

N o t i S A S H
Diciembre de 2015
Editora: Lic. Diana Resnicoff

FELICES FIESTAS!!!!

Dulce fantasma, ¿por qué me visitas...

Carlos Drummond de Andrade

Dulce fantasma, ¿por qué me visitas
como en otros tiempos nuestros cuerpos se visitaban?

Me roza la piel tu transparencia, me invita
a rehacernos caricias imposibles: nadie
recibió nunca un beso de un rostro consumido.

Pero insistes, dulzura. Oigo tu voz,
la misma voz, el mismo timbre,
las mismas leves sílabas,
y aquel largo jadeo
en que te desvanecías de placer,
y nuestro final descanso de gamuza.

Entonces, convicto,
oigo tu nombre, única parte tuya indisoluble
música pura en continua existencia.

¿A qué me abro?, a ese aire imposible
en que te has convertido
y beso, beso esa nada intensamente.

Calendario de Eventos

- **Próximos Congresos**

Artículos recientes

- ✓ Las HDL resultan más dañinas que positivas durante la menopausia
- ✓ Disfunción Sexual en Mujeres con Diabetes
- ✓ Trastorno dismórfico corporal

- **Links, Películas y Videos de interés**
-

- ✿ **No es porno, es la realidad**
- ✿ **Niñas traficadas: valor al alza en Nepal**
- ✿ **Sexualidad manicomial**

- ✿ **Polémicas declaraciones de un pediatra sobre sexo, homosexualidad y VIH.**
- ✿ **Las mil y una rutas hacia el orgasmo femenino, contadas por mujeres**
- ✿ **¿Qué hace una feminista en Tinder?**
- ✿ **Superficies de placer**
- ✿ **Código de buenas prácticas profesionales de sexualidad y diversidad funcional**
- ✿ **El SIDA en el mundo en 2015: 34 datos que reflejan el estado de la cuestión**
- ✿ **La epidemia permanece estable**
- ✿ **Una 'app' para romper el estigma del VIH**
- ✿ **Críticas al oscurantismo**
- ✿ **No hay un cerebro masculino y otro femenino**
- ✿ **El 'misionero del sexo', rumbo a China**
- ✿ **Cómo los cómics desafían los tabúes del cine y la TV**
- ✿ **Kawabata y el erotismo**

CALENDARIO DE EVENTOS

2016

27 - 30 Abril	XXXI Congreso Argentino de Psiquiatria	Mar del Plata, Argentina	http://www.apsa2016.com.ar/
25 - 28 Mayo	13th Congress of The European Federation of Sexology (EFS)	Dubrovnik. Croacia	http://www.europansexology.com/
22 - 25 Septiembre	20th World Meeting On Sexual Medicine	Beijing (China)	http://www.issm.info/events/20th-world-meeting-on-sexual-medicine/secretariat@issm.info
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 Sexologia E-mail: insexnic@gmail.com

Boletín de Flasses Número VII | Año 2015

Se puede obtener con interesantes artículos de la página oficial de flasses:

<http://www.flasses.net/>

ARTICULOS RECIENTES

Las HDL resultan más dañinas que positivas durante la menopausia

Fuente: APA. 15-10-15

El resultado de un estudio estadounidense presentado en la reunión anual de la “North American Menopause Society” (NAMS) en Las Vegas (Nevada, Estados Unidos) indica que, durante la menopausia, el colesterol “bueno” puede resultar una desventaja y promover el endurecimiento de las arterias.

Un grupo de científicos de la University of Pittsburgh (Pennsylvania, Estados Unidos) incluyó a 225 mujeres con edades comprendidas entre los 44 y los 49 años en su estudio. Al inicio del estudio, ninguna de las participantes presentaba diagnóstico de enfermedad cardiovascular. Durante un seguimiento máximo de nueve años, se realizaron hasta 5 mediciones de la acumulación de placa de ateroma en las arterias de las participantes.

El estudio reveló que unas concentraciones elevadas de HDL durante la menopausia se asociaban con el aumento de la aterosclerosis. | La autora del estudio, Samar Khoudary, indicó: “Estos hallazgos indican que la calidad de las HDL puede verse afectada durante la transición de la menopausia, por lo que resultan ineficaces para producir los beneficios cardíacos previstos”.

Los investigadores plantean la hipótesis de que los cambios hormonales pueden asociarse con la modificación del efecto de las HDL, especialmente la reducción de estradiol.

Referencias

[NAMS Annual Meeting \(pdf\)](#)

Disfunción Sexual en Mujeres con Diabetes

La disfunción sexual es relativamente frecuente entre los hombres afectados por diabetes tipo 2. El objetivo de esta investigación fue estudiar la prevalencia de disfunción sexual en las mujeres diabéticas, así como también su relación con la duración de la enfermedad, el control glucémico y la presencia de complicaciones.

Fuente: Indian Journal of Endocrinology and Metabolism 18(2):175-179 Mar, 2014

Autores: Vafaeimanesh J, Raei M, Parham M, Hosseinzadeh F

Institución/es participante/s en la investigación: Qom University of Medical Sciences

Título original: Evaluation of Sexual Dysfunction in Women with Type 2 Diabetes

Título en castellano: Evaluación de la Función Sexual en Mujeres con Diabetes Tipo 2

Introducción

Actualmente, unas 246 millones de personas en el mundo tienen diabetes y se estima que para 2025 serán unos 380 millones. En los pacientes diabéticos, la hiperglucemia produce complicaciones tanto a corto como a largo plazo. La alteración en la función sexual es una complicación habitual en las personas con diabetes de ambos sexos. Según la Organización Mundial de la Salud, el término “disfunción sexual” se define como las diversas formas en las que un individuo es incapaz de participar en una relación sexual como él o ella desearían.

El deterioro de la función sexual es una complicación frecuente de la diabetes en los hombres (20% a 85%), en tanto que no ha sido bien estudiada en las mujeres y su prevalencia parece ser ligeramente inferior en este grupo poblacional (20% a 80%). Entre los problemas sexuales que se observan en las mujeres diabéticas se incluyen la satisfacción sexual y el deseo, el orgasmo y el trastorno de la excitación y la lubricación. Tanto la etiología como los factores de riesgo para la alteración en la función sexual de los sujetos diabéticos son discutibles. Como causantes, se han sugerido las alteraciones neurológicas, las vasculares, las del sistema endocrino y los factores psicológicos. Las infecciones, la hiperglucemia y las alteraciones vasculares, las neurológicas y las psicosociales se consideran factores patogénicos en la alteración de la función sexual de las mujeres diabéticas.

La presente investigación tuvo como objetivo evaluar la prevalencia de disfunción sexual en las mujeres diabéticas, y la asociación con los parámetros propios de la diabetes, como su duración, el control glucémico y las complicaciones crónicas asociadas con la enfermedad.

Materiales y métodos

Se llevó a cabo un estudio transversal en 110 mujeres diabéticas que recibieron atención en el Shahid Beheshti Hospital de Qom, Irán, desde mayo de 2012 a febrero de 2013. Las participantes fueron agrupadas en función de la presencia de disfunción sexual o la ausencia de ésta. Se incluyeron pacientes registradas por 2 años o más en el sistema, >30 años, con una duración de la diabetes de 5 años o más y que estuvieran casadas. Fueron excluidas las mujeres con antecedentes de mastectomía o histerectomía total, y aquellas con un embarazo en curso. Tampoco se incluyeron mujeres con anemia, problemas sexuales antes del diagnóstico de diabetes o antecedentes de enfermedad psiquiátrica, ni aquellas con cónyuges con alteración de la función sexual.

Se consideraron la altura, el peso, el índice de masa corporal, la presión arterial y la cantidad semanal de actividad física aeróbica. Se registró la duración de la enfermedad, los niveles de glucemia en ayunas, colesterol total, asociado con lipoproteínas de alta y baja densidad y triglicéridos, hemoglobina glicosilada, resistencia a la insulina, la presencia

de criterios de síndrome metabólico y de complicaciones secundarias a la diabetes. Las complicaciones micro vasculares incluyeron la nefropatía, la neuropatía y la retinopatía.

Para la evaluación de la disfunción sexual se utilizó un cuestionario estandarizado: el Female Sexual Function Indexes una herramienta que evalúa seis aspectos de la función sexual en mujeres: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor durante las relaciones sexuales. En las mujeres, la puntuación mínima es 2 y la máxima, 36. Se consideró que las mujeres con una puntuación menor de 26 tenían disfunción sexual.

Resultados

En el presente estudio fueron evaluadas 110 mujeres diabéticas, con un promedio de edad de 48.18 ± 6.04 años (rango entre 30 y 55 años). La duración promedio de la diabetes era de 8.56 ± 4.38 años (rango entre 5 y 25 años).

De las mujeres estudiadas, 59 (53.60%) tenían disfunción sexual, de acuerdo con los resultados del Female Sexual Function Index. No se observaron diferencias significativas en la edad de las participantes con disfunción sexual o sin ella; tampoco se verificaron discrepancias sustanciales entre estos grupos en cuanto a los parámetros relacionados con la diabetes.

Treinta y tres (33%) participantes tenían microalbuminuria y 11 (10%) presentaban macroalbuminuria. Se detectó disfunción sexual en 23 (39%) de las mujeres con microalbuminuria y en 10 (16.9%) de las pacientes con macroalbuminuria. Se observó una asociación significativa entre la presencia de albuminuria y de disfunción sexual ($p = 0.001$) y entre la presencia de retinopatía y de disfunción sexual ($p = 0.007$).

No hubo una relación significativa entre la presencia de disfunción sexual y la neuropatía, la hipertensión arterial, la enfermedad coronaria o la actividad física.

Discusión

La disfunción sexual femenina se asocia con múltiples etiologías y cada factor que contribuye a la función sexual normal puede ser una causa posible de disfunción. Existe una asociación fuerte entre la presencia de la alteración en la función sexual y las cuestiones psicológicas, como la ansiedad, la depresión, la baja autoestima, trastornos de la percepción de la imagen corporal, ansiedad de desempeño sexual, temor al rechazo, experiencias sexuales traumáticas previas y antecedentes de abuso. La relación con la pareja constituye un factor importante para mantener un encuentro sexual pleno. Según los investigadores, es importante considerar si existen condiciones clínicas asociadas, como alteraciones urogenitales, neurológicas o endocrinológicas; también se debe evaluar la presencia de alteración del piso pélvico o, incluso, la menopausia, el embarazo o la obesidad pueden alterar la función sexual; asimismo, podrían hacerlo algunos tratamientos, como el uso de fármacos antineoplásicos, antipsicóticos, antidepresivos, antihipertensivos o las intervenciones quirúrgicas mayores y la radioterapia. Por último, los factores sociales y culturales de riesgo de la disfunción sexual incluyen las relaciones

sociales limitadas, las dificultades financieras, la situación laboral, las creencias religiosas, los antecedentes educativos y la falta de ejercicio.

La diabetes mellitus es una causa importante de disfunción sexual. En las mujeres diabéticas, la alteración de la función sexual es compleja e implica, además de los aspectos psicosociales, las cuestiones neurológicas, vasculares y hormonales. Como hipótesis, se propuso que la hiperglucemia podría resultar en la alteración de la lubricación vaginal y en dispareunia, por la reducción de la hidratación de la mucosa del epitelio vaginal; además, la hiperglucemia podría asociarse con la dispareunia debido a su relación con mayor incidencia de infecciones genitourinarias.

También, la diabetes genera alteraciones vasculares y neurales que pueden ocasionar cambios estructurales y funcionales en los genitales femeninos y modificar la respuesta sexual. Por otra parte, en las mujeres diabéticas se observó alteración en la sensación de vibración a nivel de los genitales, que se debe estudiar en mayor profundidad respecto de su relación con la alteración de la función sexual. Las alteraciones vasculares pueden modificar el flujo circulatorio local e inhibir la irrigación del clítoris y la lubricación vaginal durante la excitación; esto resulta en dispareunia o disminución de la excitación durante la actividad sexual. Por último, las consecuencias principales de la neuropatía diabética incluyen la alteración en la excitación, el orgasmo y el dolor durante el acto sexual.

Las mujeres con diabetes también tienen otras condiciones endocrinológicas asociadas que pueden contribuir con la disfunción sexual, como la alteración en la función de la tiroides, del eje hipotálamo-hipofisario o la presencia de síndrome de ovarios poliquísticos. La depresión es otro de los factores asociados con la alteración en la función sexual en este grupo.

La prevalencia de disfunción sexual en las mujeres con diabetes se estima entre el 20% y 80%; en la presente investigación, el 53.6% de las pacientes con diabetes tenía disfunción sexual. No se encontró asociación alguna entre la edad y el riesgo de disfunción sexual; tampoco se observó relación con los años de duración de la diabetes o el grado de control glucémico. Una limitación del presente estudio fue que la medida de control glucémico fue el promedio del valor de hemoglobina glucosilada en el año previo. Debido a la naturaleza crónica de la disfunción sexual, la evaluación a largo plazo del control glucémico podría proporcionar resultados más fiables. El peso corporal también puede afectar la función sexual; sin embargo, en el presente estudio no se encontró esta asociación.

Algunos autores consideraron que las complicaciones asociadas con la diabetes, como la nefropatía o la retinopatía, constituyen factores de riesgo para la disfunción sexual, en tanto que otras investigaciones apuntaron a que la alteración de la función sexual es independiente de aquéllas. Los resultados de los estudios clínicos que evaluaron la asociación entre neuropatía diabética y disfunción sexual son controvertidos. En la presente investigación no se encontró asociación significativa alguna entre ambos

parámetros; se destaca que el criterio para el diagnóstico de la neuropatía diabética fue el examen clínico y no estudios de velocidad de conducción nerviosa.

Se detectó una correlación significativa entre la disfunción sexual y la nefropatía diabética. Debido a esta asociación estadísticamente significativa, la albuminuria se podría considerar un factor importante de riesgo para la aparición de disfunción sexual. Otro hallazgo del estudio consistió en la asociación entre la disfunción sexual y la retinopatía, que confirmó lo informado en un estudio previo. No se observó asociación significativa alguna entre la hipertensión y la disfunción sexual.

Conclusión

La disfunción sexual es una complicación frecuente en los pacientes con diabetes, que debe ser considerada por los médicos. La relación altamente significativa entre esta alteración con la nefropatía diabética señala que la disfunción sexual se debe abordar en la atención del paciente con diabetes.

Trastorno dismórfico corporal

Recomendaciones para médicos generalistas, para el reconocimiento, diagnóstico y tratamiento del trastorno dismórfico corporal.

Autor: David Veale, Anthony Bewley Fuente:

BMJ 2015; 350:h2278

Fuente: Intramed.-6/07/15

Las personas con trastorno dismórfico corporal (TDC) tienen una gran preocupación por uno o más defectos percibidos o por la fealdad en su aspecto. Los "defectos" son a menudo una variación física normal u objetivamente solo aparece en grado leve, pero al paciente le ocasiona mucha vergüenza o influye negativamente en su vida.

El trastorno es relativamente frecuente, con una prevalencia de casi el 2% en la población general, lo que hace que sea más común que la esquizofrenia o la anorexia nerviosa. Se produce en ambos sexos por igual.

Las personas con TDC pueden consultar a médicos generalistas; dermatólogos; cosmetólogos, cirujanos plásticos, otorrinolaringólogos, cirujanos maxilofaciales; ortodoncistas; ginecólogos o urólogos, con el deseo de mejorar sus "defectos".

Aunque la enfermedad es un **trastorno psiquiátrico grave**, la consulta en los servicios de salud mental es menos frecuente, y por lo general solo se hace cuando hay problemas adicionales, como depresión o riesgo de suicidio, entre otros.

La condición es fácilmente trivializada y estigmatizada, pero los médicos no deben confundirla con la **insatisfacción corporal**, que es común pero no ocasiona gran angustia o interferencia con la vida diaria. Los pacientes con “desfiguraciones reales” pueden ser vistos como más dignos de atención pero a menudo están menos discapacitados que una persona con TDC.

Los pacientes con TDC consumen importantes recursos sanitarios pero suelen permanecer insatisfechos a no ser que los médicos los traten de manera integral. Es común que ya hayan recorrido numerosos consultorios médicos de estética y servicios cosméticos privados, pero muchos de los médicos no están capacitados para diagnosticar y tratar a estos pacientes y por error se dedican a corregir el defecto.

