

NotiSASH

Septiembre de 2015

Editora: Lic. Diana Resnicoff

La piel, de no rozarla con otra piel se va agrietando...
Los labios, de no rozarlos con otros labios se van secando...
Los ojos, de no mirarse con otros ojos se van cerrando...
El cuerpo, de no sentir otro cuerpo cerca se va olvidando...
El alma, de no entregarse con toda el alma se va muriendo.

La piel. Bertolt Brecht

Calendario de Eventos

- **Próximos Congresos**

Artículos recientes

- ✓ ¿Facebook hace que las mujeres jóvenes sigan dietas peligrosas?
- ✓ Las células con VIH se siguen duplicando
- ✓ Anticoncepción en adolescentes
- ✓ Trastorno dismórfico corporal

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

- **Llega el 'contouring' vaginal**
- **Disfunción eréctil: crece el uso de un tratamiento corto y sin pastillas**
- **Medio millón de niñas en peligro de mutilación genital en EEUU**
- **El placer también es un derecho de las mujeres y adolescentes**
- **Los hombres eyaculan más cantidad de semen (y de mayor calidad) con una pareja nueva**
- **“Mujer-mujer”**
- **¿Es el Kama Sutra un libro feminista sobre el amor erótico?**
- **Vacuna contra el VPH: una dosis de la vacuna bivalente puede ofrecer protección efectiva**
- **Heteroflexibilidad masculina: ¿experimentación sin culpa, moda o estadística?**
- **Viagra femenino: la pelea por la igualdad del deseo**
- **¿Viagra femenino?**
- **La ley del deseo**
- **Por qué los hombres llevan peor las rupturas (cuando la cosa ha sido seria)**
- **El fantasma de Ashley Madison**
- **Australia se plantea seriamente castrar a los pedófilos**
- **India: Condenadas a ser violadas y desfilan desnudas**
- **Cirugías íntimas: el centro del placer femenino, en el espejo**
- **Cifras que hablan de machismo diario**
- **Escenas de sexo entre mayores de 60 años: ¿el último tabú del cine?**
- **La cara femenina de la Prehistoria**
- **La pasión, perro cruel**
- **Tres cartas de Amor de Frida Kahlo a Diego Rivera**

XV Jornadas Metropolitanas de Sexología y Educación Sexual.

“Desde una mirada científica hacia las prácticas cotidianas”

Fecha: 28 de noviembre de 2015

Lugar: Hotel Conquistador

Horario: de 8:30hs a 18hs

Organiza SASH

Inscripción: secretaria@sasharg.com.

PROGRAMA

8 a 8:30: Acreditación

SALON HIDALGO

8:30 a 9hs: Apertura a cargo de la presidenta de las Jornadas: Lic. Maria Elena Villa Abrille.

Palabras de bienvenida a cargo de la Lic. Diana Resnicoff y Dra Marta Rajtman

9 a 10:30: Mesa redonda: La realidad actual acerca del ABORTO NO PUNIBLE

Coord: Dra. Claudia Gonzalez

- ✓ Experiencia en el hospital Argerich: La mirada desde la Medicina :Dra Sandra Vazquez
- ✓ Marco legal del aborto no punible. Consecuencias en la vida cotidiana: Dr julio Bustamante
- ✓ El empoderamiento de la mujer en una sociedad que está en constantes cambios: Lic. Mabel Bianco

**10:30 a 11:30hs: Celebración 2015 El Día Mundial de la Salud Sexual 2015
"Salud Sexual para una sociedad más justa"**

Se expondrán Investigación y videos sobre dos temas en nuestro país:

"Ni Una Menos" " Juicio a los Juristas Argentinos , el caso de disminución de pena de abuso sexual".

Coordinación: Lic. Cristina Tania Fridman – (exposición alumnos de psicología de la UAI Universidad Abierta Interamericana) .

11:30 a 13 hs: Conferencias Centrales

Sexología basada en la experiencia vs. Sexología basada en la evidencia Dr, Roberto León Gindin

Sexualidad en la tercera y cuarta edad .Dr, Santiago Cedres.

Coordinación: Dra. : Silvina Valente

13 a 14 Almuerzo

14 a 15hs: Charla con Expertos: INICIACION SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA

Coordinación: Lic. Viviana Wapñarsky

- ✓ Neurobiología del comportamiento adolescente y su efecto en la sexualidad: Dra. Silvina Valente
- ✓ Adolescencia, sexualidad y diversidad funcional. Dra. Patricia Goddard
- ✓ Beneficios del abordaje interdisciplinario en la Adolescencia: Dra. Cynthia Pereyra

15 a 16:30hs: Simposio II NUEVAS FORMAS DE FAMILIAS

Coordinación: Dr, Bernardo Kupferberg

- ✓ Familias homoparentales y la paternidad homosexual. Lic. Adrián Barreiro
- ✓ De que hablamos cuando hablamos de ovodonación y congelación de esperma. Dr. Gabriel Fiszbajn
- ✓ Nuevas legislaciones que enmarcan o no la realidad actual. Dra Eleonora Cano

16:30 a 18hs: Mesa redonda: SEXUALIDAD Y DOLOR_

Coordinación: Dr. Ruben Cosentino

- ✓ Vulvodinia: cómo afecta la sexualidad. Dr., Bernardo Kupferberg
- ✓ Cistitis intersticial: evolución y tratamiento. Dr Alejandro Aragona
- ✓ Dolores masculinos: enfermedad de Peyronie Dr. Rodríguez Baigorri

18 a 18:30hs: Entrega de diplomas a Alumnos del V Curso de Formación en Sexología Clínica. SASH

18:30 Sorteo y Clausura

Palabras de Cierre por la presidenta de las Jornadas Lic. Maria Elena Villa Abrille-

SALON GALEON:

9 a 10hs: Workshop: ASISTENTES SEXUALES.

Coordinación: Lic. Maria Elena Villa Abrille

Tallerista: Prof.SilvinaPeyrano

**10 a 11hs: TALLER : video debate: "La monogamia y sus mitos":
diferenciando la monogamia social de la monogamia sexual.**

Coordinación: Lic.Diana Resnicoff

Tallerista: Dr. Andrés Flichman

11 a 12hs: Mesa redonda: ACTUALIZACIONES EN TRANSEXUALIDAD

Coordinación: Lic. Viviana Wapñarsky

- ✓ Evolución post quirúrgica y seguimiento en pacientes operados: Dr. Cesar Fidalgo
- ✓ Cirugía maxilo facial de pacientes transexuales. Dr Marcelo Di Maggio

12 a 13 hs: Exposición:"HISTORIA DE LA PAREJA Y LOS AMORES" a cargo de la Lic. Cristina Tania Fridman

13 a 14hs: Almuerzo

14 a 15hs: Workshop BDSM

Coordinación: Lic .Antelo Mará Esther

Tallerista: CIRO MASTER

15 a 16:30hs: Charla con expertos: ESTRÉS , CONTEXTO Y SEXUALIDAD

Coordinación: Lic. Guido Fischer

- ✓ Cómo afecta el stress en los vínculos de pareja. Lic.PatriciaFaur
- ✓ Sexualidad y obesidad: Dr. AdrianSapetti
- ✓ La diferencia entre género y sexo: conocernos más... complementar mejor "Dra Elvira Covini

16:30 a 18: Mesa de Trabajos Libres

Aranceles

Profesionales con más de 5 años de recibidos: \$600

Profesionales con menos de 5 años de recibidos: \$400

Ex alumnos SASH y estudiantes: \$300

Extranjeros: US 80

El pago de cuota podrá hacerse en cualquier sucursal del BANCO DE LA NACIÓN ARGENTINA.

MUY IMPORTANTE: Deberá informarse a SASH una vez realizada la operación faxeando o enviando por mail escaneado el número de comprobante de la transferencia, de lo contrario se visualizará un depósito en la cuenta bancaria y no

se sabrá de quien proviene.

El nombre y número de cuenta al que deberán transferirse los fondos son los siguientes:

BANCO DE LA NACIÓN ARGENTINA
Asociación Civil de Servicios Asistenciales en Sexualidad Humana.
Cuenta Corriente N° 121.187/16
CBU: 01100181- 20000121187167

SUCURSAL PALERMO. Cap. Fed. (Sta. Fe y Thames).

CHEQUE:

Extendé el cheque a la orden de ASOCIACION CIVIL DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SEXUALIDAD HUMANA. No coloques la inscripción “no a la orden”.

Enviá el sobre a SASH cuya dirección es SANTOS DUMONT 3454 3°20 (1427) Capital Federal.

EFFECTIVO: Solamente en nuestra oficina. Santos Dumont 3454 3° 20. (No lo envíes por correo)

Nuestros horarios: lunes, miércoles, jueves y viernes de 9 a 12Hs. y martes de 14 a 17Hs.

CALENDARIO DE EVENTOS

2015			
6 – 8 Septiembre	XII Congreso Argentino e Internacional de Mastología	Sheraton Buenos Aires Hotel & Convention Center	http://www.samas.org.ar/index.php/congreso-sam/2015
11 – 13 Septiembre	31st National conference of sexology	Kochi, Kerala. India	www.sexconkochi2015.com mail@sexconkochi2015.com
14 – 18 Septiembre	7mo Congreso Cubano de Educación, Orientación y Terapia Sexual	Habana, Cuba	sexologiacuba2015@gmail.com
17 – 18 Septiembre	VIII CONGRESO INTERNACIONAL AMADA 2015. “Enfoque integral de la salud sexual y la salud reproductiva”	Hotel Sheraton. Buenos Aires	amada@amada.org.ar
9 – 10 Octubre	IV Congreso Mundial de Sexología Médica. Organizado por WAMS	Miami, USA	www.miami2015.org
9 – 10 Octubre	Primer Congreso Nacional de Sexología y Educación Sexual “Parejas Siglo XXI” –	Medellin (Colombia)	www.congresoasanssex2015.com E-mail: gaferlo@une.net.co gerencia@cepicolombia.com
19 – 21 Octubre	Congreso APA	Buenos Aires, Argentina	http://www.aap.org.ar/
19 - 23 Octubre	XV Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana . I Encontro Luso-brasileiro de Sexualidade Humana On-line - 2015	Brasil	Congresso.sbrash.org.br
6 – 7 Noviembre	V Jornadas Gallegas de Salud Sexual	Pontevedra, España	http://sogasex.com/Files/2015/IVXORNADAS/Programa_V_Xornadas.pdf
14 – 15 Noviembre	X Congreso Nacional de Educación Sexual y Sexología	Monterrey, México.	congresofemess@gmail.com contacto@cresex.org www.femess.org.mx/Xcongreso/
15 Noviembre	XVIII Congreso Internacional de Ginecología Infanto-juvenil.	Buenos Aires, Argentina	www.sagig.org.ar sagij@sagij.org.ar
28 de Noviembre	XV Jornadas Metropolitanas de Sexología y Educación Sexual. Organiza Sash “ Desde una mirada científica hasta las prácticas cotidianas”	Buenos Aires, Argentina. Hotel Conquistador	E-mail: secretaria@sasharg.com.ar
2016			
25 – 28 Mayo	13th Congress of The European Federation of Sexology (EFS)	Dubrovnik. Croacia	http://www.europeansexology.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 Sexología E-mail: insexnic@gmail.com

Boletín de Flasses Número V | Año 2015

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

ARTICULOS RECIENTES

¿Facebook hace que las mujeres jóvenes sigan dietas peligrosas?

El riesgo más alto lo tienen las que usan los medios sociales de internet para compararse a sí mismas con sus amigas.

Fuente: Intramed.- 27/07/15

Medlineplus

Un estudio reciente aporta nueva información sobre cómo el uso de Facebook por parte de las mujeres jóvenes puede llevar a una mala imagen corporal y una dieta arriesgada.

El estudio contó con 128 mujeres con edad universitaria que realizaron una encuesta en línea sobre sus hábitos de alimentación y su conexión emocional con Facebook (como, por ejemplo, cuánto tiempo pasaban en las redes sociales de internet y la cantidad de amigos de Facebook) y si comparaban sus cuerpos con los cuerpos de sus amigas en las fotos que había en línea.

Las mujeres que tenían una mayor conexión emocional con Facebook eran más propensas a comparar sus cuerpos con los cuerpos de sus amigas y a seguir una dieta más arriesgada, según el estudio.

Pero los que no usaron el sitio para compararse a sí mismas con otras tenían menos probabilidades de preocuparse por su imagen corporal o de seguir dietas arriesgadas, mostró la investigación.

El estudio de la Facultad de Medicina de la Universidad de Carolina del Norte se publicó en la edición de agosto de la revista Journal of Adolescent Health.

"Creo que Facebook podría ser una herramienta estupenda para fomentar el respaldo social y las conexiones con amigos y familiares. Y si usted consigue ese tipo de respaldo social en el sitio, quizá sea menos propensa a preocuparse sobre el tamaño del propio cuerpo", dijo en un comunicado de prensa la autora principal, Stephanie Zerwas, profesora asistente de psiquiatría.

