ar">secretaria@sasharg.com.ar</a>
<b>2016</b>			
25 – 28 Mayo	13th Congress of The European Federation of Sexology (EFS)	Dubrovnik. Croacia	<a href="http://www.europeansexology.com/">http://www.europeansexology.com/</a>
22 – 25 Septiembre	20th World Meeting On Sexual Medicine	Beijing (China)	<a href="http://www.issm.info/events/20th-world-meeting-on-sexual-medicine/">http://www.issm.info/events/20th-world-meeting-on-sexual-medicine/</a> <a href="mailto:secretariat@issm.info">secretariat@issm.info</a>
9 – 11 Octubre	XVIII Congreso Latinoamericano de Sexualidad y Educación Sexual	Caracas, Venezuela	
2 – 4 Diciembre	I CONGRESO DE EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL Y SEXOLOGIA EN NICARAGUA	Masachapa-Managua. Hotel Barceló Montelimar Beach	Instituto Nicaragüense en Sexología E-mail: <a href="mailto:insexnic@gmail.com">insexnic@gmail.com</a>

**Boletín de Flasses Número V | Año 2015**

Se puede obtener con interesantes artículos de la página oficial de flasses: <http://www.flasses.net/>

---

## ARTICULOS RECIENTES

### **Tratamiento de los trastornos sexuales dolorosos femeninos: Una revisión sistemática**

Journal of Sex & Marital Therapy

DOI:10.1080/0092623X.2015.1053023

Miznah Al-Abbadeya, Christina Liossia, Natasha Curranb, Daniel E. Schotha & Cynthia A. Grahama\*

Publishing models and article dates explained

Accepted author version posted online: 02 Jun 2015

Published online: 02 Jun 2015

#### **Resumen**

Los trastornos de dolor sexual afectan la salud sexual y reproductiva de las mujeres y son poco conocidos. Aunque muchos tratamientos han sido evaluados, no existe un tratamiento "estándar de oro". El objetivo de esta revisión sistemática fue investigar qué tratamientos para el dolor sexual femenino fueron evaluados en estudios clínicos y su eficacia. La estrategia de búsqueda produjo 65 artículos incluidos en esta revisión. Los artículos fueron divididos en las siguientes categorías: tratamientos médicos; tratamientos quirúrgicos; terapias físicas; terapias psicológicas; estudios comparativos de tratamiento; y tratamientos variados y combinados. Generalmente se halló que los tratamientos médicos actuales y sistémicos produjeron mejoras pero no terminaron de aliviar el dolor y son bastante comunes los efectos secundarios. Los procedimientos quirúrgicos han demostrado altas tasas de éxito, aunque, el total alivio del dolor, después de la cirugía, fue variable, lo cual sugiere que, primero debieran considerarse tratamientos menos invasivos. Las terapias físicas y psicológicas demostraron ser prometedores tratamientos, apoyándose en un enfoque biopsicosocial de los trastornos de dolor sexual. Aunque la mayoría de las intervenciones descritas han demostrado ser efectivas, muchas mujeres aún experimentan dolor. Quizá sea necesario, para optimizar los resultados del tratamiento, un equipo multidisciplinario con la participación activa del paciente.

**Traducción:** Lic. Diana Resnicoff

---

## **Demasiado sexo, un trastorno mental? Examinando ambos lados del debate sobre trastorno hipersexual**

Xijuan Zhang. Department of Psychology, University of British Columbia  
Edited by: Kaitlyn Goldsmith, Department of Psychology, University of British Columbia. Received for review January 3, 2012, and accepted March 14, 2012

**Traducción:** Lic. Diana Resnicoff

### **Resumen**

En las últimas décadas, el concepto de comportamiento hipersexual patológico, es fuente de controversias. Esta controversia se centra en la definición de las características de los comportamientos hipersexuales y el grado en que estas conductas deben considerarse patológicas.

Este debate se intensificó después que Kafta (2010) propusiera incluir el trastorno hipersexual en el DSM V. De acuerdo con la propuesta de Kafta, para diagnosticar a una persona con este trastorno, él o ella deben tener fantasías, impulsos y comportamientos sexuales recurrentes e intensos que no se deban a los efectos fisiológicos directos de una droga relacionada con una sustancia y que cause en lo personal una significativa angustia o deterioro (American Psychiatric Association, 2010). Esta revisión de la literatura pretende examinar si el trastorno hipersexual debe ser incluido en el DSM-5, de acuerdo con la investigación realizada en este campo. Se revisan los argumentos a favor y en contra. En resumen, aun falta un consenso sobre los criterios específicos para el diagnóstico, para el enfoque teórico de la enfermedad, y sobre la forma de medir el comportamiento hipersexual; por ello, aun es demasiado pronto para ser incluido en el DSM.

---

### **Menopausia: una puesta al día en profundidad. Su fisiología y consecuencias clínicas (primera parte)**

La menopausia, una condición que afecta a todas las mujeres, no recibe en la actualidad los fondos suficientes por lo que es poco investigada. El péndulo ha oscilado entre el entusiasmo hasta la eliminación de varias terapias hormonales eficaces. Esta es una

revisión en profundidad actualizada según las evidencias actuales.

**Fuente:** Intramed.- 18/05/15

**Autor:** Susan R. Davis, Irene Lambrinoudaki, Maryann Lumsden, Gita D. Mishra, Lubna Pal, Margaret Rees, Nanette Santoro y Tommaso Simoncini Fuente: Menopause. Disease Primers Volume 1 | 2015 | 1 Nature [Menopause](#)  
INDICE: 1. | [2. Referencias](#)

La **menopausia** es el cese permanente de los ciclos menstruales después de la pérdida de la actividad folicular ovárica. Puede ser espontánea (menopausia natural) o iatrogénica (menopausia secundaria). Esta última incluye la extirpación de ambos ovarios (menopausia quirúrgica), la quimioterapia o la radioterapia. Para facilitar la investigación sobre la menopausia, en 2001 se convocaron investigadores que reportaron sus recomendaciones en el Staging of Reproductive Aging Workshop (STRAW) (Taller de Estadificación del Envejecimiento Reproductivo). Esta estadificación no solo es útil para la investigación sino también puede facilitar el diálogo entre una mujer y su médico, y entre los médicos. En 2012 se publicó una nueva definición de la clasificación STRAW que incluye varios ajustes basados en los datos de las publicaciones originales.

La clasificación STRAW divide la vida de la mujer en 7 períodos, comenzando en los segmentos -2, -1 y 0, e incluye la transición menopáusica precoz, la transición menopáusica tardía y el período menstrual final, respectivamente. Para indicar el momento de la menopausia se utiliza la edad de la menopausia natural, y se confirma después de 1 año de amenorrea.

La transición precoz se define como una desviación de la duración de los ciclos menstruales que previamente eran regulares,  $\geq 7$  días o ausencia de un periodo menstrual. Durante esta etapa, los niveles de estrógeno son fluctuantes pero suficientes en general, y los ciclos son en su mayoría ovulatorios. Si los niveles de estrógeno disminuyen, no su nivel se mantiene muy bajo durante mucho tiempo, pero fluctuante hasta después de la menopausia. Por lo tanto, en esta etapa de la transición, los síntomas suelen ser leves y la mayoría de las mujeres los experimenta pero no requiere tratamiento.

Claramente, la estratificación STRAW se aplica principalmente a las mujeres que experimentan la menopausia espontánea y no a las que tienen una menopausia secundaria. También es menos útil para las mujeres que no pueden observar un cambio en sus patrones menstruales debido, por ejemplo, a la histerectomía, la ablación endometrial, la anticoncepción, ya sea hormonal con supresión de los ciclos ováricos o por dispositivo intrauterino con progestina.

Para estas mujeres, la aparición de los **síntomas** de la menopausia debido a la disminución de la producción estrogénica del ovario puede proporcionar el primer indicio de menopausia. Aunque no todas las mujeres experimentan síntomas importantes, la disminución de los estrógenos en la menopausia provoca cambios en todo el cuerpo, incluyendo la pérdida de hueso, la tendencia al aumento de la grasa abdominal y un perfil de riesgo cardiovascular más adverso.

## **Epidemiología**

Las primeras estimaciones epidemiológicas confiables para el momento de la menopausia dan una mediana de edad para la menopausia natural de los **48 a los 52 años** en las mujeres de los países desarrollados. En un metaanálisis más reciente y más amplio de 36 estudios que abarcan 35 países, la edad media global fue de **48,8 años** con una considerable variación entre las regiones geográficas.

Algunos de los síntomas fisiológicos más frecuentes son los síntomas **vasomotores** que aparecen durante y después de la menopausia, pero su prevalencia entre las mujeres de los países desarrollados oscila entre el 30% y el 75%.

Una revisión sistemática de la prevalencia de los síntomas de la menopausia en los países asiáticos halló que son otros los síntomas físicos que predominan sobre los síntomas vasomotores y psicológicos. Por otra parte, los síntomas vasomotores ocurrieron en mujeres premenopáusicas, perimenopáusicas y posmenopáusicas.

Sin embargo, cuando se aplicó una herramienta para evaluar el riesgo de sesgo, la mayoría de los estudios de la revisión mostró poca validez externa e interna. Por lo tanto, se necesitan más estudios de



muestras representativas, con cuestionarios validados, para aclarar la prevalencia de los síntomas de la menopausia en las mujeres asiáticas.

Los estudios epidemiológicos han proporcionado una imagen detallada de la trayectoria de los síntomas experimentados en la transición a la menopausia y en la posmenopausia. Por ejemplo, los resultados de 2 estudios de mujeres que experimentaron fuertes picos de síntomas vasomotores, ya sea antes o después de la menopausia, mostraron una rápida declinación en la posmenopausia. Esta evolución de la gravedad de los síntomas no fue evidente cuando se analizó según la edad cronológica sino solamente cuando se examinó el momento con respecto a la edad de la menopausia. Estos resultados pueden ayudar a guiar el tratamiento óptimo y el manejo de los síntomas.

La edad de la menopausia también se reconoce cada vez más como un indicador de los resultados en la salud en una edad posterior, especialmente los relacionados con la exposición a los estrógenos, aunque los mecanismos biológicos subyacentes, muchas veces siguen siendo poco claros.

Por ejemplo, la insuficiencia ovárica primaria (menopausia antes de los 40 años) se asocia con menor riesgo de cáncer de mama y de ovario, pero con mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y osteoporosis. Esto no implica necesariamente una relación causal sino que podría ser el resultado de factores de riesgo comunes. Este puede ser el caso de la enfermedad cardiovascular, para la cual los hallazgos recientes indican que los factores de riesgo preexistentes, como la hipercolesterolemia y la hipertensión arterial, también podrían estar asociados a la menopausia precoz. Sin embargo, generalmente cada año de retraso de la menopausia adicional se relaciona con una reducción del 2% de la mortalidad global.

## **Mecanismos / fisiopatología**

### **Factores que influyen en la menopausia**

La esperanza de vida funcional de los ovarios humanos está determinada por un conjunto complejo pero en gran parte no identificado de factores genéticos, hormonales y ambientales. Las

mujeres experimentan la menopausia cuando ya se han agotado los folículos del ovario. Sin embargo, las manifestaciones clínicas de la menopausia son el resultado de las interacciones dinámicas entre los cambios neuroendocrinos y las alteraciones del eje endocrino reproductivo que comanda la función ovárica. No está clara la razón por la que los ovarios inician su función en la pubertad y la detienen en la menopausia. La comprensión de este fenómeno sería de gran valor para los problemas reproductivos y de salud.

## **Factores genéticos**

El momento de la menopausia refleja una compleja interacción de factores genéticos, epigenéticos, socioeconómicos y del estilo de vida. Las estimaciones de la herencia de la edad de la menopausia oscilan del 30% al 85%. Casi el 50% de la variabilidad de la edad de la menopausia entre los individuos se relaciona con la genética. Las mujeres cuyas madres u otros familiares de primer grado tuvieron una menopausia precoz tienen 6-12 veces más probabilidad de tener una menopausia precoz. Por otra parte, los estudios de sección transversal y de cohorte han demostrado que la edad de la menopausia se asocia estrechamente con la edad a la que la madre experimentó la menopausia. Sin embargo, hasta el momento, los estudios genéticos no han logrado identificar claramente los rasgos genéticos subyacentes que intervendrían en la herencia.

Los análisis de ligaduras identificaron las áreas del cromosoma X (región Xp21.3) que se asocian con la menopausia precoz (<45 años) o la menopausia prematura (<40 años). Una región en el cromosoma 9 (9q21.3) también se asocia con la edad de la menopausia. Esta región contiene múltiples genes, incluyendo uno que codifica una proteína de la familia de los linfomas de células B 2 (BCL-2). Esta proteína interviene en la apoptosis, y por lo tanto puede influir en la menopausia a través de la depleción folicular. Otros estudios de análisis de ligaduras han identificado una región en el cromosoma 8 que se asocia con la edad de la menopausia. Curiosamente, dicen los autores, el gen que codifica a la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) está cerca de esta región.

Los estudios que investigan las asociaciones entre los factores de codificación de los genes que están involucrados en la fisiopatología

reproductiva y la menopausia han sido decepcionantes. La mayoría de los estudios no ha podido identificar asociaciones, o los resultados no pudieron ser replicados. Entre los genes investigados, los más promisorios han sido los que codifican al receptor estrogénico  $\alpha$  (ESR1), la hidroxisteroide deshidrogenasa 17 $\beta$  tipo 1 (HSD17B1), la hormona anti Mülleriana (AMH) y el receptor AMH tipo 2 (AMHR2). Las mujeres portadoras de mutaciones genéticas relacionadas con el cáncer de mama precoz tipo 1 (BRCA1) o BRCA2 son en promedio 3 años más jóvenes en la menopausia que los controles comparables (50 años vs. 53 años).

Existen trastornos genéticos conocidos que llevan a la **menopausia precoz**, incluyendo la mutación del gen que codifica la forkhead box protein L2 (FOXL2), que también causa blefarofimosis, ptosis y el síndrome del epicanto inverso. Las mutaciones de los genes que codifican la proteína morfogenética ósea 15 y el factor de crecimiento diferencial 9 resultan en menopausia precoz.

En un estudio, la galactosemia se ha asociado con la menopausia <40 años, lo que no fue confirmado en un estudio de seguimiento de una cohorte de tamaño similar. Se ha comprobado que las variantes de otros genes que están implicados en la función ovárica, como los que codifican la hormona folículo estimulante (FSH) y los receptores de la inhibina, se asocia con menopausia precoz y menopausia prematura. Las mujeres portadoras de la mutación del cromosoma X frágil tienen un número intermedio de repeticiones CGG en el gen del retardo mental del cromosoma frágil 1 (FMR1) y experimentan menopausia precoz y menopausia prematura.

Recientemente, los estudios de asociación del genoma han hallado otros genes que pueden influir en el envejecimiento ovárico y la menopausia. Los más importantes son el gen de la serina BR/treoninacinasas 1 (BRSK1), que codifica una proteínacinasas AMP activada y el gen que codifica el complejo de mantenimiento del minicromosoma 8, que es esencial para la replicación del genoma.

### **Esperanza de vida ovárica y pérdida de folículos**

Los ovarios y los folículos son fundamentales para determinar la edad de la menopausia. El número de células foliculares está determinado

**antes** del nacimiento, cuando los ovocitos se multiplican hasta un máximo de 6-7 millones hacia la mitad de la gestación. Posteriormente, los ovocitos se pierden rápidamente debido a la apoptosis, dando lugar a una población de 700.000 al nacer y 300.000 en la pubertad.

Con la continuidad de la apoptosis, a medida que se van perdiendo los ovocitos a lo largo de 400-500 ciclos de reclutamiento folicular durante una vida reproductiva normal (a veces participan varios folículos por ciclo), al llegar a la mediana edad se produce el agotamiento final de estas células y entre los 45 y los 55 años sobreviene la menopausia. Estos números subrayan que la duración de la funcionalidad del ovario depende solo un poco de la ovulación y se determina principalmente por el alcance y la rapidez de la **apoptosis** de los ovocitos—se desconoce cómo se gobierna este proceso.

Aunque la pérdida de los ovocitos es fundamental para la menopausia, no son los que determinan los procesos coordinados que impulsan el ciclo menstrual sino las células especializadas secretoras de esteroides de la granulosa y la teca.

Las células foliculares están reguladas por la **gonadotrofina hipofisaria**, así como por las hormonas producidas localmente. Se cree que la pérdida de sensibilidad al factor de estimulación de las células foliculares tiene un papel clave en la disminución de la función ovárica. Consistente con este punto de vista, el cambio endocrino más reproducible y lineal en toda la transición a la menopausia es la disminución progresiva de la inhibina B y la AMH, que marcan la disminución de la masa y/o la funcionalidad folicular, y explica porqué la fertilidad de las mujeres se ve afectada mucho antes que cualquier interrupción de los ciclos menstruales.

## **Eventos neuroendocrinos**

El eje hipotálamo-hipófisis-reproductor sufre cambios considerables. Estas modificaciones son en parte secundarias a la disminución de la función ovárica, pero hay varias líneas de evidencia que sugieren que el cerebro sufre modificaciones funcionales independientes que son importantes para el envejecimiento reproductivo. De acuerdo a esta hipótesis, la menopausia puede equipararse a la pubertad, una época

en la que un conjunto de procesos hipotalámicos también influye en el eje reproductor.

Antes del descenso de los estrógenos o la aparición de las irregularidades del ciclo en las mujeres de mediana edad, se nota un aumento de la FSH. Del mismo modo, en esta etapa se producen cambios en los patrones de secreción de la hormona luteinizante (LH), con pulsos más amplios y menos frecuentes. El trabajo experimental en roedores muestra que la desincronización de las señales neuroquímicas relacionadas con la edad, involucradas en la activación de las neuronas secretoras de GnRH, ocurre antes que los cambios en el ciclo estrogénico.

Varios neuropéptidos hipotalámicos y agentes neuroquímicos (por ej., el glutamato, la noradrenalina y el péptido vasoactivo intestinal) que impulsan el aumento de los estrógenos por la GnRH y la LH parecen amortiguarse con la edad o carecen de precisión para la coordinación temporal que se requiere para un patrón específico de la secreción de GnRH. La interrupción de este reloj biológico hipotalámico llevaría al deterioro progresivo en el momento del pico de la LH preovulatoria, que se sumaría a la escasa capacidad de respuesta ovárica que se encuentra en esta etapa reproductiva.

### **Cambios endocrinos durante la transición**

Los cambios endocrinos al final de los años reproductivos dependen de la disfunción combinada de los ovarios y el hipotálamo. Una característica de la menopausia precoz es el acortamiento de la fase folicular y el aumento asociado de los niveles de FSH en la transición a la menopausia precoz, lo que representa intervalos de ciclos más cortos que los experimentados por muchas mujeres en este período de la vida.

Estudios de cohorte han demostrado que el acortamiento de la fase folicular está asociado con la ovulación acelerada que se produce con folículos más pequeños. La explicación que prevalece para este fenómeno es la pérdida de la producción de la inhibina B, lo que conduce a un aumento de la liberación de FSH y, por lo tanto, a una producción excesiva de estrógenos. Esto podría facilitar (y acelerar) que la LH alcance su pico.

Con el tiempo, las modificaciones hipotalámicas relacionadas con la edad determinan una disminución en la sensibilidad estrogénica y el incremento de la LH se torna más irregular. Los folículos también se vuelven menos sensibles a la gonadotropina, lo que conduce a defectos de la fase lútea y la producción de ciclos anovulatorios, y en consecuencia, a las primeras irregularidades menstruales. La falta de sensibilidad hipotalámica a los estrógenos también explica porqué los síntomas de la menopausia—como los sofocos y sudores nocturnos—comúnmente ocurren en esta etapa, cuando las mujeres tienen niveles de estrógenos bastante elevados, y explica porqué los estrógenos exógenos son eficaces para reducir los síntomas.

En **resumen**, la menopausia natural es la consecuencia de la pérdida de la función ovárica. Este es el último paso en una cascada larga e irregular de eventos que tienen lugar tanto en el cerebro como en los ovarios. Los factores genéticos influyen en la sincronización de este proceso, pero aún se desconocen cuáles son las vías moleculares clave involucradas. Sería muy valioso identificarlas para desarrollar nuevas estrategias destinadas al tratamiento de la disfunción reproductiva y las enfermedades asociadas a la menopausia.

## **Síntomas y consecuencias**

### **Síntomas de la menopausia**

La mayoría de las mujeres que entran en la menopausia experimentan síntomas **vasomotores**. Un sofoco es un episodio repentino de vasodilatación en la cara y el cuello, que dura 1-5 minutos y se acompaña de sudoración profusa. Las mujeres que sufren estos sofocos tienen una zona termoneutral más estrecha, de modo que los cambios sutiles de temperatura central suscitan mecanismos termorreguladores, como la vasodilatación, la sudoración o los escalofríos. La disminución de los niveles de estrógenos e inhibina B, así como el aumento de los niveles de FSH, explican solo una parte de la alteración de la termorregulación, que se asocia con cambios en los neurotransmisores cerebrales y la reactividad vascular periférica.