Este artículo explora cómo un médico general puede reconocer y diagnosticar a los pacientes con TDC, entender los riesgos de la insatisfacción por un procedimiento cosmético, y tratar de que las personas con TDC comprendan que su problema es psicológico y deben ser derivados para una evaluación de salud mental.

Conceptos básicos

- Las personas con TDC no pueden revelar el grado de su preocupación a menos que se les pregunte directamente sobre la vergüenza que sienten por su apariencia, que los lleva también a buscar ayuda inapropiada.
- Ante la sospecha de TDC, preguntar sobre el grado de preocupación, angustia e interferencia con la vida cotidiana, para distinguirlo de la insatisfacción corporal no patológica más común y derivar a un servicio de salud mental para su evaluación.
- Las opciones terapéuticas incluyen la terapia cognitivo-conductual (específica para el TDC) y los inhibidores de la recaptación de serotonina, en la dosis máxima tolerada, si los síntomas son moderados a severos.

¿Cómo se puede reconocer a los pacientes con trastorno dismórfico corporal?

Las personas con TDC no pueden revelar el grado de su preocupación y angustia a menos que se les pregunte directamente, porque se avergüenzan de su apariencia. Los defectos percibidos pueden ser múltiples, y por lo general se hallan alrededor de la cara, comúnmente en la piel, la nariz, el pelo, los ojos, los labios o la barbilla. Los defectos percibidos aparecen en serie –por ejemplo, una vez que un defecto percibido ha disminuido otro defecto se convertirá en el foco de atención del paciente.

El paciente puede dirigir su atención a cualquier parte del cuerpo, incluso los genitales. Los problemas típicos pueden ser: caída del cabello, acné, nariz demasiado grande o torcida, arrugas en la piel, rasgos desproporcionados, aspecto demasiado masculino ((o femenino). Cuando el paciente se describe a sí mismo como feo o siente que alguna característica es extremadamente notable o anormal, y esta percepción no coincide con lo observado por el médico, se debe considerar el diagnóstico de TDC.

Este trastorno se puede distinguir de la insatisfacción corporal, en la que la preocupación acerca de un defecto percibido no es suficientemente angustiante o no interfiere con la vida en el mismo grado con que se cumplen los criterios diagnósticos para el TDC.

Se puede pedir al paciente que califique su defecto en una escala del 1 a 10. Si la discrepancia entre el puntaje del médico y el del paciente es importante, entonces el médico puede comenzar a analizar con el paciente otro aspecto alternativo del problema. Para comprender la percepción del defecto por parte del paciente se le puede pedir que dibuje un autorretrato.

El criterio diagnóstico clave para el TDC es la preocupación por un defecto percibido que ocupa la mente del paciente durante al menos 1 hora/día, pero por lo general, esto ocurre varias horas al día. Para cumplir con el diagnóstico, el defecto percibido debe causar enorme angustia o interferencia con la vida diaria. En algún punto durante el curso del trastorno, es probable que la persona realice actos repetitivos por ej., comprobaciones en un espejo, comprobaciones con sus dedos, estiramiento de la piel – o actos mentales – por ej., rumiación, comparación constante del “defecto” percibido con la misma característica en otras personas, en respuesta a las preocupaciones.

Las personas con TDC suelen ser muy conscientes de sí mismas y por lo general evitan situaciones sociales o públicas donde se sientan observadas. Como alternativa, pueden camuflarse en forma inapropiada por ej., llevando un pañuelo o un sombrero en un día caluroso. Los pacientes con TDC suelen quedarse confinados en su casa, tienen tasas elevadas de hospitalización psiquiátrica, ideas de suicidio y suicidio. Por lo tanto, siempre hay que tener en cuenta el riesgo de suicidio, sobre todo cuando los pacientes han perdido la esperanza de modificar su aspecto.

Historia y observaciones que avalan el diagnóstico

Si se contestan afirmativamente todas las preguntas con viñeta es probable que se trate de un TDC y requiere una evaluación adicional:

¿Actualmente, piensa usted mucho sobre las partes de su aspecto que le disgustan? Si es así en un día típico ¿cuántas horas pasa pensando en su aspecto? El valor de corte es más de 1 hora/día.

¿Se observa mucho en el espejo o en superficies reflectantes o toca mucho su “defecto” con los dedos? ¿hace comparaciones de su aspecto con frecuencia?

¿Su aspecto le causa mucha angustia?

¿Trata de evitar situaciones o personas por su aspecto?

¿Su aspecto interfiere con su capacidad para trabajar o estudiar?

¿Su aspecto interfiere en su vida social?

¿Su aspecto interfiere en su noviazgo o relación actual?

Observaciones del médico, que cuando son positivas sustentan el diagnóstico:

- ¿Lleva el paciente cualquier atuendo específico que está fuera de contexto y lo usa como camuflaje? (por ej., gorra de béisbol, bufandas o gafas de sol).
- ¿El paciente utiliza maquillaje excesivo para camuflar la piel de forma inapropiada?
- ¿El Su paciente tiene el pelo largo para ocultar su cara?
- ¿Hay cicatrices como consecuencia de pellizcar la piel?
- ¿El paciente mantiene su cabeza gacha o tienen poco contacto visual?

Comorbilidades comunes y diagnóstico diferencial

A causa de las conductas repetitivas y la historia familiar relacionada, el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quinta edición, el TDC está categorizado como parte de los trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados.

Cuando la preocupación está focalizada predominantemente en que se está "demasiado gordo" o con sobrepeso, y se hacen intentos por cambiar la dieta, un diagnóstico alternativo es un trastorno de la alimentación.

En el TDC, son comunes las comorbilidades psiquiátricas como la depresión, la fobia social o un trastorno obsesivo-compulsivo. La fobia social comórbida se diagnostica solamente si el paciente tiene un temor adicional de actuar de una manera conducente a la humillación o la vergüenza. Los trastornos obsesivo-compulsivos comórbidos aparecen cuando las obsesiones o las compulsiones no se limitan solo a las preocupaciones acerca de la apariencia, por ejemplo, comprobar repetidamente si las puertas están bien cerradas.

Adolescencia

El inicio se produce normalmente durante la adolescencia, y lamentablemente, suele tardar ≥ 10 años antes de arribar al diagnóstico y tratamiento adecuados. Se puede presentar en la adolescencia, y en general en una forma más grave que en los adultos. En comparación con los adultos, los adolescentes que padecen TDC tienen tasas elevadas de suicidio a cualquier edad e ideas delirantes. También puede presentarse con rechazo a la escuela, discordia familiar y aislamiento social.

Procedimientos cosméticos

Las personas con TDC comúnmente recurren a procedimientos cosméticos o quirúrgicos con la esperanza de mejorar su aspecto o la percepción de sus defectos. En un estudio de cohorte de un grupo de la práctica dermatológica, la prevalencia fue mayor en el grupo de dermatología cosmética (14,0%) que en el grupo general (6,7%). Estos pacientes eran más propensos a estar insatisfechos con los resultados de los tratamientos dermatológicos.

Algunos pacientes pueden haber tenido un procedimiento exitoso cuando eran más jóvenes (y no necesariamente tienen un TDC, lo que refuerza su esperanza de modificar su defecto percibido).

En general, la presencia del TDC hace que la satisfacción con un procedimiento cosmético sea poco probable o impredecible. Esta afirmación se basa en la opinión de expertos y en pacientes atendidos en clínicas psiquiátricas. Ha habido solo unos pocos estudios

prospectivos pequeños en un contexto cosmético en los que la identificación de las personas con TDC fue hecha antes de la operación para luego hacer un seguimiento de su evolución. A lo sumo, un paciente puede estar satisfecho con algún procedimiento con el que se ha conseguido un cambio que no es ambiguo, como el aumento del tamaño de las mamas o la labioplastia. Pero en general, es imposible que los procedimientos cosméticos modifiquen los síntomas del TDC.

La insatisfacción con la cirugía estética es común y volver a realizar el procedimiento es inadecuado, porque finalmente se puede perder el diagnóstico de TDC, lo que puede dar lugar a un litigio. Por otra parte, es posible que el procedimiento empeore la preocupación por el defecto percibido, lo que haría más difícil que el paciente acepte participar en el tratamiento, porque para corregir el defecto actual sería necesario un procedimiento adicional.

Los pacientes no deben ser derivados para obtener otra opinión de un cirujano estético o dermatólogo diferentes –es más importante tratar de derivarlo a una evaluación de salud mental. Los pacientes pueden y deben recuperarse del TDC, y una historia de TDC no es una contraindicación para un procedimiento cosmético, pero sí debe hacerse con precaución.

¿Cómo se puede captar al paciente?

Es importante ser transparente e indicar lo que se cree mejor para el paciente. No hay que entablar una discusión acerca del diagnóstico; siempre hay que tratar de admitir sus sentimientos de vergüenza, angustia y el grado en que su vida se ve afectada; siempre hay que dejar un tiempo para la discusión.

Si hay defectos visibles como cicatrices de acné leves, que solo pueden verse de cerca y teniendo un mayor estándar estético, es importante transmitir que como médico se reconoce su presencia. Sin embargo, hay que considerar que algunos pacientes no están preocupados por la evaluación de los demás sino, más que nada, por ellos mismos sentirse en armonía corporal.

¿Qué sucede si los pacientes se niegan a aceptar un diagnóstico o tratamiento adecuados?

Siempre hay que mantener la actitud de admitir la angustia o los sentimientos de vergüenza de los pacientes. Se los debe ayudar a preguntarse si en realidad su problema no son las soluciones actuales. Demuestre que usted se preocupa y que está tratando de actuar por el interés superior de su paciente. Si es apropiado, continuar con el tratamiento médico. Trate de entender los temores de rechazo o de humillación que probablemente están condicionados emocionalmente por experiencias pasadas. Los pacientes pueden no estar dispuestos a cambiar en este momento, pero trate de animarlos a volver. Enfatice

que el problema que lo trae es un problema reconocido para el cual hay tratamientos exitosos.

Sin embargo, estos tratamientos pueden tomar tiempo y requerir el compromiso del paciente. Se pueden recomendar lecturas adicionales y sitios web sobre el TDC. Los pacientes pueden ser derivados a un servicio o clínica psico-dermatológica local regional para problemas de piel, o a un servicio especializado nacional para el TDC. La derivación a dichas unidades puede ser más aceptable para los pacientes porque sentirán que se les dedica más tiempo para ser comprendidos. El médico aún debe evaluar el riesgo y actuar sobre cualquier comportamiento inseguro que aumente las preocupaciones, recurriendo a los servicios de protección adecuados.

¿Cómo es el manejo del trastorno dismórfico corporal?

La guía del National Institute for Health and Clinical Excellence recomienda la terapia cognitivo-conductual que es específica para el TDC, la que sigue un protocolo a lo largo de 16-24 sesiones. La terapia cognitivo-conductual se basa en 4 ensayos controlados aleatorizados de terapia cognitivo-conductual versus lista de espera y en un ensayo controlado aleatorizado de terapia cognitivo-conductual versus manejo de la ansiedad, los que mostraron que la terapia cognitivo-conductual es más eficaz para mejorar la gravedad del TDC, según las evaluaciones cegadas realizadas por clínicos.

La misión más importante de la terapia cognitivo-conductual es mantener el compromiso del paciente y cambiar las conductas para disminuir la preocupación, la angustia y la interferencia en la vida diaria. La atención se centra, por lo tanto, en la construcción de una comprensión alternativa y en reducir la focalización de la atención en el problema, como así la rumiación.

Los pacientes son guiados a través de la exposición gradual o experimentos de comportamiento para poder comprobar los miedos. A los pacientes con TDC moderado o grave se les puede indicar un antidepresivo inhibidor de la recaptación de serotonina, en la dosis máxima tolerada, durante al menos 3 meses, para determinar la respuesta. La evidencia proviene de 2 ensayos controlados. Si el inhibidor de la recaptación de serotonina elegido no fue de utilidad, entonces se ofrecerá otro de esos inhibidores o clomipramina (un potente inhibidor de la recaptación de serotonina).

Como sucede en el trastorno obsesivo-compulsivo, la suspensión del inhibidor de la recaptación de serotonina puede acompañarse de una elevada tasa de recaída. No hay evidencia de que el TDC se beneficie de los antipsicóticos prescritos para aumentar la acción del inhibidor de la recaptación de serotonina selectivo.

Cuando el riesgo inmediato no es preocupante, el médico debe tratar de mantener el compromiso del paciente. Esto no significa que el defecto ha disminuido sino que el médico generalista puede tomar a su cargo el tratamiento del defecto—por ej., un

retinoide tópico o agentes combinados para el acné o las cicatrices de acné leves. Las personas con problemas graves o crónicos deben tener un acceso continuo a equipos multidisciplinarios especializados en TDC.

Los servicios para pacientes internados o residenciales con terapia cognitivo-conductual intensiva son apropiados para un pequeño número de personas en las que no se obtuvieron buenos resultados con ≥ 1 regímenes de terapia cognitivo-conductual y farmacológicos como así para pacientes ambulatorios. Los pacientes pueden consultar en sitios web adecuados y leer sobre el TDC.

Traducción y resumen objetivo: Dra. Martta Papponetti

Referencias

- 1 Phillips KA. Body dysmorphic disorder: common, severe and in need of treatment research. *Psychother Psychosom* 2014;83:325- 29.
- 2 Koran L, Abujaoude E, Large M, et al. The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS Spectrums* 2008;13:316- 22.
- 3 Buhlmann U, Glaesmer H, Mewes R, et al. Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey. *Psychiatry Res* 2010;178:171- 5.
- 4 Carter L. Body dysmorphia. [electronic response to Phillips KA, et al. Body ysmorphic disorder in men]. *BMJ* 2001. www.bmj.com/content/323/7320/1015/rapid-responses.
- 5 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders , 5th ed. American Psychiatric Association, 2013.
- 6 Veale D, Riley S. Mirror, mirror on the wall, who is the ugliest of them all? The psychopathology of mirror gazing in body dysmorphic disorder. *Behav Res Ther* 2001;39:1381- 93.
- 7 Phillips KA, Coles M, Menard W, et al. Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry* 2005;66:717- 25.
- 8 Veale D, Boocock A, Gournay K, et al. Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases. *Brit J Psychiatry* 1996;169:196- 201.
- 9 Phillips KA, Menard W, Fay C, et al. Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosom* 2005;46:317- 25.
- 10 Phillips KA, Didie ER, Menard W, et al. Clinical features of body dysmorphic disorder in adolescents and adults. *Psychiatry Res* 2006;141:305- 14.
- 11 Crerand CE, Menard W, Phillips KA. Surgical and minimally invasive cosmetic procedures among persons with body dysmorphic disorder. *Ann Plastic Surgery* 2010;65:11- 6.
- 12 Conrado LA, Hounie AG, Diniz JB, et al. Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: prevalence and clinical features. *J Am Acad Dermatol* 2010;63:235- 43.
- 13 Tignol J, Biraben-Gotzamanis L, Martin-Guehl C, et al. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery: evolution of 24 subjects with a minimal defect in appearance 5 years after their request for cosmetic surgery. *Eur Psychiatry* 2007;22:520- 24.
- 14 Veale D, Naismith I, Eshkevari E, et al. Psychosexual outcome after labiaplasty: a prospective study. *Int Urogynecol J* 2014;25:831- 39.
- 15 Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J, et al. Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosom* 2001;42:504- 10.
- 16 Aguilar-Duran S, Ahmed A, Taylor R, et al. How to set up a psychodermatology clinic. *Clin Exp Dermatol* 2014;39:577- 82.

- 17 National Institute for Health and Clinical Excellence. Obsessive-compulsive disorder: core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: CG31. 2005. www.nice.org.uk/guidance/cg31.
- 18 Veale D, Anson M, Miles S, et al. Efficacy of cognitive behaviour therapy v anxiety management for body dysmorphic disorder: a randomised controlled trial. *Psychother Psychosom* 2014;83:341-53.
- 19 Phillips KA, Albertini RS, Rasmussen SA. A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:381-8.
- 20 Hollander E, Allen A, Kwon J, et al. Clomipramine vs desipramine crossover trial in body dysmorphic disorder: selective efficacy of a serotonin reuptake inhibitor in imagined ugliness. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:1033-42.
- 21 Phillips KA. Placebo-controlled study of pimozide augmentation of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Am J Psychiatr* 2005;162:377-79.