"Pero si usted lo usa como referencia para medir la apariencia de su cuerpo en las fotos al compararlo con los cuerpos de sus amigas, Facebook también podría usarse con una herramienta que fomenta conductas de dieta peligrosas", añadió.

FUENTE: University of North Carolina

Las células con VIH se siguen duplicando

La terapia antirretroviral puede afectar al avance de la enfermedad, pero el virus no desaparece

Fuente: Medlineplus. 10/08/15

Robert Preidt

El VIH puede seguir multiplicándose en los pacientes que responden bien a la terapia antirretroviral, señalan unos investigadores de Reino Unido.

Los avances en el tratamiento en los últimos 30 años han significado que el VIH, el virus que causa el SIDA, se suprime hasta niveles casi no detectables en muchos pacientes, y pueden vivir una vida larga y sana. Se creía que tras muchos años de terapia exitosa, el cuerpo de un paciente se deshacía del VIH de forma natural.

"Esta investigación muestra que, tristemente, el virus del VIH ha encontrado otra forma de escapar a nuestros tratamientos", lamentó en un comunicado de prensa de la Universidad de Liverpool la líder del estudio, Anna Maria Geretti, profesora de la universidad, en Reino Unido.

Durante el tratamiento, el virus intenta evitar la destrucción ocultándose en los glóbulos sanguíneos que desencadenan una respuesta inmunitaria. El VIH lo logra al integrar su propia información genética en el ADN de unas células del sistema inmunitario conocidas como células CD4, explicaron los investigadores.

Los investigadores revisaron los niveles de VIH integrado en las células CD4 de pacientes que habían estado recibiendo la terapia antirretroviral durante entre 1 y 14 años, y encontraron que los niveles eran iguales en todos los pacientes.

Los resultados indican que cada vez que una célula CD4 contaminada con VIH se copia a sí misma para producir más células, también copia los genes del VIH, señalaron los investigadores.

Los hallazgos del estudio aparecen en la edición del 4 de agosto de la revista EBioMedicine. "Siempre supimos que el VIH es difícil de suprimir del todo y que se oculta dentro de las células CD4, pero siempre hemos esperado que a medida que el cuerpo renueva de forma gradual sus células CD4, el VIH oculto moriría. Nos sorprendió encontrar que los niveles de VIH integrado en las células CD4 no se redujeran en el periodo de 14 años", dijo Geretti.

"La buena noticia es que no observamos un empeoramiento con el tiempo, pero la mala noticia es que estos hallazgos de verdad ponen en duda que el VIH se pueda 'curar' al aumentar el número de respuestas de células inmunitarias al mismo, una estrategia que ahora parece que al final fracasará", concluyó Geretti.

Anticoncepción en adolescentes

Es importante realizar una entrevista confidencial, contar con el tiempo suficiente para escuchar las inquietudes y necesidades de cada paciente y brindar un asesoramiento completo y adecuado en cada caso particular.

Fuente: Intramed.- 1/06/15

Medlineplus

Robert Preidt

Las formas más nuevas de anticonceptivos tienen más probabilidades de provocar coágulos sanguíneos que las versiones más antiguas, encuentra un estudio reciente.

Pero los autores del estudio también enfatizaron que las probabilidades de un coágulo siguen siendo **muy bajas** para cualquier mujer en particular que use los medicamentos, y siguen siendo más bajas que el riesgo de coágulos que tiene una mujer cuando está embarazada.

"Hay que sopesar los beneficios de usar pastillas anticonceptivas orales contra los riesgos, como embarazos no deseados y sangrado uterino anómalo con la anemia resultante", apuntó la Dra. Mamta Mamik, profesora asistente de obstetricia, ginecología y ciencias de la reproducción de la Escuela de Medicina Icahn de Mount Sinai, en la ciudad de Nueva York.

En el estudio, un equipo liderado por Yana Vinogradova, de la Universidad de Nottingham, en Inglaterra, analizó dos grandes bases de datos de pacientes de Reino Unido. Los investigadores observaron específicamente el riesgo de coágulos sanguíneos entre las mujeres de 15 a 49 años de edad que tomaban pastillas anticonceptivas.

Los investigadores reportaron que las mujeres que usaban las pastillas con unos tipos más recientes de la hormona progesterona (drospirenona, desogestrel, gestodena, y ciproterona) tenían de 1.5 a 1.8 veces más probabilidades de desarrollar coágulos sanguíneos que las pastillas que contenían progestágenos más antiguos, como levonorgestrel, noretisterona y norgestimato.

El estudio no fue diseñado para probar una relación causal. Pero en comparación con las mujeres que no usaban pastillas anticonceptivas, las que usaban las pastillas más recientes tenían cuatro veces más probabilidades de desarrollar coágulos sanguíneos, y las que usaban las pastillas más antiguas tenían 2.5 veces más probabilidades de desarrollar coágulos sanguíneos, encontraron los investigadores.

Aun así, el riesgo seguía siendo bajo para cualquier mujer en particular. En términos absolutos, el número adicional de casos de coágulos sanguíneos al año por cada 10,000 mujeres fue de seis mujeres que usaban las pastillas con levonorgestrel y norgestimato, frente a 14 de las que usaban las pastillas más recientes con desogestrel y ciproterona, apuntaron los investigadores.

Los hallazgos aparecen en la edición del 26 de mayo de la revista BMJ.

El equipo de Vinogradova enfatizó que las pastillas anticonceptivas son seguras, y apuntó que incluso el aumento del triple en el riesgo de coágulos sanguíneos asociado con las pastillas anticonceptivas sigue siendo más bajo que el aumento de 10 veces en el riesgo que experimenta una mujer cuando está embarazada.

Otra experta en Estados Unidos se mostró de acuerdo en que los medicamentos anticonceptivos siempre conllevan ventajas y desventajas.

"Las mujeres no solo tienen una protección efectiva contra el embarazo, sino que también disfrutan de los beneficios de una menstruación más leve y predecible", planteó la Dra. Jennifer Wu, obstetra y ginecóloga del Hospital Lenox Hill, en la ciudad de Nueva York. "Pero también hay que tomar en cuenta los riesgos de los anticonceptivos orales", añadió.

Dijo Wu. Cree que "los médicos tendrán que tomarlo en cuenta cuando inicien los anticonceptivos orales en una paciente y estén pensando en las diferentes marcas".

FUENTES: Mamta M. Mamik, M.D., assistant professor of obstetrics, gynecology and reproductive science, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York City; Jennifer Wu, M.D., obstetrician/gynecologist, Lenox Hill Hospital, New York City; BMJ

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 cognitiva-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:** 18/08/15; <http://www.clam.org.br/es>

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. Nº 19 . 2015
<http://www.sexualidadsaludysociedad.org/>

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

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

UNICEF a) Resources for Media: <http://weshare.unicef.org/mediaresources> **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=FIVQswNkPjTM>

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. La Noche de Jhinna (Documental): Publicado el 11 abr. 2012. Una joven peruana busca trabajo y termina secuestrada en un burdel a kilómetros de su hogar, allí no solo es violada y embarazada, también es drogada para ser ofrecida sin resistencia. No obstante logra escapar y denunciar el caso aun a riesgo de su vida. Documental producido por CHS Alternativo y dirigido por Jerónimo Centurión y Natalia Vizcarra.
https://www.youtube.com/watch?v=1b_29Q0hSbg

2. Cortometraje que explica la orientación sexual y la identidad de genero
<https://www.youtube.com/watch?v=EOI0QyxltBU>

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

- ✓ <https://www.youtube.com/watch?v=UU352vC-A4> Parte 1
- ✓ <https://www.youtube.com/watch?v=EvGlio8SJRA> Parte 2
- ✓ <https://www.youtube.com/watch?v=92Muz2IKE6s> Parte 3

4. Documental: Not for sale - Subtitulado en Español (No está en venta). Documental que aborda el problema de la prostitución con testimonios de las propias mujeres, explicando la realidad que vivían día a día, hablando de cómo se sentían y las hacían sentir, del cliente-prostituidor, de los lugares de ejercicio de prostitución, de la mal llamada prostitución de lujo... Se adentra también en el tema de la abolición y legalización, describiendo las realidades de los países que han optado por una o por otra.

<https://www.youtube.com/watch?v=mkXmjLIS9Cg>

5. 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

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

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

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

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

Recomiendo las siguientes Películas:

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

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

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

3. Documental. La vida secreta de las geishas

<https://www.youtube.com/watch?v=0gpGeF3hXZE>

4. La maldición de ser niña - Documental completo

<https://www.youtube.com/watch?v=SrvjsxOUzC4&feature=youtu.be>

Llega el 'contouring' vaginal

Es la última práctica estética de moda, una de varias que llega a un área, la zona vulvar, que no se libra de las modas

Fuente: El Pais. Tentaciones.- 27/07/15

Vivimos tiempos aciagos, convulsos, difíciles, llenos de incertidumbre y sinrazón... estética. A los cánones estrictos que se le imponen a la mujer de juventud, delgadez y curvas, se le añade un mandato íntimo e igualmente difícil: la zona vulvar, a la que de forma respetuosa llamo, llamamos, "coño". Perdamos el miedo a llamar coño a la abertura vaginal y también el miedo a nuestros propios coños.

Recientemente hemos leído una noticia que nos ha helado el mismísimo, la nueva técnica de moda en estética genital: **el contouring vaginal** (también bautizado como vontouring). Sí, esa tendencia en maquillaje impuesta al mundo por Kim Kardashian basada en limar con efectos ópticos las imperfecciones de tu rostro ha hecho el viaje en tiempo récord hacia nuestra zona más íntima.

[Seguir leyendo](#)

Disfunción eréctil: crece el uso de un tratamiento corto y sin pastillas

Es un procedimiento con ondas de choque de baja intensidad que se aplica en cuatro sesiones de 20 minutos. En el país ya hay tres equipos de última generación para realizarlo.

Fuente: Clarin.-6/08/15

Los números dicen que cinco de cada 10 hombres sufren disfunción eréctil entre los 40 y los 70 años. Para resolver el problema, la mayoría recurre a fármacos que se ingieren por vía oral y que garantizan altas tasas de éxito. Pero quienes tienen contraindicado su consumo, o buscar alternativas diferentes pueden optar por otros tratamientos entre los que se inscribe un procedimiento no invasivo que mejora significativamente la función hemodinámica del pene y cuyo uso crece en la Argentina.

Está indicado en pacientes con disfunción eréctil de origen vascular causada por factores como hipertensión arterial, diabetes, trastornos con los lípidos, tabaquismo, sedentarismo u obesidad, entre otros. Se calcula que el 70% de los hombres que tienen dificultades para conseguir una erección es debido a un problema vascular. **La terapia consiste en aplicar ondas de choque de baja**

intensidad para estimular la generación de nuevos vasos (es decir, estimular la angiogénesis).

“Es un procedimiento inocuo: realmente no duele y no tiene efectos adversos. Es corto, se hace en cuatro sesiones de 15 a 20 minutos, con resultados aceptables. **Y puede aplicarse en quienes tienen contraindicados los fármacos**”, comenta Guillermo Gueglio, jefe de la sección de Oncología Renal y Patología Retroperitoneal del Hospital Italiano, institución que en marzo incorporó el equipo de última generación con el que se realiza esta terapia.

Edgardo Becher, médico del servicio de Urología del Hospital de Clínicas y director del Centro de Urología (CDU), donde aplica este tratamiento hace un año y medio coincide: “Se trata de una línea terapéutica interesante porque **tiene la potencialidad de mejorar el estado eréctil del paciente aumentando la microcirculación peneana**. Sus principales ventajas son que es un método no invasivo que no invalida a las otras opciones terapéuticas y no posee contraindicaciones. Sólo hay que indicarlo en la población adecuada”.

Las ondas de choque de baja intensidad se aplican a través de un transductor que durante las sesiones se coloca a cada lado del pene y en la raíces. **Se realiza en forma ambulatoria y, por ser indoloro, no requiere anestesia.**

El índice de satisfacción ronda el 70%. Se evalúa a través de la comparación de las respuestas a un cuestionario estándar que el paciente contesta antes de someterse al tratamiento y a unos tres meses de haberlo finalizado. **“Hay pacientes que mejoran mucho, otros no tanto y algunos nada”**, explica Gueglio. “Por supuesto, todo dependerá de dónde partimos: si el hombre es obeso, fumador, hipertenso, sedentario será difícil que podamos ayudarlo, pero por suerte no es la generalidad”.

Los fármacos inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (sildenafil, tadalafil y vardenafil) siguen siendo la primera línea terapéutica en la mayoría de los casos de pacientes con disfunción eréctil, salvo que lo tengan contraindicado. De todas maneras, **no son excluyentes**. “Hay pacientes respondedores a este tipo de tratamientos que pueden acompañarlo con este y en muchos casos no sólo mejoran la erección si no que pueden dejar de tomar las pastillas”, señaló Gueglio. A diferencia de las píldoras, esta terapia ataca la causa y no el síntoma y no obliga a programar las relaciones sexuales.