Los **sofocos** se producen al final de la perimenopausia y los primeros

años de la posmenopausia. Algunas mujeres, sin embargo, pueden seguir experimentando síntomas vasomotores hasta **muchos años** después de la menopausia. De vez en cuando, los sofocos se producen al final de los años reproductivos, o varios años después de la menopausia. La aparición e intensidad de los síntomas de la menopausia varían mucho entre las mujeres y dependen de factores genéticos, ambientales, raciales, del estilo de vida y antropométricos. La raza negra, el tabaquismo y el sobrepeso—en particular, la obesidad central—aumentan la prevalencia y gravedad de los síntomas vasomotores.

Los **trastornos del sueño** también son muy comunes durante la transición a la menopausia y se atribuyen principalmente a despertares frecuentes debido a la sudoración nocturna, y ocurren secundariamente a factores psicológicos. Los trastornos del humor como la depresión y la ansiedad no son causados por la menopausia; sin embargo, durante la transición, las mujeres vulnerables pueden tener su primer episodio o una recaída. Las mialgias y las artralgias también son parte de la sintomatología de la menopausia y están altamente correlacionadas con los sofocos y el humor depresivo.

### **Atrofia urogenital**

La anatomía y la función del tracto genital femenino son estrógeno dependientes. Con la disminución de los estrógenos en la menopausia, los tejidos que recubren la vagina, la vulva, la vejiga y la uretra se atrofian, causando un conjunto de síntomas que incluyen la sequedad vaginal, las relaciones sexuales dolorosas (dispareunia), el prurito vulvar, el ardor y el malestar, así como infecciones urogenitales recurrentes. En conjunto, la atrofia vulvovaginal y la atrofia del tracto urinario secundarias a la falta de estrógenos son denominadas síndrome genitourinario de la menopausia.

A diferencia de los sofocos y los sudores nocturnos, que mejoran con el tiempo, los síntomas de la atrofia urogenital **persisten a lo largo de la vida** después de la menopausia y pueden tener un grave impacto en la salud sexual y la calidad de vida. La dispareunia secundaria a la atrofia vulvovaginal conduce a una disminución del deseo sexual, excitación dificultosa, problemas de relación y disminución de la satisfacción sexual, física y emocional.

Aunque la mayoría de las mujeres tiene signos de atrofia urogenital en el examen físico, menos de la mitad de la población posmenopáusica se queja de esas molestias. La edad, la actividad sexual, la etnia y las actitudes frente a la menopausia influyen en la aparición y la gravedad de los síntomas urogenitales.

## **Osteoporosis**

El hueso es un tejido dinámico que sufre la remodelación continua durante toda la vida. Este proceso comienza con la resorción ósea, la cual es llevada a cabo por células gigantes multinucleadas denominadas osteoclastos. La laguna creada por los osteoclastos se llena de osteoide—hueso nuevo no mineralizado por los osteoblastos—el cual luego es mineralizado para formar tejido óseo maduro. Los estrógenos regulan el acoplamiento de los procesos de resorción y formación ósea.

La disminución posmenopáusica de los estrógenos conduce a la desincronización de la remodelación ósea, lo que provoca una resorción excesiva. Más específicamente, la deficiencia estrogénica lleva a la producción excesiva de citocina RANKL (ligando del receptor activador del factor nuclear  $\kappa$ B; también conocida como TNFSF11) por los osteoblastos que, tras la unión a su receptor RANK (también conocido como TNFRSF11A) en la superficie de los preosteoclastos y osteoclastos maduros promueve la osteoclastogénesis y reabsorción del hueso. La osteoprotegerina (OPG, también conocida como TNFRSF11B) es una citocina secretada por los osteoblastos respondiendo a la estimulación estrogénica y es un inhibidor natural de la RANKL<sup>72</sup>.

La deficiencia de estrógenos se asocia con una producción de OPG más baja, aumentando aún más la actividad de la RANKL. La disminución de la absorción intestinal de calcio relacionada con la edad, la deficiencia de vitamina D y el deterioro de la síntesis de 1,25-dihidroxitamina D3 activa por el riñón conducen al hiperparatiroidismo secundario, que contribuye aún más a la reabsorción ósea acelerada.



Por último, la pérdida de la estimulación mecánica del esqueleto debido a la reducción de la actividad diaria y la pérdida de masa muscular esquelética pueden interactuar con la menor formación de hueso debido a la falta de regulación hacia abajo de la producción de esclerostina por los osteocitos, mediada por los estrógenos. Ambos procesos—aumento de la resorción ósea y disminución de la formación de hueso—provocan menor resistencia ósea y fracturas ante una carga esquelética mínima. Cuanto más baja es la edad de la menopausia, mayor es el riesgo de osteoporosis en el futuro.

### **Consecuencias metabólicas**

La prevalencia de la obesidad es mayor en las mujeres posmenopáusicas que en las premenopáusicas, debido a un proceso multifactorial que implica un menor gasto energético por la inactividad física, que a veces se complica por la depresión y la atrofia muscular y una tasa metabólica basal más baja. Mientras que la menopausia por sí misma no se asocia a la ganancia de peso, la cual conduce al aumento de la grasa corporal total y a una redistribución de la grasa periférica hacia el tronco, provocando adiposidad visceral.

La obesidad abdominal y la disminución estrogénica de la menopausia se asocian con cambios metabólicos adversos como la resistencia a la insulina, la propensión al desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia, caracterizada por niveles elevados de triglicéridos, de colesterol lipoproteínas de alta densidad (HDL) bajos y mayor frecuencia de partículas de lipoproteínas de baja densidad (LDL) pequeñas. Es posible que el mecanismo que vincula la obesidad abdominal con sus consecuencias metabólicas sea la secreción de adipocina, causante de inflamación crónica.

### **Enfermedad cardiovascular**

Más allá de los efectos beneficiosos sobre los parámetros metabólicos e inmunológicos, los estrógenos son hormonas vasoactivas potentes que promueven la remodelación y elasticidad vascular, y regulan la dilatación vascular reactiva y la actividad inflamatoria local. La deficiencia posmenopáusica de estrógenos conduce a la activación del sistema renina-angiotensina, la regulación hacia arriba del potente

vasoconstrictor endotelina y el deterioro de la vasodilatación mediada por óxido nítrico.

El estrés oxidativo, que aumenta por la endotelina y la angiotensina II, puede fomentar el proceso aterosclerótico. Por lo tanto, enseguida de la menopausia, las mujeres presentan aumentos en la presión arterial, así como enfermedad vascular subclínica, la que se manifiesta por el aumento del espesor de la intima y la media de las arteria carótida y femoral, la acumulación de calcio en las arterias coronarias, la rigidez arterial y la alteración de la dilatación mediada por el flujo. Por lo general, las consecuencias clínicas de la enfermedad cardiovascular ocurren más tarde en las mujeres que en los hombres mientras que la cardiopatía isquémica en las mujeres suele manifestarse 10 años más tarde que en los hombres.

El riesgo de **accidente cerebrovascular** se duplica durante la primera década después de la menopausia y en última instancia, después de los 90 años supera al de los hombres. Sin embargo, estos eventos vasculares tienden a tener un pronóstico más grave en las mujeres que en los hombres. La menopausia precoz y la insuficiencia ovárica primaria se asocian con mayor riesgo de cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular y mortalidad.

## **Cognición**

Los estrógenos actúan en las áreas del sistema nervioso central que controlan el aprendizaje, el registro y recuperación la información, el juicio, los procesos de evaluación y las habilidades lingüísticas. Estas áreas se refieren esencialmente a la corteza prefrontal, el hipocampo y el cuerpo estriado. Los estrógenos actúan a través de mecanismos genómicos y no genómicos. Aumentan las proteínas celulares, promoviendo el crecimiento y la supervivencia de las neuronas, la transmisión y función neuronal y también la sinaptogénesis.

Por otra parte, los estrógenos limitan la respuesta inflamatoria en el sistema nervioso central, que ayuda a evitar la repetición de los insultos inflamatorios que podrían dar lugar a la distrofia y propensión a la demencia. La mayoría de los estudios indican que la menopausia afecta la función cognitiva y, más específicamente, a los aspectos

relacionados con la memoria verbal y la fluidez verbal. El tamaño del efecto parece ser pequeño.

Sin embargo, los cambios cognitivos suelen ser **molestos** para las mujeres afectadas. Aunque la menopausia parece estar asociada con cambios en la cognición, no se puede asumir que el tratamiento con estrógenos pueda prevenir el deterioro cognitivo. Hay un consenso general que la terapia estrogénica por vía oral no está indicada para prevenir o tratar el deterioro cognitivo.

## **Diagnóstico, detección y prevención**

### **Factores de riesgo de menopausia precoz**

La menopausia podría estar influenciada por la nutrición postnatal. La cohorte de mujeres británicas nacidas en 1946 que recibieron lactancia materna experimentaron la menopausia años más tarde que las que no fueron amamantadas, y las mujeres que tuvieron un peso bajo a los 2 años de edad tuvieron una menopausia precoz. Del mismo modo, las niñas holandesas que experimentaron una restricción calórica grave por la hambruna de 1944-1945 tuvieron una menopausia más temprana que las que no sufrieron esa carencia alimentaria. La evidencia para la relación entre la edad de la menarca y la edad de la menopausia es variada.

El estrés emocional a una edad temprana puede favorecer el envejecimiento reproductivo y hay pruebas de que las mujeres que han vivido el divorcio de sus padres a temprana edad tienden a tener una menopausia precoz. Algunos estudios también han comprobado que las mujeres que en la edad adulta tienen una posición socioeconómica más baja, lo que puede indicar un mayor grado de exposición al estrés, tienden a tener la menopausia antes que las mujeres de mejor posición, incluso después del ajuste por variables como el tabaquismo y la paridad.

Un estudio latinoamericano halló que las mujeres que viven en altitudes >2.000 metros también son más propensas a tener una menopausia precoz. Entre los diferentes estilos de vida y factores ambientales en la edad adulta que se han investigado para predecir la

edad de la menopausia, solamente se asociaron a la menopausia precoz el tabaquismo y la paridad. Todavía no hay acuerdo en cuanto a si la cesación de fumar antes de la menopausia elimina este efecto; algunos estudios implican solamente al tabaquismo actual como un factor de riesgo de menopausia precoz, mientras que otros implican tanto al tabaquismo pasado como al presente. El tabaquismo actual tiene un efecto tóxico general sobre los folículos, presumiblemente mediado por hidrocarburos aromáticos policíclicos del humo del cigarrillo.

Actualmente, pero no en el pasado, el tabaquismo ha sido asociado también a niveles reducidos de AMH, que es un marcador de la reserva ovárica. Los acontecimientos vitales adversos, la infección por el VIH y el uso de drogas ilegales también han sido relacionados con la menopausia precoz, y en general, el consumo de alcohol y el café no muestran ninguna asociación. En algunos estudios, y no en todos, se comprobó que el uso de la píldora para el control de la natalidad se asocia con una edad ligeramente más tardía de la menopausia.

Una revisión sistemática reciente en la que no se hicieron ajustes estadísticos se halló una escasa asociación entre la actividad física moderada a intensa y la menopausia precoz, lo que no fue observado en un metaanálisis ajustado. El sobrepeso tuvo poca asociación con la menopausia más tardía. En varios estudios, el sobrepeso y la obesidad se han relacionado con una menopausia más tardía. En la premenopausia, el aumento de peso y la pérdida de peso episódica >5 kg se asocian con un menopausia más tardía. El índice de masa corporal (IMC) más elevado se asoció con mayor probabilidad de transición de la premenopausia a la perimenopausia, pero no de la perimenopausia a la posmenopausia. Cuando las mujeres no obesas transitan la menopausia tienden a tener una declinación más rápida del estradiol.

### **Diagnóstico clínico**

A medida que las mujeres llegan al final de la transición menopáusica (etapa STRAW -2,-1), la duración de su ciclo menstrual aumenta a más de 60 días, convirtiéndose la mayoría en ciclos anovulatorios, produciéndose períodos de tiempo con poca o ninguna secreción estrogénica. Los síntomas de la menopausia empeoran en forma

aguda. En este momento, muchos síntomas tienen su pico de intensidad y las mujeres pueden requerir tratamiento.

Se considera que una mujer está en la **posmenopausia** cuando tiene >45 años y ha pasado al menos 12 meses sin tener un período menstrual espontáneo. Para su diagnóstico no se requieren pruebas específicas, a menos que la presentación clínica sea atípica. Las presentaciones atípicas incluyen cambios de humor, ansiedad importante o fatiga de reciente aparición y artralgias, sin sofocos o sudores.

En las edades previas a la aparición de la amenorrea prolongada es necesario considerar otros diagnósticos, como el síndrome del ovario poliquístico, el hipogonadismo hipogonadotrófico secundario, la hiperprolactinemia, los tumores hipofisarios o los problemas uterinos como el síndrome de Asherman. Una mujer menopáusica que ha estado al menos 12 meses en amenorrea es poco probable que vuelva a tener otro período menstrual, pero puede ocurrir en el 10% de las mujeres.

### **Evaluación bioquímica**

Aunque para hacer el diagnóstico específico de menopausia no se recomienda hacer ninguna prueba, pueden surgir situaciones clínicas en las que las pruebas sirven para documentar el fallo gonadal primario. Por lo general, para confirmar el diagnóstico es suficiente un nivel aumentado de FSH. Los cambios en la FSH, el estradiol o la inhibina B han sido bien documentados en una muestra de base poblacional de mujeres que participaron en estudios de observación.

La medición del estradiol durante la perimenopausia no es clínicamente útil. La primera hormona que disminuye es la inhibina B, y su descenso precede al aumento de la FSH<sup>1</sup>. El aumento compensatorio de la FSH hace que los folículos continúen creciendo y conduce a un acortamiento de la fase folicular del ciclo menstrual. Con el tiempo, los folículos se agotan y ya no se produce la foliculogénesis. Este es el momento en el que comienza el final de la transición a la menopausia.

Al final de la transición, la falla folicular es intermitente y finalmente es reemplazada permanentemente por la amenorrea. Una vez instalada la menopausia, los niveles de estradiol son bajos (<20 pg ml<sup>-1</sup>) y ya no se produce progesterona. Se destaca que no hay cambios agudos en los niveles de testosterona relacionados con la transición a la menopausia.

La AMH es un miembro de la superfamilia de las proteínas del factor de crecimiento transformador  $\beta$  (TGF) y se encuentra en las células de la granulosa del ovario y los ovocitos. La AMH podría ser útil para predecir el momento de la menopausia.

En un estudio de cohorte de 50 mujeres, las mediciones seriadas de AMH permitieron comprobar que una gota de AMH <0,05 ng ml<sup>-1</sup> predijo la menopausia dentro de los 5 años siguientes. En general, la sensibilidad de las mediciones de la AMH en estudios publicados hasta la fecha no permite predecir cuál será el último período menstrual de una mujer, más allá de los criterios históricos sencillos y clínicos, como la edad y la duración de la amenorrea. El análisis del cambio de la AMH en el tiempo podría servir para perfeccionar la capacidad de los médicos para determinar prospectivamente cuándo ocurrirá la menopausia. En última instancia, con el desarrollo de un ensayo de AMH suficientemente sensible, se debería poder pronosticar cuál será el último período menstrual.

### **Diagnóstico por imágenes**

Para pronosticar el momento de la falla ovárica permanente también se han propuesto otras mediciones como el recuento de folículos antrales (evaluado mediante la ecografía transvaginal), el registro de todos los folículos que miden  $\leq 7$  mm de diámetro (que generalmente se realiza al iniciarse la fase folicular del ciclo) y la reserva ovárica funcional, que se ha establecido como la prueba dinámica del ovario con un agente estimulante (el citrato de clomifeno o la FSH). Sin embargo, estos métodos predicen mejor la pérdida de la fertilidad que la menopausia en sí misma. La ecografía transvaginal es un método muy útil para evaluar el estado de fertilidad y puede proporcionar información sobre el envejecimiento del ovario.

La medición del número de folículos antrales puede dar información

útil sobre la probabilidad de embarazo en las mujeres que están en edad reproductiva avanzada y desean concebir. Sin embargo, el recuento de folículos antrales no ha sido tan útil para predecir la menopausia. Se han propuesto otras mediciones para el ovario, como el volumen total y el grosor del estroma, pero actualmente carecen de la sensibilidad y especificidad adecuadas para ser clínicamente útiles.

### **Detección de la osteoporosis**

La osteoporosis se define como la reducción de la densidad mineral ósea medida por absorciometría de rayos X de energía dual (DXA). Aunque la prevalencia estimada de osteoporosis es baja, durante la transición a la menopausia, hay una pérdida de la masa ósea vertebral media del 6,4% y del cuello del fémur del 5%.

Los datos disponibles no apoyan el cribado con DXA en las mujeres posmenopáusicas  $\leq 60$  años que todavía no tienen una afección médica identificable, ni utilizan medicamentos que se asocian con un riesgo mayor de osteoporosis o, no tienen antecedentes de fractura por un trauma leve. Al respecto, el American College for Preventive Practice ha recomendado que el cribado con DXA debe quedar limitado a las mujeres de 50 a 65 años con 1 factor de riesgo importante (menopausia antes de los 45 años o fracturas por fragilidad) o 2 factores de riesgo de menor importancia (tabaquismo o peso  $< 57$  kg). Sin embargo, en la actualidad se debate sobre cuáles son las mujeres  $< 65$  años que deben ser examinadas; no hay recomendaciones específicas universalmente aceptadas.

Un estudio reciente de mujeres de 40–65 años en las que se hizo el cribado para la osteoporosis mediante la DXA halló que los 3 predictores de osteoporosis más fuertes fueron: a) la posmenopausia, b) no usar hormonoterapia y, c) tener un IMC bajo.

### **Diagnóstico diferencial de menopausia**

Si una mujer es  $> 50$  años, ha dejado de menstruar y tiene los síntomas clásicos de deficiencia estrogénica, es muy poco probable que tenga otro diagnóstico diferente de la menopausia. En las mujeres más jóvenes y en las  $> 50$  años que tienen síntomas atípicos, se deben considerar otras causas de amenorrea: la enfermedad tiroidea, el

prolactinoma, la depresión grave o el estrés y, la pérdida sustancial de peso. Cada una de estas condiciones puede estar asociada a síntomas vasomotores y cambios del humor. En el contexto de la amenorrea siempre se debe considerar el **embarazo**.

Si la presentación es atípica se deben excluir otras causas de síntomas vasomotores. Los sofocos hormonales provocan un aumento significativo de la temperatura central. Si una mujer registra un aumento de la temperatura bucal, sofocos o sudores nocturnos, se deberán investigar las causas infecciosas. La tirotoxicosis puede imitar a la menopausia, ya que las mujeres presentan agitación y ansiedad, trastornos del sueño, acaloramiento, sudoración y palpitaciones. Estos síntomas pueden preceder a los síntomas clásicos de tirotoxicosis, como la pérdida de peso y el temblor.

Una cuidadosa historia clínica y medicamentosa ayuda a identificar otras causas posibles. Los tumores carcinoides productores de serotonina pueden presentarse con diarrea nocturna y rubor episódico, sin sudoración. Los feocromocitomas liberan catecolaminas, adrenalina y noradrenalina, y se caracterizan por hipertensión persistente, enrojecimiento y sudoración profusa. Algunas mujeres pueden presentar oligomenorrea y cambios del humor o depresión. Se debe establecer el diagnóstico diferencial entre la depresión perimenopáusica, la depresión mayor y la disforia simple.

El diagnóstico de **depresión** mayor requiere experimentar al menos 2 semanas de depresión del ánimo o de pérdida de interés o placer en casi todas las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días, acompañado por lo menos de 4 de los siguientes síntomas: cambios en el apetito o el sueño, fatiga, agitación psicomotora o lentitud, sentimientos de inutilidad y/o culpa, concentración disminuida o indecisión, ideación suicida.

Por el contrario, la depresión perimenopáusica suele estar acompañada por irritabilidad, hostilidad o, agitación y ansiedad. Clínicamente, se asemeja a los cambios de humor del síndrome premenstrual, con estado de ánimo negativo, desvalorización y menor capacidad para afrontar los acontecimientos. Una característica distintiva es de la depresión de la perimenopausia es la labilidad, en



contraste con la depresión del ánimo constante que se observa en la depresión mayor.

Diagnóstico diferencial de los síntomas menopáusicos		
Tipo	Condiciones	Hallazgos de investigación o laboratorio
Otros casos de hipoestrogenemia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sofocos perimenstruales cíclicos</li> <li>• Cambios posparto</li> <li>• Inhibidores de la aromatasa</li> <li>• Moduladores selectivos de los receptores estrogénicos</li> <li>• Agonistas y antagonistas de la GnRH</li> </ul>	Historia clínica completa
Infecciones crónicas	Varias	Termometría durante el sofoco
Dietéticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcohol</li> <li>• Comida picante</li> <li>• Aditivos alimentarios (por ej., glutamato monosódico y sulfitos)</li> </ul>	Historia clínica completa
Hormonal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tirotoxicosis</li> <li>• Exceso de hormona tiroidea exógena</li> </ul>	Pruebas de función tiroidea
Medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Algunos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina</li> <li>• Acido nicotínico</li> <li>• Opiáceos</li> <li>• Bloqueantes de los canales de calcio</li> </ul>	Historia medicamentosa
Tumores productores de hormonas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumores carcinoides que llevan al síndrome carcinoide</li> <li>• Feocromocitoma</li> </ul>	Aumento de la cromogranina A plasmática y del ácido 5-hidroxiindolacético urinario  Metanefrinas plasmáticas aumentadas
Otros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Linfoma</li> <li>• Carcinoma medular tiroideo</li> <li>• Tumores de células de los islotes pancreáticos</li> <li>• Carcinoma de células renales</li> <li>• Mastocitosis y trastornos de las células cebadas</li> </ul>	Historia clínica, examen físico y pruebas apropiadas

## Factores que dificultan el diagnóstico

Aunque uno de los rasgos definitorios de la menopausia es la cesación de la menstruación, más ampliamente implica la detención definitiva de la función reproductiva del ovario. Por lo tanto, la definición tradicional no es útil en el entorno de las causas iatrogénicas de amenorrea, como la histerectomía, la ablación endometrial o los dispositivos intrauterinos con progestina.