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:** 21/10/15; <http://www.clam.org.br/es>

Ambigüedades de las Políticas del Sida. Un nuevo texto de la serie Sexualidades está disponible para **download gratuito** en el website de la [Asociación Internacional para el Estudio de la Sociedad, Sexualidad y Cultura - IASSCS](#). En este [artículo](#), la antropóloga brasileña Claudia Cunha explora las ambigüedades y contradicciones de las políticas de Sida al abordar la sexualidad de jóvenes HIV-positivos(as). [Sexualidades](#) es una serie monográfica trilingüe en estudios sobre sexualidad en las Américas, iniciativa de la [Red Internacional de Recursos de CLAGS](#), Centro de Estudios Lésbicos e Gays de la City University of New York. [Haga click aquí para bajar el texto em PDF.](#)

Asociación Médica Argentina de Anticoncepción: en su página web 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. N° 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

Interesante link: Sexualidades con perspectiva en diversidad funcional

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

Interesante Documental sobre Condones: This video was created by India HIV/AIDS Alliance's Andhra Pradesh office for the Frontiers Prevention Project (FPP). This programme was implemented from 2002-2008 with the support of the Bill and Melinda Gates Foundation

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

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=FIVQswNkpTM>

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. 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

2. Documental Negociar sexo por vida. Inés Hercovich | TEDxRiodelaPlata

<https://www.youtube.com/watch?v=iPk9VTATmGM&feature=youtu.be>

3. Documental sobre La mujer, el cuerpo la ropa (documental):

Una serie documental analiza la relación (y presión) de las mujeres con su cuerpo, la moda y la mirada de los demás. 'Too Much of me', de Siri Bunford, explora la relación de una mujer con su cuerpo.

A.- The Way We Dress: When Women Look at Other Women on the Street

<https://www.youtube.com/watch?t=4&v=vURmrR-C2Ss>

B. El segundo de la serie, llamado Too Much Of Me, comienza con la frase "A women is never thin enough".

The Way We Dress: Confronting Weight & Self-Worth

<https://www.youtube.com/watch?v=ebaM28stV8Y>

C. El tercer documental de la serie nos conduce a través de la mirada de la diseñadora irlandesa Simone Rocha en una suerte de nostálgico homenaje visual a las mujeres de su familia, a quienes ya había recurrido para inspirarse en la creación de la colección Respect Your Elders. En Hong Kong Dress, Rocha narra la vuelta a la isla asiática donde nació su padre, observando los estilos de las anónimas mujeres de la tercera edad que transitan por sus calles.

The Way We Dress: The Style of Hong Kong's Older Women

<https://www.youtube.com/watch?t=12&v=NSO2oaZ5spU>

4. La violencia doméstica y el abuso sexual a menudo se llaman "asuntos de mujeres". Pero en esta charla audaz, tajante, Jackson Katz señala que son intrínsecamente cuestiones de hombres, y muestra cómo estas conductas violentas están vinculadas a las definiciones de la hombría masculina. Una llamada clara para todos nosotros, mujeres y hombres, para desafiar a las conductas inaceptables y ser líderes del cambio. **(subtitulada)**

http://www.ted.com/talks/jackson_katz_violence_against_women_it_s_a_men_s_issue?language=es

5. **Dinamarca tiene un problema con su población:** no está creciendo a un ritmo adecuado. Según el video en YouTube en el que explican su problema, las parejas danesas tienen 1.73 hijos, lo que es muy bajo para los niveles de reemplazo que necesita el país. Necesita que sus ciudadanos tengan más sexo y lo promueve con este video en el cual un anuncio le pide a las parejas que salgan de vacaciones y procreen para solucionar el problema poblacional.

<https://www.youtube.com/watch?t=2&v=B00grl3K01g>

El video, elaborado por la agencia danesa de viajes Spies Travel, empieza con una mujer anciana que se siente sola por no tener un nieto a su lado, conjuntamente con las estadísticas que lo certifican: hay muy pocos nacimientos. "Puede ser que tengamos la solución", dice una voz en el video. Resulta que una estadística elaborada en ese país demuestra que las parejas tienen 51% más sexo cuando están en vacaciones 'más activas'.

Como argumenta el video, unas vacaciones 'activas' despiertan el impulso sexual entre dos personas, pues compartir actividades, como hacer ejercicio juntos, incrementa el deseo sexual por aumentar las endorfinas. Que el destino sea un sitio caluroso también ayuda a potenciar el acto.

"Envía a tu hijo de vacaciones y ten un nieto en nueve meses", es el slogan del comercial que, supuestamente, apunta a las abuelas. Spies Travel ofrece un descuento de USD 150\$ y un paquete especial para las parejas danesas que quieran aventurarse.

Recomiendo las siguientes Películas:

1. Amour (2012)

La historia de una pareja octogenaria francesa se ha convertido en una de las películas más enternecedoras. Anne y George son dos profesores de música retirados que han vivido toda su vida juntos; sin embargo, el destino los pone a prueba cuando deben enfrentar la enfermedad de ella y las vicisitudes de una vejez nada sencilla. Trailer subtitulado:

<https://www.youtube.com/watch?v=TbN2kSOqEKM>

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. La Venus de las pieles (2013): Después de un día de audiciones a actrices para la obra que va a presentar, Thomas se lamenta de la mediocridad de las candidatas; ninguna tiene la talla necesaria para el papel principal. En ese momento llega Vanda, un torbellino de energía que encarna todo lo que Thomas detesta: es vulgar, atolondrada y no retrocedería ante nada para obtener el papel. Pero cuando Thomas la deja probar suerte, queda perplejo y cautivado por la metamorfosis que experimenta la mujer: comprende perfectamente el personaje y conoce el guión de memoria.

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

No es porno, es la realidad

La nueva industria del contenido adulto se dispara, cambia la producción, la factura, la dinámica actoral y, por supuesto, la sensación que genera en los usuarios. Ya está aquí la realidad virtual; esta vez de verdad

Fuente: <http://www.elmundo.es/sociedad> 7/11/15

En la **industria del contenido erótico** para adultos ha cambiado todo y lo ha hecho este año. Que habrá, como mínimo, dos personas desnudas practicando sexo es lo único que permanece inalterable porque, en caso contrario, no se trataría de porno. Pero la forma y el fondo son otros: **escenario, elementos, acto y efectos son novedosos para todos**, no sólo los clientes. Las novedades comienzan en el rodaje; una suerte de **carrera espacial hacia la realidad virtual** que aumenta la ya de por sí exigente competencia entre productoras especializadas en la tecnología más puntera.

Es en un apartamento de varios pisos y moderno mobiliario en la localidad de **Sabadell**, en **Barcelona**, donde se desarrolla el **milagro del sexo auténtico**. Conseguir verdad en la pornografía aplicada a la realidad virtual es más complicado de lo que cualquiera, incluso quienes la elaboran, se hubiera podido imaginar. "Para la mayoría de los actores es su primera vez grabando para una realidad aumentada", dice **Todd Glider** que, en febrero de este año, lo experimentó en su propia carne o, más en concreto, en su cerebro, antes de decidirse a invertir al respecto. Es el director de la empresa norteamericana **BaDoink**, que hace tiempo decidió instalar en **Barcelona** su sede europea porque, sostiene Glider, "es una ciudad llena de talento".

"Me fui de viaje a Venecia con mi mujer hace poco y, en el viaje de vuelta, leyendo 'The Economist', me encontré con el nombre de mi empresa en un artículo que analizaba el advenimiento de la realidad virtual, ¡'The Economist'!, no me lo podía creer...», explica Glider a EL MUNDO. Durante una jornada completa, este periódico observó los **entresijos de la revolución erótica del Tercer Milenio**. "La realidad virtual apareció en la década de

los 90. Ahora es otra cosa, aparentemente", describía en aquel momento el semanario británico.

Desde el pasado febrero, BaDoink trabaja a la carrera y **ya son 20 los filmes que están disponibles en su web específica de realidad aumentada**, www.badoinkvr.com. Hace un par de semanas lanzaron al público uno de los dos vídeos que se grabaron en presencia de un equipo de este diario, el que protagonizan la actriz argentina **Blondie Fesser** y el actor sueco **Rob Diesel**. Para ellos, éste también es un mundo desconocido, aunque cada vez menos.

"Está despuntando ahora, es algo totalmente diferente y, para el cliente, es mucho más real", detalla Fesser que, en 'Harley gets a tune-up' (La puesta a punto de Harley), interpreta a una mujer dominante hasta que aparece en el sótano donde está recluida el explosivo Rob Diesel, que la convierte en sumisa. "Mi primera vez fue hace un par de meses, cuando me llamó una productora que se dedica a esto para hacer un reemplazo. Me explicaron cómo era, ya que se trata de una manera de trabajar totalmente diferente a la que tenemos normalmente en los rodajes. La verdad es que es muy divertido", admite. Pero **para los hombres no lo es tanto, o no como antes**.

Una tecnología inmersiva

Pese a que la tecnología está orientada a los hombres, **de los 20 vídeos realizados hasta ahora sólo 3 atienden a la mirada femenina**, aunque las perspectivas de futuro no sólo atenderán a las mujeres sino también a homosexuales y transexuales. "La demanda es masculina", justifican desde el equipo de rodaje, que ni quiere dejarse ver en imágenes ni tampoco que se haga público su nombre; la mayoría tiene otros trabajos o bien prefiere que no se conozca públicamente que se dedica a la pornografía.

"Es más difícil para los actores que para las actrices porque siempre se ofrece la visión del hombre. Las posturas no son fáciles y **el actor no tiene mucha capacidad de movimiento**", describe Glider que, este verano, decidió que la realidad virtual tenía que ser accesible para todos. Para conseguirlo, pusieron en marcha FreeVrGoogles.com, una iniciativa

gracias a la cual todo aquel que quiera probar la realidad aumentada puede conseguirlo, siempre y cuando tenga un 'smartphone' y viva en los Estados Unidos. Sólo hay que registrarse y esperar que lleguen a casa las gafas de cartón en las que ensamblar el teléfono inteligente. Si todo se desarrolla como BaDoink espera, **pronto habrá gafas también para todos los europeos.**

"Ahora nos reímos de lo que nos prometían en los 90, pero es que era imposible conseguirlo entonces, no teníamos la tecnología, se necesitaba mayor potencial. Ni siquiera ahora tenemos toda la tecnología necesaria y las películas no son totalmente inmersivas pero, en dos años, lo serán", vaticina Glider. Para que un hombre sienta que hace el amor con una estrella porno cuando se coloca las gafas de realidad virtual, es necesario que la cámara se coloque sobre la cabeza del actor que practica sexo en la escena. De él sólo se verán los genitales, quizá las manos y, con suerte, el torso. Tiene prácticamente prohibido moverse porque la cámara forma casi parte de él.

Algo que, a actores como Diesel, que trabajan con el impulso, **obliga a mantener a raya la espontaneidad.** "Creo que es algo totalmente diferente, que despunta ahora y que para el cliente es mucho mejor", admite. Otros asumen que el trabajo será más difícil: "Grabar realidad virtual es mucho más complicado que grabar porno normal. Hay que estar atento a muchas más cosas, por lo pronto a la cámara en 3D que llevas encima, y también hay que intentar no tapar ángulos y no moverse hacia ciertas zonas, pero es más divertido porque es original y, además, hace ilusión", relata **Kevin Diamond** que, hace cinco años, comenzó a hacer porno porque le "gustaba verlo y practicar sexo". "A rodar porno para realidad virtual comencé hace un par de años. Es muchísimo mejor a la hora de convertir al usuario en protagonista", sentencia.

La carrera hacia la realidad virtual

El rodaje es lento pero preciso. A partir de las 09.00 horas comienzan a llegar todos los integrantes del equipo. Imposible diferenciar quién se encarga de grabar y quién de actuar hasta que entra en juego la persona encargada del vestuario y el maquillaje; no sólo

porque **no se lleva escrito en la cara que uno es actriz o actor porno** sino porque, aparentemente, no hay jerarquías en el grupo, sólo un objetivo común, que todo salga lo mejor posible.

"Las productoras que hacen realidad virtual nos tratan genial. No sólo el trato, también funciona bien la manera de grabar porque se trabaja pero hay muy buen rollo. Se nota en todo momento que son claros, que no quieren timarte", ahonda Blondie, quien también afirma que, para ella, rodar filmes de realidad virtual es "más fácil" que hacer porno normal. "Hay que mirar a un punto fijo, se parece a grabar en POV [cámara subjetiva], la cuestión es que para el actor es un poco incómodo quizá porque no puede moverse mucho; ellos sólo ponen el miembro y, como mucho, mueven las manos para agarrar pero no pueden ni hablar", detalla.

En la misma línea se expresa **Julia Roca** que, junto a Kevin Diamond, rodó la primera historia del día, una escena en la que, además de ellos dos, eran protagonistas la lencería, el dinero y el poder. Julia comenzó a hacer porno cuatro años atrás, luego lo dejó y más tarde, hace año y medio, decidió retomarlo. "No tiene nada que ver con un rodaje normal, el hombre tiene la cámara encima y hay que mantener ciertas distancias pero para la mujer hay más libertad. Pese a todo, se vuelve más frío, más irreal, precisamente para que para el cliente sea real e inmersivo. No puedes dar besos y se interactúa mucho menos con el actor. Lo que mola es verlo luego en 3D, tras la elaboración y el montaje", resume. En cualquier rodaje hay varias cámaras pero en un rodaje de una película porno que se va a disfrutar a través de unas gafas de realidad virtual sólo hay una. "Por eso hay que ensayar mucho antes de comenzar a grabar, para intentar conseguir que, en una sola toma, se grabe todo". Es más, antes de grabar se realiza una intensa sesión de fotos que servirá, de un lado como ensayo y, de otro, para promocionar la película en la web y en las redes sociales.

El porno del futuro

Que las gafas de cartón de Google salen gratis [porque BaDoink provee] ya se ha dicho. Para acceder a los vídeos, las modalidades son varias. Un solo visionado cuesta un euro. Una suscripción mensual, unos 30 euros, una trimestral 60 y, **un año completo de realidad pornográfica virtual, 100 euros aproximadamente**. ¿Se ha acabado el porno tal y como se conoce?

Glider sostiene que así será, aunque no para su generación, sino para la siguiente, esto es, para aquellos que un día no demasiado lejano se dieron en llamar nativos digitales.

"Aquellos que conocieron el porno en el siglo XX seguirán considerando que, de alguna manera, es inaceptable, porque nuestra generación tuvo que esforzarse para conseguirlo. Pero para quienes han crecido considerando el porno como algo normal, para ellos la realidad virtual es lo más", sostiene.

Mientras Glider teoriza sobre el futuro de la industria pornográfica, a su lado está la directora de contenidos de BaDoink, que acompañó a EL MUNDO en el rodaje y se encargó de que todos los detalles fuesen tal y como la compañía así lo había decidido. Cuando se le pregunta qué otras aplicaciones tiene la realidad virtual además de la pornografía y los videojuegos, el despliegue de su verbo es igual de prolijo: "Se emplea mucho en arquitectura, en educación, y tiene una aplicación muy interesante relacionada con la salud. Por ejemplo, ayuda a tratar las fobias, si alguien tiene miedo a volar se le puede ayudar mucho a través de la realidad virtual, estimulando una exposición controlada a lo que le da miedo".

2016, el año del despegue virtual

[Seguir leyendo](#)

Niñas traficadas: valor al alza en Nepal

Tras el terremoto que arrasó Nepal aumentan los riesgos para las niñas de ser vendidas

Fuente: El Pais.com.- 13/11/15

Es una realidad invisible porque ni siquiera hay números, informes o estadísticas que lo demuestren, pero el número de personas en Nepal que está en riesgo de ser vendida ha aumentado. Diversas ONG y algunos sectores del Gobierno aseguran que el repunte se ha producido después de los terremotos que devastaron al país en abril y mayo de este año y que dejaron casi nueve mil muertos. Y eso que el problema ya era muy grave antes del desastre: 10.000 y 15.000 personas traficadas cada año, especialmente mujeres y niños, según las estimaciones de la ONU y de distintas ONG.