El trabajo pionero sobre este tratamiento se presentó en 2010, pero recién entre

dos y tres años después comenzó a utilizarse con mayor frecuencia a nivel mundial. Este año se presentaron trabajos al respecto en el **congreso de la Asociación Americana de Urología** (AUA, por sus siglas en inglés). Actualmente en el país la terapia está disponible en el CDU, el Hospital Italiano y el Instituto Médico Especializado.

Entre las últimas novedades para el tratamiento de la disfunción eréctil se encuentran también las prótesis peneanas inflables con nuevos diseños y una cubierta de antibióticos que aumentan la respuesta funcional y cosmética de la erección, disminuyendo sensiblemente la tasa de complicaciones, en especial de infección posoperatoria. “Lo hacemos en forma ambulatoria con altísimo grado de éxito en pacientes que no responden a terapias menos invasivas”, manifestó Becher.

Medio millón de niñas en peligro de mutilación genital en EEUU

Por Kitty Stapp

Fuente: <http://www.ipsnoticias.net/> 6/08/15

NUEVA YORK, 6 ago 2015 (IPS) - Jaha Dukureh sufrió en carne propia los efectos atroces de la mutilación genital femenina. A ella, que ahora vive en Estados Unidos, se la practicaron en Gambia cuando era bebé. Su hermana murió desangrada tras soportar el mismo procedimiento.

Lo que se le hizo a Dakureh se llama “infibulación”: se extirpan el clítoris y los labios, y se sella la vagina para asegurarse de que la niña llegue virgen al matrimonio.

Antes de la visita del presidente estadounidense, Barack Obama, a África, entre el 24 y el 28 de julio, Dakureh, actualmente es una ferviente activista contra la mutilación genital femenina, urgió al mandatario a “desempeñar un rol histórico en la lucha” para eliminar este flagelo.

“Aunque los orígenes de la mutilación genital femenina son antiguos y previos a la religión organizada, hay una cosa sobre la que tenemos certeza: su propósito es controlar la sexualidad femenina y reducir la humanidad de las mujeres”, escribió en un poderoso artículo para el periódico británico The Guardian.

[Seguir leyendo](#)

El placer también es un derecho de las mujeres y adolescentes

Fuente: Pagina12. Las 12.- 7/08/15

“Las instituciones de salud suelen ser expulsivas y con frecuencia ignoran el derecho a la confidencialidad del adolescente o exigen la compañía o autorización de sus padres para recibir atención. Si un/a adolescente no está plenamente seguro del respeto de su autonomía y de la confidencialidad que resguardará la consulta médica, puede verse desalentado a realizarla, exponiéndose así a una situación de mayor vulnerabilidad. La normativa vigente incluye de manera clara el derecho a la salud de toda la población sin discriminación por edad y, además, prioriza el interés superior del niño/a, es decir que los servicios deben atender la demanda de niños, niñas y adolescentes y obrar siempre beneficiando su bienestar y desarrollo por encima de cualquier otra consideración”, resalta el manual “Los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Guía para garantizar el acceso a la salud sexual y a la salud reproductiva de las mujeres”, publicado, en abril del 2015, por el Ministerio de Salud de la Nación, la Secretaría de Derechos Humanos y el Consejo Nacional de las Mujeres (CNM).

La elaboración del documento fue realizada por el Area de Salud y Derechos del CNM y coordinada por Paula Ferro con la intención de que en cada centro de la mujer provincial o local se promuevan estrategias, por ejemplo, para evitar la violencia de género; además se difunda, en esos espacios, el derecho al disfrute a partir de la conquista de la anticoncepción gratuita para mujeres y las adolescentes, sin necesidad de ser acompañada, espiada o autorizada por su papá o su mamá. También se debe brindar información sobre el derecho al parto respetado, el acceso a tratamientos hormonales y reasignación de sexo en el marco de la ley de identidad de género y el acceso a la interrupción legal del embarazo (ILE).

Más información: Línea de Salud Sexual: 08002223444

Los hombres eyaculan más cantidad de semen (y de mayor calidad) con una pareja nueva

Un experimento con 23 participantes pone de manifiesto una vez más la importancia de la supervivencia de la especie.

Fuente: Muyinteresante.es.- 10/08/15

La competencia del esperma y asegurar la subsistencia de la especie parecen ser determinantes para que, en determinadas situaciones, los hombres eyaculen una mayor cantidad de semen y que este tenga además mayor motilidad y velocidad. Así lo ha atestiguado el último estudio llevado a cabo por la Universidad de Florida, *The College of Wooster* y el Centro de Medicina Reproductiva de la

Clínica Cleveland (EE.UU.), que pone de manifiesto que cuando los hombres mantienen relaciones sexuales con una mujer diferente, por primera vez, su eyaculación es más intensa, más rápida y de mejor calidad.

Para el experimento, los científicos contaron con la participación de 23 hombres heterosexuales con edades comprendidas entre los 18 y los 23 años de edad. Cada uno de ellos debía masturbarse en cada sesión con una película pornográfica concreta. Los voluntarios proporcionaron 7 muestras de semen en el transcurso de 15 días. 6 de las 7 películas que visualizaron estuvieron protagonizadas por la misma actriz y solo una de ellas presentaba una actriz diferente.

Los resultados revelaron que la cantidad de semen que cada uno de los hombres produjo se incrementó sustancialmente al ser expuestos a la película con la actriz nueva, demostrando que la competencia del esperma también existe dentro de la raza humana. Según los expertos, para asegurar la subsistencia de la especie, los hombres eyaculan en mayor cantidad cuando se encuentran con una mujer 'nueva', al aparecer un aumento en las posibilidades de descendencia.

Esto es, a lo largo del experimento, no se observó ninguna diferencia entre la primera y la sexta eyaculación; sin embargo, el volumen y el recuento total de espermatozoides aumentó considerablemente cuando apareció una mujer distinta -en este caso en la película con sexo explícito-. Además, el tiempo de eyaculación también disminuyó significativamente.

El estudio ha sido publicado en la revista *Evolutionary Psychological Science*.

PSICOLOGIA › NUEVOS MODELOS DE FAMILIA

“Mujer-mujer”

Una investigación sobre familias formadas por dos mujeres con hijos/as releva cuestiones como de qué modo llegan a determinar cuál de las dos llevará el embarazo por fertilización asistida; cómo se procesa la aceptación,

o no, por las familias de origen; las elecciones sobre fidelidad, religión, y también el “riesgo del encierro en relaciones especulares”.

Fuente: Pagina12. Psicología. 13/08/15

Por Ana María Fernández *

La investigación “Modos de subjetivación contemporáneos: diversidades amorosas, eróticas, conyugales y parentales en sectores medios urbanos” (Proyecto UBACyT, en curso en la ciudad de Buenos Aires) incluyó entrevistas a familias formadas por dos mujeres con hijos/as. Se constata que una de las primeras cuestiones a resolver para la formación de estas familias fue cuál de ellas llevaría el embarazo. En algunos casos se resuelve por la más joven o por la más apta físicamente para la fertilización asistida. En otros casos, una de ellas expresa su falta de interés, dificultad o rechazo a sostener las transformaciones corporales de un embarazo, la experiencia del parto, etcétera. Si bien las entrevistadas expresan que son siempre decisiones tomadas de común acuerdo, algunas veces puede inferirse una mirada un poco envidiosa frente a la gestante. En algunos casos, expresan que para un próximo embarazo les gustaría que cambiara la gestante. Quien expresa este anhelo suele ser la que ha gestado y parido, más como una oferta de paridad a su compañera que por desagrado frente a la experiencia vivida, que, muy por el contrario, es relatada como de gran felicidad (contrastan con esta felicidad los relatos de embarazos por fertilización asistida que realizan las mujeres heterosexuales, quienes transitan los sucesivos intentos con esperanza pero con mucha angustia y temores).

En otros casos, a la hora de pensar en tener hijos, la adopción puede ser una de las opciones imaginadas. Una entrevistada expresa: “Lo hablamos un montón, nos reímos. Nos parece una locura, pero por otro lado no. Hoy en día yo no tengo ganas de tener hijos, pero creo que en algún momento me va a dar ganas... Hoy no tengo esa sensación, ella tampoco. Ella me carga y me dice que tendría que ser yo la que tenga el bebé. A ella le da mucha impresión, no podría estar embarazada. Le da mucha impresión el embarazo. No podría tener ella el bebé, pasar por un parto...”. Luego la entrevistada vuelve sobre el tema: “También tenemos la posibilidad de adoptar. Es algo que vemos viable en un futuro... no que necesariamente sea un embarazo de ninguna de las dos”.

Obsérvese la construcción de la última frase. Posiblemente habría querido decir “... no necesariamente que el embarazo sea de alguna de las dos”. En la construcción gramatical que compuso posiblemente se exprese una de las más duras claves del conflicto. ¿Podría ser que, en las latencias que sostendrían este acto fallido, la tensión a dirimir fuera “para que no sea de alguna de las dos... que no sea de ninguna”?

En estas familias también suele coincidir que quien lleve adelante el embarazo disminuya o interrumpa su vida laboral y se dedique más a la crianza, como en la mayoría de las parejas actuales constituidas por una mujer y un varón. En

nuestras clases medias está muy naturalizado que, con la llegada de los hijos, la mujer deba disminuir o detener su vida laboral. Además, la mayoría de las entrevistadas generalmente han alcanzado altos niveles educativos y de capacitación laboral, o al menos viven en un medio donde las credenciales educativas y los éxitos laborales suelen ser objeto de alta valoración. Por tal motivo es de suponer que el repliegue por la maternidad sea vivido con tensiones muy específicas, aunque no siempre explicitadas con claridad.

En realidad, llama un poco la atención que este imaginario colectivo y sus prácticas se replique en toda su naturalización en algunos matrimonios de dos mujeres. Es tanto lo que han tenido que transgredir de la heteronorma e inventar por fuera de ella, que la eficacia y eficiencia de este imaginario maternal clásico ameritará futuras investigaciones. También habrá que esperar a lograr casuística de paternidades de dos varones y ver allí desde qué nuevos imaginarios paternos se organizan las prácticas cotidianas de la crianza.

Sí pueden constatarse diferencias significativas al interrogar sobre la división de tareas domésticas. Suelen expresar que no es un tema conflictivo. “Cada una hace lo que más le gusta” es la respuesta que más se reitera. Tampoco expresan tensión o dificultades respecto del dinero que aporta cada una. Frecuentemente, ni las responsabilidades domésticas ni la “propiedad” del dinero han tenido que ser conversadas o consensuadas. Relatan que todo esto se ha ido dando en la convivencia con naturalidad. Las más jóvenes, en convivencia pero sin hijos, pueden plantear que mantienen cuentas separadas, pero que aportan según lo que se va necesitando. Ante las repreguntas de quien entrevista, suelen sonreír o sorprenderse de que las cuestiones de reparto de tareas domésticas pudieran ser tema de conflicto.

En general, en las entrevistas de mujeres en relación con mujeres puede percibirse el intento de hacer visible a quien entrevista que todo funciona muy bien. Con independencia de las distancias que suelen producirse entre los relatos y las prácticas en cualquier entrevista, es probable que en estos casos esté presente ese efecto de triunfo, de entusiasmo, que suele animar a los o las pioneras de cualquier innovación social. La alegría de los logros personales, sociales y legales que en este momento acontecen posiblemente ponga esa dosis de potencia subjetiva imprescindible para sostenerlos, pero que necesariamente minimiza las dificultades o conflictos.

Quisiera detenerme en un detalle. En nuestra investigación, en el grupo de mujeres en pareja con mujeres, en más de una ocasión se presentaron las dos integrantes a la entrevista, aun cuando la consigna había sido muy clara en cuanto a que la entrevista era individual. Esto no ocurrió con ningún entrevistado gay ni con hombres o mujeres heterosexuales. Si bien en general contestaba el cuestionario una sola de ellas, la otra asentía, hacía gestos, tenían miradas de complicidad. Pareciera que ir a todos lados juntas sería una modalidad habitual. Al señalárselo quedan sorprendidas, suelen verlo como algo muy natural. Ninguna ofreció retirarse. Su actitud no era de incomodidad por haberse equivocado al

presentarse ambas, sino, por el contrario, aprovechar la oportunidad de mostrar qué excelente relación han constituido, que no se separan en ningún momento...

¿Este detalle será indicio de un modo de vinculación específico de algunas relaciones mujer-mujer? ¿Desde qué posicionamiento subjetivo-vincular se organiza tal especificidad? ¿Cómo se configura tal naturalización? ¿A qué costo? ¿El orgullo que algunas evidencian de ir a casi todos lados juntas correrá el riesgo del encierro en relaciones especulares?