Las investigaciones bioquímicas pueden estar indicadas en las mujeres con amenorrea iatrogénica (en particular, la medición de la FSH y el estradiol) y para las mujeres más jóvenes (medición de la AMH). Esta última es menos útil en las mujeres >50 años, ya que la mayoría de ellas tiene niveles de AMH bajos. Algunas mujeres pueden relatar síntomas vasomotores cuando utilizan anticonceptivos orales combinados. En este caso, solo se puede hacer el diagnóstico correcto de menopausia si se detiene la anticoncepción oral durante varias semanas, después de lo cual se hará la evaluación clínica y bioquímica del estado de menopausia.

### **Cribado de la menopausia**

Para el diagnóstico de menopausia no está indicado el cribado en la población. Sin embargo, las mujeres cada vez retrasan más la maternidad hasta sus últimos años reproductivos y muchas desean saber cuándo es probable que se produzca la menopausia. Junto con la edad, los niveles séricos de AMH proporcionan una buena indicación. Tehrani et al. han informado que para predecir la menopausia se puede usar una combinación de la edad y los niveles séricos de AMH para hacer una ecuación matemática.

En su análisis, la edad por sí sola tuvo una adecuación del 84% en la predicción de la edad de la menopausia, lo que se elevó a 92% cuando a su modelo se agregaron los niveles de AMH. El uso de la AMH para predecir la menopausia todavía tiene varias limitaciones. Por ejemplo, los ensayos de AMH aún no se han estandarizados y no son lo suficientemente sensibles para predecir la menopausia con gran precisión. La disminución de la AMH puede estar acelerada por factores como el tabaquismo y algunas situaciones clínicas—hipogonadotrofismo, obesidad—que se asocian con niveles de AMH normales o bajos y que no reflejan el déficit verdadero de la reserva ovárica funcional. Por lo tanto, todavía falta establecer cuál es la precisión de la AMH para estimar el momento del inicio de la menopausia en forma individual.

Un grupo de mujeres portadoras del gen X frágil puede beneficiarse de la detección de la disminución de la reserva ovárica—es decir, la detección de la menopausia inminente—midiendo de la AMH. La mutación FMR1 afecta aproximadamente a 1/200 mujeres;

aproximadamente el 20% de las afectadas experimentará una falla ovárica precoz. En todas las edades, las portadoras de la mutación FMR1 tienen niveles más bajos de AMH que las otras mujeres. Aunque se ha sugerido que el monitoreo de la función ovárica es apropiado para las mujeres portadoras de la mutación FMR1, es muy difícil delimitar exactamente cuándo se producirá el fallo ovárico. Si bien se han publicado los valores de la AMH en las portadoras de la mutación FMR1, su aplicación clínica aún no ha quedado establecida.

## **Prevención de la menopausia**

El concepto de que la menopausia es inevitable se basa en que las hembras humanas tienen una reserva ovárica de ovocitos fija al nacer y que el número de ovocitos disminuye con la edad. En los años reproductivos posteriores, la calidad de ovocitos disminuye, de manera que la fertilización y las tasas de nacidos vivos caen, y el riesgo de defectos de nacimiento y abortos involuntarios aumenta.

Un grupo de investigadores ha identificado células madre ovogoniales en el tejido cortical ovárico de las mujeres jóvenes. Esto da lugar a la hipótesis que las células germinales del ovario humano se renuevan durante los años reproductivos, e incluso que puede haber células que podrían ser utilizadas para extender la vida reproductiva, y retrasar o prevenir la menopausia eficazmente. El hallazgo de las células madre ovogoniales en los ovarios humanos es controvertido y aún no ha sido replicado por otros grupos.

**Traducción y resumen objetivo:** Dra. Marta Papponetti

INDICE: [1.](#) | 2. Referencias

## **Referencias**

1. Soules, M. R. et al. Executive summary: 1. Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). *Fertil. Steril.* 76, 874–878 (2001).
2. Harlow, S. D. et al. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Menopause* 19, 387–395 (2012).
3. Harlow, S. et al. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Fertil. Steril.* 97, 843–851 (2012).
4. Harlow, S. D. et al. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop

- +10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Climacteric* 15, 105–114 (2012).
5. Harlow, S. D. et al. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *J. Clin. Endocrinol. Metabolism* 97, 1159–1168 (2012).
  6. Jane, F. M. & Davis, S. R. A practitioner's toolkit for managing the menopause. *Climacteric* 17, 1–16 (2014).
  7. Tom, S. E. & Mishra, G. D. *Current Topics in Menopause: a Life Course Approach to Reproductive Aging* (Bentham Science Publishers Ltd., 2013).
  8. Schoenaker, D. A., Jackson, C. A., Rowlands, J. V. & Mishra, G. D. Socioeconomic position, lifestyle factors and age at natural menopause: a systematic review and meta-analyses of studies across six continents. *Int. J. Epidemiol.* 43, 1542–1562 (2014).  
Este ensayo brinda una perspectiva global de los factores asociados con la edad de la menopausia.
  9. Dratva, J. et al. Is age at menopause increasing across Europe? Results on age at menopause and determinants from two population-based studies. *Menopause* 16, 385–394 (2009).
  10. Flint, M. P. Secular trends in menopause age. *J. Psychosomat. Obstetr. Gynaecol.* 18, 65–72 (1997).
  11. Flint, M. Is there a secular trend in age of menopause? *Maturitas* 1, 133–139 (1978).
  12. Nichols, H. B. et al. From menarche to menopause: trends among US Women born from 1912 to 1969. *Am. J. Epidemiol.* 164, 1003–1011 (2006).
  13. Rodstrom, K. et al. Evidence for a secular trend in menopausal age: a population study of women in Gothenburg. *Menopause* 10, 538–543 (2003).
  14. McKinlay, S. M., Brambilla, D. J. & Posner, J. G. The normal menopause transition. *Maturitas* 61, 4–16 (2008).
  15. Mishra, G. D. & Dobson, A. J. Using longitudinal profiles to characterize women's symptoms through midlife: results from a large prospective study. *Menopause* 19, 549–555 (2012).
  16. Gartoulla, P., Islam, M. R., Bell, R. J. & Davis, S. R. Prevalence of menopausal symptoms in Australian women at midlife: a systematic review. *Climacteric* 17, 529–539 (2014).
  17. Mishra, G. & Kuh, D. Perceived change in quality of life during the menopause. *Social Sci. Med.* 62, 93–102 (2006).
  18. Utian, W. H. Psychosocial and socioeconomic burden of vasomotor symptoms in menopause: a comprehensive review. *Health Qual. Life Outcomes* 3, 47 (2005).
  19. Thurston, R. C. & Joffe, H. Vasomotor symptoms and menopause: findings from the Study of Women's Health across the Nation. *Obstetr. Gynecol. Clin. North Amer.* 38, 489–501 (2011).
  20. Gold, E. B. et al. Longitudinal analysis of the association between vasomotor symptoms and race/ ethnicity across the menopausal transition: study of women's health across the nation. *Am. J. Publ. Health* 96, 1226–1235 (2006).
  21. Freeman, E. W. et al. Association of anti-mullerian hormone levels with obesity in late reproductive-age women. *Fertil. Steril.* 87, 101–106 (2007).
  22. Islam, M. R., Gartoulla, P., Bell, R. J., Fradkin, P. & Davis, S. R. Prevalence of menopausal symptoms in Asian midlife women: a systematic review. *Climacteric* 17, 1–42 (2014).
  23. Mishra, G. D. & Kuh, D. Health symptoms during midlife in relation to menopausal transition: British prospective cohort study. *BMJ* 344, e402 (2012).
  24. Colditz, G. A. et al. Menopause and the risk of coronary heart disease in women. *N. Engl. J. Med.* 316, 1105–1110 (1987).

25. Anasti, J. N., Kalantaridou, S. N., Kimzey, L. M., Defensor, R. A. & Nelson, L. M. Bone loss in young women with karyotypically normal spontaneous premature ovarian failure. *Obstet. Gynecol.* 91, 12–15 (1998).  
Este ensayo demuestra las variadas trayectorias de los síntomas asociados a la menopausia.
26. Kalantaridou, S. N., Davis, S. R. & Nelson, L. M. Premature ovarian failure. *Endocrinol. Metabolism Clin. North Amer.* 27, 989–1006 (1998).
27. Kok, H. S. et al. Heart disease risk determines menopausal age rather than the reverse. *J. Am. College Cardiol.* 47, 1976–1983 (2006).
28. Ossewaarde, M. E. et al. Age at menopause, cause-specific mortality and total life expectancy. *Epidemiology* 16, 556–562 (2005).
29. Mondul, A. M., Rodriguez, C., Jacobs, E. J. & Calle, E. E. Age at natural menopause and cause-specific mortality. *Am. J. Epidemiol.* 162, 1089–1097 (2005).
30. Kok, H. S., van, A. K. M., van, d. S. Y. T., Peeters, P. H. & Wijmenga, C. Genetic studies to identify genes underlying menopausal age. *Hum. Reprod. Update* 11, 483–493 (2005).
31. van Asselt, K. M. et al. Heritability of menopausal age in mothers and daughters. *Fertil. Steril.* 82, 1348–1351 (2004).
32. Murabito, J. M., Yang, O., Fox, C., Wilson, P. W. & Cupples, L. A. Heritability of age at natural menopause in the Framingham Heart Study. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 90, 3427–3430 (2005).
33. Torgerson, D. J., Thomas, R. E. & Reid, D. M. Mothers and daughters menopausal ages: is there a link? *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 74, 63–66 (1997).
34. Cramer, D. W., Xu, H. & Harlow, B. L. Family history as a predictor of early menopause. *Fertil. Steril.* 64, 740–745 (1995).
35. de, B. J. P. et al. The role of genetic factors in age at natural menopause. *Hum. Reprod.* 16, 2014–2018 (2001).
36. Mishra, G., Hardy, R. & Kuh, D. Are the effects of risk factors for timing of menopause modified by age? Results from a British birth cohort study. *Menopause* 14, 717–724 (2007).
37. Voorhuis, M., Onland-Moret, N. C., van der Schouw, Y. T., Fauser, B. C. & Broekmans, F. J. Human studies on genetics of the age at natural menopause: a systematic review. *Hum. Reprod. Update* 16, 364–377 (2010).
38. van Asselt, K. M. et al. Linkage analysis of extremely discordant and concordant sibling pairs identifies quantitative trait loci influencing variation in human menopausal age. *Am. J. Hum. Genet.* 74, 444–453 (2004).
39. Murabito, J. M., Yang, Q., Fox, C. S. & Cupples, L. A. Genome-wide linkage analysis to age at natural menopause in a community-based sample: the Framingham Heart Study. *Fertil. Steril.* 84, 1674–1679 (2005).
40. Lin, W. T. et al. Comparison of age at natural menopause in BRCA1/2 mutation carriers with a non-clinic based sample of women in northern California. *Cancer* 119, 1652–1659 (2013).
41. Watkins, W. J. et al. An investigation into FOXE1 polyalanine tract length in premature ovarian failure. *Mol. Hum. Reprod.* 12, 145–149 (2006).
42. Chand, A. L., Ponnampalam, A. P., Harris, S. E., Winship, I. M. & Shelling, A. N. Mutational analysis of BMP15 and GDF9 as candidate genes for premature ovarian failure. *Fertil. Steril.* 86, 1009–1012 (2006).
43. Ferrarini, E. et al. Clinical characteristics and genetic analysis in women with premature ovarian insufficiency. *Maturitas* 74, 61–67 (2013).  
Este es un resumen complete de la insuficiencia ovárica primaria.
44. Cramer, D. W., Harlow, B. L., Barbieri, R. L. & Ng, W. G. Galactose 1 phosphate uridylyl

- transferase activity associated with age at menopause and reproductive history. *Fertil. Steril.* 51, 609–615 (1989).
45. Kaufman, F. R., Devgan, S. & Donnell, G. N. Results of a survey of carrier women for the galactosemia gene. *Fertil. Steril.* 60, 727–728 (1993).
  46. Nelson, L. M. Clinical practice. Primary ovarian insufficiency. *N. Engl. J. Med.* 360, 606–614 (2009).
  47. He, C. et al. Genome-wide association studies identify loci associated with age at menarche and age at natural menopause. *Nat. Genet.* 41, 724–728 (2009).
  48. Stolk, L. et al. Loci at chromosomes 13, 19 and 20 influence age at natural menopause. *Nat. Genet.* 41, 645–647 (2009).
  49. Elks, C. E. et al. Thirty new loci for age at menarche identified by a meta-analysis of genome-wide association studies. *Nat. Genet.* 42, 1077–1085 (2010).
  50. Stolk, L. et al. Meta-analyses identify 13 loci associated with age at menopause and highlight DNA repair and immune pathways. *Nat. Genet.* 44, 260–268 (2012).
  51. Nejat, E. J. & Chervenak, J. L. The continuum of ovarian aging and clinicopathologies associated with the menopausal transition. *Maturitas* 66, 187–190 (2010).
  52. Broekmans, F. J., Soules, M. R. & Fauser, B. C. Ovarian aging: mechanisms and clinical consequences. *Endocr. Rev.* 30, 465–493 (2009).
  53. Burger, H. G., Hale, G. E., Robertson, D. M. & Dennerstein, L. A review of hormonal changes during the menopausal transition: focus on findings from the Melbourne Women's Midlife Health Project. *Hum. Reprod. Update* 13, 559–565 (2007).
  54. Wise, P. M. Neuroendocrine modulation of the “menopause”: insights into the aging brain. *Am. J. Physiol.* 277, E965–E970 (1999).
  55. Downs, J. L. & Wise, P. M. The role of the brain in female reproductive aging. *Mol. Cell Endocrinol.* 299, 32–38 (2009).
  56. Butler, L. & Santoro, N. The reproductive endocrinology of the menopausal transition. *Steroids* 76, 627–635 (2011).
  57. Santoro, N. et al. Impaired folliculogenesis and ovulation in older reproductive aged women. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 88, 5502–5509 (2003).
  58. Archer, D. F. et al. Menopausal hot flushes and night sweats: where are we now? *Climacteric* 14, 515–528 (2011).
  59. Freeman, E. W., Sammel, M. D., Lin, H., Liu, Z. & Gracia, C. R. Duration of menopausal hot flushes and associated risk factors. *Obstet. Gynecol.* 117, 1095–1104 (2011).
  60. Gjelsvik, B., Rosvold, E. O., Straand, J., Dalen, I. & Hunskaar, S. Symptom prevalence during menopause and factors associated with symptoms and menopausal age. Results from the Norwegian Hordaland Women's Cohort study. *Maturitas* 70, 383–390 (2011).
  61. Richard-Davis, G. & Wellons, M. Racial and ethnic differences in the physiology and clinical symptoms of menopause. *Semin. Reprod. Med.* 31, 380–386 (2013).
  62. Duffy, O. K., Iversen, L., Aucott, L. & Hannaford, P. C. Factors associated with resilience or vulnerability to hot flushes and night sweats during the menopausal transition. *Menopause* 20, 383–392 (2013).
  63. Zervas, I. M. et al. Additive effect of depressed mood and vasomotor symptoms on postmenopausal insomnia. *Menopause* 16, 837–842 (2009).
  64. Al Safi, Z. A. & Santoro, N. Menopausal hormone therapy and menopausal symptoms. *Fertil. Steril.* 101, 905–915 (2014).
  65. Vivian-Taylor, J. & Hickey, M. Menopause and depression: is there a link? *Maturitas* 79, 142–146 (2014).
  66. Bay-Jensen, A. C. et al. Role of hormones in cartilage and joint metabolism: understanding an unhealthy metabolic phenotype in osteoarthritis. *Menopause* 20, 578–586 (2013).

67. Blumel, J. E. et al. Menopause could be involved in the pathogenesis of muscle and joint aches in mid-aged women. *Maturitas* 75, 94–100 (2013).
68. Nappi, R. E. & Kokot-Kierepa, M. Vaginal Health: Insights, Views and Attitudes (VIVA) - results from an international survey. *Climacteric* 15, 36–44 (2012).
69. Portman, D. J. & Gass, M. L. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and The North American Menopause Society. *Menopause* 21, 1063–1068 (2014).
70. Nappi, R. E. & Palacios, S. Impact of vulvovaginal atrophy on sexual health and quality of life at postmenopause. *Climacteric* 17, 3–9 (2014).
71. Avis, N. E. et al. Longitudinal changes in sexual functioning as women transition through menopause: results from the Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause* 16, 442–452 (2009).
72. Boyle, W. J., Simonet, W. S. & Lacey, D. L. Osteoclast differentiation and activation. *Nature* 423, 337–342 (2003).
73. Tella, S. H. & Gallagher, J. C. Prevention and treatment of postmenopausal osteoporosis. *J. Steroid Biochem. Mol. Biol.* 142, 155–170 (2014).
74. Khosla, S. Pathogenesis of age-related bone loss in humans. *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.* 68, 1226–1235 (2013).
- Este ensayo ilustra los mecanismo de la pérdida de hueso posmenopáusica.
75. Clarke, B. L. & Khosla, S. Physiology of bone loss. *Radiol Clin. North Am.* 48, 483–495 (2010).
76. Sapir-Koren, R. & Livshits, G. Is interaction between age-dependent decline in mechanical stimulation and osteocyte-estrogen receptor levels the culprit for postmenopausal-impaired bone formation? *Osteoporos. Int.* 24, 1771–1789 (2013).
77. Shuster, L. T., Rhodes, D. J., Gostout, B. S., Grossardt, B. R. & Rocca, W. A. Premature menopause or early menopause: long-term health consequences. *Maturitas* 65, 161–166 (2010).
78. Davis, S. R. et al. Understanding weight gain at menopause. *Climacteric* 15, 419–429 (2012).
79. Tchernof, A. & Despres, J. P. Pathophysiology of human visceral al obesity: an update. *Physiol. Rev.* 93, 359–404 (2013).
80. Barton, M. Cholesterol and atherosclerosis: modulation by oestrogen. *Curr. Opin. Lipidol* 24, 214–220 (2013).
81. Chedraui, P. et al. Angiogenesis, inflammation and endothelial function in postmenopausal women screened for the metabolic syndrome. *Maturitas* 77, 370–374 (2014).
82. Chedraui, P. et al. Circulating leptin, resistin, adiponectin, visfatin, adipisin and ghrelin levels and insulin resistance in postmenopausal women with and without the metabolic syndrome. *Maturitas* 79, 86–90 (2014).
83. Hage, F. G. & Oparil, S. Ovarian hormones and vascular disease. *Curr. Opin. Cardiol* 28, 411–416 (2013).
- Este artículo describe los mecanismos de vasoprotección de los estrógenos endógenos y el desarrollo de la enfermedad cardiovascular en la menopausia.
84. Abramson, B. L. & Melvin, R. G. Cardiovascular risk in women: focus on hypertension. *Can. J. Cardiol* 30, 553–559 (2014).
85. El Khoudary, S. R. et al. Progression rates of carotid intima-media thickness and adventitial diameter during the menopausal transition. *Menopause* 20, 8–14 (2013).
86. Hildreth, K. L., Kohrt, W. M. & Moreau, K. L. Oxidative stress contributes to large elastic arterial stiffening across the stages of the menopausal transition. *Menopause* 21, 624–632 (2014).
87. Moreau, K. L., Hildreth, K. L., Meditz, A. L., Deane, K. D. & Kohrt, W. M. Endothelial