Y, frente a la amenaza, la defensa. En este caso proviene, precisamente, de las niñas y jóvenes de Nepal con más peligro de ser traficadas. Ellas pueden ayudar a detener este delito según la ONG Her-Turn, que organiza talleres para concienciar a las jóvenes y niñas de las zonas rurales más vulnerables. “Discutimos con ellas los riesgos que corren: ser forzadas a prostituirse o trabajar como empleadas domésticas en muy malas condiciones. Les pedimos que sean cuidadosas y que alerten a alguien cuando creen que hay un riesgo o sospecha de ser traficadas”, explica Ola Perczynska, directora de programas en la ONG.

“El riesgo tras los terremotos es más grande por varias razones: muchas familias perdieron sus casas y su forma de ganarse la vida. Más gente vive por debajo de la línea de pobreza y eso es un factor de riesgo grande: la estrategia de los traficantes es el prometer una buena educación o un buen trabajo. Algunas familias, sin mucha más opción, dan a sus hijos pensando en que así tendrán mejores oportunidades”, explica Sunita Danuwar, la directora de Shakti Samuha, una ONG formada por sobrevivientes de tráfico. Como otros activistas, Danuwar explica que los terremotos han ocasionado el desplazamiento y la separación de muchas familias y esto ha traído el debilitamiento de redes sociales, que normalmente significan protección.

Esta realidad no pasa desapercibida en Her Turn, donde han desarrollado talleres para dotar de herramientas de defensa a las nepalíes. En ellos, realizados sobre todo en áreas rurales, se forman comités de ayuda donde una mujer joven, con mayor entrenamiento, es nombrada mentora. Así niñas, niños y adolescentes la alertan cuando algo no anda bien en sus escuelas o comunidades. Ella, a su vez, avisa a las autoridades.

Estos comités de ayuda actúan como una red de protección entre iguales. Intervienen con frecuencia en casos de *bullying* en la escuela y otras veces alertan sobre casos más serios, como abuso sexual o una boda entre niños. “Creemos que es un buen modelo porque enseña a las adolescentes a tomar el asunto en sus propias manos: cuidar de sus

compañeros y ayudarlos. También enseña a las comunidades que las adolescentes pueden ser agentes del cambio. Ojalá que estas niñas concienciadas sean líderes en sus comunidades cuando crezcan”, dice Perczynska.

Hasta ahora han entrenado a 1.791 niñas. Una de ellas, de 11 años, asegura que los talleres le han servido para ser más fuerte y a trabajar en contra de la violencia doméstica. “Les digo a las mujeres que no piensen que son débiles. Nosotras tenemos que mostrar nuestras fortalezas”, asegura.

Las menores de uno de los comités de ayuda ya detuvieron un caso de tráfico en Sindhupalchowk, uno de los distritos más vulnerables. En junio avisaron a su mentora, que a su vez alertó a diferentes organizaciones anti-tráfico que rescataron a dos niñas que iban a ser llevadas ilegalmente a India.

[Seguir leyendo](#)

Sexualidad manicomial

Fuente: Pagina12. 26/11/15

Por CELS

La lógica manicomial nunca contempló el ámbito de la sexualidad de las personas internadas en hospitales psiquiátricos: o se piensa que fácticamente estas personas no van a tener posibilidades de desarrollar una vida sexual plena o se entiende que dichas relaciones deben ser prohibidas o evitadas, suponiendo que siempre son en mayor o menor medida involuntarias. El sistema de atención psiquiátrica de la Ciudad de Buenos Aires tiene como división primaria de los usuarios su sexo biológico, como puede verse en el diseño institucional de dos enormes hospitales monovalentes: uno para hombres (Borda) y otro para mujeres (Moyano), y de los respectivos pabellones en el caso de servicios mixtos. Se trata de una restricción a las posibilidades de socialización con personas con quienes puedan desarrollar un vínculo sexo-afectivo en el campo relacional propio. Y la división de espacios según el sexo, como forma de imponer un supuesto control a los eventuales contactos sexuales entre las personas internadas, evidencia la lógica heteronormativa dominante que da por supuesta la heterosexualidad de los usuarios, por lo que los contactos sexuales de otro tipo son negados.

La imposibilidad de acceder a espacios de intimidad fuerza a los sujetos a realizar sus prácticas sexuales a la vista de otros. La exhibición es así una situación forzada, pero el discurso institucional la considera un síntoma más de psicopatologías individuales. Los compañeros de convivencia son partícipes involuntarios de estas situaciones. Una mujer residente de un hogar en Mendoza manifiesta: “En El Sauce los médicos no me dejaban estar con mi marido; un día me desnudé y le pregunté si él no necesitaba también estar con su esposa”.

Y se da el abuso sexual como práctica habitual de reforzamiento de estructuras de poder a través de la violencia. En la institución de encierro estas situaciones de abuso son minimizadas o invisibilizadas por el discurso que se limita a justificarlas por la sintomatología de una u otra persona internada, sin tomar en cuenta las condiciones estructurales del manicomio. Las personas internadas prefieren no denunciar los hechos, por temor y porque no pueden acceder a la judicialización del caso; cuando son víctimas no acceden a ningún tipo de reparación.

La falta de gestión de la sexualidad dentro de los dispositivos manicomiales tiene su correlato en la negación e invisibilización de la reproducción. De las personas entrevistadas en el marco de la investigación –pese a que la mayoría, ya viviendo fuera del psiquiátrico, tenían mayores posibilidades de mantener encuentros sexuales– sólo un 3,4 por ciento informó haber recibido atención para prevenir embarazos en el último año. La desinformación e imposibilidad de elegir consentidamente métodos anticonceptivos, las esterilizaciones forzadas, los abortos no consentidos o la obstaculización de la ejecución de abortos no punibles, entre otras prácticas, se naturalizan como parte del funcionamiento institucional. Una mujer entrevistada señaló respecto de importantes decisiones médicas ligadas a su salud reproductiva (la ejecución de un aborto y posterior esterilización): “Decidieron por mí porque estaba medicada”. Otra relató desconocer qué tipo de anticonceptivos tomaba, pues éstos le eran administrados por su madre. Una mujer residente en un hogar en Mendoza refirió que su “patrona” –familiar del dueño del hogar donde vivía– la hizo abortar porque no quería que tuviera el hijo como madre soltera.

Un hombre que vive en un hogar de externación en Mendoza junto a su pareja, externada del mismo hospital, comentó en una entrevista: “Me dijeron que podía denunciar el aborto que los médicos le hicieron a mi pareja, pero yo no quise, igual no lo íbamos a poder criar al niño y podíamos terminar en la calle”. La posibilidad de imaginar un

proyecto de vida autónomo y viable está vedada para estas personas, que han sido despojados de la posibilidad de fundar una familia.

Polémicas declaraciones de un pediatra sobre sexo, homosexualidad y VIH.

Titular de la Fundación Conin. Abel Albino, referente de la lucha contra la desnutrición infantil, dijo que “la homosexualidad es un problema”.

Fuente: Clarin.com. 26-11-15

“Veo esas niñitas con las uñas pintadas y los peinados de peluquería, que tienen ocho años ¿Y saben por qué? Porque las violan de noche, porque las alquilan de noche (...) Yo atribuyo esto a la falta de responsabilidad en el sexo”. Lo dijo ayer el médico pediatra Abel Albino, referente de la lucha contra la desnutrición infantil, durante una entrevista en el programa “¿Y ahora quién podrá ayudarnos?”, conducido por Ernesto Tenenbaum. Albino es el titular de Conin, una fundación que se ocupa de prevenir la desnutrición infantil, que le ha dado renombre y lo transformó en un personaje mediático.

El pediatra, asesor de Cambiemos, dijo en la entrevista que la masturbación es “una adicción” y que “traten de no hacerlo”. “El sexo anal y oral es contra la naturaleza, usted no debe violar el orden natural”, aconsejó el médico.

También cuestionó la efectividad del uso del preservativo para prevenir el contagio de enfermedades de transmisión sexual y se opuso a la posibilidad de interrumpir un embarazo.

“La homosexualidad es un problema multicausal”, señaló. Enseguida, cosechó una catarata de chistes en las redes sociales y se convirtió en tendencia en Twitter.

Desde la Asociación Argentina de Pediatría salieron al cruce de sus declaraciones. En un comunicado de prensa apuntaron que “el uso de preservativos es el método más eficaz para prevenir el contagio del VIH-Sida y otras enfermedades de transmisión sexual, como lo demuestran múltiples estudios científicos nacionales e internacionales”.

También reaccionaron las organizaciones de diversidad sexual. “Es un pensamiento arcaico, basado en la ignorancia y el prejuicio. La homosexualidad no es un problema, es una variable más de la sexualidad humana, como ya lo reconoció la Organización Mundial de la Salud. Lo grave es que este tipo de discursos legitiman una pretendida superioridad-normalidad de la heterosexualidad frente a otras orientaciones sexuales”, respondió Martín Canevaro, secretario de 100% Diversidad y Derechos.

Albino tiene 68 años. Escribió tres libros y recibió distinciones nacionales e internacionales, entre ellos el premio Konex en el rubro Desarrollo Social en 2008.

Las mil y una rutas hacia el orgasmo femenino, contadas por mujeres

Un blog que ya se ha hecho viral recoge testimonios anónimos y femeninos respecto al placer sexual supremo y cómo conseguirlo.

Fuente: <http://smoda.elpais.com/> 4-11-15

Rita Abundancia

“Imagínate que mi vagina es el mapa de Manhattan. Si estoy tumbada sobre mi espalda, Central Park podría ser una pista de aterrizaje y Carnegie Hall sería mi clítoris. Bajando de la 57 a la 42, y entre la 10° avenida y Lexington, estarían los barrios de más categoría. Times Square sería, por supuesto, mi trasero. Y deberíamos llegar a un acuerdo antes de ir allí”. Este símil entre los genitales femeninos y la geografía de la zona más cinematográfica de la Gran Manzana, tiene como objetivo explicar, a modo de mapa del tesoro, uno de los muchos caminos para llegar al orgasmo en el blog de Tumblr, *How to make me come*. Su propósito es recopilar **testimonios anónimos de mujeres sobre lo que más les pone, los botones que hay que presionar para que se produzca la ansiada descarga, o cómo encontrar el detonante** que haga saltar por los aires la entrada a la escondida cueva del placer.

Así a simple vista, uno puede pensar que muy bien, que el orgasmo femenino, bastante menos mecánico que el masculino y mucho más huidizo, siempre ha dado para mucha literatura. Cada mujer, e incluso cada hombre, es un mundo con su personal,

intransferible y patentable ruta para llegar al clímax. Interesante para quién la posee y para su pareja, pero nada más. Sin embargo, **un repaso a los posts de este blog es un interesante recopilatorio, con testimonios de primera mano, sobre lo que les gusta a las mujeres en la cama** o, si se quiere presentar en negativo –por eso de que el positivismo esta ya muy visto-, un manual sobre lo que no hay que hacer para que una mujer llegue al orgasmo, que todo mastuerzo debería leer. El post número uno es ya toda una declaración de intenciones y cumple como nadie la regla de 'lo bueno y breve dos veces bueno', ya que se limita a una sola frase: “No es solo lamer”. Una única norma que, para muchos, serviría ya como ejercicio a realizar a lo largo de toda su existencia.

Otro de los posts más ingeniosos de este blog, el número 13, trata de trazar una **ruta interactiva para encontrar el misterioso punto G** y empieza así, “gentil guerrero, yo te elogio por tu valentía, fortaleza y resistencia en cada intento por embarcarte en lo que la mayoría consideraría una desafortunada misión porque, por lo que yo sé, mi vagina es un terrorífico y misterioso lugar. Muchos han entrado en él. Pocos han vuelto... con vida”.

La idea de empezar este blog, como explicaba su autora, Sylvia, una escritora norteamericana de 27 años, que también desea permanecer en el anonimato, a *The Cut*, creció tras contarle una experiencia sexual a una amiga y sincerarse con ella como nunca antes lo había hecho con nadie. “Cuando la dejé, me sentí positivamente removida. Aunque nos conocíamos desde hace años, aunque habíamos hablado mucho de sexo, me di cuenta que nunca había tratado el tema con ese grado de especificidad y vulnerabilidad. Si así es como me sentía después de hablar honestamente de orgasmos femeninos con una mujer, quería tener este tipo de conversación a gran escala, y para eso necesitaba más mujeres”.

El género femenino lleva una larga tradición de siglos escuchando lo que es sexualmente adecuado, o no, para una dama. Por eso, las sensaciones de las mujeres no pueden estar totalmente desligadas de lo que pasa fuera del dormitorio. El título del post 52 del blog, es todo un resumen del papel que a ellas les tocó siempre representar: el de suministradoras de placer, antes que demandantes. **“Si cada mujer a lo largo de la historia de la humanidad hubiera pedido a su pareja tener un orgasmo, probablemente seríamos ahora un género que tendría la capacidad de tener orgasmos en casa relación”**. De hecho, fisiológicamente estamos preparadas, pero las estadísticas demuestran que no llegamos a desarrollar todo nuestro potencial como deberíamos.

Un estudio del Instituto Kinsey de la Universidad de Indiana, publicado el pasado año en *The Journal of Sexual Medicine*, revelaba que el género y la orientación sexual cuentan, y mucho, a la hora de obtener placer. **Mientras los hombres alcanzan el orgasmo en el 85,5% de sus encuentros, la media en las mujeres baja hasta el 62,9%**. Las diferentes

orientaciones sexuales tampoco tienen una gran variación entre los varones; con una media de orgasmos del 85,5 % para heterosexuales, el 84,7% para homosexuales y el 77,6% para bisexuales. Sin embargo, las cifras fluctúan más para ellas; con un 74,7% para las lesbianas, un 61,6% para las hetero y un 58% para las bisexuales.

Estas diferencias bastarían ya para justificar la existencia de *How to make me come*, pero su autora ahondaba más, en el artículo de *The Cut*, sobre el motivo de por qué es importante gastar el valioso tiempo hablando de cómo las mujeres consiguen el placer. “Creo que es un tema que merece una discusión, no solo porque el orgasmo femenino puede ser, a veces, algo difícil de conseguir, sino porque cuando hablamos de él hay implicaciones más profundas (...). He pensado mucho sobre cómo la manera en que nosotras tenemos sexo, tiene un cierto paralelismo con las implicaciones sociales y políticas que conllevan ser mujer. **Si no puedes expresar lo que quieres en un momento en el que estás excitada, deseada y conectada con alguien; entonces tampoco podrás decir lo que quieres fuera de la cama, en el mundo.** A medida que me metía más en este proyecto, empecé a contemplar el reverso. Una se puede sentirse segura en su día a día y luego, en los momentos privados y sexuales, puede que no sea así. Entonces una se ve a sí misma como una impostora y empieza a pensar: a lo mejor no tengo tanta confianza en mí misma como yo creía. A lo mejor todavía no se cómo hablar de lo que siento. A lo mejor no soy realmente valiente, o solo lo soy cuando se trata de algo fácil y que me conviene”.

Sobre las implicaciones sociales de ser una mujer, o el panorama de lo “sexualmente correcto” que nos dibujaron hasta la saciedad, tratan -probablemente sin pretenderlo-, dos de los posts del blog, que se titulan, 'Fingí que no me estaba corriendo porque mi cerebro de chica de 17 años me decía que era muy raro que me corriese tan rápido' y “Si un chico llegara a descubrir las cosas que me ponen, probablemente saldría corriendo”.