No puede evitarse la posiblemente incorrecta comparación con las parejas mujer-varón. Si en una entrevista a una mujer en pareja con un varón éste se hiciera presente y permaneciera, si él no ofreciera retirarse, si la entrevistada buscara en él aprobación de lo que expresa, etcétera, ¿no circularía en quien realiza el trabajo de campo cierta idea de un hombre posesivo y controlador, de una mujer con significativa impronta subjetiva de subalternidad?

“Ser como soy”

En general, en las entrevistas de relaciones mujer-mujer tomaron mucho más lugar las vicisitudes previas acerca de cómo informaron a sus familias su “condición”, que las posteriores situaciones de comunicar que se irían a vivir juntas, que se casarían o que habían decidido tener un hijo. La no aceptación de las familias, por lo menos en un principio, es narrada en todos los relatos como tránsitos realizados con miedo, dolor, sufrimiento. Pero una vez constituidas ellas como familia, algunas tienen trato muy frecuente con ambos grupos familiares de origen, van a pasar los domingos y feriados, reciben ayuda económica para comprar su casa o su auto, nos dicen que todos se alegran con la decisión del embarazo y la llegada del nieto o nieta.

Algunos relatos señalan que la primera y mejor aceptación familiar provino de alguna de sus abuelas, cuestión que sin duda pone en interrogación el imaginario de un progreso lineal de aceptaciones generacionales. Otras, pasados los años aún padecen la no aceptación de su posicionamiento o las dificultades de aceptar la existencia de su pareja: “Mi mamá casi no puede hablar del tema. Hace cinco años que estoy en pareja, pero ella no la conoce. A mi papá se lo pude contar recién hace dos años y reaccionó re-bien. Al tiempo la conoció y cada tanto me pregunta por ella. Para mi mamá es todo un tema, no puede, se resiste. Al principio fue terrible para mí. Lo sufrí un montón. Estuvimos mucho tiempo sin hablarnos. Yo fui siempre muy compinche con ella. Y de repente eso..., algo se abrió ahí entre nosotras.”

El sufrimiento, la dificultad o el miedo de comunicar a las familias su posicionamiento erótico-sexual parece estar centrado en el disgusto o la desilusión que provocaría en sus seres queridos, pero hasta ahora en ninguna entrevistada – a diferencia de tantos varones gays– hubo mención a sentirse culpables de “ser como soy”. Tampoco refieren haberse conflictuado por “su diferencia”, aun aquellas que han tenido educación religiosa. Los relatos de la ausencia de

conflicto al registrar su atracción por las mujeres los hemos encontrado tanto en mujeres que desde un principio se relacionaron con mujeres como en las que comenzaron tras algunos años de relaciones con varones: “Yo siempre estuve en parejas con chicos hasta los 30 años y ahí me empezaron a gustar las mujeres y muy rápidamente me puse de novia. Es mi única pareja mujer. Hace cuatro años que estamos juntas. Yo nunca me sentí mal por lo que me pasaba. Fue como un ‘¡Uy, qué loco que me pase esto ahora, a esta edad...!’”. Fue una novedad, pero nunca lo sentí como un peso. Sí me preocupaba cómo decírselo a mis viejos. No sabía cómo iban a reaccionar”.

En cuanto a su vida sexual conyugal, aquí también encontramos una similitud con parejas de mujeres-varones con hijos. Está muy naturalizado que con la llegada de los hijos disminuyen los encuentros sexuales de la pareja. Ofrecen los mismos argumentos: cansancio, falta de tiempo. Les gustaría disponer de más tiempo, pero, como es algo tan natural, no tratan de implementar estrategias para remediarlo. Simplemente es así.

Con respecto a la moral sexual, en particular la fidelidad, en algunas parejas, particularmente las más conyugalizadas, es condición indispensable, suponen que la violación de este criterio sería inadmisibles y volvería inviable la pareja. Otras consideran que es un requisito difícil de cumplir en el largo plazo y están abiertas a otras relaciones. Otras, particularmente las más jóvenes, plantean que la posibilidad de otras relaciones debe estar planteada desde el principio; aquí lo importante sería no engañar, entendiendo por engaño la mentira o el ocultamiento. “Tengo una pareja estable y el planteo desde el inicio es que sea una relación abierta, lo cual implica que ambas partes podemos relacionarnos con otras personas, tanto sexual como afectivamente, sin que esto afecte al núcleo del vínculo en sí. Todo el tiempo estamos con un montón de personas. Intervenimos en lugares distintos. En todos esos lugares hay gente que nos puede atraer más o menos. Bueno, la idea es la sinceridad. Las dos estamos al tanto de las otras parejas ocasionales que tiene cada una. A partir de allí, básicamente la relación consiste en nosotras por un lado y cada una de nosotras con otras personas por el otro. Tratar de armar este tipo de relación es parte de la igualdad y la honestidad.”

Con respecto a su identidad sexual, las respuestas son muy variadas. Algunas jóvenes se autodenominan lesbianas e incluso algunas de ellas militan en organizaciones que activan en distintos ámbitos de las diversidades sexuales. Una entrevistada expresa: “Yo me defino como lesbiana. Pero no sé muy bien si sería una identidad. Las identidades tienen un montón de cosas atrás. Por ejemplo, te dicen que los afroamericanos son de tal manera, los judíos de tal otra, las mujeres tienen una determinada... Entonces, si bien me defino de esa manera, no sé si tomarlo como una identidad. Para mí es más una cuestión de objeto de amor, no mucho más. Mi objeto amado son las mujeres”. Ríe con picardía y agrega: “Sin embargo me atraen algunos varones, claro que algunos que tienen características femeninas... podemos decir que seguimos en el mismo terreno”.

A otras, aunque están muy seguras de que sólo les interesan las relaciones con mujeres, no les gusta la denominación “lesbiana”. No siempre saben explicar claramente por qué, pero pareciera inquietarles que la nominación pueda significar ghetto, encierro entre iguales. Otras portan la nominación “lesbiana” con naturalidad y dicen que asumirla fue un elemento importantísimo en su construcción identitaria y su autoafirmación.

Algunas siempre establecieron vínculos sexuales o amorios con mujeres. Otras vienen de relaciones con varones y la convivencia actual es su primera o segunda relación con una mujer. Cuando la entrevista abre interrogación a cómo fue este tránsito, consultando específicamente si fue conflictivo, generalmente responden que no las problematizó. Si bien expresan que quieren estar con su novia o esposa “hasta que la muerte nos separe”, pueden no considerarse homosexuales. Se han enamorado de “esa persona” y punto.

Algunas que se autoperciben como lesbianas dicen sentirse, a veces, atraídas por mujeres en relaciones de pareja con varones: “Quedé un poco afectada de una relación que tuve hace un tiempo con una amiga que se define heterosexual y que, de modo oculto, por supuesto, estuvo un tiempo conmigo. Pero lo que yo le hacía a ella, ella no me lo hacía a mí. Nunca pudo salir de su rol pasivo. En realidad, saber que ella era heterosexual me despertaba cierto morbo pero después de un tiempo la cosa me empezó a molestar. Yo era algo así como un objeto de diversión para ella y eso no me gustaba. Las reglas no estaban claras, no eran las mismas para las dos”.

Varias relatan que fue “un flechazo a primera vista” y que desde ese momento no se separaron. Suelen considerar que la dificultad de comunicarlo y de ser aceptadas por sus familias fue mayor que con sus amigos y relaciones sociales cercanas. En el ámbito laboral suelen tomar más recaudos. Las más jóvenes, todavía en noviazgos sin convivencia, ante la pregunta por situaciones de discriminación social, suelen decir que no han sido demasiado importantes. Algunas señalan que tal vez éste sea un beneficio de la invisibilidad que las relaciones entre mujeres aún tienen en nuestra sociedad. “Dos chicas de viaje, juntas en un restaurante o en el cine, a nadie hace sospechar que son pareja”. Relatan con cierta picardía que cuando van por la calle de la mano no faltan algunos muchachos que les griten alguna grosería; también es muy frecuente que ellos se ofrezcan para formar un trío. Cuando cuentan estas situaciones, si bien registran claramente la agresión, algunas no se sienten muy atacadas; más bien expresan cierta lástima, los ven como tontos. Otras los encaran y se autoafirman cuando los muchachos “se van al mazo”. Otras se quedan rumiando su rabia, se arrepienten de “no haber encarado”.

Las que ya tienen hijos expresan que tuvieron y tienen dificultades de aceptación en la escuela de los chicos, pero entre los adultos, no con los niños y niñas compañeritos de sus hijos e hijas. Una de ellas relata una anécdota muy divertida con una niña de Lesmadres (grupo de acción política integrado por familias de lesbianas madres que decidieron tener hijos e hijas en pareja) en el jardín de

infantes: “Yo tengo dos mamás”, le dice una nena a otra, que piensa un momento y responde): “Bueno, yo tengo dos abuelas”.

* Profesora en la Facultad de Psicología de la UBA. El texto es un fragmento de “Amores diversos: saberes, poderes y placeres” que integrará el libro en preparación *Diversidad familiar, cuidados y migración. Nuevos enfoques y viejos dilemas* (Herminia González Torralbo, comp.; ed. Universidad Alberto Hurtado, Chile).

¿Es el Kama Sutra un libro feminista sobre el amor erótico?

Soutik Biswas

Fuente: BBC. Mundo.- 16/08/15

¿Será hora de redimir y reconocer al más antiguo texto sobre el amor erótico del mundo como un hito literario del rico legado de India?

Wendy Doniger, experta en India de la Universidad de Chicago, quien ha escrito media docena de libros sobre el hinduismo, piensa que sí.

Al fin y al cabo, el Kama sutra es posiblemente el tratado más celebrado sobre amor y sexo. Si buscas en Google "Kama sutra", aparecen más de 17 millones de resultados en menos de un segundo. Condones, juguetes, correas de reloj, aplicaciones, chocolates, series de televisión y películas Kama sutra.

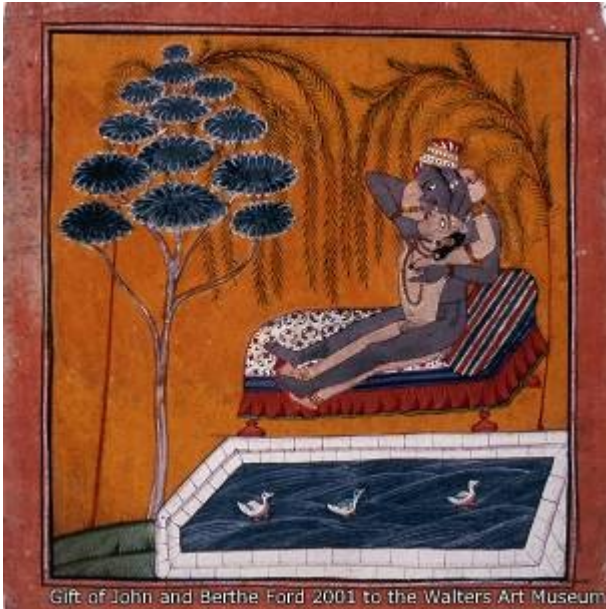
Esa puede ser una de las razones por las que Doniger, quien también publicó una traducción del Kama sutra, quiere rescatar el libro de "la enorme incompreensión de la mayoría de la gente".

"Creen que es un libro bobo sobre posiciones sexuales, o un libro obsceno y les da vergüenza leerlo", le dice Doniger a la BBC.

Sofisticado

"Quiero que los lectores sepan **que es un libro fascinante sobre las interacciones sutiles entre hombres y mujeres** en un mundo altamente civilizado, que está lleno de observaciones psicológicas profundas y muy buenos consejos sobre cómo casarse, como mantener el matrimonio y, sí, cómo ser adúltero".

En su libro "La trampa de la yegua", el Kama sutra es un **texto sofisticado y valiente que asume un tipo de libertad sexual para las mujeres que alarmaría a los censores puritanos de hoy en día.**



Fue escrito en sanscrito -el idioma literario de la India antigua-, hace alrededor de 2.000 años por Vatsyayana, quien decía ser celibato.

Por un lado, durante la mayor parte del libro, Vatsyayana **deja a un lado la idea de que el sexo es para procrear** y se preocupa solamente porque se alcance **el placer sexual**.

De alguna manera, cuestiona el dharma (las responsabilidades morales de los hindúes) de la fertilidad, establecidas en un antiguo texto hindú –Leyes de Manu– que dice que el hombre tiene el deber de tener relaciones sexuales con su esposa durante su período fértil.

El Kama sutra **tampoco condena tanto el adulterio**.

Vatsyayana dedica todo un capítulo a "instrucciones cruciales para el hombre que quiere cometer adulterio, detallando cientos de estratagemas mediante los cuales puede acostarse con las esposas de otros hombres".

Aunque, al mismo tiempo, le incomoda el tema, así que al final **les recomienda a los hombres que no lo hagan y que cuiden a sus esposas**.

Dinero, orgasmos, affaire

El Kama sutra, según Doniger, también es mucho más abierto que las Leyes de Manu sobre "el acceso a dinero, divorcio y la posibilidad de volverse a casar tras enviudar" para las mujeres.