- function is impaired across the stages of the menopause transition in healthy women. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 97, 4692–4700 (2012).
88. Stamatelopoulos, K. S. et al. Recently postmenopausal women have the same prevalence of subclinical carotid atherosclerosis as age and traditional risk factor matched men. *Atherosclerosis* 221, 508–513 (2012).
  89. Lobo, R. A. et al. Prevention of diseases after menopause. *Climacteric* 17, 540–556 (2014).
  90. Lisabeth, L. & Bushnell, C. Stroke risk in women: the role of menopause and hormone therapy. *Lancet Neurol.* 11, 82–91 (2012).
  91. Rocca, W. A., Grossardt, B. R., Miller, V. M., Shuster, L. T. & Brown, R. D. Jr. Premature menopause or early menopause and risk of ischemic stroke. *Menopause* 19, 272–277 (2012).
  92. De Vos, M., Devroey, P. & Fauser, B. C. Primary ovarian insufficiency. *Lancet* 376, 911–921 (2010).
  93. Wellons, M., Ouyang, P., Schreiner, P. J., Herrington, D. M. & Vaidya, D. Early menopause predicts future coronary heart disease and stroke: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Menopause* 19, 1081–1087 (2012).
  94. Luine, V. N. Estradiol and cognitive function: past, present and future. *Horm. Behav.* 66, 602–618 (2014).
  95. Silva, I. & Naftolin, F. Brain health and cognitive and mood disorders in ageing women. *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 27, 661–672 (2013).
  96. Weber, M. T., Maki, P. M. & McDermott, M. P. Cognition and mood in perimenopause: a systematic review and meta-analysis. *J. Steroid Biochem. Mol. Biol.* 142, 90–98 (2014).
  97. de Villiers, T. J. et al. Updated 2013 International Menopause Society recommendations on menopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health. *Climacteric* 16, 316–337 (2013).
  98. Henderson, V. W. Action of estrogens in the aging brain: dementia and cognitive aging. *Biochim. Biophys. Acta* 1800, 1077–1083 (2010).
  99. Hardy, R. & Kuh, D. Does early growth influence timing of the menopause? Evidence from a British birth cohort. *Hum. Reprod.* 17, 2474–2479 (2002).
  100. Elias, S. G., van Noord, P. A., Peeters, P. H., den Tonkelaar, T. I. & Grobbee, D. E. Childhood exposure to the 1944–1945 Dutch famine and subsequent female reproductive function. *Hum. Reprod.* 20, 2483–2488 (2005).
  101. Mishra, G. D., Cooper, R., Tom, S. E. & Kuh, D. Early life circumstances and their impact on menarche and menopause. *Women's Health* 5, 175–190 (2005).
  102. Hardy, R., Mishra, G. & Kuh, D. in *Menopause, Postmenopause and Aging*. (eds Purdie, D. W. et al.) 11–19 (Royal Society of Medicine Press Ltd London, 2005).
  103. Do, K. A. et al. Predictive factors of age at menopause in a large Australian twin study. *Hum. Biol.* 70, 1073–1091 (1998).
  104. Shinberg, D. S. An event history analysis of age at last menstrual period: correlates of natural and surgical menopause among midlife Wisconsin women. *Social Sci. Med.* 46, 1381–1396 (1998).
  105. Torgerson, D. J., Avenell, A., Russell, I. T. & Reid, D. M. Factors associated with onset of menopause in women aged 45–49. *Maturitas* 19, 83–92 (1994).
  106. Wise, L. A., Krieger, N., Zierler, S. & Harlow, B. L. Lifetime socioeconomic position in relation to onset of perimenopause. *J. Epidemiol. Commun. Health* 56, 851–860 (2002).
  107. Castelo-Branco, C. et al. Age at menopause in Latin America. *Menopause* 13, 706–712 (2006).
  108. Bromberger, J. T. et al. Prospective study of the determinants of age at menopause. *Am. J. Epidemiol.* 145, 124–133 (1997).
  109. Hardy, R., Kuh, D. & Wadsworth, M. Smoking, body mass index, socioeconomic



- status and the menopausal transition in a British national cohort. *Int. J. Epidemiol.* 29, 845–851 (2000).
110. van Asselt, K. M. et al. Current smoking at menopause rather than duration determines the onset of natural menopause. *Epidemiology* 15, 634–639 (2004).
111. Discigil, G., Gemalmaz, A., Tekin, N. & Basak, O. Profile of menopausal women in west Anatolian rural region sample. *Maturitas* 55, 247–254 (2006).
112. Hardy, R. & Kuh, D. Reproductive characteristics and the age at inception of the perimenopause in a British National Cohort. *Am. J. Epidemiol.* 149, 612–620 (1999).
113. Gold, E. B. et al. Factors related to age at natural menopause: longitudinal analyses. *Am. J. Epidemiol.* 178, 70–83 (2013).
114. McKinlay, S. M., Bifano, N. L. & McKinlay, J. B. Smoking and age at menopause in women. *Ann. Intern. Med.* 103, 350–356 (1985).
115. Mikkelesen, T. F., Graff-Iversen, S., Sundby, J. & Bjertness, E. Early menopause, association with tobacco smoking, coffee consumption and other lifestyle factors: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 7, 149–167 (2007).
116. Mark-Kappeler, C. J., Hoyer, P. B. & Devine, P. J. Xenobiotic effects on ovarian preantral follicles. *Biol. Reprod.* 85, 871–883 (2011).
117. Plante, B. J., Cooper, G. S., Baird, D. D. & Steiner, A. Z. The impact of smoking on antimullerian hormone levels in women aged 38 to 50 years. *Maturitas* 17, 571–576 (2010).
118. Luoto, R., Laprio, J. & Uutela, A. Age at natural menopause and sociodemographic status in Finland. *Am. J. Epidemiol.* 139, 64–76 (1994).
119. Lawlor, D. A., Ebrahim, S. & Smith, G. D. The association of socio-economic position across the life course and age at menopause: the British Women's Heart and Health Study. *BJOG* 110, 1078–1087 (2003).
120. Schoenbaum, E. E. et al. HIV infection, drug use, and onset of natural menopause. *Clin. Infect. Dis.* 41, 1517–1524 (2005).
121. van Noord, P. A., Dubas, J. S., Dorland, M., Boersma, H. & te Velde, E. Age at natural menopause in a population-based screening cohort: the role of menarche, fecundity, and lifestyle factors. *Fertil. Steril.* 68, 95–102 (1997).
122. Akahoshi, M. et al. The effects of body mass index on age at menopause. *International journal of obesity and related metabolic disorders.* *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.* 26, 961–968 (2002).
123. Sammel, M. D., Freeman, E. W., Liu, Z., Lin, H. & Guo, W. Factors that influence entry into stages of the menopausal transition. *Menopause* 16, 1218–1227 (2009).
124. Aydin, Z. D. Determinants of age at natural menopause in the Isparta Menopause and Health Study: premenopausal body mass index gain rate and episodic weight loss. *Menopause* 17, 494–505 (2010).
125. Sowers, M. R. et al. Genetic polymorphisms and obesity influence estradiol decline during the menopause. *Clin. Endocrinol. (Oxf.)* 74, 618–623 (2011).
126. Cohen, L. S., Soares, C. N., Vitonis, A. F., Otto, M. W. & Harlow, B. L. Risk for new onset of depression. *Study of moods and cycles.* *Arch. Gen. Psychiatry* 63, 385–390 (2006).
- Este es el primer trabajo para hallar que la depresión de reciente comienzo se asocia específicamente con el final de la transición de la menopausia.
127. Bromberger, J. T. et al. Depressive symptoms during the menopausal transition: the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *J. Affect Disord.* 103, 267–272 (2007).
128. Pastore, L. M., Carter, R. A., Hulka, B. S. & Wells, E. Self-reported urogenital symptoms in postmenopausal women: Women's Health Initiative. *Maturitas* 49, 292–303 (2004).

129. Freeman, E. W., Sammel, M. D. & Sanders, R. J. Risk of long-term hot flashes after natural menopause: evidence from the Penn Ovarian Aging Study cohort. *Menopause* 21, 924–932 (2014).
130. Politi, M. C., Schleinitz, M. D. & Col, N. F. Revisiting the duration of vasomotor symptoms of menopause: a meta-analysis. *J. Gen. Intern. Med.* 23, 1507–1513 (2008).
131. Col, N. F., Guthrie, J. R., Politi, M. & Dennerstein, L. Duration of vasomotor symptoms in middle-aged women: a longitudinal study. *Menopause* 16, 453–457 (2009).
132. Kravitz, H. M. & Joffe, H. Sleep during the perimenopause: a SWAN story. *Obstet. Gynecol. ClinNorth Am.* 38, 567–586 (2011).
133. Freeman, E. W., Sammel, M. D., Lin, H. & Nelson, D. B. Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 63, 375–382 (2006).
134. Wallace, R. B., Sherman, B. M., Bean, J. A., Treloar, A. E. & Schlabach, L. Probability of menopause with increasing duration of amenorrhea in middle-aged women. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 135, 1021–1024 (1979).
135. Burger, H. G., Dudley, E. C., Cui, J., Dennerstein, L. & Hopper, J. L. A prospective longitudinal study of serum testosterone, dehydroepiandrosterone sulfate, and sex hormone-binding globulin levels through the menopause transition. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 85, 2832–2838 (2000).
136. Metcalf, M. G., Donald, R. A. & Livesey, J. H. Pituitary-ovarian function before, during and after the menopause: a longitudinal study. *Clin. Endocrinol. (Oxf.)* 17, 489–494 (1982).
137. Davison, S. L., Bell, R., Donath, S., Montalto, J. G. & Davis, S. R. Androgen levels in adult females: changes with age, menopause, and oophorectomy. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 90, 3847–3853 (2005).
138. Modi, D., Bhartiya, D. & Puri, C. Developmental expression and cellular distribution of Mullerian inhibiting substance in the primate ovary. *Reproduction* 132, 443–453 (2006).
139. Sowers, M. R. et al. Anti-mullerian hormone and inhibin B in the definition of ovarian aging and the menopause transition. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 93, 3478–3483 (2008).
140. Santoro, N. et al. Helping midlife women predict the onset of the final menses, SWAN, the Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause* 14, 415–424 (2007).
141. Freeman, E. W., Sammel, M. D., Lin, H., Boorman, D. W. & Gracia, C. R. Contribution of the rate of change of antimullerian hormone in estimating time to menopause for late reproductive-age women. *Fertil. Steril.* 98, 1254–1259 (2012).  
Este es el primer trabajo para examinar el valor de los niveles seriados de AMH en la predicción de la menopausia.
142. La Marca, A. et al. Anti-Mullerian hormone-based prediction model for a live birth in assisted reproduction. *Reprod. Biomed. Online* 22, 341–349 (2011).
143. Hansen, K. R., Craig, L. B., Zavy, M. T., Klein, N. A. & Soules, M. R. Ovarian primordial and nongrowing follicle counts according to the Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW) staging system. *Menopause* 19, 164–171 (2012).
144. Crandall, C. J. et al. Osteoporosis screening in postmenopausal women 50 to 64 years old: comparison of US Preventive Services Task Force strategy and two traditional strategies in the Women's Health Initiative. *J. Bone Miner. Res.* 29, 1661–1666 (2014).
145. Sowers, M. R. et al. Amount of bone loss in relation to time around the final menstrual period and follicle-stimulating hormone staging of the transmenopause. *J. Clin. Endocrinol. Metabolism* 95, 2155–2162 (2010).
146. Hawker, G. et al. A clinical decision rule to enhance targeted bone mineral density testing in healthy mid-life women. *Osteoporos Int.* 23, 1931–1938 (2012).
147. Lim, L. S., Hoeksema, L. J. & Sherin, K. Screening for osteoporosis in the adult U. S. population: ACPM position statement on preventive practice. *Am. J. Prev. Med.* 36, 366–

375 (2009).

148. Davis, S. R., Tan, A. & Bell, R. J. Targeted assessment of fracture risk in women at midlife. *Osteoporos. Int.* <http://dx.doi.org/10.1007/s00198-015-3046-9> (2015).

Este artículo ofrece un enfoque clínico para comprobar la validez del cribado en las mujeres de mediana edad utilizando la densitometría ósea.

149. Lenders, J. W. et al. Pheochromocytoma and paraganglioma: an endocrine society clinical practice guideline. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 99, 1915–1942 (2014).

150. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edn* (American Psychiatric Association, 2013).

151. Bromberger, J. T. et al. Persistent mood symptoms in a multiethnic community cohort of pre- and perimenopausal women. *Am. J. Epidemiol.* 158, 347–356 (2003).

152. Morse, C. A., Dudley, E., Guthrie, J. & Dennerstein, L. Relationships between premenstrual complaints and perimenopausal experiences. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 19, 182–191 (1998).

153. Holte, A. & Mikkelsen, A. The menopausal syndrome: a factor analytic replication. *Maturitas* 13, 193–203 (1991).

154. Tehrani, F. R., Solaymani-Dodaran, M., Tohidi, M., Gohari, M. R. & Azizi, F. Modeling age at menopause using serum concentration of anti-mullerian hormone. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 98, 729–735 (2013).

155. Dewailly, D. et al. The physiology and clinical utility of anti-Mullerian hormone in women. *Update* 20, 370–385 (2014).

156. Tran, N. D., Cedars, M. I. & Rosen, M. P. The role of anti-mullerian hormone (AMH) in assessing ovarian reserve. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 96, 3609–3614 (2011).

157. Sullivan, S. D., Welt, C. & Sherman, S. FMR1 and the continuum of primary ovarian insufficiency. *Semin. Reprod. Med.* 29, 299–307 (2011).

158. Spath, M. A. et al. Intra-individual stability over time of standardized anti-Mullerian hormone in FMR1 premutation carriers. *Hum. Reprod.* 26, 2185–2191 (2011).

159. Richardson, S. J., Senikas, V. & Nelson, J. F. Follicular depletion during the menopausal transition: evidence for accelerated loss and ultimate exhaustion. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 65, 1231–1237 (1987).

160. Woods, D. C., White, Y. A. & Tilly, J. L. Purification of oogonial stem cells from adult mouse and human ovaries: an assessment of the literature and a view toward the future. *Reprod. Sci.* 20, 7–15 (2013).

161. Hanna, C. B. & Hennebold, J. D. Ovarian germline stem cells: an unlimited source of oocytes? *Fertil. Steril.* 101, 20–30 (2014).

162. Yuan, J. et al. No evidence for neo-oogenesis may link to ovarian senescence in adult monkey. *Stem Cells* 31, 2538–2550 (2013).

163. de Villiers, T. J. et al. Global Consensus Statement on menopausal hormone therapy. *Maturitas* 74, 391–392 (2013).

164. Furness, S., Roberts, H., Marjoribanks, J. & Lethaby, A. Hormone therapy in postmenopausal women and risk of endometrial hyperplasia. *Cochrane Database Syst. Rev.* 8, CD000402 (2012).

165. Hall, E., Frey, B. N. & Soares, C. N. Non-hormonal treatment strategies for vasomotor symptoms: a critical review. *Drugs* 71, 287–304 (2011).

166. Borrelli, F. & Ernst, E. Alternative and complementary therapies for the menopause. *Maturitas* 66, 333–343 (2010).

Esta es una revisión sistemática completa de la medicina alternativa y complementaria para los síntomas de la menopausia.

167. Dunn, J. F., Nisula, B. C. & Rodboard, D. Transport of steroid hormones. Binding of 21 endogenous steroids to both testosterone-binding globulin and cortico-steroid-binding globulin in human plasma. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 53, 58–68 (1981).

168. Raisz, L. G. et al. Comparison of the effects of estrogen alone and estrogen plus androgen on biochemical markers of bone form and resorption in postmenopausal women. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 81, 37–43 (1995).
169. Olie, V. et al. Hormone therapy and recurrence of venous thromboembolism among postmenopausal women. *Menopause* 18, 488–493 (2011).
170. Hoibraaten, E. et al. Increased risk of recurrent venous thromboembolism during hormone replacement therapy—results of the randomized, double-blind, placebo-controlled estrogen in venous thromboembolism trial (EVTET). *Thromb. Haemost.* 84, 961–967 (2000).
171. Liu, B. et al. Gallbladder disease and use of transdermal versus oral hormone replacement therapy in postmenopausal women: prospective cohort study. *BMJ* 337, a386 (2008).
172. Constantine, G., Graham, S., Portman, D. J., Rosen, R. C. & Kingsberg, S. A. Female sexual function improved with ospemifene in postmenopausal women with vulvar and vaginal atrophy: results of a randomized, placebo-controlled trial. *Climacteric* <http://dx.doi.org/10.3109/13697137.2014.954996> (2014).
173. Wurz, G. T., Soe, L. H. & DeGregorio, M. W. Ospemifene, vulvovaginal atrophy, and breast cancer. *Maturitas* 74, 220–225 (2013).
174. Pinkerton, J. V. et al. Evaluation of the efficacy and safety of bazedoxifene/conjugated estrogens for secondary outcomes including vasomotor symptoms in postmenopausal women by years since menopause in the Selective Estrogens, Menopause and Response to Therapy (SMART) trials. *J. Womens Health (Larchmt)* 23, 18–28 (2014).
175. Wierman, M. E. et al. Androgen therapy in women: a reappraisal: an endocrine society clinical practice guideline. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 99, 3489–3510 (2014).
176. Davis, S. R. Cardiovascular and cancer safety of testosterone in women. *Curr. Opin. Endocrinol. Diabetes Obes* 18, 198–203 (2011).
177. Santen, R. J. Vaginal administration of estradiol: effects of dose, preparation and timing on plasma estradiol levels. *Climacteric* 17, 1–14 (2014).
178. Grodstein, F., Manson, J. E., Stampfer, M. J. & Rexrode, K. Postmenopausal hormone therapy and stroke: role of time since menopause and age at initiation of hormone therapy. *Arch. Intern. Med.* 168, 861–866 (2008).
179. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion no. 556: Postmenopausal estrogen therapy: route of administration and risk of venous thromboembolism. *Obstet. Gynecol.* 121, 887–890 (2013).
180. Canonico, M. et al. Hormone therapy and venous thromboembolism among postmenopausal women: impact of the route of estrogen administration and progestogens: the ESTHER study. *Circulation* 115, 840–845 (2007).
181. Fournier, A. et al. Risks of endometrial cancer associated with different hormone replacement therapies in the E3N cohort, 1992–2008. *Am. J. Epidemiol.* 180, 508–517 (2014).
182. Manson, J. E. et al. Algorithm and mobile app for menopausal symptom management and hormone non-hormonal therapy decision making: a clinical decision-support tool from The North American Menopause Society. *Menopause* 22, 247–253 (2014).
183. Chin, J., Konje, J. C. & Hickey, M. Levonorgestrel intrauterine system for endometrial protection in women with breast cancer on adjuvant tamoxifen. *Cochrane Database Syst. Rev.* 4, CD007245 (2009).
184. Wan, Y. L. & Holland, C. The efficacy of levonorgestrel intrauterine systems for endometrial protection: a systematic review. *Climacteric* 14, 622–632 (2011).
185. Stearns, V. et al. Active tamoxifen metabolite plasma concentrations after coadministration of tamoxifen and the selective serotonin reuptake inhibitor paroxetine. *J.*

- Natl Cancer Inst. 95, 1758–1764 (2003).
186. Lethaby, A. et al. Phytoestrogens for menopausal vasomotor symptoms. *Cochrane Database Syst. Rev.* 12, CD001395 (2013).
187. Rada, G. et al. Non-hormonal interventions for hot flushes in women with a history of breast cancer. *Cochrane Database Syst. Rev.* 9, CD004923 (2010).
188. Leach, M. J. & Moore, V. Black cohosh (*Cimicifuga* spp.) for menopausal symptoms. *Cochrane Database Syst. Rev.* 9, CD007244 (2012).
189. Laakmann, E., Grajecki, D., Doege, K., zu Eulenburg, C. & Buhling, K. J. Efficacy of *Cimicifuga racemosa*, *Hypericum perforatum* and *Agnus castus* in the treatment of climacteric complaints: a systematic review. *Gynecol. Endocrinol.* 28, 703–709 (2012). 18 | 2015 | VOLUME 1 [www.nature.com/nrdp](http://www.nature.com/nrdp)
190. Walega, D. R., Rubin, L. H., Banuvar, S., Shulman, L. P. & Maki, P. M. Effects of stellate ganglion block on vasomotor symptoms: findings from a randomized controlled clinical trial in postmenopausal women. *Menopause* 21, 807–814 (2014).
191. Sinha, A. & Ewies, A. A. Non-hormonal topical treatment of vulvovaginal atrophy: an up to date overview. *Climacteric* 16, 305–312 (2013).
192. Gartoulla, P., Worsley, R., Bell, R. J. & Davis, S. R. Moderate-severe vasomotor and sexual symptoms remain problematic for 60–65 year old women. *Menopause* <http://dx.doi.org/10.1097/GME.0000000000000383> (2014).
193. Elavsky, S., Gonzales, J. U., Proctor, D. N., Williams, N. & Henderson, V. W. Effects of physical activity on vasomotor symptoms: examination using objective and subjective measures. *Menopause* 19, 1095–1103 (2012).
194. Daley, A. et al. The effectiveness of exercise as treatment for vasomotor menopausal symptoms: randomised controlled trial. *BJOG* 122, 565–575 (2015).  
Este es un ensayo aleatorizado realizado en atención primaria que examina los efectos del ejercicio sobre los síntomas de la menopausia . No halló ningún efecto y por lo tanto la recomendación de ejercicio por los prestadores como terapia de primera línea es cuestionable.
195. Babatunde, O. O., Forsyth, J. J. & Gidlow, C. J. A meta-analysis of brief high-impact exercises for enhancing bone health in premenopausal women. *Osteoporos Int.* 23, 109–119 (2012).
196. Martyn St James, M. & Carroll, S. A meta-analysis of impact exercise on postmenopausal bone loss: the case for mixed loading exercise programmes. *Br. J. Sports Med.* 43, 898–908 (2009).
197. Tucker, L. A., Fosson, E., Bailey, B. W. & Lecheminant, J. D. Is the dose response relationship between body mass and hip bone mineral density in women influenced by diet, physical activity, or menopause? *Am. J. Health Promot.* 28, 325–327 (2013).
198. Newton, K. M. et al. Efficacy of yoga for vasomotor symptoms: a randomized controlled trial. *Menopause* 21, 339–346 (2014).
199. Portman, D. J., Bachmann, G. A. & Simon, J. A. Ospemifene, a novel selective estrogen receptor modulator for treating dyspareunia associated with postmenopausal vulvar and vaginal atrophy. *Menopause* 20, 623–630 (2013).
200. Avis, N. E. et al. Change in health-related quality of life over the menopausal transition in a multiethnic cohort of middle-aged women: Study of Women’s Health Across the Nation. *Menopause* 16, 860–869 (2009).  
Este artículo discute el impact de la menopausia en la calidad de vida
201. Zollner, Y. F., Acquadro, C. & Schaefer, M. Literature review of instruments to assess health-related quality of life during and after menopause. *Qual. Life Res.* 14, 309–327 (2005).
202. Salpeter, S. R., Buckley, N. S., Liu, H. & Salpeter, E. E. The cost-effectiveness of hormone therapy in younger and older postmenopausal women. *Am. J. Med.* 122, 42–

52.e2 (2009).