En el blog se contemplan un amplio repertorio de experiencias. Está la de una mujer que solo ha tenido un orgasmo -vaginal- en su vida. A manos de su ex novio en el sofá del salón. Está la de otra que pide a gritos en el título de su artículo: “Haz lo incorrecto. Por el amor de dios, haz lo incorrecto”. Otra autora confiesa que le lleva 45 minutos empezar a estar excitada y que la masturbación es para ella “un jodido juego mental zen”; la que pide que la amen “como Sting ama a Trudy”, la que no puede correrse cada vez que su compañero de piso está en casa y la que dinamita el estereotipo que dice que las mujeres buscan seguridad, por eso les es más complicado llegar al clímax en el sexo casual. Desde el titular de su reflexión, una mujer discrepa. “cuando se trata de sexo, hay que ir caso por caso. Yo he tenido increíbles relaciones con hombres de una sola noche y mal sexo con un novio de muchos años”.

Cuando *The Cut* pregunta a la autora de este blog si cree que su proyecto ayudará a desmitificar el orgasmo femenino, Sylvia contesta, “de alguna manera, más bien creo que este blog puede tener un efecto contrario, mitificar todavía más el tema, porque refleja que hay millones de respuestas diferentes para la misma pregunta. Pero hay algo de este proyecto que puede servir a todo el mundo, y es que hacer que “me” corra es diferente a hacer que “ella” se corra”.

Si nuestras fisionomías no presentan ninguna tara y estamos biológicamente preparadas para el orgasmo, igual que los hombres, entonces, **¿por qué a muchas mujeres les cuesta tanto alcanzar la *petite mort*?** Según Francisca Molero, sexóloga, ginecóloga, directora del Institut Clinic de Sexología de Barcelona y directora del Instituto Iberoamericano de Sexología, “hay varios factores. Para empezar, un **desconocimiento** de la mujer de su propia anatomía, que se ha controlado desde el punto de vista social. El órgano genital masculino es visible, manipulable y sufre modificaciones a lo largo del día, pero el de la mujer está oculto, necesita de un descubrimiento y aprendizaje, que, históricamente, se ha negado por cuestiones morales, con lo que muchas mujeres no saben muy bien como estimularse. Otras, en cambio, aunque fisiológicamente tienen orgasmos, son incapaces de reconocerlos. Es decir, su cuerpo ha llegado al clímax, pero su cerebro no es capaz de identificarlo. La causa de esto es por desconocimiento de lo que es realmente un orgasmo, o por falsas expectativas.

El cine, los amigos, la sociedad entera, ha pintado un retrato ideal de lo que significa el placer sexual supremo y nosotros **creemos que nuestras experiencias no están a la altura, no tienen la calidad necesaria para clasificarse en ese apartado**”. Existen también, a juicio de Molero, pequeñas diferencias anatómicas que pueden influir en la mayor facilidad para conectar con el placer, aunque en un grado mínimo, como pueden ser “la distancia entre el clítoris y la vagina. Si ésta es más pequeña, hay una mayor facilidad de estimulación del clítoris con la penetración. Y la respuesta sexual, que también puede variar con la edad, al modificarse el sistema endocrino, hormonal y vascular. Según esto, una mujer joven debería tener más facilidad para llegar al clímax, aunque la buena noticia para las mayores es que la experiencia y la complicidad corporal con su pareja pueden suplir los pequeños inconvenientes del paso de los años”. Según Molero, **“los ejercicios de Kegel, realizados al mismo tiempo que una fantasea con sus preferencias eróticas, es también otra fórmula para acercarse al clímax”**.

Como comentaba la autora de éste blog a la revista Mic.com, “lo que *How to make me come* prueba es que **las mujeres simulan orgasmos, los hombres asumen que las mujeres están teniendo orgasmos y ambas partes están demasiado asustadas para hablar de honestamente del tema**”.

¿Qué hace una feminista en Tinder? ¡coger!

La historiadora e investigadora del Conicet Karina Felitti estudia las nuevas prácticas eróticas y sexuales de las mujeres heterosexuales de clase media en busca de una especie de tercera ola de la liberación sexual femenina. Desde las clases de striptease, las citas por Internet, los libros eróticos hasta los rituales en torno de la menstruación son apropiados como herramientas de goce, aun cuando puedan operar también como mecanismos de control. “Yo elijo pensar que de todos modos las mujeres tienen capacidad de decidir y están encontrando placer en estos valores sexuales.”

Fuente: Pagina12.- 28/12/15

Por Luciana Peker

¿La liberación femenina es tener una píldora para tener todo el sexo que se quiera sin querer niños pero no tener quien quiera tener sexo? ¿La liberación es mostrarse en cinco fotos con la boca inflada, el escote marcado y el pelo mojado como si la imagen pudiera descongelar la soledad en las pantallas? ¿La liberación son los gritos rutilantes contra los maltratos que a la vez dejan en voz baja el deseo de encuentros que susurren caricias al oído? ¿La liberación es ir del trabajo al hogar y del hogar al trabajo y blindar el cuerpo al encuentro de desconocidos? ¿La liberación es acogotarse de poleras, repudiar los moldes estéticos, buscar el más large de los talles y pedir el fin de los estereotipos? ¿La liberación es subir los glúteos en el gimnasio, embadurnarse de cremas, enchufarse los electrodos y salir a mover el culo sin reggaeton de fondo? ¿La liberación es estockearse de tampones para no sudar otro verano de faltante de hilos protectores en el mar o la pileta o pasarse a la copa menstrual y dejar de descartar toallitas higiénicas con algodón intoxicado en glifosato? ¿La liberación es jugar a ser sumisa sin serlo y dejarse domar para endemoniar el cuerpo o desentonar con los closets y hurgar en una sexualidad sin opresoras ni oprimidas? La liberación no responde preguntas. Y no tiene respuestas. Desde hace más de medio siglo que las mujeres se desabrocharon el corpiño en busca de la liberación. Pero ahora ya no hay un camino para descomprimir la pesada herencia del machismo. El goce se puede encontrar a un click o –todo lo contrario– se puede pasar a rifar el cuerpo en la kermesse de elegir su propia aventura. Se puede desestimar la alimentación industrial en una opción naturista o esclavizar el paladar por un nuevo mandato de morfi sin calorías ni conservantes. La mente puede volar entre latigos cliché de Grey o la literatura best seller puede volver a poner de rodillas a mujeres que ya habían sido empoderadas. La menstruación se puede vivir como una enfermedad o ser valorada como parte de rituales que encajan con los ciclos vitales de auge y relajo. Tal vez, lo mejor de la

búsqueda de la liberación, es que hay libertad de acción para que cada una –sin masas ni plurales más que el propio pulso –busque (y vuelva a desencontrar y a re- encaminar la búsqueda) su propia liberación personal.

Más allá de los prejuicios e, incluso, de las ventanas para la corrección feminista la historiadora e investigadora del Conicet Karina Felitti investiga los discursos sobre la liberación femenina en mujeres heterosexuales donde el mercado, las creencias y la industria cultural ejercen una presión y una crítica sin igual. Su mirada apunta a tres focos centrales: la sangre, el placer y la maternidad. Pero no es solo la lectura, la observación o el análisis lo que distinguen a Felitti sino la vivencia palpable y, a través de su propio cuerpo, en rituales de oda a su propio útero en Francia o en cursos de seducción en Buenos Aires. Porque desbloquearse de preconceptos también implica desaprender a la vez que se aprende a sacarse la ropa –¿correctamente?– para hacer un striptease. Por eso, ella pasó –junto a la investigadora Silvia Elizalde– por cursos de burlesque en donde el faro es ser una chica pin up y bailar como en Moulin Rouge, dictados de seducción, espacios de venta de lencería erótica, fotografía erótica, entre otras experiencias palpables.

“Entre la joven que fuma, lleva faldas cortas y mueve sus piernas al compás del Charleston, las que queman su corpiños, se animan al sexo pre matrimonial, y cuestionan la heteronormatividad y la monogamia, junto con el mandato de la maternidad, hasta las que hoy hacen de la libertad sexual su bandera y de su ejercicio su condición necesaria, la liberación femenina, y específicamente la liberación sexual femenina, ha tomado diferentes formas y ha tenido diversos oponentes y también diversos educadores”, describe Felitti. Pero de la rabia a ser objetos y de la demonización a la cosificación se pasa –o se convive– con la búsqueda –de las mismas mujeres o de otras, tal vez antagónicas, tal vez concubinas de mixturas– de volverse una perra. Pero los ladridos no son aullidos azarosos que ladran contra los corsets y buscan su goce como si olfatearan colas en cuatro patas sino que se convierten en una imposición de mercado en donde el –retro, igualmente, en boga– corte y confección ahora incluye (estímulos para lograr) pete y erección para principiantes o veteranas. Felitti reseña el mundo de la capacitación virtual en una lección de anatomía que parece más un examen que una rateada– ratoneada a las presiones: “La nueva imposición parece ser no solo tener sexo sino hacerlo bien, de modo eficiente. El discurso de la empresa y el mercado está tiñendo la vida sexual actual. ¿Cuántas parejas sexuales? ¿Cuántas veces por semana? ¿Cuántos orgasmos por noche? Para algunas mujeres la liberación pasa por la posibilidad cada vez más accesible y

aceptable del sexo sin compromiso, que puede escindirse del amor, bajo la premisa de que vivir la sexualidad como tradicionalmente la habían vivido los varones es un paso más hacia la liberación. Si en los años sesenta la virginidad estaba recién dejando de pensarse como un valor intrínseco y había que disimular su pérdida, en la actualidad hay que hacerlo lo más rápido que se pueda y publicarlo en Facebook. Hay una batería de productos y servicios que apoyan este guión: cenas y escapadas románticas, hoteles alojamiento sofisticados, juguetes sexuales, lencería erótica, libros de consejos sexuales, tutoriales en la web para aprender técnicas de sexo oral y los pasos hacia la eyacuación femenina, sitios de encuentro por Internet y aplicaciones como Tinder y Happn para poner en práctica lo aprendido y desplegar lo comprado. Si en los años sesenta el orgasmo femenino comenzaba a ocupar un lugar más visible hoy no se trata solo de alcanzarlo sino de hacerlo reiteradamente. Hay que aprender a ser libres sexualmente y cuánto más mejor”.

No hay una mujer, sino tantas mujeres. ¿A qué mujeres investigas?

-Mi campo de estudio son mujeres heterosexuales, de clase media, con cierto nivel educativo pero esto no quita las circulaciones de enunciados que se pretenden universales aunque sabemos que no lo son. Hay mujeres de otros sectores sociales en los talleres (de erotismo, de conocimiento corporal, de menstruación) y como consumidoras de productos (la lencería sexy tiene diferentes precios y hay porno gratuito). Lo mismo quienes participan en ceremonias que podríamos ubicar en el boom new age y/o el de las espiritualidades femeninas y la reposición de la diosa. En los talleres de striptease se dice que todas podemos ser sexies, que todas podemos hacer un baile sensual, pero quien estudio danza y pesa 55 kilos tiene más posibilidades de lograr que el paso se asemeje a la coreo de Nueve semanas y media. Lo mismo cuando se pide en los talleres de menstruación reconocer el útero y hacer ejercicios de elongación que son técnicas que quienes pasaron por clases de yoga manejan.

¿Qué implica hacer un taller de bendición del útero y que poder o riesgos se corre al poner el eje en el centro del cuerpo?

-En los talleres de menstruación y de útero, de sexualidad femenina y en los círculos de mujeres, se recuperan algunas consignas que tienen sus orígenes en el feminismo de los sesenta y setenta, cuando el conocimiento corporal y la autoexploración se presentaban como vía de liberación. Hay grupos de mujeres que compran un espéculo descartable en la farmacia y se miran, se reconocen. La cuestión conflictiva es poner al útero como centro

de poder en tanto puede implicar una vuelta al esencialismo. Ya sabemos bien los costos en términos de equidad que la diferencia biológica ha establecido en nuestras sociedades.

¿Cómo es el mercado de la liberación femenina?

- Puedo pensar el tampón como un elemento que me permite usar una bikini blanca e ir a la playa pero también como un elemento que tapa el olor, que hace que la sangre no se vea y que puede llegar a causar daño en la salud de las mujeres. El vibrador surge en el siglo XIX y hoy la mujer puede utilizarlo sola o en pareja como un elemento de liberación sexual, pero en su origen fue un elemento de control pensado como respuesta a la histeria femenina. Así muchos dispositivos que se promocionan como liberadores pueden ser vistos como dispositivos de control. Mi pregunta de investigación más general es quien dicta los contenidos de la emancipación y que hacen las mujeres con ellos. Me interesa pensarlas como sujetos activos, que se apropian y resignifican estas tecnologías de liberación. En un sistema liberal capitalista la consigna de "Mi cuerpo es mío" es útil en la lucha pero presenta problemas en tanto somos seres sociales y en relación a otros. La propiedad privada del cuerpo es una idea conflictiva.

¿Qué experiencias te sorprendieron?

- Como me interesa estudiar lo que Eva Illouz y otros llaman "pornificación de la cultura", participé en una sesión de fotos eróticas, donde me desvestí delante de otras veinte mujeres de entre 20 y 60 años, cada una con diferentes cuerpos, con o sin pareja, madres, una que estaba aun amamantando. Estábamos desnudas o en ropa interior muy sexy en la misma sala, sin que importara el frío y fue muy interesante lo que se generó. Mujeres con medias red o ligas, en corset, semidesnudas, hablando de sexo, de seducción, relativizando en alguna medida el ideal del cuerpo perfecto viéndonos bellas. Había una maquilladora, una peinadora y un fotógrafo que te decía cómo mirar a la cámara, qué poses hacer. Eramos madres, maestras, vendedoras, amas de casa jugando a ser estrellas del porno o trabajadoras sexuales.

¿Por qué se da ese juego?

-Ser sexy hoy es un valor y es un valor en alguna medida más democrático que la belleza. No importa tanto la foto sino la actitud, me han dicho varios varones en las redes de encuentro que también investigo. Según estos cursos, la actitud se puede obtener con garra, voluntad, aunque los cánones de belleza sigan estables. Todos estos cursos terminan dándole tranquilidad a muchas de estas mujeres, les dicen "vos podés" no

importa lo que el espejo te diga. El capital sexual de una persona pasó a ser muy importante. Antes era ser virgen, hoy es tener mucha experiencia sexual. En la web y en las revistas circula mucha información, un tipo de pedagogía de la sexualidad que no está en la educación sexual integral de las escuelas, cómo cuando enseñan a hacer una fellatio de exhibición (es decir, como en el porno), cómo prepararse para disfrutar del sexo anal, cómo ser multiorgásmica, tips que se comunican con una lógica racional que calcula tiempos y esfuerzos. Mucho se criticó que gran parte de las enseñanzas de las revistas femeninas era para satisfacción masculina. Ahora tenemos otro tipo de exigencia, de las mujeres para con ellas mismas y en función de su propio placer. Está muy bien tener muchos orgasmos, lo que digo es que cuándo eso se vuelve una presión volvemos a estar reguladas.

¿Es un fenómeno de clase media?

- En Once también hay lencería sexy. Uno de los cursos que hicimos con Silvia Elizalde se promocionó en una página de cupones de descuento. Hay ropa sexy para todos los presupuestos.

¿La pedagogía de la sexualidad no da más sensación de examen que de liberación?

-Lo cierto es que muchas mujeres consumen esto y soy partidaria de pensar a las mujeres como personas con capacidad de decidir y que están encontrando placer.

¿A qué se debe el fenómeno de 50 sombras de Grey?

-Es lo que llaman porno para mami. ¿Por eso lo voy a descalificar? El copyright del sado no importa para la experiencia de las mujeres que conocieron nuevas prácticas.

¿Cómo actúa el feminismo frente al fenómeno de la sexualidad performática?

-Hay una tercera ola, a la que se llama lipstick feminism, que piensa que se puede ser feminista y estar en tacos altos, con maquillaje y habiéndose operado las tetas. No reniegan de la heterosexualidad y tampoco de lo que implica el mercado de la belleza. Y para ellas pueden ser un punto de partida para la autoestima, la seguridad personal, el reconocimiento y el valor de la decisión individual. Por ejemplo, piensan que si yo decido una cirugía no es porque quiero modificar mi cuerpo para el varón sino porque yo tengo un proyecto de cuerpo, yo soy la que construye mi cuerpo igual que como ir al gimnasio porque me gusta gustarme.

¿Las mujeres hacen de su cuerpo lo que deciden solo para gustarse o también está gustar a otros/as?