El poder absoluto que tiene la mujer en la gestión de las finanzas domésticas contrasta con la declaración de las Leyes de Manu que dice que una esposa "no debe tener mucha libertad para gastar".

Además, argumenta la experta, **los argumentos de Vatsyayana a favor del orgasmo femenino son "mucho más sutiles que la visión dominante en Europa hasta hace poco"**.

"Las ideas del Kama sutra sobre género son sorprendentemente modernas, y sus estereotipos sobre la naturaleza femenina o masculina son inesperadamente sutiles", escribe Doniger.

El autor indio también rechaza la tendencia tradicional patriarcal de los antiguos textos que recomendaba crueles castigos para cualquier mujer que se acostara con un hombre que no fuera su esposo.

El Kama sutra **se preocupa por darle información a las mujeres** sobre formas de ponerle fin a un affaire, revela ideas sorprendentemente modernas respecto a asuntos de género, no es nada prejuicioso frente a la homosexualidad y tiene comentarios que apuntan a la bisexualidad.

Entonces, ¿es el Kama sutra un libro feminista sobre amor erótico?

[Seguir leyendo](#)

Vacuna contra el VPH: una dosis de la vacuna bivalente puede ofrecer protección efectiva

Fuente: univadis.com.ar 19/08/15

En el futuro, posiblemente ya no sea necesario administrar tres dosis de la inmunización contra el virus del papiloma humano (VPH). Según un análisis publicado en "The Lancet Oncology", una dosis de la vacuna bivalente ofrece un nivel similar de protección contra infecciones por VPH 16/18 como vacunación estándar de dosis múltiples. Los VPH 16 y 18 son responsables del 70 por ciento de todos los cánceres de cuello de útero.

Investigadores llevaron a cabo pruebas post-hoc de dos grandes estudios internacionales en los que participaron 26.000 mujeres. En ambos estudios, las mujeres habían recibido la vacuna en tres dosis a los intervalos de tiempo recomendados, o se les administró una vacuna de control. Sin embargo, a algunas mujeres no se les habían inyectado las tres dosis, sino solo una o dos.

Después de excluir a las mujeres que no habían recibido seguimiento o que tenían una infección por VPH al inicio del estudio, los investigadores calcularon la eficacia de la vacuna en 22.327 mujeres que habían recibido tres dosis, en 1185 mujeres que habían recibido dos inyecciones y 453 con solo una dosis de la vacuna. Sin embargo, el análisis mostró que la vacuna ofreció un nivel similar de eficacia independientemente de la cantidad de inmunizaciones que habían recibido las mujeres.

Pero los investigadores enfatizaron que se necesitan más datos antes de que se puedan modificar las guías sobre vacunación. Si se mostrara que una dosis es suficiente, se podrían reducir los costos y aumentaría la aceptación de la vacuna,

dijo la coautora líder Aimée Kreimer del Instituto Nacional del Cáncer (National Cancer Institute) de EE. UU., en Bethesda (Maryland). "Esto es especialmente importante en las regiones menos desarrolladas del mundo, donde ocurren más del 80 por ciento de los casos de cáncer de cuello de útero", agregó.

Heteroflexibilidad masculina: ¿experimentación sin culpa, moda o estadística?

EL DESEO SEXUAL NO ES FIJO NI INMUTABLE, ¿PERO DE QUÉ DEPENDE QUE UN HOMBRE EXPERIMENTE O NO CON SU SEXUALIDAD?

Fuente: PIJAMASURF. 20/08/2015

A menudo escuchamos decir que las mujeres tienen mayor flexibilidad para experimentar con otras chicas sin por ello asumirse como lesbianas. Sin embargo, un número creciente de estudios y testimonios demuestra que los hombres también han buscado históricamente formas de expresar deseo hacia otros hombres sin asumir una identidad plenamente homosexual. Óscar David López ha escrito al respecto en un artículo de título "Macho calado", donde habla acerca de esos machos tan machos que se atreven a transgredir el esquema puramente heterosexual, lo que irónicamente reforzaría su posición de macho. En esta acepción, el macho es "tan hombre" que puede penetrar o dejarse penetrar por otro hombre, y asume el logro de "calado" cuando vuelve para contar su experiencia y decir que simplemente no es lo suyo.

Y es que parece que la masculinidad necesita ser evaluada periódicamente –al menos desde el imaginario popular– para verificar que no se tambalee: un hombre soltero no sólo enfrenta la presión de tener relaciones con tantas mujeres como pueda, sino que debe reportarlas a su grupo de amigos dejando de lado todo relato sentimental. ¿Esta misma práctica del relato entre machos no tiene un componente homosexual, a saber, el de "excitar" la imaginación de los amigos con la historia de las proezas sexuales del hombre?

La investigadora Jane Ward, de la Universidad de California en Riverside, es autora de *Not Gay: Sex Between Straight White Men*, donde explora los comportamientos esporádicamente homosexuales de los hombres heterosexuales. "Pienso que el deseo homosexual y el contacto homosexual son parte de la experiencia humana, pero también están sujetos a increíbles cargas culturales".

En su investigación concluye que los hombres heterosexuales, especialmente blancos, tienen sexo con otros hombres justamente para afirmar su heterosexualidad, como en la hipótesis del "macho calado". Pero además encuentra que los hombres blancos y heterosexuales (la demografía privilegiada culturalmente por excelencia) son también los que se topan con menos consecuencias sociales al incurrir en estos comportamientos. Sin embargo, la

mera mención de “privilegio” ya es suficientemente problemática para ellos y pasa sin cuestionamiento, no digamos la experimentación homosexual. Ward comenta:

Muchas veces la gente blanca y los hombres en particular, se enfurecen con el concepto de ‘privilegio’. Pero en el contexto de mi libro, reconocer el privilegio no es tratar de negar lo que es propio de individuos blancos y heterosexuales; es tratar de reconocer que los hombres blancos y heterosexuales poseen recursos culturales únicos a los que pueden recurrir para explicar y justificar sus prácticas sexuales aparentemente discordantes.

En otras palabras, los hombres blancos y heterosexuales gozarían de una suerte de salvoconducto cultural para experimentar con su sexualidad como parte de la reproducción del esquema heteronormativo. Es por eso que en el imaginario popular, los miembros de las instituciones puramente masculinas (como el ejército, ciertos deportes, las fraternidades universitarias) pueden justificar en el machismo una práctica homosexual, pues no están expresando “sentimientos” entre ellos, sino estableciendo jerarquías al interior del grupo.

En su famoso estudio sobre la sexualidad humana, Alfred Kinsey entrevistó a miles de hombres y mujeres estadounidenses durante los años 40, llegando a declaraciones que cimbraron la moral de su tiempo, como el hecho de que, según él, hasta 10% de la población es homosexual. Kinsey no sólo fue pionero de la investigación de las prácticas sexuales, sino que también se atrevió a proponer una escala que no asume simplemente que una persona tiene una identidad sexual fija e inmutable; en ella, los individuos son evaluados en una medida de cero (exclusivamente heterosexual) a 6 o exclusivamente homosexual.

En su estudio, Kinsey revela también estas estadísticas:

Al menos 37% de la población masculina tiene alguna experiencia homosexual entre el comienzo de la adolescencia y la vejez, que va desde el contacto físico hasta el orgasmo.

13% de los varones son únicamente homosexuales durante 3 años entre los 16 y los 55 (hasta 4 en la escala),

4% de los varones son exclusivamente homosexuales toda su vida (6 en la escala).

Kinsey también escribió que es normal que la gente se mueva en diferentes puntos de la escala durante toda su vida. En el caso de las mujeres, estimó que 20% tiene alguna experiencia homosexual a lo largo de su vida, 13% de ellas hasta el punto del orgasmo.

La orientación y la identidad sexual, aunque fundamentales, son más útiles para las instituciones políticas y los mercadólogos, que pueden vigilar y controlar las interacciones económicas a partir de las tendencias sociales presentes a cada momento. No se trata solamente de repetir que ser hetero o gay no determina esencialmente lo que somos, sino que comprender cómo se asumen esas identificaciones (y también cómo cambian, se niegan o son problematizadas a lo

largo de una vida humana y de la historia de la civilización) nos ayuda a entender por qué hemos sido programados para comportarnos según ciertas expectativas. Sin importar nuestra orientación, lo importante es comprender y aceptar la alteridad y la diferencia como parte del cuestionamiento radical de los mecanismos de privilegio que originan formas de desigualdad social basadas en factores raciales y de género.

Viagra femenino: la pelea por la igualdad del deseo

Detrás de la aprobación de la droga para la disfunción sexual femenina existe una larga lucha de activistas

Fuente: La Nacion. 22/08/15

Por Sebastián Ríos

a 1: si fuese el marcador final de un partido de fútbol, los titulares hablarían de una victora abrumadora, pero esto no es deporte, sino sexo. Y esa es la diferencia entre el número de medicamentos aprobados para el tratamiento de las disfunciones sexuales masculina y femenina, respectivamente, que esta semana destacó la ONG feminista norteamericana Even The Score, al conocerse la aprobación en los Estados Unidos de la primera droga para el tratamiento de la falta del deseo sexual en la mujer. "Aunque es un tremendo paso en la dirección correcta -señaló la ONG-, el resultado es evidentemente desigual."

La aprobación de la flibanserina -apodado el "viagra femenino"- no sólo expone la desigualdad en el interés que la medicina ha puesto en la búsqueda de una respuesta a los trastornos sexuales masculinos y femeninos. Su aprobación, aun cuando sus efectos terapéuticos son moderados y los adversos numerosos, plantea la pregunta del millón: ¿hasta qué punto no se trata de una respuesta política más que médica?

"Buscamos proteger y alentar el avance de la salud de la mujer, y estamos comprometidos a dar apoyo al desarrollo de tratamientos seguros y efectivos para la disfunción sexual femenina", declaró el martes último la doctora Janet Woodcock, directora del Centro de Evaluación e Investigación de Drogas de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos, que también destacó: "Esta aprobación provee a las mujeres que sufren por su bajo deseo sexual de una opción de tratamiento aprobada".

Sin embargo, estas declaraciones deben ser puestas en el contexto de que, primero, la aprobación de la flibanserina por parte de la agencia reguladora de medicamentos norteamericana fue rechazada dos veces con anterioridad argumentando la baja efectividad del medicamento. Pero también de que esas negativas fueron duramente criticadas por organizaciones feministas norteamericanas, como la citada Even The Score, que agrupa a asociaciones médicas relacionadas con la salud sexual femenina, a organizaciones no gubernamentales en defensa de los derechos de la mujer e incluso a Sprout, la compañía farmacéutica que desarrolló la flibanserina (que en Estados Unidos se comercializará bajo el nombre Addyi).

"Creo que en su aprobación influyó en un porcentaje importante la presión social, ya que después de que salió el viagra masculino se esperaba el viagra femenino -comentó el doctor Santiago Gómez, educador y terapeuta sexual que dirige el Centro de Psicología Cognitiva-. Más, si tenemos en cuenta que la FDA la había desaprobado en dos oportunidades y que los estudios que se presentan actualmente muestran contradicciones en sus porcentajes de efectividad; es decir, hay estudios que muestran un 46%, aproximadamente, y otros sólo un 10% de efectividad."

A la hora de comunicar la aprobación del fármaco, la FDA precisó que, en comparación con el grupo que recibió un placebo, sólo un 10% más de mujeres en el grupo que recibió el "viagra femenino" reportó una mejoría significativa en su vida sexual. Al mismo tiempo, la FDA advirtió que esta droga, estudiada inicialmente como antidepresivo y aprobada sólo para mujeres que aún no han atravesado la menopausia y que sufren el llamado desorden de deseo sexual hipoactivo (falta de deseo sexual), posee efectos adversos potenciales significativos, como la caída severa de la presión arterial o la pérdida de conciencia, efectos cuyo riesgo se incrementa ante la ingesta de bebidas alcohólicas.

"La droga, que se aprobó luego de tanto tiempo, aún posee numerosos efectos adversos y genera sus dudas. No es de acción inmediata y como cualquier fármaco, las mujeres deberán consultar con su médico antes de la ingesta", coincidió Mariela Tesler, especialista en sexualidad, y agregó: "Más allá de eso podrá ser útil si se toma y se acciona en conjunto con los demás condicionantes. Pensar que nuestro bienestar sexual depende únicamente de una pastilla es demasiado pedir".

EL DESEO, UN NICHO DE MERCADO

Justificada médica y científicamente o no, la aprobación del "viagra femenino" no deja de ser un guiño a quienes desde hace años reclaman una mayor atención e interés hacia los padeceres sexuales de la mujer. De ser posible, similar a la que la industria farmacéutica le ha otorgado a los masculinos. "El interés de la medicina por solucionar los problemas sexuales en varones ha sido superior en relación al interés por las problemáticas sexuales femeninas", concede Gómez, quien señala que eso se debe a factores sociales y culturales, producto del valor que los varones le dan a la sexualidad.