Este artículo refuerza la importancia de la calidad de vida a nivel de la comunidad.

203. Utian, W. H. & Woods, N. F. Impact of hormone therapy on quality of life after menopause. *Menopause* 20, 1098–1105 (2013).

204. Archer, D. F. et al. Long-term safety of drospirenone-estradiol for hormone therapy: a randomized, double-blind, multicenter trial. *Menopause* 12, 716–727 (2005).

205. Al Akoum, M. et al. Effects of *Hypericum perforatum* (St. John's wort) on hot flashes and quality of life in perimenopausal women: a randomized pilot trial. *Menopause* 16, 307–314 (2009).

206. Kalay, A. E., Demir, B., Haberal, A., Kalay, M. & Kandemir, O. Efficacy of citalopram on climacteric symptoms. *Menopause* 14, 223–229 (2007).

207. Somunkiran, A., Erel, C. T., Demirci, F. & Senturk, M. L. The effect of tibolone versus 17 $\beta$  estradiol on climacteric symptoms in women with surgical menopause: a randomized, cross-over study. *Maturitas* 56, 61–68 (2007).

208. Utian, W. et al. Bazedoxifene/conjugated estrogens and quality of life in postmenopausal women. *Maturitas* 63, 329–335 (2009).

209. Wiklund, I. K., Mattsson, L. A., Lindgren, R. & Limoni, C. Effects of a standardized ginseng extract on quality of life and physiological parameters in symptomatic postmenopausal women: a double-blind, placebo-controlled trial. *Swedish Alternative Med. Group. Int. J. Clin. Pharmacol. Res.* 19, 89–99 (1999).

210. Hays, J. et al. Effects of estrogen plus progestin on health-related quality of life. *N. Engl. J. Med.* 348, 1839–1854 (2003).

211. Brunner, R. L. et al. Effects of conjugated equine estrogen on health-related quality of life in postmenopausal women with hysterectomy: results from the Women's Health Initiative randomized clinical trial. *Arch. Internal Med.* 165, 1976–1986 (2005).

212. Hlatky, M. A., Boothroyd, D., Vittinghoff, E., Sharp, P. & Whooley, M. A. Quality-of life and depressive symptoms in postmenopausal women after receiving hormone therapy: results from the Heart and Estrogen/ Progestin Replacement Study (HERS) trial. *JAMA* 287, 591–597 (2002).

213. Ylikangas, S., Sintonen, H. & Heikkinen, J. Decade-long use of continuous combined hormone replacement therapy is associated with better health-related quality of life in postmenopausal women, as measured by the generic 15D instrument. *J. Br. Menopause Soc.* 11, 145–151 (2005).

214. Zeleke, B. M., Davis, S. R., Fradkin, P. & Bell, R. J. Vasomotor symptoms and urogenital atrophy in older women: a systematic review. *Climacteric* <http://dx.doi.org/10.3109/13697137.2014.978754> (2014).

215. Rossouw, J. et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative Randomised Controlled Trial. *JAMA* 288, 321–333 (2002).

## Links, Videos y Películas de interés

**Tercer Newsletter de WAS**, correspondiente a la nueva comisión directiva. Pueden consultarlo, como así también los anteriores en: <http://www.worldsexology.org>

**Federación Latinoamericana de Sexología y Educación Sexual:** <http://www.flases.net/>

WAS Declaration of Sexual Rights in the session of the UN Commission of Population and Development.

<http://www.worldsexology.org/declaration-of-sexual-rights-presented-in-united-nations/>

The **Summer 2014 edition of the Kinsey Today (Volume 18, Number 1)** newsletter is now available online:

<http://www.kinseyinstitute.org/newsletter/smr2014/index.html>. **Interesantes textos** de la Librería Kinsey: <http://www.kinseyinstitute.org/library/e-text/index.html>

**Nuevo Newsletter de CLAM** (Centro Latinoamericano en Sexualidad y Derechos Humanos) cuya finalidad es producir, organizar y difundir conocimientos sobre sexualidad bajo la perspectiva de los derechos humanos, buscando, así, contribuir a la disminución de las desigualdades de género y al fortalecimiento de la lucha contra la discriminación de las minorías sexuales en la región. **Nuevos newsletters:** 30/07/15; <http://www.clam.org.br/es>

**Asociación Médica Argentina de Anticoncepción:** en su página web [www.amada.org.ar](http://www.amada.org.ar) encontraras información actualizada sobre Anticoncepción y Salud Reproductiva tanto para los profesionales como para la comunidad.

**Sexualidad, Salud y Sociedad** - Revista Latinoamericana. Nº 19 . 2015  
<http://www.sexualidadsaludysociedad.org/>

**FEIM** es una organización no gubernamental (ONG) Argentina de mujeres y jóvenes, que trabaja desde 1989 para mejorar la condición social, política, laboral, educacional, económica y de salud de mujeres y niñas, defendiendo sus derechos y promoviendo mejores condiciones de vida y la paridad entre mujeres y hombres.

<http://feim.org.ar/>

**UNICEF a)** Resources for Media: <http://weshare.unicef.org/mediareources> **b)** Comunicados de prensa y notas de actualidad: [http://www.unicef.org/spanish/media/media\\_71724.html](http://www.unicef.org/spanish/media/media_71724.html)

**Interesante link: Sexualidades con perspectiva en diversidad funcional**

<http://sexualidadespecial.blogspot.com.ar>

**Les clients.** Publicado el 16 nov. 2013. Es un video de sensibilización que ha lanzado Zéromacho en Francia, una **asociación de hombres que están contra la prostitución**. Está basado en conversaciones reales de chats. Subtitulado en español

<https://www.youtube.com/watch?v=7HOkcyGcziE>

**Documental: Intersexuales (hermafroditas)** - La Ciencia del Género - National Geographic - 1/3

1) <https://www.youtube.com/watch?v=2IR-QATd-6c>

2) <https://www.youtube.com/watch?v=Tsl4nBaxymg>

3) <https://www.youtube.com/watch?v=FIVQswNkPpTM>

**VIOLENCIA DE GENERO** para Fundación Mujeres en Igualdad

<https://www.youtube.com/watch?v=6CSYWYdjf8A>

Link: Texto de la ley de Identidad de género: <http://www.defensorba.org.ar/pdfs/Ley-de-Identidad-de-Genero-y-Aspectos-Destacados.pdf>

**Otros Documentales:**

**1. Este es Mi Cuerpo:** <https://www.youtube.com/watch?v=wOV1rVgc3WM>  
Trata sobre el empoderamiento de las mujeres sobre sus cuerpos. **Fuente:**  
<http://www.cuidarnos.esquerernos.blogspot.com.ar/>

**2. Cortometraje que explica la orientación sexual y la identidad de genero**  
<https://www.youtube.com/watch?v=EOI0QyxItBU>

**3. Intervención de Efigenio Amezua en el XI seminario Derechos Humanos para educadores Universidad del País Vasco - 2012**

✓ <https://www.youtube.com/watch?v=UU352vC-A4> **Parte 1**

✓ <https://www.youtube.com/watch?v=EvGlio8SJRA> **Parte 2**

✓ <https://www.youtube.com/watch?v=92Muz2IKE6s> **Parte 3**

**4. "Sexting"** Taller de prevención realizado en el IPET de La Posta Córdoba, en el marco del proyecto de Educación Sexual "Sulky Sexológico" que utiliza como recurso pedagógico participativo distintos medios audiovisuales y es coordinado por la Médica Gabriela Uzal, con la colaboración del Dr. Luciano Rivero, (ambos del programa Médicos Comunitarios), los maravillosos alumnos y dedicados docentes de la Comuna de La Posta.  
[https://www.youtube.com/watch?v=pRNkWzNtkrY&fb\\_action\\_ids=908263799214655&fb\\_action\\_types=og.shares](https://www.youtube.com/watch?v=pRNkWzNtkrY&fb_action_ids=908263799214655&fb_action_types=og.shares)

**5. Cortometraje que muestra qué significa amar y ser amado**

<https://www.youtube.com/watch?v=eOFeSM1E2F0>

**6. Video completo del stand-up de Louis CK "Live at the Beacon Theater" (2011) subtulado al español.**

**Fuente:** <http://blogs.elpais.com/eros/2015/04/monstruos-en-la-cama.html>

Creemos que ellas tienen menos deseo que nosotros...". Es que ellas quieren sexo con un hombre, y nosotros solo pensamos en pussy ("coño"), sin nombres propios y ni siquiera un artículo. Más o menos por ese lado va el monólogo de este monstruo del stand-up que no tiene vergüenza de nada (mucho menos de autohumillarse imitando a los hombres en pleno acto -del todo insatisfactorio para su compañera-). Se llama Louis C.K., o ese es su nombre artístico, y creo que este vídeo (desde el minuto 5:50) es imperdible. "Lo malo es que a pesar de todas las obsesiones que tenemos con el sexo, somos malísimos haciéndolo", confiesa, por ejemplo.

<https://www.youtube.com/watch?t=353&v=vN-iosQxREM>

**7. Cortometraje francés muestra un mundo donde los hombres son mujeres.** Publicado el 12 feb. 2014. La realizadora del film quería que los hombres sintieran lo que muchas mujeres viven



en su propia realidad y hacer un reflexión sobre los temas de género que acosan nuestra sociedad.

<https://www.youtube.com/watch?v=90TqbchFQYY>

### **Recomiendo las siguientes Películas:**

**1. Caza al asesino 2013 - The Frozen Ground - Película completa en Español Latino.** Basada en una historia real sucedida en Alaska. Robert Hansen (John Cusack) era un padre de familia que se dedicaba a contratar prostitutas en Anchorage a las que luego secuestraba, torturaba y violaba; después las llevaba a una remota cabaña en su avioneta. Una vez allí, las liberaba para darles caza como si fueran animales. El agente de la policía Jack Halcombe (Nicolas Cage) está decidido a atraparle. Para ello cuenta con la única testigo que ha conseguido escapar, la joven prostituta Cindy Paulson

<https://www.youtube.com/watch?v=yCpbFkXOOW0>

**2. Mommy (2014).**- En una Canadá ficticia, se aprueba una ley que permite que los padres incapaces de controlar a sus hijos problemáticos les internen en un centro especial. Sin embargo, Diane "Die" Despres, una madre viuda con carácter, decide educar ella misma a su hijo adolescente Steve, que padece ADHD y que puede llegar a resultar violento. Kyla, la vecina de enfrente de su casa, le ofrece su ayuda a Die. La relación entre los tres se hará cada vez más estrecha, surgiendo preguntas sobre el misterio de su vida.

**3. Documental. El Triángulo Rosa y la cura Nazi para la Homosexualidad.** El documental cuenta la historia de un investigador tras los pasos de Carl Peter Vaernet, médico danés ligado a las SS, quien durante la Segunda Guerra Mundial experimentó con jóvenes una supuesta cura para la homosexualidad.

## Técnicamente virgen: sobre las chicas católicas y el sexo anal

¿Es cierto que las chicas católicas acceden a tener sexo anal para evitar perder la “Flor de la Virginidad”? ¿Y qué nos dice esto de nuestra sociedad, de la iglesia y de la confusión sexual con la que crecemos?

**Fuente:** <http://pijamasurf.com/> 22/08/2012

**POR:** ALEJANDRO MARTINEZ GALLARDO

Una leyenda urbana ronda ciudades en las que existen una notoria población católica, jóvenes ufanos que gustan de relatar sus experiencias sexuales suelen señalar que si bien muchas chicas católicas se niegan a tener sexo vaginal, bajo una paradigmática aura de pureza (que para muchos solo las hace más sexy), muchas de ellas están dispuestas a intentar todo tipo de actos eróticos periféricos, como el sexo anal, siempre que no rompan con el sello de su virginidad.

En el popular Urban Dictionary encontramos la siguiente definición (en inglés) de “niña católica”: Se refiere a una joven mujer que, en su intento de preservar su virginidad, tendrá sexo anal, pero se negará a una relación sexual convencional (“I won’t give it up, but I’ll take it up”).

En este foro, por ejemplo, se concluye que la supuesta pasión por el sexo anal de las mujeres brasileñas es el resultado de que Brasil es un país predominantemente católico en el que se les inculcaría la importancia de llegar vírgenes al matrimonio.

Más allá de que esta supuesta permisividad anal de las chicas católicas –y se dice que también las chicas judías– sea una fantasía rebelde de los adolescentes ansiosos por desvirgar a su novia o de nuestra cultura llena de películas como *American Pie* y de revistas como *Teen*, o en realidad sea algo que ocurre entre un sector de la población, el tema nos permite reflexionar sobre lo ridículo que es la religión oficial en lo que respecta a la sexualidad moderna. Lo que alimenta esta posible tendencia sexual es que la religión católica sostiene que una mujer debe de llegar virgen al matrimonio, tener sexo vaginal sin estar casado es un pecado –el sexo anal, seguramente

también un pecado, sin embargo, parece escaparse del imperativo en una laguna del dogma católico (las mismas personas que “aplican la ley”, los padres y los sacerdotes, sufren de esa misma represión y nunca se atreverían a hablar del sexo anal) . Por supuesto, aquí se exhibe una doble moral, el sexo anal es algo que se da por detrás en el sentido también de que puede ocultarse (en China se han popularizado hímenes artificiales para poder ocultar la penetración vaginal). No sólo es el temor al castigo de Dios, es el temor al castigo del Otro, de la sociedad, del hombre: al hacer visible la ausencia de la sangre. Lo absurdo es que esta ley moral, se dice, parte de lo que ha sido establecido por la divinidad –pero esta ley supuestamente de origen divino, la cual es la que originó la prohibición sexual en primera instancia, poco pesa en comparación con el escrutinio profano del hombre. El hombre que irracionalmente (como ocurre en la novela Crónica de una Muerte Anunciada) proyecta su miedo a la interfase divina y persigue un dictamen anacrónico que ni siquiera entiende.

¿De quién se esconden las niñas católicas que tienen sexo anal para evitar perder su virginidad?

El tema de fondo es cómo la iglesia ha usado la sexualidad como un mecanismo de poder para controlar a las masas. Si bien es indudable que existe una liberación sexual –muchas veces anegada por el bombardeo mediático del deseo dentro de la lógica perversa del consumo–, aún vivimos colectivamente los traumas de siglos de represión y confusión en nuestro entorno más inmediato: el cuerpo. Una intimidad sujeta a un aparato de poder, a una serie de normas que si tenían un significado y un sentido sagrado, con el tiempo y la ambición se han prostituido en su castidad. La energía sexual es sin duda uno de los ámbitos fundamentales para la salud y la evolución humana; tergiversada entre dogmas y miedos atávicos, es difícil hoy ir al encuentro de ese abrazo cósmico sin todo un bagaje de fantasmas que dificultan el contacto en el presente, extático y libre de hacer que el hombre acaricie la divinidad sin un intermediario.

---

## ¿Y qué sabrá la ciencia de sexo?

**Mejorar la vida íntima es una preocupación colectiva. Esto han alumbrado al respecto los estudiosos del mundo**

**Fuente:** El País.es/ La Buena Vida. 9/07/15  
Silvia C. Carpallo

Si uno valora la satisfacción sexual basándose en los estándares de una película pornográfica, todo quedará reducido a tamaños, tiempos y frecuencias. Pero si uno tiene cierta experiencia en estos lares (y un poco de cabeza), descubrirá que su satisfacción poco tiene que ver con las cifras, sino más bien con las emociones, sensaciones y, por supuesto, con lo que nuestro cuerpo nos permita. Resultan determinantes los factores psicológicos y fisiológicos. ¿Cuáles en concreto? Como esta no es una pregunta individual, sino universal, la ciencia también se ha ocupado de buscar respuestas. Estas son algunas de sus afirmaciones, que, por supuesto, cada uno puede usar en su propio beneficio.

**1. La madurez femenina es un valor al alza.** Se dice que el sexo es cosa de jóvenes, pero, en realidad, la ciencia apunta a que la satisfacción sexual, sobre todo en las mujeres, aumenta con la edad. Esta era la idea que manejaron investigadores de la Universidad de California en un estudio publicado en [American Journal of Medicine](#). Su trabajo consistió en evaluar la actividad y la satisfacción sexual de un total de 806 mujeres con una media de edad de 67 años. El 61% de ellas afirmó sentirse satisfechas sexualmente, un porcentaje que aumentaba con la edad. “Al cumplir años, tenemos un mayor conocimiento tanto de la sexualidad, tanto propia como ajena”, aclara Almudena Herranz, del [centro sexológico Sexorum](#). “Por tanto, esta experiencia puede significar tener mayor claridad sobre lo que se desea, cómo se desea, en qué circunstancias y con quién”, añade. Investigadores de Luisiana, Florida y Baylor, por su parte, estudiaron, por su parte, la vida sexual en parejas casadas, concluyendo que [a los 50 se volvía a encender la chispa](#).

**2. La salud cardiovascular también se nota en la cama.** Sabemos que [el orgasmo mejora algunos indicadores de la salud](#), pero la otra perspectiva es analizar cómo nuestra salud afecta a la sexualidad. Según los resultados de la Encuesta Nacional de Actitudes Sexuales y Estilos de Vida, realizada en Reino Unido y publicada en [The Lancet](#), la mala salud se asocia con la disminución de la actividad y la satisfacción sexual en todas las edades, y para colmo pocas personas buscan ayuda clínica sobre este aspecto. Este es uno de los factores más preocupantes, ya que, a veces, las disfunciones sexuales pueden

ser una señal de que existe una enfermedad oculta. “En los varones, por ejemplo, está bien documentado que la disfunción eréctil puede ser un marcador precoz de enfermedad cardiovascular, especialmente en pacientes con diabetes, y que su presencia se asocia a un mayor riesgo de infarto de miocardio y de mortalidad cardiovascular”, explica Ricardo Gómez Huelgas, vicepresidente segundo de la Sociedad Española de Medicina Interna ([SEMI](#)).

**3. Los tacones altos no ayudan.** La revista [Time](#) se hacía eco de los aspectos más llamativos del libro [Vagina: una nueva biografía de la sexualidad femenina](#), de Naomi Wolf, basada en los estudios del ginecólogo Eden Fromberg. Entre las diversas conclusiones del libro, destacaba el hecho de que llevar tacones se relaciona con tener una mayor dificultad para alcanzar el orgasmo, no para el hombre (y no digamos si es fetichista), sino para la mujer. Para entender un poco más esta afirmación, el fisioterapeuta [Pablo Delgado de la Serna](#) explica: “Los tacones desplazan la postura del cuerpo hacia delante, lo que produce una anteversión de la pelvis y, en muchos casos, esto lleva a un debilitamiento de la musculatura del suelo pélvico, siendo una de las posibles consecuencias la aparición de disfunciones sexuales”. “Lo recomendable es usar tacones de entre 2 y 4 centímetros de altura”, precisa De la Serna.

**4. El sudor del hombre estimula a la mujer.** Según el estudio publicado en [The Journal of Neuroscience](#), el líquido que segregan las glándulas del varón puede alterar los niveles de cortisol (hormona) en la femina, predisponiéndola al sexo. Concretamente, el estudio habla de cambios hormonales en mujeres que habrían olido androstadienona, un compuesto del sudor masculino. Como explica Lluís Bassas, miembro de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición ([SEEN](#)) y jefe de la Sección de Seminología y Embriología de la Fundación Puigvert, “los niveles de cortisol pueden variar mucho y muy rápidamente ante diversos estímulos mediados por señales nerviosas, metabólicas o procedentes de otras hormonas, lo que pone de relieve las diferencias entre los sexos en cuanto a la sensibilidad de las terminaciones nerviosas que captan compuestos volátiles por el olfato”.

**5. Disfrutamos más del sexo con una pareja estable.** La [tendencia biológica del ser humano al desliz](#) contrasta con un mayor nivel de satisfacción íntima en el marco de una pareja estable, como afirman el 97% de los hombres y el 96% de las mujeres en [la Encuesta Nacional de Salud Sexual, realizada por la Agencia de Salud Pública de](#)

[Barcelona \(ASPB\)](#). La sexóloga Almudena Herranz sostiene que en una pareja estable existe mayor complicidad e intimidad que con compañeros esporádicos, "de manera que se construye un lenguaje propio que ayuda a entenderse con mayor facilidad y se genera un buen clima para que los sexos puedan expresarse de forma auténtica y coherente a sus peculiares deseos y anhelos".