-Hay una parte de gustarse a una misma y de gustarse a otros, otras y de reconocimiento social. No creo ciento por ciento en la afirmación "Yo me visto para mí".

¿No hay una tiranía en imponer que todas debemos ser sexies?

-Eva Illouz trata de explicar que cambiaron las reglas. A mí no me gusta lamentarme del mundo en que me toca vivir. No me gusta pensar que ahora las relaciones erótico afectivas son todas banales, no me gusta pensar en el amor líquido, que las aplicaciones de encuentro (como tinder o happn) son banales y sin sentido.

¿Cuál sería el valor del neo erotismo?

-La posibilidad de concertar una cita en Tinder surge como si replicase la forma de encontrarse en un bar pero a partir de una aplicación. Se critica que solo ves la foto de la persona pero antes entrabas a un bar y también veías el cuerpo de una persona. Antes se seducía también a través de la imagen corporal pero, en todo caso, en movimiento. Ahora la imagen es congelada y más producida. Hay lugares de asesoramiento, "Tinder US", que te cobran 50 dólares para seleccionarte cinco fotos y decirte una oración para poner en tu perfil. Hace unos meses en Las/12 se replicó una nota de una joven canadiense que había puesto en su perfil que había recibido agresiones de varones en Tinder por poner "soy feminista". Muchas feministas argentinas empezaron a discutir "yo nunca lo usé, pero...". Y una de las preguntas fue "¿Qué hace una feminista en Tinder? Mi respuesta fue "coger". No es un espacio de discusión política, sino un lugar de encuentro, que puede ser de sexo casual o no, porque más allá del objetivo de la aplicación los usuarios hacen lo que quieren con ella. En algunos casos buscan una amistad y en otros sexo casual. También hay varones que se sienten discriminados en Tinder. Muchos varones publican en su perfil que no quieren ver a mujeres con la boca sopapita. No es la tecnología el problema, no es que la plataforma sea mala, al contrario, es democratizadora: facilita que mujeres y varones organicen un encuentro en tiempos donde es difícil encontrarse e, incluso, con cruce de clases: vos podes acceder a varones que están fuera de tu nivel de estudios, de tu clase o de tu profesión, no solo en kilómetros o biografía o trayectorias de vida.

¿El negocio puede convivir con la pasión?

-El negocio no tiene que ver con los usuarios. En las relaciones eróticas siempre hay dinero de por medio. Cuando se piensa en el mercado del sexo, generalmente se piensa en la prostitución. Pero en la lencería, los servicios de asesoramiento, el coaching, los sitios de encuentros, los preservativos y los anticonceptivos también hay mercado.

Muchas mujeres sienten que el precio de su creciente independencia es el desencuentro con los varones. ¿Qué puertas se abren con estas nuevas aplicaciones?

-Si te estuviste capacitando para ser sexy, para ser una perra o una diosa sexual, una vía pueden ser estas apps de encuentros. La idea es que la sexualización de la cultura no sea una histerización de la cultura o sea que finalmente todos estamos histerizados pero sin sexualidad... como dice (Peter) Capusotto: "Acá sí que no se coge".

¿Por qué el feminismo toma Facebook, Twitter o los blogs como vías posibles de extensión de sus luchas, pero no Tinder como un medio hacia el placer?

-Porque entiende que mostrar la foto es el mercado de la carne y que, la mayoría de la fotos, son sexies. Es cierto que las fotos son muy importantes, pero hay algunas mujeres que ponen fotos con sus hijos y no fotos sexies. El ícono de Tinder es una llama y tiene mas que ver con la pasión que con una idea de familia, pero los usos van más allá de sus propósitos originales. Para evitar la misoginia dicen que habría que desarrollar una aplicación feminista. ¿Cómo sería una aplicación feminista? A mí me parece que no existe.

¿La mayor autonomía femenina y la búsqueda del placer genera fobia en muchos varones?

-Para algunos varones una mujer que abiertamente busca sexo casual es una mujer que amenaza un orden y a otros no les genera una reacción violenta sino incertidumbre y, muchas veces, no saben que contestar o donde ponerse, no necesariamente reaccionan con violencia o misoginia, sino con incomprensión. Estamos en un momento de muchos cambios entonces nadie sabe bien que lugar ocupa. En los setenta vos conocías a una persona, te podías enamorar y, después, tenías relaciones sexuales y ahora primero tenes relaciones sexuales, después la conoces y -si es el caso- te enamoras.

¿Las mujeres no están -por cultura y educación- con menos armaduras para que no les duelan los desaires que se producen en la acumulación de sexo casual?

-En la red las posibilidades son tan infinitas que frente a un desaire se puede buscar otras alternativas. Hay una diversidad enorme en la oferta.

Apologista del sí fácil

Por Luciana Peker

Puedo clavar mis rodillas en el piso sin arrodillarme a rezar, suplicar ni agachar la cabeza. Más bien la subo. Clavo la mirada. Desvisto la sed. Naufrago entre los gustos. Dar para darse no es dar, le das, le doy. Dar no es dar. Coger no es ceder cuando se coge bien. Y ceder no es entregarse. Entregarse no es ceder. Toda la sexualidad está revestida de metáforas de dominación. Y a la vez que capeamos a la dominación buscamos el deseo perdido entre el deber ser. Ahora, en el climax político de uno de los momentos políticos más calientes de una Argentina ardientemente politizada, de una coyuntura post electoral de perdedores y ganadores, victorias y derrotas, entrantes y salientes las palabras remiten a un discurso en donde el penetrador castiga y la penetrada es derrotada.

Ser cogida no es ser aplacada. No por remontar la apuesta de la corrección política que puede –y debe– ser desbocada de ganas para escupir la rabia y no tragar la corriente, sino para no perder la victoria de los cuerpos en llamas. Y para dar por impermeable el mayor de los derechos: al ajetreo indomable de las yeguas en vilo con sus cuellos arqueados.

Pero hay un deseo más que no encaja en grietas ni urnas. El deseo a desear. En voz alta. En tiempos de reivindicación a las tareas silenciosas femeninas, a las que escuchan más de lo que hablan, a las que no pierden la cadena y se hacen escuchar a como dé lugar, a las que esperan y cuidan y van un paso atrás y –como mucho– al costado del hombre (después de la irreverencia de acomodarse por delante) toca, también, estallar de la pasividad dominante y reivindicar –a cada cual solitas o juntas– la apología del sí fácil. No hay que volverse esquivas y volver a esperar a que cabecee el deseo para salir a bailar. A ser escrita para escribir. A ser invitada para invitar. A ser deseada para desear. No es necesario –tampoco– apabullar para no dejar escabullirse el climax de la conquista sin mandato cumplido: el derecho a desear. Y sí, el sí es fácil. Y no nos lo quita nadie.

Superficies de placer

Acaba de salir en Suecia un libro porno orientado a lectorxs ciegrxs que pretende abrir un mercado mientras aviva la discusión sobre la accesibilidad y el derecho a los placeres.

Fuente: Pagina12.Soy.- 28/11/15

Por Dolores Curia

Una mujer desnuda está recostada boca abajo y con las manos y pies atados. Mientras otra, también desnuda, la mira con el látigo firme en la mano. Quien deslice sus yemas sobre estas páginas encontrará un inhallable o casi: representaciones en Braille de hombres que tienen sexo con hombres, mujeres con mujeres, sexo grupal, escenas BDSM. Occasionally Blind contiene imágenes (caricaturas) táctiles y cada una viene acompañada por una explicación en Braille de lo que la pareja (o grupo) está haciendo. Más instructivo que erótico, enseña desde técnicas de cunilingus hasta cómo ponerse una correa. Es casi un tutorial, con dibujos estilo Playmobil, y tiene una génesis no demasiado sofisticada. O por lo menos así la explica su autora, la sueca Nina Linde: “Estaba pasando una temporada en Santiago de Chile y caminando por la ciudad me encuentro con un señor ciego al cual ayudo a cruzar la calle”. En las pocas palabras que se pueden intercambiar entre vereda y vereda el señor le hizo un chiste sexual cuyos detalles Nina prefiere dejar fuera de la anécdota aunque, por si acaso, tranquiliza: “no muy subido de tono”. Con una ingenuidad a tono con sus caricaturas Nina cuenta que esta escena fue el disparador para preguntarse por la sexualidad de las personas ciegas: “Darme cuenta de que el señor tenía estos pensamientos, me dio curiosidad sobre cómo la sexualidad de las personas ciegas está siendo discutida en la sociedad. Así nació este libro”. A la hora de ser levantada por los medios la novedad de un libro porno en Braille con imágenes bdsm incluidas no logra alejarse de las secciones de curiosidades. En los rebotes de la noticia –algunos incluso han blureado las tetas de las caricaturas– el libro es un insólito, sí, pero, baño de buena consciencia mediante, nunca llega a ser tomando en broma.



<="" div="" style="border: none; text-align:

center; display: block; margin-bottom: 5px;">

Antecedentes indecentes

Occasionally Blind tiene un predecesor: Tactile Minds, el libro de la fotógrafa canadiense Lisa Murphy, quien pasó de ilustrar perros, gatos y tortugas al porno táctil. Tactile Minds es una versión más vainilla de Occasionally Blind: no hay palabras, solo relieves de imágenes de desnudos y encuentros hetero, exclusivamente. Lo novedoso de Occasionally Blind, además de que deja ver, o tocar, chicos con chicos, chicas con chicas y, cada tanto, alguna fusta, es que acaba de marcar un hito: se convirtió en el primero en su especie en entrar al catálogo de una biblioteca nacional, la sueca. El porno en Braille planteado de este modo, como servicio a la comunidad, sí que no tiene demasiados antecedentes, con excepción de la accidentada historia de “la Playboy para ciegos”. Durante 15 años, entre 1970 y 1985, se imprimió en Estados Unidos la versión de Playboy, con artículos pero sin imágenes. No estaba en los quiscos sino en la biblioteca del Congreso, que la imprimía junto a otras treinta y cinco revistas (entre ellas, Sports Illustrated, Rolling Stone, Seventeen, People). De todas ellas Playboy era la más popular, han contado alguna vez los bibliotecarios. En 1985, en medio de un tizeretazo presupuestario, Playboy en braille se convirtió en objeto de discordia. Los congresistas republicanos consideraban un ataque a la moral que se usaran fondos públicos para imprimir “esa inmundicia”. Chalmers P. Wylie, el republicano oriundo de Ohio que dirigió el movimiento anti-Playboy, se quejó en un debate de la “ociosidad sin sentido, insensible y el sexo ilícito” de la revista. Mientras, en las puertas del Congreso, asociaciones de veteranos de guerra, la Asociación Americana de Bibliotecas y ciegos autoconvocados se manifestaban contra lo que definían como censura paternalista. El argumento de los demócratas (quienes finalmente perdieron la pelea) para defender la publicación decía cosas como: “esta versión de Playboy no contiene mujeres ligeras de ropa, fotografías, dibujos animados. Sino el contenido literario de la revista, entrevistas con figuras prominentes.” El argumento bienpensante nada mencionaba sobre el derecho al acceso a la sexualidad. Se limitaba a argumentar que el material era inofensivo, como los ciegos.

Al show del yo, el impulso irrefrenable de hacerse ver, la ola arrasadora del selfies que va del espejo del baño hasta la alfombra roja de los Oscar son síntomas de la subjetividad contemporánea, esa que lleva la exhibición de la intimidad a tope y proclama al ojo como órgano privilegiado. La sexualidad está en el centro de esa escena, con el carácter preponderantemente visual del porno mainstream, sus loas al voyeurismo y la entrega a la mirada de un cuerpo fragmentado. ¿Dónde se dibuja, o se tacha, en este mapa la sexualidad de los que no pueden ver? Los cuerpos de la diversidad funcional son en el imaginario cuerpos que no dan placer (del devotismo al abuso, quien manifieste lo contrario va a parar a la bolsa de las parafilias). Si esos cuerpos no generan placer, mucho

menos pueden sentirlo. Aquellos a los que como máximo se les concede el eufemismo piadoso de las capacidades especiales se mueven entre dos estereotipos: son angelitos asexuales o máquinas libidinosas fuera de control más allá de la barrera de la represión. El aporte de *Occasionally Blind* -considerable por lo menos en la medida en que pone a circular masivamente varios tabúes- llega, un poco en pañales, como si (deliberadamente o no) hubiera pasado por alto el recorrido que en los últimos años ha unido al posporno con la diversidad funcional, y sus frutos: las herramientas que provee para pensar las prácticas más allá de la genitalidad, sus propuestas de sexualizar prótesis, recortar, reagrupar, descentrar también otros órganos y zonas del cuerpo como potenciales zonas erógenas. *Occasionally Blind* no cae en el vicio del porno mainstream de representar la diversidad corporal como lo freaky y lo extraño. Sin embargo, aunque por momentos parece abrir la puerta para escapar de los discursos comunes sobre la discapacidad, no tarda en colarse alguna aclaración que oscurece: su autora, por ejemplo, ha dicho que “pornografía” no es la palabra exacta para referirse al libro, sino que lo que este provee es “estimulación”. De vuelta, las trampas de la asistencia remiten al terreno de lo terapéutico. Con las mejores intenciones, de nuevo, el placer para las personas con diversidad funcional, que casi nunca es planteado como derecho, es casi siempre una dádiva.

Código de buenas prácticas profesionales de sexualidad y diversidad funcional

Fuente: <http://sainternacional.blogspot.com.es/> 29/11/15

El '*Código de buenas prácticas profesionales de sexualidad y diversidad funcional*', de Sex Asistent, en colaboración con ANSSYD, y con prólogo de Félix López Sánchez, Catedrático de Psicología de la Sexualidad de la Universidad de Salamanca, está a disposición de quien quiera consultarlo en la página web de sendas organizaciones a partir del próximo lunes 23 de noviembre. A partir de ahora, también desde éste blog.

A juicio de Sex Asistent, el '*Código...*' hace una aportación importante: acerca las reivindicaciones históricas de los activistas por los DDHH de las personas con diversidad funcional al colectivo de profesionales que trabajan entorno a éstas personas desde la Bioética.

La ética y la praxis son fundamentales para el cumplimiento de los derechos, pues por sí mismos, son papel mojado si no hay políticas efectivas que los desarrollen. Por eso es tan

importante el nivel de desarrollo que tengan los derechos en un estado del bienestar para que realmente puedan ser ejercidos por sus beneficiarios, y que ello se haga en igualdad de oportunidades.

Para ello, es fundamental una ética en la praxis profesional que situe en el centro a la persona empoderada y que preserve, no solo sus derechos, sino su dignidad intrínseca ya que, como protagonista de su vida, es el que debe de tomar las decisiones que le atañan, en la medida en que cada uno pueda y con las ayudas que le sean necesarias para ello.



El 'Código...' es consultable desde éste enlace: <http://goo.gl/knUXnc>

El SIDA en el mundo en 2015: 34 datos que reflejan el estado de la cuestión

Fuente: www.huffingtonpost.es 1-12-15

No es una pandemia olvidada ni una enfermedad de la pobreza de África. El SIDA sigue siendo real. Y el 1 de diciembre se celebra, [según marca el calendario de Naciones Unidas, el Día Mundial de la Lucha contra el SIDA.](#)

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida, causado por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), sigue siendo una potencial causa de muerte en medio mundo: en todo el

planeta hay 37 millones de afectados por VIH, y más de 1,2 millones de personas fallecieron solo en 2014 a causa de esta enfermedad, es decir, unas 3.300 al día.

Aunque es cierto que la expansión de los retrovirales ha ayudado a frenar la expansión de la epidemia, especialmente en los países occidentales, el SIDA no está acabado. [Harían falta al menos cinco años y millones en investigación para que esto ocurriera](#). Por ello este 1 de diciembre es una buena fecha para tener en mente las cifras tanto del VIH (el virus) como del SIDA (la enfermedad causada por el mismo).

EN EL MUNDO

1. Hay unos 37 millones de afectados por el VIH en todo el mundo, [según ONUSIDA, la agencia de las Naciones Unidas contra el Sida](#).
2. Menos de la mitad, un 37% (unos 16 millones), tiene acceso a tratamiento con antirretrovirales.
3. De los 16 millones de personas bajo tratamiento, 11 millones están en África. Según la OMS, en el año 2000 apenas 11.000 personas recibían tratamiento en el continente africano.
4. En el último año, dos millones de personas contrajeron VIH en todo el planeta.
5. Las infecciones se reparten al 50% entre hombres y mujeres.
6. En 2014, 1.200.000 millones de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida.