"En la práctica clínica vemos cómo varones jóvenes y de mediana edad consultan muy angustiados y deprimidos por disfunción eréctil o por el tamaño de su pene. Cosa que no sucede en las consultas que realizan las mujeres por disfunción del deseo sexual; es decir, no existe la misma carga emotiva ni la desesperación que sí se observa entre los varones", precisa el especialista.

Tesler, sin entrar en discusión sobre el valor de la carga emotiva, sostiene por su parte que más allá de patologías o disfunciones específicas personales, la "falta de deseo sexual femenino" sí es una temática recurrente que aun con avances tecnológicos, científicos, culturales y sociales sigue apareciendo en las consultas de casi todas las mujeres.

Pero contar con una pastilla rosa -¡sí, la flibanserina es rosa!- para la mesita de noche de la mujer, del mismo modo que la pastilla azul se ha ganado un lugar en la mesita de noche de muchos hombres, no necesariamente significa que se esté en camino hacia lograr la ansiada igualdad de género en lo que refiere a salud sexual o, más precisamente en este caso, a garantizar la posibilidad de destrabar aquello que obstaculiza el libre fluir del deseo. Es más, hay quienes sugieren que puede ser incluso lo contrario.

"Después de siglos donde se contempló con desconfianza al erotismo, considerado por el cristianismo como fuente de muchos males y contrario a la espiritualidad y la ética, hemos pasado a un régimen cultural que lo ha erigido en un ideal que debe ser logrado en los proyectos de vida de las personas", dice la doctora Irene Meler, coordinadora del Foro de Psicoanálisis y Género de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires (APBA). "El mercado ofrece productos que potencian el deseo, la excitación y la consumación sexual -prosigue-. Esta tendencia primero tomó a los varones como destinatarios, ya que la sexualidad

masculina ha estado legitimada de modo ancestral, a lo que se agrega que la consumación de la relación sexual depende de la erección masculina. Pero instalado el consumo de sildenafil [más conocido como viagra], incluso entre los varones jóvenes, el siguiente nicho del mercado está formado por las mujeres, que han logrado una dudosa paridad como consumidoras. Así, una nueva forma de explotación transcurre bajo el disfraz de la liberación femenina. Si una mujer experimenta falta de deseo, corresponde indagar cuáles son los factores que influyen en esa situación, si es que constituye un problema para ella. Puede suceder que su compañero no acierte a motivarla, o que no le resulte deseable, o que ella sea una persona inhibida; en fin, existen situaciones diversas."

Meier sostiene que, en sí misma, la disponibilidad de una droga para estimular el deseo erótico femenino no es nociva. Pero, advierte, "sí se torna perjudicial cuando es instrumentada por un mercado que crea de modo compulsivo una demanda, promovida para lograr fines comerciales"

¿Viagra femenino?

Fuente: Minuto Uno.- 24/08/15

Lic. Diana M. Resnicoff

Llegó la tan esperada pastilla que no se dudó en llamarla "viagra femenino". La Food and Drugs Administration (FDA) aprobó la flibanserina para tratar la disminución del deseo sexual femenino.

Sin embargo, la FDA la había rechazado dos veces por sus efectos adversos, en 2010 y 2013, pero Sprout Pharmaceuticals, el laboratorio fabricante, presentó nuevas pruebas para su definitiva aceptación por parte del órgano regulador.

La denominación popular "viagra femenino" tiene que ver con buscar cierta equivalencia o igualdad con la "pastillita azul". Gran error pues olvidan que existen diferencias significativas. La flibanserina es una molécula que actúa sobre el Sistema Nervioso Central, aumentando los niveles de dopamina y norepinefrina, dos neurotransmisores que ayudan al deseo y la motivación. Mientras que el "viagra masculino" cumple su acción en los vasos sanguíneos del pene, dilatándolos para llevar más sangre y provocar la erección. Y por supuesto que también olvidan las diferencias entre el deseo sexual femenino y el deseo sexual masculino.

A esto se le suman los efectos adversos. Cerca del 10% de las pacientes que participaron en los estudios experimentaron mareos, fatiga y náuseas. El prospecto del nuevo medicamento advierte que puede causar hipotensión pronunciada y desmayos. Un dato importante, siendo una píldora que debe tomarse durante tiempo prolongado y de administración diaria, es que, como ocurre con otros antidepresivos, no puede mezclarse con alcohol.

Está absolutamente contraindicado su uso con otros antidepresivos. Tampoco puede combinarse con ciertos antibióticos y medicamentos contra los hongos (antimicóticos) por el ciclo de acción que tiene en el hígado.

Todo esto merece una serie de reflexiones:

No hay duda que el sildenafil ha representado un beneficio económico para la industria farmacéutica. Solo Pfizer ha ganado más de 1.600 millones de dólares. Su lanzamiento comercial fue precedido de una intensa cobertura informativa sobre la disfunción eréctil, alertas sobre su enorme prevalencia, los problemas que causa a los afectados y las buenas expectativas de los tratamientos.

Envalentonados por el éxito, pero sobre todo, por las ganancias económicas, los cañones de la industria farmacéutica apuntan desde hace más de diez años al otro componente de la dupla, las mujeres.

Atender a la consulta sexológica femenina significa comprender las particularidades y deseos de las mujeres. No se trata de orgasmos inducidos, ni de la aparición en automático de un interés sexual inexistente. Si escuchamos a la consultante podemos ver que los problemas sexuales tienen contexto. Aparecen en escena con determinada persona y en circunstancias específicas y determinadas.

La sexualidad para las mujeres es en general una manera de modular afectos, una puesta en escena del querer dar y recibir pero también obedece a estímulos pertinentes y apropiados, a tiempos biológicos de respuesta, diferentes de los tiempos masculinos.

La sexualidad femenina tiene mucho más que ver con el contexto que la masculina y, ser concluyentes a la hora de etiquetar disfunciones sin conocer a fondo los problemas interpersonales, puede conducir a diagnósticos erróneos.

Pensemos **que sucede en concreto cuando una mujer asiste a una consulta ginecológica**, con sus prejuicios, creencias y tabúes adquiridos a través de las prácticas sociales. Y **sucede algo paradójal**: por una parte, el profesional supone que se encontrará con una mujer (de acuerdo con lo que haya aprendido que es una mujer) pero al mismo tiempo -y por lo general- esa mujer no sabe quién realmente es, ya que, educada por pautas convencionales, probablemente actúe de acuerdo con lo que cree que le corresponde, sin haber podido hacerse cargo de lo que ella piensa y siente acerca de sí misma.

Por lo tanto, creo que sería muy importante que los médicos recibieran educación sexual, para suplir ese desconocimiento, cuestionar los mensajes promovidos por las compañías farmacéuticas en tales eventos, y desarrollar puntos de vista más amplios sobre los potenciales problemas sexuales de las mujeres, aunque se alejen de los intereses económicos de las compañías farmacéuticas.

Medicalizar la sexualidad femenina es complicado. Lejos de necesitar una pastilla, una mujer necesita una buena pareja, un buen nivel de intimidad y motivación. Por supuesto que si alguien está deprimido seguramente tiene la libido baja; al mejorar tendrá ganas de hacer cosas, entre ellas, lograr un encuentro sexual.

No permitamos que nos rotulen como enfermas en pos de vendernos medicamentos. Recuperemos la libertad de expresar nuestra sexualidad tal como corresponde a nuestras situaciones vitales y afectivas.

La ley del deseo

Addy es un medicamento para incrementar el deseo femenino en primorosas píldoras rosadas

Fuente: El Pais.- 24/08/15

SANTIAGO RONCAGLIOLO

A 39 millones de infieles del mundo se les atragantó el desayuno la semana pasada, al leer el periódico. Un grupo de piratas informáticos ha robado sus perfiles de la web Ashley Madison para publicarlos en Internet.

Ashley Madison es una web para poner cuernos. Su portada luce el eslogan “La vida es corta. Ten una aventura”, y la foto de una rubia llevándose el dedo a los labios para que le guarden el secreto. Su utilización resulta muy sencilla: uno ingresa sus datos y entra en contacto con potenciales amantes. Para entrar en el sistema, el usuario debe consignar sus datos físicos y describir sus apetitos más urgentes. Así que, si tiene usted dudas sobre la lealtad de su pareja, eche un vistazo por la Red. A lo mejor hasta descubre alguna sorpresita sobre sus gustos y preferencias.

Mientras los cornudos del mundo y sus angustiadas parejas se volcaban en Internet, otra noticia sexual llegó a nuestras portadas: la aprobación de Estados Unidos a la comercialización de Addyi, el viagra femenino, un medicamento para incrementar el deseo femenino en primorosas píldoras rosadas.

En realidad, Addyi no es un viagra. La sexualidad femenina es más compleja que la masculina. La pastilla azul actúa sobre la circulación, bombeando sangre hacia donde el hombre la necesita (y solo la necesita en un lugar). La rosada, en cambio, es psicoactiva: actúa sobre el cerebro, estimulando el apetito sexual. El usuario de viagra siente deseo pero su cuerpo no puede satisfacerlo. Addyi crea el deseo.

A la luz de estos avances, merece la pena volver a ver la primera temporada de *Masters of Sex*. Esa extraordinaria serie de televisión recrea la década de los años cincuenta, aquellos terribles tiempos en que la sexualidad era tabú, la gente no hablaba de sus necesidades amorosas y los gays se *curaban* mediante castraciones químicas y *electroshocks*.

Hoy, ley del deseo aún es rigurosa, pero se ha invertido. Antes, el sexo estaba prohibido. Ahora es obligatorio. En los años cincuenta, las personas se conocían, y si se gustaban, desafiaban todo tipo de normas para consumir su atracción. En el siglo XXI, carecer de amante se considera disfuncional. Y si no quieres acostarte con nadie, debes medicarte. Irte a la cama sin compañía está tipificado como enfermedad. Creemos que nos hemos vuelto más libres, y por eso más felices. Pero quizá solo hemos cambiado de esclavitudes.

Por qué los hombres llevan peor las rupturas (cuando la cosa ha sido seria)

Diversos estudios demuestran que al género masculino le cuesta más sobreponerse tras un fracaso sentimental. Ellas, sin embargo, cuentan con más armas para alejar las penas.

Fuente: <http://smoda.elpais.com/> 25/08/15
RITA ABUNDANCIA

Los estereotipos sobre el comportamiento de hombres y mujeres tras el fin de una relación amorosa han ido cambiando, dejando atrás al de la mujer obsesionada, que solo hablaba de su ex a las amigas y a todo aquel que quisiera escucharla, o el del bachelorette, que salía casi ileso de este terremoto existencial y disfrutaba de su nueva vida de soltero. Ahora hay un amplio abanico de posibilidades. Está la divorciada que inicia una maratón sexual para ponerse al día y quemar los últimos cartuchos, y que ha devorado todas las entregas de *50 Sombras de Grey*; el nuevo hombre sensible –ya no procede de Marte, sino de Venus–, que sufre tanto como las protagonistas femeninas de las novelas de las hermanas Brontë; la mujer práctica y sin vocación de mártir, que enseguida recurre al psicólogo o sexólogo para entender los porqués, y que es posible que se dé cuenta que nunca disfrutó plenamente del sexo; el hombre que no quiere volver a tropezar dos

veces en la misma piedra y que decide decantarse por una etnia en especial – chicas del este, mucho más guapas; sudamericanas, más cariñosas, o asiáticas, nunca se quejan–; la cincuentona sin mucho tiempo que se inscribe en la web de contactos *plenty of fish* para ver si pesca algo; la que desengañada del género humano se hace adicta a los juguetes eróticos, que en poco tiempo y sin tanto esfuerzo contentan a su anatomía, y hasta él/la que descubre que sus antiguos errores estaban en que elegía mal el sexo de sus parejas, y que con el propio se siente más cómodo/a.

Cada persona es un mundo, pero en lo que coinciden numerosos estudios llevados a cabo en los últimos años es que los hombres, lejos de lo que pensábamos, son los que más sufren en una separación. La última de esas investigaciones es la llevada a cabo entre la universidad neoyorquina de Binghamton y la londinense University College London, tenía como objetivo analizar las diferencias entre los sexos a la hora de superar una ruptura amorosa, y en ella participaron 5.705 personas de 96 países. Los resultados, publicados en *Evolutionary Behavioural Sciences*, sugieren que **las mujeres reciben un mayor impacto emocional y físico tras la separación, sin embargo, tienden a recuperarse antes que los hombres que, simplemente, siguen adelante pero que quizás nunca logran sobreponerse del todo a la ruptura.** Según comentaba a los medios Craig Morris, investigador de antropología en Binghamton University y líder del estudio, las diferencias tienen un fundamento biológico, “durante siglos, las mujeres han tenido más que perder en las relaciones. Un breve encuentro podía desembocar en nueve meses de embarazo, mientras el hombre solo tenía que alejarse del escenario.