**6. Dormir bien es esencial.** Concretamente, cada hora adicional de sueño aumenta en un 14% la probabilidad de que una mujer mantenga relaciones sexuales al día siguiente, según el investigador David Kalmbach, de la [Universidad de Michigan](#). Insiste en esta idea el fisioterapeuta de la Serna: "Un buen descanso, tanto en cantidad como en calidad, favorece el correcto funcionamiento de los ciclos hormonales que requieren de cierto número de horas de descanso; el caso más claro es el ciclo del cortisol". Pero, además, "haber descansado correctamente nos mantiene activos, con apetencia; mientras que no descansar nos apaga, y el cuerpo da prioridad a actividades básicas y relega otras no prioritarias, como puede ser la sexual".

**7. La comida picante no excita.** No es que una enchilada predisponga al sexo, sino que suele ocurrir que los que prefieren este tipo de comida son *picantes* en todos los sentidos, debido a sus elevados niveles de testosterona. Según la publicación [Physiology & Behavior](#), "los hombres con afición al picante tienen constitucionalmente más testosterona", hormona relacionada con el mantenimiento del deseo sexual, tal como confirma Bassas.

**8. Defender la igualdad de género le hará mejor amante.** Cuando hablamos de sexo, hablamos también de sexos, es decir, del hecho de ser hombre y mujer, y cómo ambos conviven. Y si lo hacen en un entorno en el que se respeten sus diferencias y refuercen sus puntos en común, seguramente también acabarán por entenderse mejor en la cama. Esa era la idea que intentaba demostrar el investigador de la Universidad de Chicago Edward Laumann, al asegurar, en un estudio realizado en 2006 en casi 30 países, que [las parejas de los países occidentales](#) que gozaban de mayor igualdad entre hombres y mujeres, tenían niveles de satisfacción sexual más elevados. La sexóloga del centro Sexorum añade a este respecto: "Todo lo que facilite dejar de percibir que un sexo está contra el otro, en competición, y comiencen a entenderse en el plano de simetría y complicidad, fortalece las posibilidades de entendimiento en el campo

del deseo y el placer”. Por descontado, esta regla también se aplica a las parejas del mismo sexo.

**9. Los kilos de más estorban.** Y no por cuestiones de flexibilidad. La Universidad de Medicina de Ilam (Irán) realizó un estudio, el pasado enero, [vinculando el exceso de peso con las disfunciones sexuales femeninas](#), y concluyó que existía una relación de causa y efecto entre ambas. “En ambos sexos, la obesidad induce una serie de cambios hormonales que propician la disfunción en la esfera sexual. Es interesante resaltar que se ha demostrado que la pérdida de peso puede facilitar la recuperación de ese tipo de disfunción en muchos casos”, destaca Bassas.

**10. Las atletas gozan más.** El investigador Omer Faruk Karatas, de la [Universidad de Ankara](#) (Turquía), comparó a mujeres atletas con otras de vida sedentaria, y comprobó que a las primeras les llegaba mayor flujo de sangre al clítoris. “El deporte, además de eliminar estrés, mejora la respiración y la circulación, produciendo que los vasos sanguíneos aumenten de tamaño y mejore la llegada de sangre a la zona de la vagina, clítoris y musculatura cercana, cosa que repercute, para bien, en la calidad de las relaciones sexuales”, afirma Pablo Delgado de la Serna.

**11. Apagar (un rato) el móvil favorece la intimidad.** Para conectar con la pareja, bien sea estable u ocasional, necesitamos desconectar del resto de los asuntos. Y esto incluye las redes sociales. En esta idea insiste el reciente estudio *El papel de los teléfonos inteligentes y la tecnología en la vida sexual y romántica*, de la Universidad de Durham (Reino Unido). La investigación, financiada por Durex, examinó el impacto de la tecnología y *los smartphones* en [el romance, la intimidad y el sexo](#) de las personas con relaciones de larga duración, demostrando que si bien esta tecnología tenía sus beneficios, lo cierto es que generaba múltiples tensiones en la pareja. El consejo de los investigadores es simple: aprender a apagar el móvil cuando queremos disfrutar de un momento de intimidad. Y, de paso, llevar a la práctica la última chispa viral: fueron tan felices que no necesitaron publicarlo en Instagram.

---

**Lo que los monógamos pueden aprender de los polígamos –y viceversa**

**La monogamia no está exenta de diversión y la poligamia no está exenta de reglas: determinar el tipo de relación que tenemos con cada persona nutre el conjunto**

**Fuente:** pijamasurf.com 17/04/2013

“Siempre le he dicho a Will: ‘Puedes hacer todo lo que tú quieras por tanto tiempo como quieras mientras puedas mirarte en el espejo y estar bien con eso.’ Porque al final del día, Will es él mismo. Yo estoy aquí como su pareja, pero él es él mismo. Él debe decidir con quién quiere estar y yo no puedo hacer eso por él. Ni visceversa.”

La declaración anterior viene de la actriz Jada Pinkett Smith, casada desde hace años con el también actor Will Smith. Una pareja constantemente en el ojo público que, curiosamente, se mete en pocos escándalos a diferencia del gremio. Pero no necesitamos ser superestrellas de Hollywood para plantear los términos en que establecemos relaciones emocionales con otras personas.

Las parejas polígamas o poliamorosas (aquellas que establecen relaciones sentimentales duraderas y responsables durante mucho tiempo con más de una persona) tienen tantos problemas como los monógamos: el hecho de estar exclusivamente con una persona no nos exime de establecer reglas acerca del tipo de relación que queremos, ni de respetar los deseos de los demás.

Ni la monogamia es necesariamente una prisión ni la poligamia es una orgía perpetua, y cada pareja debe discutir y decidir qué es exactamente lo que desea de la otra persona (o personas) que comparten su vida sentimental. En cualquier esquema que decidamos adoptar para nuestras relaciones, hay algunas cosas que son válidas en amplio espectro:

### **1. Establecer claramente las reglas**

Los polígamos necesitan tantas reglas como los monógamos: establecer cuántas noches a la semana se pueden ausentar de casa, si es válido o no que las parejas ocasionales conozcan a los hijos (o si los hay, o si no), si las vacaciones pueden pasarse por separado o en grupo, y decidir qué curso de acción tomar en caso de que una relación fugaz comience a desarrollarse en algo más estable.



Un error muy común es pensar que las parejas polígamas se diferencian de las monógamas sólo en cuanto a los hábitos sexuales. Pareciera como si al elegir la monogamia, toda una serie de acuerdos se dieran por sentados o fueran a resolverse mágicamente. En cambio, podemos pensar cualquier tipo de relación en términos de personalización: mientras haya acuerdo y honestidad para asumir el propio deseo y estar dispuesto a aceptar los deseos del otro (tanto para nosotros como para con otras personas), y mientras haya claridad y comunicación, la decisión depende de cada uno.

¿Queremos experimentar con personas de nuestro mismo sexo?  
¿Qué tal invitar a una (o dos) personas más a dormir con nosotros? Aunque no seamos tan aventureros, pensemos simplemente en el caso hipotético de que nuestra pareja tenga hijos en una relación previa: las personas no son propiedades y tendrán que pasar tiempo con personas que tal vez no sean importantes en nuestras vidas, pero que para ellos lo fueron en algún momento. La monogamia no es un planeta donde vivimos con el otro exclusivamente y donde, por lo tanto, sus deseos se anulan. La monogamia no debe ser un acuerdo “por default”.

## **2. Una pareja no es (solamente) un amigo, compañero de viajes, cocinero, paño de lágrimas y chofer**

Pretender que una sola persona se ocupe de todas nuestras necesidades no sólo es egoísta sino agotador en la práctica. Incluso en una relación monógama, cada persona debería tener la libertad de perseguir sus propios intereses, sean de la naturaleza que sean. Delegar la carga de nuestra propia felicidad completamente en el otro es un mal trato a largo plazo. Sea la pareja que sea, nuestro bienestar lo construimos primero haciéndonos responsables de lo que deseamos. Si externamos el deseo y este es compatible con la visión de mundo de la otra persona, estaremos haciéndole un favor también al no hacerle lidiar con nuestros fantasmas, prejuicios y aspectos no expresados.

Las parejas polígamas tienen tal vez un poco más claro que la otra persona no debe ser *todo para ellos*. Repetimos: las personas no son propiedades. Incluso en un nivel ajeno a lo sexual, los amigos cumplen funciones afectivas que la pareja simplemente no puede asumir por completo. Necesitamos retroalimentación y convivencia con otras

personas, y la relación afectiva que construimos con cada una idealmente debería nutrir las demás. Sabemos que hay alguien con quien podemos ver cine polaco, alguien con quien podemos hablar de política, alguien con quien podemos quedarnos tirados en el piso sin hacer más nada; pero pretender que todos estos roles los cumpla una sola persona puede ser agotador.

### **3. Una relación nutritiva es honesta, a pesar de ser sexualmente exclusiva**

Si tener una relación polígama parece difícil es porque a veces lo es: los celos existen y reprimirlos no hará que desaparezcan. Saber con claridad lo que la otra persona espera de nosotros y viceversa es una clave fundamental para entrar en este tipo de relación –y por otra parte, en cualquier tipo de relación.

Tomemos por caso las relaciones laborales. Saber con exactitud lo que nuestros empleadores esperan de nosotros simplemente hace el trabajo más fácil y evita malentendidos. Habrán roces, equivocaciones, errores honestos y metidas de pata, pero partimos de un acuerdo común que determina el desarrollo de la relación. Con el amor (y el sexo, y los amigos) tampoco es diferente: prioridades, reglas y acuerdos sólo cambian de lugar; algunos son negociables y otros no, pero ya sea que estemos en una relación con una sola persona o con varias, externarlas, comunicarlas y retroalimentarlas siempre será necesario.

Más allá de las determinantes morales y los imperativos culturales, las relaciones amorosas son asunto de las personas: si podemos enfrentar nuestros prejuicios y asumir nuestros propios deseos, compartirlo con otra(s) persona(s) nutrirá la relación más importante de todas, y la que exige una fidelidad sin miramientos: la que tenemos con nosotros mismos.

---

### **En qué consisten las controvertidas mallas vaginales**

La sobrecarga del embarazo y el proceso del parto, suponen un enorme estrés para el cuerpo de la mujer. Estas tensiones pueden debilitar las estructuras naturales de soporte del suelo pélvico, y

con el tiempo dar lugar al prolapso de órganos pélvicos e incontinencia.

**Fuente:** BBC Mundo. Salud - 10/07/15

Los síntomas que se presentan cuando el suelo pélvico se ha debilitado pueden variar de leves a severos, y pueden afectar la posibilidad de llevar una vida activa e incluso de mantener una vida íntima sexual.

Para corregir los problemas relacionados con el prolapso de órganos pélvicos y la incontinencia existen opciones quirúrgicas y no quirúrgicas.

Entre las primeras están los implantes de mallas transvaginales que han sido motivo de controversia en Estados Unidos y en el Reino Unido después de que pacientes se quejaron de sufrir fuertes y constantes dolores abdominales y vaginales tras la operación.

Pero, ¿qué son exactamente estos implantes y cuáles son sus riesgos?

[Seguir leyendo](#)

---

## **La tribu donde las mujeres tienen el poder**

Es el pueblo nómada de los Wodaabe en el Sahara. Cada año, sus guerreros se pinta y bailan para ser elegidos como marido. Las mujeres tienen el derecho de tener más de un esposo y las que están solteras pueden tener relaciones sexuales cuando quieran y con quien quieran

**Fuente:** Clarin.- 10/07/15



Son uno de los últimos pueblos del planeta que el tiempo no ha logrado alterar. Los llaman los pastores del sol. La **tribu Wodaabe** es una comunidad islámica nómada que pasa la mayoría del tiempo entre el desierto del Sáhara y la sabana nigerina de Sahel, pero que también puede encontrarse en Camerún, Chad y Nigeria. Y que tiene una especial peculiaridad: **sus mujeres.**

Ellas gobiernan. Y cada año, en un festival en el que **"desfilan" los hombres**, las mujeres wodabbe eligen a sus parejas entre los guerreros que danzan, ataviados y pintados especialmente para la ocasión en **una ancestral demostración y despliegue de belleza y colores.**



**Fotos: AFP**

Las mujeres de Wodaabe tienen **el derecho de tener más de un marido** y las que están solteras pueden **tener relaciones sexuales cuando quieran y con quien quieran**, informa el diario **Daily Mail** en un reportaje sobre este excepcional grupo humano que ha sido objeto de varios documentales.

El festival de belleza ocurre cada año en el mes de septiembre, al final de la época de lluvias. Los hombres Wodaabe celebran el festival Gerewol, que dura siete días y siete noches. En el transcurso de la celebración **los varones se maquillan todo el cuerpo y tratan de impresionar a las mujeres** bailando para ellas con el objetivo de ser elegidos como esposos.

El jurado, compuesto por **las tres mujeres más guapas de la tribu**, viendo su danza, eligen a los tres ganadores, mientras otras mujeres también pueden encontrar marido, sin importar que ya estén casadas. Y probablemente se trate del festival de belleza más impresionante del mundo.



Viendo la danza de los hombres también está el resto de mujeres de la tribu que pueden elegir a su próximo marido. Si les gusta uno de ellos **pueden decidir ser "robadas" por él** y dejar atrás a sus actuales maridos. Aquellas que quieren ser "robadas" tienen que esperar a que su favorito les toque en el hombro.

Las mujeres wodaabe tienen el poder en esta tribu y eso conlleva, además, su libertad sexual.

---

### Adolescentes "Ace": ¿En qué consistiría este nuevo movimiento?

Se trata de una especie de "asexualidad" vivida por muchos teens, que no sentirían deseos sexuales, orientándose a vivir el amor como una experiencia exclusivamente romántica. El "as" de las cartas de póker representa la postura que tendrían en este sentido.

Fuente: <http://www.losandes.com.ar/> 15/07/15

### [Analía de la Llana](#)

Muchas veces se piensa que una postura determinada sobre un tema es nueva, cuando en realidad lo que hace básicamente es hacerse "visible".

En épocas de redes sociales, interacciones instantáneas a velocidad de la luz, y la posibilidad de información y comunicación a nivel planetario en décimas de segundos, los adolescentes tienen en sus manos una posibilidad única y preciada: la “visibilidad”, que las redes terminan por hacer masiva.

Entonces pareciera que cada día surgen nuevas orientaciones, o búsquedas, aunque en realidad siempre hayan estado allí. Es el caso de los jóvenes “ace”. Un fenómeno que implicaría que muchos adolescentes que adhieren a este pensamiento y sentir, no privilegian ni tienen deseos sexuales por ningún género, como indicaría la biología que sucede a esta edad.

Sin embargo, no es así: la biología puede modelar los caracteres sexuales externos, pero la sexualidad es mucho más compleja que el nivel de hormonas en sangre.

Por ello, el psicólogo y sexólogo Germán Gregorio Morassutti aclara ideas, echando luz sobre la compleja y personal trama que implica la sexualidad a toda edad.

### **Con el “as en la manga”**

Se habla de que los adolescentes que tienen esta postura respecto a su sexualidad, se engloban bajo el nombre de “ace” que, en español, significa “as”, en referencia a las cartas de póker.

Esta es la presentación que tienen en las redes sociales y, según el “as” seleccionado, van desde los perfiles románticos absolutos, hasta aquellos que podrían tener algún acercamiento sexual sólo con alguna persona de confianza. Aún así, su interés sexual sigue siendo bajo. Además, el “ace day” es una fecha que celebra, una vez por año, esta nueva forma de diversidad sexual.

Como explica Gregorio Morassutti: “los adolescentes van colocando nombres, a las distintas maneras de pensar, o a los grupos que van conformando, pero el tema fundamental es que hoy, la temática de las comunicaciones y la capacidad de conectarse que tienen hace que sea mucho más fácil encontrar personas afines, y con las mismas

creencias, bautizadas por ellos mismos con diversos nombres para simbolizarlas”.

**- ¿Podemos hablar de un “movimiento” en el sentido literal de la palabra en el caso de los adolescentes “ace”?**

- Son posturas extremas en realidad, algo muy característico en el adolescente. Cuando se parte de un concepto de sexualidad, ésta tiene que ver con la esencia misma del ser humano. Hay que entender que todos los comportamientos que tenemos tienen que ver con la sexualidad, lo que haría que no existiera la “asexualidad” en este sentido.

**- ¿Qué aspecto puede en una persona colaborar con la falta de interés en la sexualidad?**

- Se puede tener un paciente con una patología depresiva, en donde obviamente la sexualidad va a estar en un quinto plano, pero porque la persona depresiva no se halla en contacto con la vida. Por ende va a haber una disminución de la sexualidad o la libido, que tiene que ver con el deseo sexual, es decir, el deseo del encuentro sexual.

**- ¿Cómo se posicionarían los jóvenes que adoptan el movimiento “ace”?**

- Los adolescentes en general se mueven mucho en los extremos. Entonces se tiene el extremo de la hipersexualidad, en donde estarían los jóvenes que van probando diferentes aspectos de la sexualidad, experimentando para poder decidirse y ver a través de la misma, para lograr descubrir cosas, encontrarse, y definirse.

En el otro extremo entraría la “asexualidad” que es directamente no expresar absolutamente nada que tenga que ver con lo sexual. En realidad el mayor número de los jóvenes, en la mayoría de los lugares geográficos, se encuentran en el medio de la curva, y no en estos dos extremos citados. Por supuesto que hay muchos que se identifican con esto.

**- ¿Cómo se entendería esto de que no tendrían “deseo”?**



- Hay muchos materiales que no hablan, de “no sentir deseo en absoluto”, sino más bien de una “sublimación de este deseo”. Esta forma concuerda más a veces con la sexualidad que vivimos en algunos episodios de nuestra juventud, o la de nuestros padres o abuelos.

En esa sexualidad se esperaba tener encuentros sexuales que tuviesen que ver más con los afectos, no con la experimentación...Entonces muchas veces estas iniciaciones sexuales se estiraban la mayor cantidad de tiempo posible, ya que había como una sublimación de estas energías sexuales, y las personas se dedicaban más a otros aspectos como la religión o los estudios...

**- Entonces esto no es de ahora...**

- Estos grupos han existido toda la vida, sólo que en la actualidad se colocan estos nombres para identificarse, como una forma de vivir la sexualidad y ponerse en contra de estos movimientos, de la hipersexualidad.

Hay que internalizar que la adolescencia en sí es un período de conocimiento y de construcción de la sexualidad y de la personalidad, entonces tampoco es necesario “tratar” al joven, ya que de una semana a otra puede seguramente cambiar de opinión. Su sexualidad insiste, está en un proceso de descubrimiento, desarrollo y construcción.

### **Orientaciones a la carta**

Este movimiento con mayor presencia en otros lares implica una identificación por medio de las cartas de póker.

El sitio [www.playgroundmag.net](http://www.playgroundmag.net), detalla el as para diferenciar orientaciones románticas y para acotar las distintas intensidades de la pulsión sexual:

- As de corazones para el “alorromántico asexual”, aquel que experimenta atracción romántica de forma regular hacia personas de uno o más géneros, pero no siente ningún impulso hacia el sexo.

- As de picas para el “arromántico asexual”, aquel que ni siente atracción sexual ni experimenta ningún tipo de atracción romántica hacia personas de ningún género.
- As de diamantes para el “demirromántico”, el “demisexual”, el “gris-arromántico” y el “gris-asesexual”, es decir, personas que experimentan atracción romántica o sexual únicamente hacia aquellos con los que tienen una conexión emocional fuerte, o que experimentan ese tipo de atracción de forma rara, y no con la suficiente intensidad como para que les mueva a actuar.
- Por último, el as de trébol. La carta para quienes, reconociéndose parte del espectro asexual, están inseguros o se cuestionan sobre su orientación romántica.

---

## **El porno educa**

**Fuente:** Pagina12. 17/07/15

**Por Daniel Jones \***

En la investigación doctoral sobre adolescentes me contaban cómo a través de la pornografía vieron por primera vez un cuerpo desnudo del sexo opuesto, una relación coital y ciertas prácticas sexuales. La mayoría de las mujeres declaraba un desinterés y un rechazo por la pornografía, traducidos en un consumo muy eventual porque les daba asco. Unas pocas opinaban que existía un ocultamiento personal de las mujeres y un silencio social sobre su interés y uso de pornografía porque eliminaba el marco amoroso que legitima su actividad sexual.

Entre los varones también había posturas encontradas. Algunos criticaban el carácter fantasioso de las situaciones que presenta la pornografía, alejándose de las complicaciones habituales que ellos tenían para y por tener relaciones sexuales (por ejemplo, su temor a los embarazos). Con todo, eran muchos más los que valoraban lo que conocieron en la pornografía: el cuerpo desnudo de la mujer, el sexo oral y el sexo anal, las diferentes posiciones para tener relaciones y otros asuntos del placer. Sentían que habían incrementado su saber sobre cómo hacerlo y que estas cuestiones estaban ausentes en otras

instancias de aprendizaje sexual, como la escuela y los diálogos con su familia.

Aquello que más les gustaba de tener relaciones sexuales coincidía con prácticas que conocieron en la pornografía: recibir sexo oral (nunca darlo) y experimentar diversas posiciones (las que repetitivamente les había mostrado el porno). Aunque esta predilección no puede atribuirse causalmente a la pornografía, varios estudios señalan su influencia en configurar las preferencias y prácticas sexuales. Estos adolescentes también aprendieron valores de género, pues la pornografía industrial hegemónica a la que accedían muestra determinadas actividades sexuales de formas que la mayoría de las veces degradan y someten a las mujeres. Si bien la pornografía no inventa estos valores, los retoma de los escenarios culturales y los refuerza, incidiendo en la construcción de la sexualidad y socialización de género de sus consumidores.