[Seguir leyendo](#)

La epidemia permanece estable

El sistema sanitario estatal argentino diagnostica cada año entre 6000 y 6500 casos. El 30 por ciento de las 126 mil personas infectadas no lo sabe, recordó el Ministerio de Salud, en ocasión del Día Mundial de Lucha contra el Sida.

Fuente: Pagina12.com.- 1/12/15

Siete de cada diez personas con VIH en Argentina se atienden en el sistema sanitario público, cada año se diagnostican entre 6000 y 6500 casos y se estima que unas 126 mil personas son portadoras del virus, el 30 por ciento de las cuales aún lo desconoce. Así lo informó el Ministerio de Salud, que hoy dará a conocer nuevos datos epidemiológicos en el marco de la conmemoración del Día Mundial de Lucha contra el Sida.

De acuerdo con el Boletín Epidemiológico de la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), en Argentina reciben tratamiento por VIH 69 mil personas y el 70 por ciento de ellas lo hace en el sistema público de salud.

La epidemia “continúa estable” en Argentina, donde en la última década se han desarrollado y fortalecido políticas de prevención, diagnóstico y atención que permitieron incorporar “6000 personas al tratamiento antirretroviral en el último año”, sostuvo el secretario de Promoción y Programas Sanitarios, Federico Kaski.

Onusida, el programa de Naciones Unidas especializado en el tema, presentó en septiembre último la estrategia mundial “90-90-90” de cara a un mayor control de la epidemia. La cifra refiere a distintas metas: que el 90 por ciento de la población con VIH conozca su diagnóstico; que esto ocurra en una etapa temprana de la infección; que quienes requieren tratamiento según las normas nacionales lo estén recibiendo y que el 90 por ciento de las personas atendidas tengan una carga viral indetectable.

El Ministerio de Salud de la Nación propuso sumar otro objetivo a esas metas: “El compromiso de hacer que el 90 por ciento de los tratamientos sean accesibles en cuanto a su precio”.

Esta propuesta argentina busca garantizar el acceso y la disponibilidad de tratamientos antirretrovirales, insumos de diagnóstico y de prevención a toda la población, empleando en los procesos de compra las cifras de referencia relevadas por el Banco de Precios de Medicamentos de la Unasur y el Fondo Estratégico de Organización Panamericana de la Salud (OPS).

El director del área de Sida y ETS del ministerio, Carlos Falistocco, explicó que “además de la necesidad de sostener los logros obtenidos” en el camino para enfrentar al Sida, “aún quedan desafíos por delante. En particular, reducir el diagnóstico tardío que en 2014 alcanzaba al 31 por ciento de los varones y al 23 por ciento de las mujeres”.

“Es fundamental continuar generando estrategias para que más personas se hagan la prueba” a fin de que “quienes acceden al diagnóstico lo hagan en etapas lo más cercanas posible al momento de la infección, ya que esto contribuye a mantener su calidad de vida”, explicó.

Falistocco y el coordinador de Estudios y Monitoreo de Sida y ETS, Ariel Adaszko, junto a representantes de Onusida, presentarán los últimos datos epidemiológicos incluidos en el

boletín, este martes a las 10.30 en el Centro de Información de las Naciones Unidas de la ciudad de Buenos Aires que está ubicado en Junín 940.

De acuerdo con datos oficiales, en Argentina la relación por género es de 2 a 1: por cada dos varones con VIH, una mujer es portadora del virus. En cuanto a la transmisión de madre a hijo, de cada 100 bebés que nacen de madres con VIH, sólo el 4,8 por ciento adquiere la infección.

La principal vía de transmisión del VIH son las relaciones sexuales sin uso del preservativo (90 por ciento). Entre los varones, el 45 por ciento lo adquirió en una relación heterosexual y el mismo porcentaje lo hizo en una relación con otro varón. El sistema público de salud argentino cuenta con 771 centros de testeo con asesoramiento y 26 consultorios amigables en funcionamiento.

El Boletín Epidemiológico N° 32 sobre VIH-Sida e ITS en la Argentina ofrece una actualización de los datos epidemiológicos del país y de la respuesta del sector de la salud a esta problemática sanitaria. A su vez, la publicación analiza la información sobre vigilancia de nuevos diagnósticos, transmisión perinatal, diagnóstico tardío, mortalidad e indicadores de gestión. Además, brinda un listado de “centros de salud amigables”.

Una ‘app’ para romper el estigma del VIH

Una productora crea un documental a través de una aplicación móvil para dar respuestas sobre el VIH a los adolescentes

Fuente: <http://elpais.com/elpais/2015/11/30/ciencia 1-12-15>

Los jóvenes de hoy saben muy poco sobre el virus del VIH. Así lo ha constatado la psicóloga María José Ferrer los últimos cinco años desde su puesto en la Unidad de VIH del hospital Germans Trias i Pujol (Can Ruti) de Badalona. El virus mató a millones de personas durante la década de los 80 y los 90 pero, desde la llegada de los fármacos antirretrovirales para anular su presencia, la enfermedad se ha convertido en una dolencia crónica más que mortal. Sin embargo, el pavor a un contagio y la desconfianza a determinadas conductas sexuales han alimentado hasta hoy un fuerte estigma de la enfermedad en el imaginario colectivo. Para combatirlo, sobre todo entre los adolescentes que no vivieron los años más cruentos de la enfermedad, la productora catalana Factuals Film ha creado un documental con preguntas y respuestas sobre el sida para emitirlo a través de videocápsulas en una aplicación móvil.

"La 'app' por sí sola poco puede hacer, pero es una herramienta a combinar con charlas sobre salud sexual o para generar debates en las aulas", explica Albert Kuhn, director del proyecto. La iniciativa, que arrancó de Ferrer y de sus 25 años de experiencia en la Unidad de VIH de Can Ruti, pretende dar respuesta a una realidad con la que se encuentran los sanitarios. "Desde hace años, llegan al hospital jóvenes de reciente infección con muy poca información", apunta la psicóloga. Sensibilizar a estos chavales y romper los estigmas que arrastran heredados del pasado son los objetivos de este documental para el móvil. La decisión de emitirlo a través de una aplicación móvil, de nombre, Vertical/Horizontal, es un guiño para acercarse más a un colectivo determinado, en este caso, el más desinformado, según los expertos.

[Seguir leyendo](#)

Críticas al oscurantismo

La Asociación Argentina de Educadoras/es Sexuales se mostró muy preocupada por las declaraciones de Abel Albino como asesor del macrismo. La presidenta de AAES, Silvia Kurlat, se mostró sorprendida por la designación del médico pediatra.

Fuente: Pagina12.com.ar 1/12/15

Por Sonia Santoro

Que el sexo es sólo con fines de procreación, que la masturbación es una adicción, que la homosexualidad es un problema, que el aborto es una barbaridad y que está por verse si el preservativo es un método efectivo para prevenir la infección por VIH. Las declaraciones que esta semana hizo Abel Albino, pediatra y asesor del macrismo, despertaron la reacción de numerosas organizaciones. La Asociación Argentina de Educadoras/es Sexuales (AAES), una organización de especialistas en sexualidad, mostró su preocupación y planteó la necesidad de no volver atrás: "Todo lo ligado a la sexualidad ha sido por siglos muy silenciado y ya es hora de sacar a la luz esta temática destacando que es clave para una vida plena y responsable", apuntó Silvia Kurlat, su presidenta.

AAES se creó en el año 1992 y desde entonces desarrolla talleres de educación sexual en escuelas, centros de salud, parroquias, comedores comunitarios y centros de día. La institución está integrada por profesionales de diversas disciplinas con especialización en educación sexual y género.

En un comunicado, firmado por Silvia Kurlat, Marta Cerutti y Ana Corral, cuestionaron severamente las expresiones de Albino. Entre otros puntos explicaron que:

"1) Sabemos que la sexualidad es un concepto muy amplio y abarcativo que proporciona placer y no es en absoluto un sinónimo de genitalidad.

2) Sabemos a través de múltiples estudios científicos que el preservativo es el método más eficaz para prevenir la transmisión del VIH-sida así como también otras infecciones sexualmente transmisibles.

3) Sabemos que la Organización Mundial de la Salud excluyó de la lista de enfermedades psiquiátricas a la homosexualidad en el año 1990.

4) Sabemos que la masturbación es una práctica que no produce daño alguno sino que acompaña la vida sexual de jóvenes y adultos contribuyendo a un mejor conocimiento sobre el propio cuerpo y maneras de erotizarlo”.

“Consideramos de suma importancia el cumplimiento de la ley de educación sexual integral ya que es el camino más adecuado para prevenir embarazos no programados, abortos en condiciones de clandestinidad y por lo tanto riesgosos, infecciones de transmisión sexual, abusos infantojuveniles, situaciones de violencia de género, estigmatización y discriminación por orientación sexual o por identidad de género. Si queremos una escuela y una comunidad inclusiva debemos abordar estos temas y pasar del avance legislativo al avance cultural”, expresaron.

Al mismo tiempo recordaron que, en línea con los avances científicos en los últimos años, “se ha producido un significativo avance cultural y en nuestro país contamos con las leyes de Matrimonio Igualitario e Identidad de Género así como también con las leyes de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, la ley de Sida y la ley de Educación Sexual Integral (ESI)”.

En diálogo con Página/12, su presidenta, Silvia Kurlat, dijo que se sorprendió de que el macrismo haya mencionado a Albino como posible funcionario y que “me sorprendieron sus declaraciones prejuiciosas y carentes de rigor científico sabiendo que es un prestigioso pediatra”.

El riesgo de que un personaje público haga semejantes declaraciones “es que las personas que lo respetan como profesional de la salud, estiman su labor y aprecian su compromiso puedan considerar que sus declaraciones tienen algún asidero o puedan ser consideradas como base de políticas de gobierno”, dijo Kurlat.

Consultada por las políticas de educación sexual en la ciudad durante la gestión macrista, Kurlat expresó que “han sido paupérrimas. No se han asignado partidas presupuestarias acordes a lo que enuncia la ley de ESI que dispone que se imparta la materia desde nivel inicial en todas las escuelas a todos los alumnos. Las y los docentes no reciben la capacitación indispensable para desenvolverse con idoneidad en el aula con los alumnos. No solamente carecen de formación para dar respuesta en cuanto a los contenidos, sino que desconocen cuestiones metodológicas y no trabajan sobre sus propios prejuicios y creencias en torno al tema”.

- ¿Cuál es la realidad que encuentran ustedes día a día en los talleres que dan en las escuelas de la ciudad?

-Encontramos que tanto los niños/as como las/os jóvenes desconocen aspectos básicos de la sexualidad, todavía creen que les cambia el cuerpo cuando inician sus relaciones

sexuales, saben muy poco sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, sobre el uso correcto del preservativo, sobre los riesgos en las prácticas de sexo oral sin protección. Por otro lado cada vez se interesan más por informarse y debatir sobre diversidad de género, transexualidad, homosexualidad, pansexualidad y todo lo relativo al aborto, al aborto legal, abuso sexual, género y derechos.

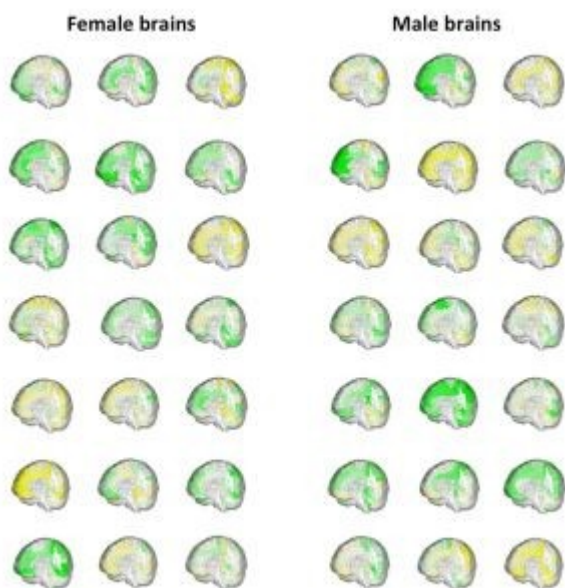
No hay un cerebro masculino y otro femenino

El estudio de 1.400 cerebros humanos descarta que haya diferencias anatómicas significativas por razón de sexo

Fuente: <http://elpais.com/elpais/2015/11/30/ciencia> 1-12-15

Un estudio con centenares de imágenes de cerebros de hombres y mujeres no ha encontrado pruebas de que existan un cerebro masculino y otro femenino. Aunque hay algunas diferencias anatómicas en determinadas áreas en función del sexo, estas no permiten dividir a los humanos en dos categorías. En realidad, el [cerebro](#) de cada uno es un mosaico con elementos tanto femeninos como masculinos.

Ideas como las de la inteligencia emocional, éxitos comerciales como el reciente libro *El cerebro femenino*, en el siglo pasado, la saga de *Los hombres son de Marte, las mujeres son de Venus*, abonaron el terreno al [dimorfismo sexual](#) del cerebro. Si hay diferencias entre hombres y mujeres en otras parte de su anatomía, en particular los genitales, ¿por qué no va a haberla en el cerebro? Y si la hay en lo físico, en el cerebro, igual también se da en lo esencial, la mente.



Sin embargo, no hay pruebas de que, desde el punto de vista de su materia gris, materia blanca, conexiones neuronales o el grosor de la corteza cerebral, el cerebro de una mujer y de un hombre sean diferentes por el simple hecho de su sexo. Más bien, las pruebas apuntan a lo contrario. En uno de los mayores estudios que se han realizado, un grupo de investigadores israelíes, alemanes y suizos han comparado la anatomía de 1.400 cerebros de hombres y mujeres para concluir que, más que dos categorías, lo que hay es un mosaico cerebral.

"En lo genital, hay diferencias según el sexo que se van sumando hasta crear dos tipos, los genitales masculinos y los genitales femeninos", dice la investigadora de la Universidad de Tel Aviv y principal autora del estudio, [Daphna Joel](#). "Sobre el 99% de las personas tienen genitales masculinos o femeninos y solo unos pocos tienen ya sea órganos genitales cuya forma está entre las formas masculina o femenina, o bien tienen algunos órganos con la forma masculina y otros con la femenina. Son los que llamamos intersexuales", añade.

Sin embargo, el hermafroditismo cerebral es la norma y los cerebros 100% masculinos o femeninos son la excepción. "Más bien, lo que hay son muchos tipos de cerebros", sostiene Joel. "Además, el tipo de cerebros que solo presentan características más prevalentes en los hombres que en las mujeres son muy raros, tan raros como el tipo de cerebros con un perfil que predomine entre las mujeres", añade.

Para sostener estas afirmaciones, Joel y sus colegas recopilaron imágenes del cerebro de voluntarios de varios proyectos científicos. Además de la heterogeneidad de la muestra (un total de 1.400 personas), su investigación, recién publicada en [PNAS](#) dispone de una fortaleza extra. Las neuroimágenes se obtuvieron con distintas tecnologías y métodos para evitar sesgos. Mientras unas determinan mejor el grosor de la corteza cerebral, otras registran la estructura y dimensiones de las distintas áreas del cerebro.

Uno de los estudios, por ejemplo, se apoyó en imágenes del cerebro de casi 300 personas (169 mujeres y 112 hombres). Usando la técnica conocida como [morfometría basada en vóxel](#) (VBM, por sus siglas en inglés) que les permitió establecer el volumen de materia gris de 116 áreas del cerebro.

"No hay ninguna región en nuestras muestras que revele una clara distinción entre una forma masculina y una forma femenina, es decir, que se presente de forma evidente solo en los hombres o solo en las mujeres", destaca Joel. "En realidad, hay un alto grado de superposición entre mujeres y hombres en todas las regiones estudiadas", añade.

Aún así, se quedaron con las 10 zonas que mostraron mayor contraste en función del género. Fue el caso de los dos lados del giro frontal superior, del núcleo caudado o los dos hemisferios del hipocampo, todas por debajo de un nivel estadísticamente significativo.