El hecho de que las consecuencias de estar con la persona equivocada sean mayores para ellas, hace que las mujeres sean mejores a la hora de aceptar que la relación ha muerto y que hay que buscar una nueva pareja”. La teoría de Craig es que los hombres son más competitivos y que la pérdida de una pareja puede herirles su orgullo y significar que hay que empezar a competir de nuevo para poder reemplazarla.

Los participantes de este estudio debían describir cómo les había afectado emocionalmente una ruptura sentimental y qué tipo de respuestas físicas experimentaron. En general, tanto hombres como mujeres, tenían una intensidad similar de emociones. Por ejemplo, entre las respuestas físicas el insomnio era el factor más intenso para ambos sexos. Y entre las emocionales, la ira. Ellas mostraban una intensidad mayor que los varones en casi todos los factores de respuesta tras una ruptura, y en lo que se refiere a las emocionales, predominaban la ira, ansiedad, depresión, miedo e incapacidad para funcionar en el trabajo y los estudios. En cuanto a las respuestas físicas de las chicas predominaban la náusea o incapacidad para comer, ataques de pánico, cambios de peso y bajada de la respuesta inmunológica. Ellos, sin embargo, sólo destacaban en dos factores de la respuesta emocional: la pérdida general de concentración y la insensibilidad emocional.

Otro estudio de hace algunos años ya apuntaba la misma teoría. En esta ocasión, estaba llevado a cabo por la Forest University en EEUU y había sido publicado en el Journal of Health and Social Behavior. Las conclusiones básicas del mismo es que los desengaños amorosos afectaban más a la salud mental de los chicos que a la de las chicas –la muestra se centraba en personas de entre 18 y 23 años–. La explicación a esto no se buscaba aquí en factores biológicos o antropológicos, sino más bien, en la forma que tienen ellos de encajar los golpes, almacenando sus sentimientos; mientras ellas tratan de airearlos, contarlos a las amigas y contrastarlos con personas que hayan pasado por la misma experiencia. La actitud masculina, apuntaba el estudio, es también más proclive a caer en la adicción al alcohol o las drogas, como forma de anestesia; mientras que el género femenino tendería más a deprimirse.

Hay también otro [artículo de Psychology Today](#), que subraya estas ideas y que apunta otras que contribuyen a reforzar la tesis de que ellos lo tienen más crudo tras una separación, ya que, según cuenta esta revista, los efectos positivos de vivir en pareja son más notables en hombres que en mujeres; el divorcio afecta más a la salud y calidad de vida de los varones –ellas hacen que sus parejas coman mejor, lleven un estilo de vida más sano, y fumen y beban menos– y porque los hombres tienden a depender más de la pareja y tienen menos formas alternativas de soporte –amigos o familiares– que las mujeres.

Claro que esta división por sexos de la administración y gestión de la tristeza post ruptura no satisface a todos. Iván Rotella, sexólogo y director de Astursex, un centro de atención sexológica en Avilés, y miembro de La Asociación Estatal de Profesionales de la Sexología (AEPS), cree que es una visión algo simplista del problema. “El 70% de las personas que consumen ansiolíticos son mujeres y esto tienen que ver con la emoción. A la mujer se la educa en el tema de las emociones, mientras a los hombres se les ha inculcado que no deben airearlas, aunque esto cada vez se va notando menos, porque la educación de hoy es menos sexista que la de ayer. Es difícil generalizar y las teorías que se basan en indicios biológicos o antropológicos cada vez tienen menos peso porque el entorno afecta ya más a la persona. **En lo único que coincido con los estudios que dicen que los hombres sufren más, es en el hecho de que las mujeres tienen más recursos para combatir el sufrimiento porque están habituadas a hablar de sus emociones** con sus amigas, que se convierten en su grupo de apoyo. A los hombres les falta esta herramienta”.

La balanza que registra el dolor tiene, según Rotella, otros parámetros diferentes a los del género. “Normalmente sufre menos el que toma la decisión de acabar con la relación de pareja, porque él o ella ya ha pasado internamente por ese duelo, antes de comunicar su decisión al otro. En el caso de España, son las mujeres las que solicitan más el divorcio o plantean la separación, siempre que hablemos de franjas de edad por debajo de los 50 años. A partir de entonces se reduce el número de separaciones y la gente aguanta por temas económicos, por costumbre o por el qué dirán. Aunque con la crisis económica esto ha cambiado. Desde el 2008 hay menos separaciones porque, monetariamente, las parejas no pueden

permitírselas y las consultas de sexología han aumentado de un 15 a un 20%. Los sexólogos somos más baratos que los abogados y la gente decide darse una segunda oportunidad”.

Según este profesional, **los pilares básicos de una pareja son cuatro: comunicación, confianza, sentimientos y sexo.** “Si uno de esos pilares tiene problemas, la relación se tambalea; si son dos, se viene abajo, y si hay más áreas afectadas es que ya no es una relación de pareja. Generalmente, la mayor parte de los problemas empiezan en el terreno de la comunicación. El sexo es muy importante, pero es también comunicación, no un mero intercambio de fluidos. Es casi siempre el primero que se entera de que algo va mal porque baja la calidad y la cantidad y, por lo tanto, la apetencia. Muchas personas llegan a mi consulta diciendo que tienen una falta de deseo, cuando lo que en realidad tienen es un problema de pareja. Un problema que ya está muy avanzado porque la gente busca ayuda muy tarde. La media es que las mujeres tarden seis meses en consultar un problema sexual y los hombres cinco años. Y éstos casi siempre llegan a la consulta arrastrados por ellas”.

Según Rotella, hay dos **fallos que casi todos cometemos en pareja y que son cruciales para evitar conflictos. Por una parte el sincericidio, “hay que evitar esa sinceridad que solo sirve para hacer daño a la otra persona.** Por ejemplo, si se tiene una relación esporádica que no ha significado nada, no hay por qué contarla, eso solo servirá para plantar la semilla de los celos”. El segundo error se visualiza con el tópico de la mujer corriendo tras su atareada y aburrida pareja y repitiendo el mantra: “tenemos que hablar, tenemos que hablar”. “Hay que hablar pero con ciertas pautas”, aconseja Iván, “hay que aprender a discutir, a intercambiar ideas contrarias y a pactar; pero hay que hablar en un momento en que sea bueno para los dos y en el que ambos estén cómodos, relajados y dispuestos. Y, si se puede, evitar discutir en casa y menos en el dormitorio”.

Cuando la ruptura es ya inevitable, esta debe ser, según Rotella, “lo más consensuada posible. Hay que evitar irse de un día para otro, intentar que ambos miembros de la pareja tomen decisiones conjuntas y acaben bien, aunque a veces esto es posible”.

La web de contactos [Elite Singles](#) realizó una encuesta entre sus usuarios en EEUU, en la que, dentro del grupo que había experimentado alguna ruptura sentimental, los hombres superaban en un 25% a las mujeres, a la hora de padecer mal de amores tras la separación. Otro dato curioso de este estudio es la forma que tienen ambos sexos de pasar el bache. Hablar con amigos es el sistema más utilizado (ellos en un 61% y ellas en un 76%), le sigue volcarse en el trabajo (ellos 41%, ellas 42%), comer más (ellos 15%, ellas 19%), auto complacerse (ellos 24%, ellas 29%), acudir al psicólogo (ellos 14%, ellas 16%), ir de fiesta en fiesta (ellos 7%, ellas 12%), contar a todo el mundo la ruptura (ellos y ellas 11%) y vengarse (ellos 3%, ellas 4%).

Según Iván Rotella, **para superar el trauma hay que mantenerse activo, salir y**

recuperar antiguos amigos. “Tanto hombres y mujeres se sienten más heridos si hay una tercera persona, pero la mujer añade al dolor el sentimiento de rabia. La rabia es una emoción que puede ayudar a salir de la pena. El dolor solo duele”.

El miedo entre los usuarios infieles cuyos datos fueron filtrados en la web

El fantasma de Ashley Madison

Luego de la publicación en Internet de los datos privados de 32 millones de personas que buscaron amantes en un sitio para adúlteros, muchos de ellos viven sus días con la preocupación de saberse expuestos. Investigan la posible relación con dos suicidios.

Fuente: Pagina12.com. 27/08/15

Dos años atrás, atrapado en lo que recuerda como “un matrimonio muerto”, Michael se registró en el sitio de citas adúlteras Ashley Madison. “Lo frecuenté durante unos tres meses”, contó Michael, que trabaja para una organización de voluntarios, en condición de anonimato. “Honestamente, el sitio era terrible. Conocer a gente real era difícil. Apostaría que la mayoría de los usuarios, incluso los que pagaban, ni siquiera habían tenido algo parecido a una aventura”, dijo. “A muchos, como a mí, nos pareció sin sentido y nos borramos muy poco después de registrarnos, pero ellos no eliminaron nuestra información.” Hoy, Michael vive con miedo, después de que los detalles de su cuenta aparecieron –entre los de otros 32 millones de personas– en el ataque cibernético masivo más comentado del año.

No le preocupa su matrimonio, pues él y su esposa se separaron y actualmente tramitan su divorcio. Pero sí cómo podría afectar la revelación a su hijo y a su trabajo. “Mi temor es que esto cause estragos en todas las áreas de mi vida. Tengo un buen trabajo, pero muchos de quienes trabajan conmigo son religiosos. Podrían despedirme”, sostuvo.

“Lo que hice estuvo mal y lo lamento profundamente, pero perder mi trabajo y arriesgarnos a que mi hijo viva en la pobreza no es un castigo apropiado – consideró–. Y estoy preocupado por la petulancia de los hackers y el regocijo de algunos en las redes sociales.”

El lema de Ashley Madison, “La vida es corta. Ten una aventura”, es tentador. Pero el impacto de la filtración de sus datos podría ser tan largo como la propia vida. Los intentos de extorsión en línea se multiplicaron y se investiga su vinculación con al menos dos suicidios, de acuerdo con la policía de la ciudad canadiense de Toronto, donde tiene su sede la empresa.

[Seguir leyendo](#)

Australia se plantea seriamente castrar a los pedófilos

Los agresores de menores podrían ser castrados si la ley que se está debatiendo actualmente en Nueva Gales del Sur (Australia) se aprueba

Fuente: ABC.es.- 27/08/15

Para decidir si finalmente se aprueba la ley, un grupo de expertos del ámbito sanitario y legal e incluso víctimas de abuso, **están analizando las consecuencias que tendría la aplicación de esta medida.**

Este estado ya usa esta medida en algunos casos, siempre que sea una petición voluntaria del reo. Sin embargo, el ministro de justicia de este estado australiano Troy Grant quiere ir más allá, ya que esta nueva ley implicaría que **los jueces podrían aplicar esta pena a los convictos pedófilos sin que ellos la solicitasen.** Pero antes de ponerla en marcha, ha decidido que es necesario escuchar todas las opiniones y de ahí la creación del grupo de expertos.

La razón que ha llevado a plantearse endurecimiento de las penas contra agresores sexuales de menores son las preocupantes cifras de abusos que se dan en esa región. **«El 17% de los agresores es probable que vuelvan a cometer esos abusos en dos años»**, ha comentado Grant a la [cadena australiana ABC](#).

«La medicación anti-líbido sola no es una cura total, pero **quiero estar seguro de que hacemos el mejor uso de ella**, combinada con otras medidas más fuertes para prevenir que los agresores recaigan», explicó el ministro.

Las drogas anti-líbido reducen el deseo sexual y puede a veces eliminar la capacidad de mantener relaciones sexuales.

India: Condenadas a ser violadas y desfilar desnudas

Fuente: <https://www.es.amnesty.org>.- 31/08/15

Una joven de 23 años y su hermana de 15 han sido condenadas a ser violadas como castigo después de que su hermano se fugara con una mujer casada.
¡Protégelas!

“La decisión de los jat es inapelable. No nos escuchan, y la policía tampoco.
La policía dice que ahora cualquiera podría ser víctima de un asesinato”
(familiar de las mujeres condenadas)

A finales de julio, un consejo municipal no electo y formado solo por hombres en Uttar Pradesh -al norte de la India- condenó a Meenakshi de 23 años y a su hermana de 15 años a ser violadas y a que se las hiciera desfilar desnudas. Antes de que se ejecutara la sentencia, las dos hermanas huyeron del pueblo temiendo por su seguridad

[Seguir leyendo](#)

Cirugías íntimas: el centro del placer femenino, en el espejo

Se triplicaron las consultas sobre intervenciones quirúrgicas en la vagina; se busca su rejuvenecimiento mediante cambios en la forma y el color, pero se desconocen los riesgos

Fuente: La Nacion.- 30/08/15

Por Soledad Vallejos

Nunca nos pudimos acostumbrar a llamarla por su nombre. Desde hace siglos se han inventado toda clase de eufemismos para mencionarla, disfrazándola y comparándola con una multitud de objetos de formas y características similares. En todos los idiomas y en todas las culturas. Fue ignorada, negada y difamada, y desde el fondo de los tiempos todas las disciplinas -el arte prehistórico, la mitología, la filosofía, la psicología, la literatura, el cine, la medicina- se han ocupado de ella. Aún es un tabú, y como casi no sucede con ningún otro órgano del cuerpo humano sigue rodeada de mitos, prejuicios y falsas creencias. La generación actual de mujeres ya no se refiere a ella como "allí abajo". Sin embargo, cuesta decir vagina.