La Educación Sexual Integral (ESI) no puede ignorar esta pedagogía sexual masiva a la que accedemos casi todos los varones (y quizá más mujeres de las que creemos) desde la adolescencia. Si no discutimos cómo incorporar pornografía (y qué tipo de pornografía) en dispositivos educativos innovadores, difícilmente podamos disputar con los valores y las expectativas de la pornografía hegemónica y otros relatos explícitamente sexualizados en el prime time (en su mayoría, heteronormativos y patriarcales). Una ESI centrada exclusivamente en el ámbito escolar y en la palabra, pareciera insuficiente para conmover estructuras de género excluyentes e imaginarios sexuales empobrecedores, fuertemente arraigados en nuestra sociedad. Tan arraigados que cuando se los cuestiona poniendo el cuerpo (desnudo) en una performance posporno en la universidad pública se desatan pánicos morales.

\* Político e investigador del Conicet/UBA y autor de *Sexualidades adolescentes*, de Editorial CICCUS.

---

## **Sexo por baile**

**Fuente:** ElHeraldo.co.- 18/07/15

**POR:** CATALINA RUIZ-NAVARRO. Columnas de Opinión

En una columna de *Ámbito Jurídico*, el abogado Eduardo Varela Pezzano habla de “El problema de prohibir los bailes eróticos en Cartagena”. Aunque el abogado argumenta que el proyecto no debe prohibir bailar reguetón o champeta a los adultos, está de acuerdo con “regular los bailes sexuales o eróticos de menores de edad”. “Los niños y niñas tienen que divertirse, pero sin incitar deseos sexuales que puedan llevar al riesgo de embarazo a una temprana edad por culpa de los colegios. Aquí no hay nada que discutir”. Yo en cambio creo que lo que hay que discutir en esa afirmación es mucho. ¿Qué es un contacto físico de tipo sexual? ¿Cuáles son los bailes de niños y cuáles son los bailes de adultos? Creo que en el debate sobre el proyecto censor del Concejo cartagenero se está dando por sentado que el reguetón y la champeta son “bailes sexuales y eróticos” y que sus movimientos pélvicos “incitan al deseo”.

La sexualidad en los adolescentes se despierta así estén encerrados en un monasterio. No sucede porque con unos pasos de baile sus genitales se rocen con los de otro adolescente; sucede porque hay unos cambios en sus cuerpos que incluyen el despertar del deseo sexual. Esto ocurre con o sin bailes pélvicos, si no fuera así la civilización europea estaría extinta. La sexualidad, por otro lado, no es una reacción física sino una compleja construcción cultural. Toca ser un adulto, un adulto malpensado, para creer que cuando los niños bailan champeta están teniendo “actos sexuales” como dijo el concejal Salim, que una vez más nos muestra que necesita unas urgentes clases de educación sexual básica. No, señor concejal. Un acto solo es sexual cuando las personas que lo hacen piensan que es sexual. Yo puedo comerme un mango como quien se come un mango, o como quien seduce, y la diferencia quizá solo esté en la chispa de mi mirada. Todos los actos humanos, hasta el más mínimo movimiento de los dedos, son susceptibles de lecturas sexuales, según los códigos que hemos establecido. En las sociedades más reprimidas la sutileza reina.

Los códigos de sexualidad de los niños y jóvenes cartageneros vienen más de la televisión y las conversaciones con los adultos que de la música. Sin duda no vienen de clases apropiadas de educación sexual que les enseñen planificación familiar, buenas prácticas de sexo seguro, proyecto de vida, algo que sí sería efectivo para disminuir el embarazo adolescente en Cartagena. Eso y más oportunidades,

menos desigualdad y menos machismo. Cuando alguien tiene que escoger entre almorzar y comprar condones, almuerza y se va a tirar sin condón.

Por otro lado, no me queda claro cuál es el problema con la “apología al sexo”. El sexo no es malo, lo malo es la violencia sexual, la violencia de género, la ignorancia. Los niños, como todas las personas, tienen derecho a la sexualidad, no podemos hacer como que de repente a los 18 el tema empieza existir. Deberíamos mejor reconocer los derechos sexuales de los niños y niñas, su derecho a la libertad de expresión, al baile y el entretenimiento y su derecho a una educación sexual completa y oportuna que les permita tener autonomía sobre sus cuerpos para aprender a vivir en el mundo real, donde hay niños y adultos, y -con o sin baile-, el sexo sigue existiendo.

---

## **Las redes sociales como mediadoras del deseo. El “me gusta” y su interpretación**

En los consultorios psi, “la presencia de las redes se evidencia sobre todo como un viraje en la lógica de los encuentros amorosos”, sostiene el autor, y subraya “un aspecto que me parece central: el valor de las redes como mediador del deseo”.

**Fuente:** Pagina12. 18/07/15

**Por Santiago Thompson \***

Los cambios en la subjetividad de la época van muchas veces de la mano con cambios en la ciencia y la tecnología. Si el movimiento nacido con la píldora anticonceptiva separó para siempre reproducción y sexualidad, el VIH conjugó, durante dos décadas, muerte y sexualidad. Se puede fechar el inicio de esa era con la muerte de Freddie Mercury. Hoy el avance de la ciencia convirtió esa enfermedad mortal en enfermedad crónica. Y en el consultorio emergen las consecuencias: nadie quiere morir, pero algunos están dispuestos a, en cierta medida, arruinarse la vida, y el descuido en los encuentros sexuales es moneda corriente.

La red global dio carta de ciudadanía al placer masturbatorio. Y no como síntoma, sino como una modalidad asumida por los sujetos. Ya

se escucha abiertamente a varones que sostienen: “Prefiero hacerme la paja a coger”. En Japón, la palabra hikikomoris da nombre a un estilo de vida que prescinde del encuentro entre los cuerpos.

Me resisto a sumarme al coro que descalifica la época y añora los tiempos ordenados por la función paterna. Entiendo que tales juicios de valor hablan más bien de los fantasmas propios. Ponen en palabras un típico supuesto del neurótico: el otro goza sin límites, mientras que a mí el goce me estuvo vedado... por el padre: Les Luthiers hace de tal suposición la base de su canción “Los jóvenes de hoy en día”.

### [Seguir leyendo](#)

\* Extractado de un artículo que se publicará en el próximo número de la revista Imago Agenda.

---

### **Las mujeres que aprendieron a defender su clítoris**

La comunidad embera-chamí lucha por erradicar la ablación en Colombia, el único país americano donde se ha registrado esta práctica. Autoridades gubernamentales e indígenas optan por una transformación cultural que durará décadas

**Fuente:** [http://elpais.com/elpais/2015/05/13/planeta\\_futuro](http://elpais.com/elpais/2015/05/13/planeta_futuro) 20/07/15

Norfilia Caizales no supo que le faltaba una parte de su cuerpo hasta hace unos años. Fue una buena mujer desde niña. Su madre le enseñó a moler maíz, a amasar arepas y a cargar con la casa, pero no a tener hijos. Con eso se encontró después. Su aparato reproductivo fue siempre un misterio, no sabía qué era la regla ni dejó que su esposo la tocara hasta que, confusa, un mes después de casarse fue a ver a un cura que la consoló cuando le dijo que el contacto dentro del matrimonio no es pecado.

Las mujeres embera-chamí viven escondidas de su propio cuerpo. Es sagrado, como una flor que se marchita si ve la luz. Es un objeto frágil del que salen las criaturas que mantienen viva la comunidad. Dentro de esta reserva, donde la tradición es la ley, las mujeres de esta etnia han perpetuado con naturalidad durante siglos, no se sabe cuántos,

una práctica que nadie sabe con exactitud cuándo empezó a practicarse en América: la ablación de clítoris.

En 2007, los embera-chamí rompieron un conjuro, una especie de mal de ojo. Ese año, una niña falleció en el hospital de Pueblo Rico, en el departamento de Risaralda, en el centro de Colombia, donde viven unos 25.000 emberas. Esa muerte puso al país, y al continente, en el mapa de la mutilación genital femenina, que se pensaba restringida a África y Asia. El médico que atendió a la niña se dio cuenta de que le faltaba el clítoris. El caso abrió la caja de los horrores. Aparecieron otras niñas mutiladas y se supo que la mayoría de las mujeres de esa comunidad lo estaban. La sociedad volteó a ver a estos indígenas. Los llamaron salvajes, impíos, violentos y empezó la lucha por su erradicación.

Norfilia Caizales no sabía tampoco que la parte que faltaba en su cuerpo era el clítoris. No sabía para qué sirve ni para qué se lo quitaron. Ahora, con una lucidez deslumbrante, casi revolucionaria, quiere ser partera para que ninguna otra niña vuelva a pasar por esto en Colombia.

### **Las parteras**

Las parteras son las mujeres que ayudan a las embarazadas a traer niños a la vida. Son, por su sabiduría, un tipo de autoridad para los indígenas similar, aunque inferior, al sus médicos, que llaman jaibanás. Ellas saben qué debe comer una mujer encinta para que el bebé crezca sano y cuerdo. Saben cuál es el proceso del parto y qué preparado de hierbas y remedios aplicar en cada momento, algo que mantienen en secreto. Y saben también que a la mayoría de las mujeres embera-chamí les falta el clítoris, aunque nunca lo hubieran llamado así.

El cuerpo de la mujer es tan privado que el sexo solo se da en la oscuridad y los hombres no pueden ver cómo nacen sus hijos. La embarazada se arropa en su madre, su abuela y la partera. Solo ellas saben cómo hacerlo y, cuando llega el momento, se transmiten el

conocimiento de generación en generación. “Mi mamá me enseñó que para tener el bebé tenía que abrir las piernas, poner mi mano y esperar. Unos 20 minutos, hasta que el ombligo se vacía. Entonces lo cortas y haces el nudo”, cuenta en una cafetería de Bogotá una desplazada que tuvo a sus hijas sola, en el baño de su casa, lejos de todo, en alguna de las veredas de Pueblo Rico hace tres lustros. Ni siquiera las parteras alcanzan a llegar a todos los nacimientos. El centro de salud más cercano puede estar a algunos días de viaje, un camino que comienza a pie o sobre el lomo de algún animal en la selva, donde viven en tierras comunitarias, y sigue por carretera. Ella hace oídos sordos cuando se le habla de la “curación”. Así se refieren a la mutilación.

El libro *Embera Wera*, que recoge las experiencias de cuatro años de proyectos para fomentar la emancipación de las mujeres de esta comunidad entre 2007 y 2011, explica que las embera tienen una relación muy fuerte con su cuerpo y el de sus bebés. Los recién nacidos son examinados minuciosamente para alertar de cualquier malformación. Las parteras prestan especial atención al clítoris de las niñas: “si sobresalía de los labios mayores, era cortado por la partera porque así se garantizaba una madurez normal”, explica el libro, basado en declaraciones de las mujeres involucradas. En cuanto a las herramientas, citan tijeras, cuchillas de afeitar... algo capaz de dejar un corte limpio que se sana, si cicatriza, con una combinación secreta de hierbas.

### [Seguir leyendo](#)

---

## **Ordenan retirar del mercado un famoso vigorizante sexual peligroso para la salud**

Es Huang He, conocido como el “Viagra chino” y promocionado por varios personajes públicos. Se lo publicita como natural, pero contiene una sustancia química que puede provocar “consecuencias adversas graves” a quienes lo consuman, advirtió ANMAT



**Fuente:** Clarin.- 22/07/15

Se trata del suplemento dietario a base de vitamina E, Panax ginseng, Astrágalo, Esquizandra y Ginkgo biloba elaborado por el laboratorio Li Feng. A través de un comunicado, el organismo que depende del Ministerio de Salud informó que la medida de retirarlo del mercado “se fundamenta en que los análisis efectuados por técnicos de esta Administración Nacional sobre seis lotes del producto detectaron la presencia de la sustancia aminotadalafilo”. A diferencia de su análogo tadalafilo, que es utilizado en el tratamiento de la disfunción eréctil, esta droga “no se encuentra aprobada siquiera para su empleo en medicina humana”.

Si bien el producto es promocionado como un complemento elaborado “en base a hierbas naturales utilizadas en la medicina tradicional china desde hace mas de 5000 años”, el aminotadalafilo presente en las cápsulas, que posee actividad farmacológica de inhibición de la enzima fosfodiesterasa 5 (PDE-5), **es una sustancia obtenida mediante síntesis química, con lo cual el tratamiento no es natural como se publicita.**

“Teniendo en cuenta de que existe una probabilidad razonable de que el consumo del producto provoque **consecuencias adversas graves para la salud**, se recomienda a la población que se abstenga de consumirlo y adquirirlo”, añadió **la ANMAT en su comunicado.**

[Seguir leyendo](#)

---

Estado actual de un antiguo tabú

**Virginidades de hoy**

Las autoras se preguntan “de qué manera se sitúa hoy el tabú de la virginidad”: si ya no opera o si toma otros modos.

“Encontramos que en muchos casos hay una precipitación a zambullirse en la sexualidad, sin que se localice el ritual amoroso de la entrega”.

**Fuente:** Pagina12.com.- 30/07/15

**Por Patricia Karpel y Jacqueline Lejbowicz \***

Proponemos hacer una lectura de “El tabú de la virginidad”, artículo que escribió Freud en 1917, para pensar algunas cuestiones de la adolescencia de hoy; comparando las conductas de cortejo y el lugar de lo amoroso en esta época con lo que Freud situó en su contemporaneidad. Freud, en su texto de 1917, decía que el tabú se funda en un peligro esencial: el temor a la mujer. Que se teme a la mujer por ser incomprensible, enigmática, singular y, sobre todo: enemiga. El hombre, afirma Freud, teme ser debilitado por la mujer, ser contagiado de su femineidad y volverse incapaz de realizar sus hazañas viriles. Podríamos decir entonces que la condición de lo femenino está ligada a lo que no puede comprenderse en significantes, lo que causa enigma, lo que es inédito, particular, imposible de hacer entrar en un conjunto. Lo que escapa a una clasificación posible. Allí, el carácter de notoda que señala Lacan, para nombrar una condición que la función y el campo de la palabra y del lenguaje no llegan a agotar.

En antiguas civilizaciones, las mujeres mayores preparaban mediante rituales a las mujeres por venir. Las danzas y las artes de la seducción y el bordado ponían en juego modos de hacer para introducir la dimensión del enigma, del respeto y de la entrega. Mientras bordaban punto a punto, las mujeres de antaño, hilvanaban un tejido que ya desde Penélope enlazaba la espera al amor, mientras con relatos de ensoñaciones amorosas acariciaban sus oídos. Punto a punto, lazo a lazo, construían un pasaje. El cuerpo cambiaba de vestimentas y se preparaba con palabras y nombres para el escarceo amoroso, como modo de acceder a la femineidad. El tabú de la virginidad y los ritos que lo acompañaban organizaban la vida erótica de las mujeres. La mujer quedaba ligada a aquel que traspasara ese velo, traspaso situado y orientado en el rito de iniciación. Había un pasaje por donde pasar y dar paso. Un rito que, podríamos decir, anudaba real, simbólico e imaginario. El tabú operaba como localizador simbólico de un goce difícil de domesticar en todos los tiempos. El velo del himen y los rituales que acompañaban el himeneo, localizaban y bordeaban ese agujero, tejiendo, bordando y bordeando ese enigma abierto. Se concentraba allí el encanto y el horror; aún también el honor de lo femenino.

## Seguir leyendo

\* Docentes en la Facultad de Psicología de la UBA. Texto extractado del trabajo "Entre la palabra de amor y la injuria", presentado en el V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología.

---

### **Infidelidad: ¿por qué existe y qué viene después de una traición en la pareja?**

La especialista belga Esther Perel explica en LA NACION su teoría sobre un conflicto que atraviesa a las parejas y la necesidad de entenderlo bajo una mirada más actual

**Fuente:** La Nacion.com.ar.- 31/07/15

A partir de mañana, la infidelidad ya no podrá ser tomada como causal de divorcio. En realidad, ya no existirá la necesidad de presentar un causal, por los cambios en el Código Civil. El deber conyugal desaparece de la letra de la ley, pero la exigencia de "exclusividad sexual" parece estar lejos de abandonar los dormitorios y las relaciones.

¿Cómo entender la infidelidad? ¿Por qué es necesario interpretarla bajo una mirada más flexible y *aggiornada* a estos tiempos? ¿Es el modelo de la monogamia el único posible? ¿Implica siempre traición o esconde otras cosas? ¿De qué depende el poder perdonar?

En diálogo con **LA NACION**, la belga Esther Perel, especialista en terapia sexual y consultas de pareja, responde a todas estas inquietudes y redobra la apuesta.

### **¿Qué es la infidelidad?**

La definición de infidelidad se hace más amplia, día a día, porque las maneras de engañarse están cambiando. El masaje con *happy ending* (final feliz), ¿es infidelidad? ¿El *sexting*? ¿El *Tinder* o el porno en la computadora? La noción misma de infidelidad no ha cambiado, pero las expresiones sí, y por ello qué constituye y qué no es una infidelidad está en permanente discusión.

## **Y entonces, ¿cuál es el valor del acto sexual? ¿Es o no una frontera?**

En un mismo día, un paciente me dice que no está cometiendo una infidelidad seria porque es "sólo sexo", y otro para quien el sexo es más importante que todo lo demás. Hay quienes dicen que como no hay sexo, no es importante una infidelidad, y otros que justamente porque no hay sexo, es importante.

Es la discusión respecto a si existe una diferencia entre la infidelidad sexual y la infidelidad emocional. Y en general, la hay, pero si empezamos a centrar la discusión en si hay o no sexo, después se empieza con «¿qué es 'sexo'?». Si hay o no penetración, si vamos con la definición de Clinton, si fue con o sin orgasmo. Creo que es más comprensible decir que cada infidelidad es una historia erótica, y que cuando hay erotismo, hay un aura o una alquimia sexual.

## **Hay quienes, ante la aparente tensión que hay entre la monogamia y la fidelidad, adoptan un modelo de relación abierta, pero muchas personas no pueden concebir formar una pareja sin exclusividad sexual, ¿quién tiene razón?**

La infidelidad es una sombra que existe en cada pareja, sea exclusiva, poliamorosa o no-monógama, y en todas, romper el contrato es ser infiel. Siempre surge la cuestión de la monogamia. Mira, un colega mío me hizo una vez una pregunta muy buena: Si tú supieras que el 50% de los productos de una marca no funcionan, ¿lo comprarías?

**- No, supongo que no.**

Bueno, el 50% de los matrimonios no funcionan. Y nos seguimos casando. Entonces, decir que el modelo monógamo es el mejor o el único, no corresponde. Es solo el modelo usado en los últimos cientos de años. De la misma manera que hemos encontrado otros modelos para la familia, hoy se buscan otros modelos, porque la pregunta es si queremos seguir en pareja.

Queremos estar juntos, pero muchos jóvenes ven que el modelo de los padres, oficialmente monógamo y clandestinamente promiscuo, no

funcionó. En el modelo tradicional, la monogamia la negociamos con nosotros mismos, es decir, si voy a transgredir o no. Pero los jóvenes quieren un modelo más transparente. Ellos piensan: «si no nos mentimos, quizás podamos quedarnos juntos más que nuestros padres». Esa es la búsqueda de la no-monogamia. El fin no es tener libertad sexual. La libertad sexual la tuvieron hasta los 30. Los jóvenes, hasta que se juntan con alguien, son nómadas sexuales. El verdadero objetivo es la consolidación entre la necesidad de estabilidad y el compromiso con el valor del desarrollo individual.

**En la *TED Talk* que diste, planteaste que a veces la infidelidad no es la búsqueda de otra persona sino de otra versión de uno mismo, ¿qué significa eso?**

Notaba que la mayoría de las personas que veía no eran infieles de la mañana a la noche, sino gente que había sido fiel diez, quince o veinte años y un día transgreden. Y se comportan de una forma que nunca habían mostrado. Sus valores son monógamos y sus comportamientos no. Entonces me pregunté por qué. ¿Por qué se arriesgan a perder todo lo construido?

Descubrí que muchas veces es debido a una búsqueda. De una parte de sí mismo que han perdido, o de una vida que no tuvieron.

Que cuando encuentro otra persona, descubro otras partes de mí. Es más algo que hago para mí mismo, que algo que hago en contra del otro. Ahora, esto funciona para el infiel, pero no para la persona traicionada, porque la traición no cambia. Esto apenas explica la motivación.

Para Perel, el trabajo que debe hacer cada quien en un pareja luego de un episodio de infidelidad, consta de tres fases: la primera, en dónde el infiel toma consciencia del daño que hizo, y ambos toman consciencia de la razón del dolor; la segunda es la búsqueda del sentido y el significado del hecho para cada uno; en la tercera se trabaja pensando en el futuro y en qué se puede extraer de lo ocurrido.

**En esa charla, también mencionás que "la nueva vergüenza", tras una infidelidad, ya no es irse de la relación, sino quedarse. ¿Por qué se da eso?**

Hasta recién, la infidelidad era una historia femenina. Durante la historia, los hombres han tenido licencia para ser infieles, por una enorme cantidad de racionalizaciones. Si un hombre era infiel, como la mujer era la responsable de los hijos y no tenía independencia económica, no se podía ir. Pero cuando ella era infiel, él se iba, debido a que la presión sobre el masculino era: «¿Qué te pasa a ti, hombre, que no puedes controlar a tu mujer, para que se quede en casa?».