Con estas diez áreas pudieron crear una especie de continuo desde el extremo masculino al extremo femenino. El cerebro de apenas el 1% de los hombres y solo el 10% de las mujeres caía en cada extremo y un tercio de las personas tenían cerebros anatómicamente intermedios. Las pruebas las repitieron con otras muestras de personas y tecnologías, como la de imagen por tensores de difusión, con la que se puede establecer la conectividad entre las distintas zonas del cerebro. En todas ellas, los resultados fueron similares.

"La mayoría de los humanos tienen cerebros compuestos por mosaicos de características que los hacen únicos, algunas son más comunes entre las mujeres en comparación con los hombres y otras lo son más en los hombres respecto de las mujeres y aún otras son comunes tanto a hombres como a mujeres", comenta la investigadora israelí.

Las teorías sobre la diferenciación sexual en el cerebro cobraron fuerza a mediados del siglo pasado. Pero, como comenta el investigador del [Neurocom](#) y profesor de la Universidad de Coruña, Xurxo Mariño, "aquellos trabajos se centraron en la sexualidad, en especial en el estudio de la emergencia de la homosexualidad". Algunos se empeñaron en encontrar características anatómicas que la explicaran y encontraron algunas, como el menor tamaño de una estructura cerebral llamada estría terminal en las mujeres y también en los hombres transexuales.

Los estudios entonces estaban basados en cuestionarios o en muestras cerebrales *post mortem*, no en observaciones directas del cerebro de personas vivas y sus diferencias anatómicas. Esto es algo que solo la moderna tecnología de neuroimagen está permitiendo. Aún así, recuerda Mariño, "ya en 1948 hubo quien habló más de un continuo cerebral que de categorías dicotómicas". Fue el biólogo Alfred Kinsey quien, con sus [escala sobre la orientación sexual](#), se adelantó al estudio actual.

El 'misionero del sexo', rumbo a China

Fuente: El Mundo.es.- 3-12-15

A **Ted McIlvenna** lo conocen en San Francisco como '**el misionero del sexo**'. Un apodo que tiene que ver con su condición de pastor metodista jubilado. Pero también con su vocación por difundir la buena noticia de la sexualidad, que le llevó a fundar este instituto donde se encuentra su despacho y donde se imparten lecciones sobre un asunto que todavía despierta polémica entre los sectores más conservadores de Estados Unidos.

Aquí el reverendo ha formado durante décadas a decenas de sexólogos y ha ido reuniendo **una formidable colección de pornografía** cuyos ejemplares más preciados exhibe en su museo de Las Vegas y cuyos últimos elementos llenan las estanterías de la segunda planta de este local destartado del centro de la ciudad.

Hace tiempo que McIlvenna piensa en exponer su colección en ciudades de África y Europa. Pero desde hace unos meses tiene entre manos un proyecto más urgente: la Asociación de Sexología China lo ha invitado para aportar sus puntos de vista e impartir unas clases sobre la sexualidad. "**Durante décadas a las mujeres se las ha tratado en China como personas de segunda** clase pero algo está empezando a cambiar", explica a ELMUNDO.es. "Ahora las mujeres tienen más dinero y más educación y eso hace que el país esté maduro para emprender una revolución sexual".

McIlvenna (Epping, 1932) viajará a China esta semana acompañado por una decena de profesores de su instituto. Entre ellos la escritora **Leanna Wolfe** y la académica **Jane Hamilton**, que ganó fama como actriz porno en los años 80 con el pseudónimo de **Veronica Hart**.

Hamilton impartió en diciembre un curso a unas 120 empresarias y volvió muy sorprendida de lo que le contaron: "**Las mujeres chinas apenas han recibido caricias. Son mujeres con éxito en los negocios pero su vida sexual es muy pobre.** Supongo que tenemos que llegar también a los hombres. Ahora mismo apenas hay besos ni preliminares. Aunque esas cosas cambian en cuanto ellos se dan cuenta de que el sexo es mucho mejor si estimulan a su pareja".

"No es la primera vez que visitamos China", recuerda a este diario McIlvenna. "Estuvimos en 1996 y volvimos anonadados por la energía de ciudades como Beijing o Shanghai. Yo me considero un teólogo misionero y mi objetivo en este viaje es **mantener a los chinos lejos del pecado y de la enfermedad y cerca de los aspectos más placenteros de la sexualidad.** Queremos explorar el arte erótico de China y celebrarlo. Nuestro único principio es la **libertad**".

Comunidad gay

McIlvenna vive en San Francisco desde hace medio siglo y es uno de los personajes más reconocibles de la ciudad. **Llegó de la mano de su obispo metodista, que lo envió para hacer apostolado entre los homosexuales en 1963.** "Enseguida me di cuenta de que era imposible convertirlos y se lo dije a mis jefes pero no me entendieron", recuerda junto a los ribetes negros de su hábito metodista, que cuelga en el perchero de su despacho como un desafío a la autoridad.

Al principio el trato que le dispensaron los homosexuales no fue mucho mejor: "Al llegar no se fiaban de mí por mi condición de religioso. Pero luego empecé a ir con mi esposa a sus bares y se dieron cuenta de que luchaba por sus derechos. No fui el único pastor en ayudarles. Había algunos presbiterianos y de otras iglesias protestantes. Ni baptistas ni evangélicos y por supuesto ningún católico. **Con los católicos no tengo ninguna paciencia. Me parecen cristianos de mentiras**".

Las amistades peligrosas de McIlvenna no gustaron a su obispo, que le advirtió que a ese paso nunca podría volver a predicar en su Iglesia. Una amenaza que no cambió los hábitos del reverendo, que ayudó a crear un consejo ecuménico para velar por los homosexuales y desarrolló su ministerio en San Francisco hasta crear su instituto sexológico en 1976.

"Mi padre fue pastor metodista y conozco muy bien los postulados de mi Iglesia", asegura McIlvenna. "Yo diría que tienen una 'teología de palomitas'. Quiero decir que sus feligreses pueden creer en casi cualquier cosa. **Mi actitud era demasiado atrevida para mis jefes y me obligaron a renunciar**. A mí ya no me importa porque la religión organizada no me interesa. Mi misión ahora es la sexualidad".

El instituto

La matrícula en el instituto de McIlvenna sale por unos 5.000 euros al trimestre. Una cifra que incluye el acceso al archivo del edificio, por el que McIlvenna guía al visitante con una cojera que es fruto de la gota y con el orgullo propio de quien ha reunido la colección. **El paisaje incluye libros eróticos, proyectores de celuloide y filmes con títulos tan explícitos como 'Acrobatic Fuckmates' o 'Spanking Hotline 2'**.

En las paredes cuelgan carteles sugerentes, cabezas de jabalí y pantallas minúsculas y también un armario metálico que mantiene bajo llave artículos sobre los que el reverendo no da detalles y a los que los alumnos sólo pueden acceder con el permiso expreso de la dirección.

"**Aquí intentamos investigar lo que la gente hace con su sexualidad y no lo que dice que hace**. En este campo hay mucho advenedizo que hizo un curso un fin de semana y va por ahí diciendo que sabe. Nosotros creemos que uno tiene que prepararse bien y por eso tenemos esta biblioteca al alcance de todos", explica McIlvenna, que asegura que vacía periódicamente las estanterías para seguir alimentando el archivo de la institución.

La colección

Los primeros objetos de la colección fueron tres libros que el reverendo compró por unos 10 dólares en un tren italiano. Luego reunió esculturas de bronce, primeras ediciones de libros eróticos y películas pioneras de la pornografía de principios del siglo XX. También juguetes eróticos que le regalaban los propietarios de las tiendas por intervenir como perito en los procesos judiciales contra el sector. **McIlvenna dice que el valor de lo que tiene ronda los 10 millones de dólares** y asegura que le gustaría exponer una parte en los museos de Madrid o Barcelona.

De niño soñaba con ser actor, ingeniero o jugador de béisbol. Pero su pasión por el arte le llevó primero a estudiar Teología en un instituto de Illionis y luego a graduarse en universidades de Florencia y Edimburgo. Allí fue donde conoció a su esposa danesa **Winnie Ostergaard Sorensen**, con quien contrajo matrimonio contra la voluntad de su familia y que trabaja ahora como responsable de las finanzas de su institución. "Al verla por primera vez en Edimburgo le dije a un amigo que me casaría con ella", confiesa. "Han pasado 58 años y ahí está en el despacho de al lado".

A punto de cumplir 81 años, McIlvenna reconoce que su carrera **no habría sido posible sin el espíritu libre de San Francisco:** "Aquí hay asiáticos, árabes e hispanos y tiene menos fanáticos que cualquier ciudad estadounidense".

La cafetera de su despacho atruena y McIlvenna está a punto de servirse el enésimo café del día. Pero antes de levantarse se detiene a describir su relación con Dios: "Yo pese a todo sigo siendo un pastor metodista y ya no me importa lo que digan otros pastores sobre mí. Mi consejo es inequívoco: **si tienes que elegir entre tu sexualidad y tu religión, elige tu sexualidad al 100%. Mi condición de teólogo me dice que Dios nos dijo hace muchos años que sí.** No nos dijo que no o que quizás. Si tenemos vida, debemos tenerla en abundancia".

Cómo los cómics desafían los tabúes del cine y la TV

Fuente: BBC. Culture.- 20-11-15

Natalie Haynes

Cuando la semana pasada recibí por correo la edición Blu-ray de "Avengers: Era de Ultrón", noté que en posición estelar, en el centro de la tapa de la caja, estaban el Capitán América, Thor, Iron Man y Hulk.

Debajo de ellos, un poco más pequeños, estaban Ojo de Halcón, Viuda Negra y Nick Furia. Sobre ellos, planeando en el cielo, y todavía más diminuta, estaba Visión.

El origen divino de nuestros superhéroes favoritos

Si hubiera pedido la edición de DVD, la tapa hubiera sido del mismo tamaño, pero en ella sólo estarían los primeros cuatro superhéroes.

Un detalle que la crítica no dejó pasar, señalando que el relativamente diverso elenco de la película había sido reducido a cuatro tipos blancos; o tres blancos y uno verde, dependiendo de cuán molesto se encontraba el cuarto al momento de la foto.

[Seguir leyendo](#)

Kawabata y el erotismo

Fuente: <http://algundiaenalgunaparte.com/2011/03/05/kawabata-y-el-erotismo/>

Pareciera que existen, entre las obras de los grandes escritores, aquellas que podrían llamarse del anverso o del exterior, cuyo significado está en la superficie, y aquellas del reverso o del interior, con un significado oculto; podríamos compararlas incluso con el budismo exotérico y el esotérico. En el caso de Kawabata, País de nieve pertenece a la primera categoría, mientras que La casa de las bellas durmientes es con toda seguridad una obra maestra esotérica.

En una obra maestra esotérica, los temas más secretos y más profundamente ocultos de un escritor hacen su aparición. Una obra de esta naturaleza no es dominada por su transparencia o claridad sino por una opresión sofocante. En lugar de limpidez y pureza, hallamos densidad; más que un mundo amplio y abierto, encontramos una habitación cerrada. El espíritu del autor, deshaciéndose de todas las inhibiciones, se muestra a sí mismo en su forma más atrevida. En todas partes he comparado La casa de las bellas durmientes con un submarino con gente atrapada en su interior, en el cual el aire está agotándose poco a poco. Mientras está bajo el influjo de esta historia, el lector suda y se marea, y conoce de la manera más apremiante el terror del deseo incitado por la cercanía de la muerte. O, a la luz de cierta lectura, la obra puede ser comparada con un negativo. Una impresión realizada a partir de él mostraría sin duda el mundo en que vivimos a la luz del día, revelaría hasta el último detalle de su hipocresía brillante, plástica.

La casa de las bellas durmientes es inusual en la obra de Kawabata por su perfección formal. En el final, la joven de piel oscura muere y “la mujer de la casa” dice simplemente: “Está la otra chica”. Con esta última observación cruel, ella derriba la casa de la lujuria construida hasta ese momento con tanta atención y minuciosidad, en un colapso inhumano más allá de toda descripción. Puede parecer accidental, pero no lo es. Con un solo golpe revela la esencia inhumana en una estructura aparentemente construida con solidez y cuidado, una esencia compartida entre “la mujer de la casa” y el viejo Eguchi. Y es por eso que Eguchi “nunca se había sentido tan impresionado por una observación”.

El erotismo no apunta a la totalidad para Kawabata, debido a que el erotismo como un todo incorpora en sí a la humanidad. La lujuria se fija a fragmentos y, carentes de subjetividad, las bellas durmientes en sí mismas son fragmentos de seres humanos que instigan a la lujuria a llegar a su máxima intensidad. Y paradójicamente, un cadáver bello, ya sin los últimos trazos de espíritu, da lugar a los sentimientos más intensos de la vida. A partir del reflejo de estos violentos sentimientos de aquel que ama, el cadáver emana el resplandor más fuerte de la vida.

En un nivel más profundo, este tema está relacionado con otro de importancia en la escritura de Kawabata: su adoración por las vírgenes. Esta es la fuente de la pureza de su lirismo, pero bajo la superficie tiene algo en común con los temas de la muerte y de la imposibilidad. Debido a que una virgen deja de serlo una vez que es atacada, la

imposibilidad del acto es una premisa necesaria para poner la virginidad por encima del agnosticismo. ¿Y acaso la imposibilidad del acto no pone siempre el erotismo y la muerte en el mismo lugar? Y si nosotros los novelistas no pertenecemos al bando de la “vida” (si estamos confinados a una abstracción de cierta neutralidad perpetua), entonces “el resplandor de la vida” sólo podrá aparecer en un mundo en el cual la muerte y el erotismo estén juntos.

La casa de las bellas durmientes comienza con la visita del viejo Eguchi a una casa secreta gobernada por “una mujer pequeña de cuarenta y tantos”. Ya que la razón de su presencia es hacer una observación extremadamente importante en el final, ella es delineada con ominoso detalle, desde el gran pájaro en la faja de su kimono hasta el hecho de que es zurda.

El lector siente admiración por la precisión, la extraordinaria fineza de los detalles en la descripción que hace Kawabata de la primera de las “bellas durmientes” con las que pasa la noche el anciano Eguchi, de sesenta y siete años; casi como si ella fuera acariciada solamente por las palabras. Por supuesto, da a entender cierta objetividad inhumana en la calidad visual de la lujuria masculina.

Su mano y muñeca derechas estaban al borde de la colcha. Su brazo izquierdo parecía estirarse en diagonal bajo la colcha. Su pulgar derecho estaba escondido a medias bajo su mejilla. Los dedos sobre la almohada al lado de su rostro estaban ligeramente curvados en la suavidad del sueño, aunque no lo suficiente para borrar las delicadas depresiones donde se unían a la mano. El color rojo, cálido, de sus manos era más rico gradualmente desde la palma hasta las puntas de sus dedos. Era una mano blanca, suave, encendida.

Su rodilla estaba ligeramente adelantada, obligando a las piernas de Eguchi a colocarse en una posición extraña. No necesitó observarla con detenimiento para darse cuenta de que ella no estaba a la defensiva, de que ella no tenía su rodilla derecha apoyada sobre la izquierda. La rodilla derecha había sido movida hacia atrás, la pierna había sido extendida. De esta manera, la adolescente, que se ha convertido en una “muñeca viviente”, es para el anciano la “vida que podía tocarse con confianza”.

Y qué espléndida técnica erótica podemos disfrutar cuando el viejo Kiga mira las bayas del aoki en el jardín. “Cientos de ellas yacen en el suelo. Kiga levanta una. Jugueteadando con ella, le cuenta a Eguchi sobre la casa secreta.” A partir de este pasaje o cerca de él, una sensación de confinamiento y ahogo comienza a descender sobre el lector. Las técnicas usuales para el diálogo y la descripción de los personajes no tienen sentido en La casa de las bellas durmientes debido a que las jóvenes están adormecidas. Debe de ser la primera vez que la literatura brinda una sensación tan vívida de la vida personal a través de las descripciones de figuras durmientes.

Escrito por Yukio Mishima. Traducción del inglés: Virginia Sauda. Publicado en ADN.Cultura.es. 04.03.2011.

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