Pero ahora, que hay divorcio, y que muchas mujeres tienen independencia económica, la presión es: «Ahora que todas las barreras legales y sociales se han levantado y te podés ir, ¿qué te pasa a ti, mujer, que te quedas después de una infidelidad? Tienes que tener baja autoestima o algún problema, porque una mujer que se respeta tiene que irse». Esto omite la responsabilidad dividida entre parejas.

**¿Qué significa eso?**

Que a veces hay infidelidades donde la otra persona también tiene una responsabilidad. La víctima de la infidelidad no siempre es la víctima de la relación. Hoy parece que no hay nada peor que la infidelidad, y que las otras traiciones están okey. Mujeres y varones se quedan en parejas donde hay violencia doméstica u otros tipos de traiciones, pero la traición donde la gente siente la presión de irse, es la infidelidad, y esto ocurre en silencio. Las personas no lo hablan. No quieren decir: «Me traicionaron pero decido quedarme», porque es una vergüenza. Este es el nuevo secreto, donde el secreto de la infidelidad se cambia por el secreto de quedarse.

**¿Cuáles son esas otras traiciones?**

La indiferencia, la violencia, la crítica, el rechazo, el rechazo sexual. hay varias. Sin embargo, parecería que son secundarias. Se dice: «Te traté mal, te insulté, te rechacé, te hice varias cosas, pero por lo

menos no fui infiel», como si hubiera una superioridad moral porque te traicioné, pero no de esa manera.

**Entonces, ¿podría decirse que construir una relación sin este tipo de traiciones, donde la conexión emocional y la sinceridad sean preponderantes permite minimizar los riesgos? ¿Cuál es la receta?**

Lógicamente, si la relación es de mejor calidad, hay menos riesgos, pero veo tantas infidelidades en parejas que funcionan bien que no sé si puede prevenir una infidelidad. A veces, la calidad de la relación, sexual, íntima y emocional adentro de la pareja, puede no ser suficiente. Hay muchas infidelidades que no tienen nada que ver con la pareja, sino con cuestiones individuales. Es difícil para la gente escuchar que una infidelidad puede suceder en una relación que está bien. Tomamos la infidelidad como un síntoma. Escuchás que alguien dice que: «Si hubo una infidelidad es que algo te falta en casa», pero hay muchos ejemplos donde esa lógica no se aplica.

**Hasta ahora hemos hablado acerca de las causas de la infidelidad, pero a mucha gente lo que más le preocupa son las consecuencias, y siempre me pregunto si desde la psicología es admisible decir que una persona superó una infidelidad sin haber logrado perdonar. Más allá de si la pareja continúa o no. ¿Se puede estar "emocionalmente sano" sin perdonar?**

Es difícil. Hay traiciones muy difíciles de perdonar, pero de lo contrario te quedás con una rabia y un resentimiento que te come por dentro. De alguna manera, la persona traicionada necesita encontrar un lugar donde poner esa experiencia e integrarla. No se puede vivir, rememorando todos los días la infidelidad, o sospechando que va a volver a pasar. Hay que prestar atención a qué es lo que no puedo perdonar. Que te fuiste. Que fue con mi mejor amiga. Que duró siete años y que mientras mi mamá se estaba muriendo, vos estabas en un hotel. O que me hiciste sentir sucio, viejo y que no valgo nada. Para contestar la pregunta del perdón se tiene que entender la magnitud de la traición y dónde me tocaste. Dónde me heriste. No hay mil maneras de traicionar pero sí mil maneras de ser herido.

## **Y entonces, ¿en qué difiere el trabajo que debe hacer cada uno, el infiel y el traicionado?**

Es un proceso de tres fases. En la fase 1, el que fue infiel tiene que entender por qué esto duele tanto. Porque es así, duele. Duele porque le dice al otro que no es el único, que no hay nadie irremplazable. Tiene que entender el dolor que causó y atenderlo. Debe manifestar su culpa y demostrar el remordimiento, mostrar que le importa y quiere proteger al otro, porque el traicionado se siente sin valor, como borrado. Puede pasar que no sienta culpa por la aventura, pero sí por haber causado tanto dolor a la otra persona. Ambos tienen que darse cuenta de que hay una crisis, y que a pesar de ser un mismo evento que las dos personas atraviesan de una manera completamente opuesta. Uno tiene que mostrar empatía, y el otro necesita reconstruir la confianza y trabajar en cómo manejar la obsesión.

La fase 2 es la búsqueda del sentido, y yo lo trabajo desde una perspectiva doble. Es el "por qué lo hice" y el "qué te hice". Es decir, qué significado tiene para mí y qué significado tiene para vos.

La fase 3 es "¿qué hacemos ahora?". Observar qué siente cada uno, y qué se puede sacar de esta crisis para desarrollarnos más. Podemos seguir juntos o no, pero más seguros y reparados.

---

## **El Marqués de Sade, una vida.**

**Fuente:** <https://sexologiaenredessociales.wordpress.com.-> 8/09/2014

Una personalidad como la de Sade sólo puede causar discrepancia. Es la pura búsqueda del placer, en todos los ámbitos de la vida, llevada al extremo. No podemos tratar de comprenderlo o juzgarlo desde la visión que nos envuelve del mundo, no podemos tratar de entender o disfrutar de sus textos desde otro punto de vista que no sea el suyo.

Amante del materialismo más radical (La Mettrie y el barón d'Holbach), con una visión criminal de la Naturaleza y una seguridad de que



“nuestro impulso de autodestrucción llega a cobrar tanta intensidad como nuestro instinto de supervivencia”, seguramente, su visión de la vida no deba ser condenada en contraposición a la nuestra; simplemente, los principios que sustentan su manera de pensar y actuar son inmensamente distintos.

Partamos de la idea de Naturaleza que entiende el Marqués. Para Sade, el estado natural del ser humano, que coincide con el deseado por él mismo, no es la bondad, la inocencia, la ternura, etc., que la sociedad en general profesa, busca e intenta encarnar. Su representación de la naturaleza es bien contraria: para él, el estado nativo del ser humano es la malicia, la perversión, la crueldad. No acepta que el ser humano tenga una bondad inherente sino que la considera una imposición, una restricción, una “limitación civilizada” de los placeres que nos ofrece la vida.



**Donatien Alphonse François, el Marqués de Sade**

De ahí los escándalos, los encarcelamientos, el ensañamiento contra él, la represión y la prohibición de sus libros. Partimos de una mente cuyo estado óptimo se consigue haciendo uso del egoísmo más brutal (el que considera natural) buscando delicias que conseguirá al precio que sea, de la forma más animal, arcaica, sin reparar en tabúes ni moralidades, sin las limitaciones del ser civilizado, de los deberes, etc. Un estado que, a los ojos de quienes le rodean, estudian u observan, es cruel, inhumano, violento, desalmado y una infinidad de adjetivos que, desde luego, se alejan en mucho de la idea dominante de lo natural, muchísimo más aún si situamos esta concepción de la vida en la época que le tocó vivir (1740/1814) en Francia.

Desde la niñez parece darse de él la imagen de niño malcriado que lo tiene todo y exige sin tapujos y durante su madurez ampara una imagen de sí mismo tan grandiosa que, unida a su espíritu salvaje, desprovisto de límites y miramientos civilizados y a esa incesable búsqueda del placer, de su felicidad, de los lujos, le lleva a cometer actos que operarán en su contra durante el resto de su vida.



**Ilustración de Justine o los infortunios de la virtud, Volumen II**

Su visión de una amatoria egoísta, en la que “No importa que nuestros procedimientos agraden o desagraden al objeto de nuestros deseos” y violenta, en la que “De lo que se trata en realidad es de alterar nuestros nervios de la forma más violenta posible. [...] No cabe duda de que el dolor nos afecta mucho más profundamente que el placer. [...] Las conmociones producen una vibración mucho más potente”, le lleva a protagonizar una serie de episodios en los cuales, para el resto del mundo —no para él— sobrepasa los límites de la violencia y la moralidad (uno de los grandes “límites civilizados”, mayor incluso que el propio de la violencia), dejando su destino en manos de una sociedad muy convencional, demasiado conservadora y con una doble moral sexual.

Doble moral que no pasa por el entendimiento de las prácticas del Marqués y que, sin embargo, juega un papel bastante revelador de la situación de la época, en la cual está bien visto que los nobles (hombres) mantuviesen varias relaciones al margen de su estado civil —no las mujeres—; que las prostitutas fuesen consideradas “seres execrables” o “viles criaturas” aunque las orgías numerosas con altos miembros de la aristocracia eran más que habituales; que la sodomía significase pena de muerte (como la que le fue impuesta al Marqués, casi quemado en la hoguera), sin embargo, “es un vicio que sólo está permitido a los grandes señores”.

Época en que la literatura erótica existía, pero sólo se podía disponer de ella en las educadas clases altas, puesto que “[...] podría plantear problemas en la psique de la plebe e incitarla a la mala conducta.” En la que el inspector jefe del Palais-Royal, un lugar famoso por sus prostitutas, se encargaba de vigilar de cerca la alcoba de las meretrices, los nobles, la sociedad en general y de Sade en particular, para redactar informes policiales de proezas lúbricas.



**Manuscrito de Las ciento veinte jornadas de Sodoma. Descubierto por Iwan Bloch.**

Informes que se pasaban directamente a Luis XV para su disfrute con Madame de Pompadour al leerlos detalladamente... y así un largo etcétera de circunstancias que responden al tipo de sociedad donde Donatien trataba de vivir, en la cual era imposible disfrutar como él necesitaba, pues se actuaba implacablemente contra quien rompiera el orden social impuesto, aunque lo cierto es que tal orden sólo existía para algunos

A esta visión materialista, egoísta y violenta del *ars amandi* —y de la vida en general— deberíamos unir su don de mando, que le otorgaba

una posición de poder en cada puesta en escena de las orgías que celebraba.

Y es que, para Sade, la amatoria es un arte escénico, puesto que se encarga personalmente de que cada encuentro, cada personaje, cada acto, suceda como él imagina, dentro de un orden, en referencia a una serie de encuadres que el Marqués compone en el transcurso de la obra.



Ilustraciones de algunas de sus puestas en escena

Coloca a un personaje aquí, otro allá, en determinada postura, realizando determinada acción... al fin y al cabo, compone una escena, una visión, una óptica externa e interna, que le hace disfrutar mucho más. Quizá teatro y amatoria para Sade son todo y una misma cosa. Quizá el teatro alimenta el encuentro así como el encuentro alimenta al teatro y de ahí su forma de ver, representar y crear, de una forma tan apasionada, ambas cosas.

Una vida tan complicada, tan llena de gustos y disgustos, de altibajos continuados, nunca deja al Marqués de Sade en una buena posición. Si bien los aristócratas difieren de él por libertino, los revolucionarios lo hacen por aristócrata, lo que le lleva a representar varios papeles a lo largo de su existencia para poder sobrevivir a pesar de poseer casi una nación entera en su contra.

Fue perseguido y hostigado hasta el fin de sus días, hecho que, en gran medida, le enseña a ser un gran manipulador que, a la par de granjearse enemigos abominables, consigue amigos que le veneran y le ayudan a salir del paso en incontables ocasiones, haciéndole la estancia más llevadera en las numerosas instituciones en las que ingresa y obteniendo privilegios con los que no contaban el resto de internos.

La “demencia libertina” que le es diagnosticada por Fouché y Dubois —altos cargos del Ministerio de Policía francés de 1801, a cargo de Napoleón Bonaparte—, le mantiene interno, como “paciente de la policía”, en el Manicomio de Charenton hasta el día de su muerte, el 3 de diciembre de 1814.

Es posible que, ese mismo día, su visión altamente materialista de la vida, de la Naturaleza, de la muerte, le ayudase a concebir plácidamente el momento final, sin miedos, sin moralismos, sin ninguna otra preocupación.

Pocos años después de su muerte, el *Dictionnaire universel* acuña la palabra *sadisme* como “sistema monstruoso y antisocial contrario a la naturaleza”. Aquí comenzó el éxito de su obra.

---

## **Las nuevas fotografías eróticas que te gustará conocer**

Estos son algunos de los mejores trabajos eróticos del momento. Sus autoras reflejan una particular visión del sexo femenino actual.

**Fuente:** smoda.elpais.com.- 7/07/15

RITA ABUNDANCIA

Cuando a Christine Spengler, una de las pioneras del fotoperiodismo francés, la mujer que registró en imágenes la guerra de Vietnam, de Beirut o de Camboya, le preguntaron en qué se diferenciaban las fotografías mujeres de sus colegas varones contestó que los hombres

iban siempre con teleobjetivo, mientras ella seguía fiel a su Nikon y grano angular de 28 mm que le obliga a estar cerca de la gente.

En un terreno más sexual, otra mujer Bunny Yeager, a la que algunos llaman la madre de la fotografía erótica norteamericana, fue la inventora de una nueva forma retratar la sensualidad femenina, popularizando y encumbrando el género de las pin ups. Antes de que Yeager se pusiera detrás de la cámara –empezó en el mundo de la fotografía como modelo–, las chicas que posaban para calendarios o revistas de adultos eran mujeres anónimas, en poses estudiadas para ir directamente al hipotálamo masculino. **Pero las fotos de Bunny no retrataban a mujeres desvalidas que se dejaban inmortalizar para poder ganarse unos dólares y pagar el alquiler. Ella las elevó a la categoría de mito, como sucedió con Betty Page, y creó un género, una clase social orgullosa de sí misma y a la que muchas otras mujeres trataban de imitar.** Las sesiones de fotos con Yeager incluían una estrecha colaboración entre fotógrafa y modelo. Ambas estudiaban las poses, los desnudos o la poca ropa que llevarían encima las chicas y popularizó el biquini, la prenda con más tela que utilizaban y que, en muchas ocasiones, ellas mismas diseñaban y fabricaban. Este punto de vista eminentemente femenino de la sensualidad encandiló por igual a hombres y mujeres. Durante muchos años Bunny trabajó para la revista Playboy en exclusiva, creando una idea de sensualidad que ha llegado hasta nuestros días. Las fotos de la entonces desconocida Ursula Andress, en biquini blanco, en la primera película de la saga James Bond, Dr No (1962), fueron suyas.

El periodo sexual en el que nos encontramos ahora tiene la característica de que está protagonizado, mayormente, por la mujeres: ellas son las que acuden más asiduamente a las consultas de sexología –muchas veces arrastrando a sus parejas–, ellas son las mayores consumidoras de juguetes eróticos –según una encuesta de Sexplace, la franquicia más grande de España, el 89% de los compradores son mujeres- y ellas son las que leen más literatura subida de tono. No es de extrañar que muchas mujeres fotógrafas busquen nuevas imágenes que plasmen la etérea idea de sexo o sensualidad. Nuevos ángulos en los que ejercer de voyeur, que no siempre coinciden con el estereotipo de la idea femenina del sexo y que, a veces, pueden sorprendernos por su contundencia o

aspereza. **Las chicas ya no visten de rosa, no quieren ser princesas y su idea del erotismo puede ser, en ocasiones, mucho más perversa que la de sus colegas varones.**

Una monja en lencería que chupa un polo o un ojo masculino que se asoma entre las piernas de una mujer, son dos de las imágenes firmadas por la fotógrafa barcelonesa Sarah Pain quien, según cuenta en su web, mantiene desde muy joven un idilio con la cámara “**que me hace imaginar que la persona más recatada puede tener un lado más lascivo, que la más peligrosa puede tener un lado más dulce**”. Sus primeros trabajos se agruparon bajo el título de Erotic Souls, “fotografiaba gente normal en la que quería buscar el lado más sexual, para demostrar que todos podemos actuar como agentes eróticos, sin que seamos como las altas, sexys y perfectas mujeres de Helmut Newton. La segunda parte de esta serie se llamará Dark Souls y quiero adentrarme más en el lado oscuro de todo el mundo. Serán fotos más fuertes y puede que gusten menos porque tendrán una estética BDSM o incluso algo sangrienta. Últimamente me fascinan las fotos de Nobuyoshi Araki, entorno al arte japonés del bondage”.





Una de las fotos de Sara Pain.

Algunos de los lanzamientos editoriales más novedosos de los últimos años giran entorno al erotismo inteligente destinado a mujeres. Adult es una revista editada en EEUU e ideada por la periodista Sarah Nicole Prickett, colaboradora entre otras publicaciones del New Inquiry. En España Odiseo, publicada en Barcelona, fue la primera que ha roto el hielo, y aunque en un principio



estaba orientada al hombre, ahora se dirige a los dos sexos. Sin embargo, los desnudos femeninos superan con creces a los masculinos, bastante escasos, por cierto. Según Carlota Santamaría, directora creativa junto con Albert Folch, “para el hombre la visión de un cuerpo femenino desnudo está asociada a un estímulo erótico. Para una mujer un desnudo masculino puede no llegar a ser suficientemente estimulante. Hace tiempo asistí a un seminario llamado *Vision and Difference: Transcending the Gaze* en el International Center of Photography de Nueva York, dónde se trataba el tema de cómo la diferencia de género trasciende en la fotografía. Curiosamente los quince asistentes eran mujeres y el conjunto llegó a la conclusión de que para que una fotografía sea erótica para ellas, un hombre solo y desnudo no es, necesariamente, atractivo. Es más sugerente si está acompañado de una mujer y hay una narrativa que estimule la imaginación. A su vez, el grupo de mujeres reconoció que los desnudos femeninos les parecían eróticos, quizás por un efecto de empatía”.

Para Sarah Pain, **“la mujer es más imaginativa y necesita recrear algo, más que se lo presenten en bandeja. Es muy probable que nos excite más ver a nuestro actor favorito vestido de Armani que tal y como dios lo trajo al mundo.** La fotografía se lleva muy bien con el calificativo de erótico, porque ambos conceptos sugieren, recrean, crean metáforas y tienes mil y una interpretaciones diferentes”.

La fotógrafa portuguesa Rita Lino, antes afincada en Barcelona y ahora en Berlín, usa su propio cuerpo para convertir al espectador en voyeur de su cotidianeidad, aunque según sus propias palabras nunca hay intención sexual en su trabajo. **“No me veo a mi misma como una fotógrafa erótica. Simplemente trato de captar la verdad y belleza de un cuerpo desnudo, el erotismo proviene de los ojos del espectador”.** Según Lino, la fotografía vive hoy uno de sus mejores momentos porque “es muy fácil hacer click, descargar y enseñarla a todo el mundo y se absorben muchas cosas –para bien o para mal– y, por supuesto, cada imagen tiene miles de significados distintos”. Rita no es partidaria de hacer distinciones de género a la hora de colocarse tras la cámara, “lo que resulta curioso es que mucha gente me dice que mi trabajo parece hecho por un hombre. Soy una

mujer que retrata el cuerpo de una mujer con una visión masculina. No se muy bien lo que eso significa, pero es intrigante”.

Arina Sergei, de origen ruso, es quizás una de las fotógrafas eróticas más interesantes del momento por la variedad de sus registros y por la fuerza y creatividad de sus imágenes. En primer plano, alguien fija, con una grapadora, una cremallera a una vulva. En otra foto, la anatomía de un cuerpo femenino se entrevé tras el látex semitransparente que lo cubre; mientras en una tercera, un hombre, totalmente escayolado y con el pene erecto, yace en una cama mientras una mujer desnuda parece dispuesta a saltar sobre él. Muchas de las imágenes de Sergei parecen hechas bajo el efecto de las drogas o de una imaginación desbordante, en la que muchas veces no existe la fuerza de la gravedad, hay efectos especiales, una ironía corrosiva y donde las parafilias y orientaciones sexuales se han quedado cortas y no son suficientes para clasificar este amplio imaginario del sexo.

La francesa Bettina Rheims parece especialmente interesada en otras formas de sexualidad, a parte de la hetero, como demuestra en sus series *Gender Studies*, sobre hombres con aspecto andrógino y femenino o *Morceaux Choisis*, instantáneas bastante explícitas sobre el amor y los bocados lésbicos. Marrie Bot, fotógrafa holandesa, ha ido todavía más allá y ha espiado momentos de la sexualidad de los ancianos, tras preguntarse por qué en los medios de comunicación el amor y el sexo siempre estaban representado por personas jóvenes. Así que decidió emprender un proyecto que tituló *Timeless Love* para el que consiguió que tres parejas de 50 a 85 años posaran para ella en sus propias casas. **Un erotismo tratado desde el punto de vista de una reportera gráfica, a la luz del día y sin filtros que lo suavicen.** La inglesa Jessica Roder, como cuenta en su web, tras explorar diferentes campos de la fotografía se atreve con el lado erótico. Su serie *Erotic Couples* podría ser una versión en imágenes fijas de una película porno, con estampas más o menos explícitas, que captan bastante bien el revoltijo de cuerpos, la química y la atmósfera del sexo. O, si lo prefieren, de la forma en que carnalmente se manufactura el amor.



Una serie de Rita Lino.

**NotiSASH es el boletín mensual de la Sociedad Argentina de Sexualidad Humana (SASH) que contiene una selección de artículos publicados durante el último mes.**

**Los boletines de los meses anteriores pueden ser consultados en nuestra página: [www.sasharg.com.ar/notisash.php](http://www.sasharg.com.ar/notisash.php)**