"Es el centro del placer sexual femenino, el lugar de creación de la humanidad y el canal de su nacimiento", dice Catherine Blackledge en *Historia de la vagina, un territorio virgen al descubierto*, libro en el que explora el modo en que los genitales femeninos han sido interpretados (y malinterpretados) a lo largo de los siglos. Pero, junto con los avances científicos, no sólo hay un conocimiento preciso de las funciones de los genitales femeninos, su estructura y el papel dinámico que desempeña la vagina en el placer sexual.

Ahora, el deseo de tener una "vagina perfecta" ha llegado a los quirófanos, aunque no por una necesidad relacionada con la salud. Durante los últimos tres años, de acuerdo con estadísticas del Hospital Italiano, se han triplicado las

consultas sobre las cirugías íntimas. Nunca antes se había recibido en los consultorios a tantas mujeres dispuestas a someterse a las crueldades del bisturí con un mismo pedido: mejorar la imagen, la forma y hasta el color de su órgano sexual.

Los profesionales piden cautela. Dicen que este tipo de cirugías puede traer serias complicaciones -quemaduras, raspaduras en el capuchón del clítoris o derivaciones de una mala cicatrización- e incluso, contra la fantasía de muchas mujeres, una atenuación del deseo sexual.

EL PESO DE LA PORNOGRAFÍA

"Muchas mujeres llegan con una revista porno en la mano como modelo de sus aspiraciones -señala Claudia Marchitelli, jefa del sector de patología vulvovaginal e infecciones ginecológicas del Hospital Italiano-. Con raras excepciones de mujeres que padecen hipertrofia de los labios menores u otras patologías, les explicamos que la forma de su órgano es normal, que no requieren de ninguna clase de intervención y que, esencialmente, ninguno de estos tratamientos mejorará su placer sexual. El orgasmo se obtiene por la estimulación del clítoris."

Marchitelli acaba de dar una charla abierta a la comunidad en el Italiano. Su tema fue la "problemática de la cirugía plástica vulvovaginal; a quién y cuándo indicarla". Durante esa presentación se mostró muy escéptica acerca de la consistencia científica de estas intervenciones, nacidas en el consultorio de David Matlock en Beverly Hills. Matlock revolucionó el menú de cirugías plásticas al patentar intervenciones como el rejuvenecimiento vaginal láser, la vaginoplastia de diseño y la amplificación del punto G.

"Todos nombres impulsados por el marketing -insiste Marchitelli-, sin el respaldo de una publicación en medios científicos que demuestre que estas cirugías ayudan si quiera a incrementar el placer sexual."

EL MODELO IDEAL

¿Vulva o vagina? No significan lo mismo. Pero a menudo, y debido a su propio tabú, suelen confundirse los términos. Como señaló la psicoanalista norteamericana Harriet Lerner tras asistir a una función de *Monólogos de la vagina*, la pieza de la feminista Eve Ensler: "Existe una masiva y repentina amnesia feminista en relación con la diferencia entre vulva y vagina. Dudo que los

hombres toleraran una supuesta celebración de su sexualidad en la que se confundiesen los testículos con el pene".



Foto: Alma Larroca

Blackledge señala que "en el siglo XXI seguimos viviendo en un mundo donde la imagen más habitual de los genitales femeninos es la que promueve la industria pornográfica, es decir, una imagen negativa y vergonzosa. La pornografía -diseñada por varones para el consumo de varones- guarda muy pocas similitudes con la variedad y la belleza de las vaginas sin adulterar".

Hay tantas variedades como mujeres existen. Como un modo de celebrar esa diversidad y cuestionar las intervenciones quirúrgicas que buscan adulterar la naturaleza, en 2008 el artista plástico británico Jamie McCartney expuso en Berlín *The Great Wall of Vagina*, instalación que fue el resultado de cinco años de trabajo durante los que le pidió a 400 mujeres que le sirvieran como modelo para obtener moldes de yeso de sus órganos sexuales. El resultado es una pared que reúne todas esas piezas y en donde es imposible encontrar dos iguales. "Sólo el cinco por ciento de estos moldes encaja con la estética de la vagina ideal", señaló el artista.

¿Cómo es la vagina perfecta? Los especialistas consultados coinciden en un punto: igual al de una niña de 12 años. "Les hacen creer a las mujeres que son defectuosas si no tienen la vagina de una niña -se queja McCartney-. La pared tiene un mensaje contra esta imposición estética. Si esta serie de esculturas ayuda a que una sola mujer no se someta a una innecesaria cirugía plástica de sus genitales, habrá tenido éxito."

La doctora Mónica Milito, cirujana plástica y reconstructiva, cuenta que la mayoría de las mujeres multíparas -es decir, las que han dado a luz más de una vez- argumentan que al tener un canal vaginal muy amplio ya no pueden disfrutar de las relaciones sexuales. "Los músculos pierden tono y elasticidad, y el conducto vaginal se agranda. De modo que quieren reducir nuevamente el tamaño. Es algo muy pedido, pero siempre debe hacerlo un equipo interdisciplinario en el que intervenga un ginecólogo."

La demanda más frecuente entre las cirugías es la labioplastia de reducción de labios menores. Sergio Korzín, cirujano plástico, precisa que "los labios menores sobresalen de los labios mayores y muchas mujeres se quejan de las molestias que eso les provoca al usar calzas o pantalones ajustados. Pero la mayor incomodidad es estética. Quieren tener lo que se llama *cameltoe* [en referencia a lo que se ve cuando una mujer usa un pantalón demasiado ajustado, y que en algunos casos puede resultar ser muy sexy]. Básicamente, quieren una vulva juvenil, donde los labios menores no se notan".

EL PUNTO G, LA CLAVE

Culturalmente definido como el centro del goce femenino, el llamado punto G también es objeto de intervenciones cosméticas. "Aparentemente si uno coloca ácido hialurónico en la raíz del útero, donde teóricamente está el punto G, se disminuye el espacio entre la pared anterior de la vagina y la inserción del clítoris. Y eso contribuiría a aumentar el goce", dice Korzín entre dudas.

Marchitelli señala que aún está en discusión la existencia del punto G. "De modo que no sabemos exactamente dónde colocar la sustancia. Además, el ácido hialurónico suele ser reabsorbido entre tres y seis meses después de ser aplicado. Es decir que el efecto, en todo caso, se pierde en el corto plazo."

Marchitelli dice que en el Hospital Italiano se realizan cirugías sólo cuando se trata de atrofas o patologías graves, o cuando el costo psicológico de la paciente es

muy alto. Pero no se realizan intervenciones del punto G ni blanqueamientos vulvares y de otras zonas íntimas, una práctica que suele ser promovida con mucha liviandad por ciertas celebridades. "Lo desaconsejo completamente -coincide Milito-. En la zona vaginal hay lo que se llama epitelio de transición, y es muy riesgoso porque cualquier intervención puede producir quemaduras. Ciertas mujeres vienen con el pedido de que se borre el color oscuro de los labios, que están hiperpigmentados. Pero ocurre que la melamina actúa como una defensa en las zonas donde hay más fricción y, además, luego vuelve a pigmentarse."

En su libro *Vulva, la revelación del sexo invisible*, Mithu M. Sanyal repasa la historia cultural del genital femenino y escribe un contundente manifiesto en favor de la visibilidad de un órgano habitualmente ocultado, deseado y temido. "Como escribió el escritor Natachee Scott Momaday, ganador de un premio Pulitzer -cita-: «Somos nuestras representaciones. Nuestra misma existencia consiste en las imágenes que nos hacemos de nosotros mismos. Lo peor que puede sucedernos es que no haya representaciones de nosotros»."

O peor aún: que sean representaciones adulteradas, como las vaginas de diseño dictadas por los cánones de belleza que hoy impone el bisturí

Cifras que hablan de machismo diario

Un estudio realizado en todo el país relevó que el 11 por ciento de las mujeres padecen violencia por parte de su pareja. Las más agredidas son las que tienen entre 25 y 34 años, pero la violencia se registró en todos los sectores sociales urbanos y rurales.

Fuente: Pagina12.com.- 1/09/15

Al menos una de cada diez mujeres argentinas sufrió distintas formas de violencia machista por parte de su pareja en el último año. Las agresiones fueron más frecuentes contra quienes tienen entre 25 y 34 años, y no discriminaron entre sectores socioeconómicos ni niveles educativos; tampoco entre quienes tenían trabajo o estaban desempleadas. Hay, sin embargo, un leve descenso en el porcentaje de víctimas cuando se trata de estratos medios, pero eso no marca una diferencia sustancial. Por otra parte, la mayor cantidad de casos se declararon en el Gran Buenos Aires, y la menor, en la ciudad de Buenos Aires. Los datos forman parte del Estudio sobre violencia de género realizado por el Centro de Investigaciones Sociales Voices y la Fundación UADE a partir de 1008 entrevistas en todo el país, realizadas en zonas rurales y urbanas, a mujeres y varones, porque otro de los objetivos del análisis era relevar, en números y casos concretos, el sesgo de género que demuestra que sí: existe una violencia específica contra las mujeres.

“Los números confirman que sí es una problemática de género. Indagamos tanto a mujeres como varones y surge, como primera conclusión, que es un padecimiento claramente femenino. También, demuestra que esta forma de violencia está extendida en estratos socioeconómicos, zonas, edades, que corta transversalmente todos los sectores de la sociedad”, señaló a Página/12 Constanza Cilley, directora ejecutiva de Voces. “Los números son la validación cuantitativa de lo que siempre señalan los especialistas”, agregó.

El estudio fue realizado a partir de entrevistas cara a cara, con cuestionario cuantitativo, realizadas a 529 mujeres y 479 varones mayores de 16 años, con un criterio representativo que permite extrapolar para realizar proyecciones al total de la población. Que el 11 por ciento de las encuestadas haya reconocido que durante el último año fue víctima de violencia, señala la investigación, permite asegurar que al menos “casi un millón setecientos mil mujeres sufren cada año alguna forma de maltrato psíquico o físico por parte de su pareja”. A la vez, que el 4 por ciento haya señalado que se trató de violencia física permite estimar que las agredidas por sus parejas fueron “cerca de 600.000”. Esos números, de todos modos, posiblemente no indiquen en toda su magnitud lo que sucede. “Son entrevistas cuantitativas cara a cara, herramientas muy adecuadas para dimensionar, pero también hay que tener en cuenta que no nos basamos en hechos de la realidad, sino en declaraciones de las personas con relación a estas temáticas. En general, se puede sospechar que si hay algún sesgo, es la subdeclaración. Por eso hay que asumir que son números de mínima, más que de máxima”, advirtió Cilley.

El 11 por ciento de las encuestadas dijo haber sufrido violencia por parte de su pareja durante los últimos doce meses, un porcentaje que prácticamente cuatriplica el de varones en la misma situación (el 3 por ciento del total). De ellas, el 4 por ciento contó que fue víctima de violencia física; en ese grupo, predominaban quienes tenían entre 25 y 34 años, pertenecían a estratos socioeconómicos medios- altos; el porcentaje más representativo es población bonaerense, y el 5 por ciento estaba empleada. El 7 por ciento de las agredidas explicó que el maltrato específico consistió en insultarla o haberla hecho sentir mal sobre sí misma (el 10 por ciento de las mujeres de entre 25 y 34 años, el 9 por ciento de las universitarias, el 8 por ciento de las encuestadas en provincias, entendidas metodológicamente como bloque y no discriminado por jurisdicción). El 2 por ciento dijo que el maltrato consistió en que su pareja la humilló ante otras personas; otro 2 por ciento, que su pareja la intimidó o asustó adrede; y otro 2 por ciento, que la amenazó con daños físicos.

Las mujeres agredidas con más frecuencia fueron las del grupo de entre 25 y 34 años (17 por ciento de ellas), seguidas por las de entre 35 y 49 (el 13 por ciento), las de entre 16 y 24 (el 10 por ciento) y, con un descenso más marcado, el de quienes tienen 65 y más (el 6 por ciento). El 14 por ciento de las mujeres de sectores socioeconómicos altos y medio altos fueron agredidas; el 9 por ciento de las de clase media; el 12 por ciento de quienes revisten en sectores

socioeconómicos bajos y medio bajos. El nivel educativo tampoco marca grandes diferencias, pero sí algunos sesgos leves entre quienes fueron agredidas: el 13 por ciento de quienes completaron la primaria y el 12 por ciento de quienes tienen nivel universitario, frente al 9 por ciento de quienes registran educación secundaria. El empleo o su falta tampoco marcó diferencias: el 12 por ciento de quienes tenían trabajo remunerado y el 10 por ciento de quienes no fueron víctimas.

Las porteñas dijeron haber sufrido violencia machista por parte de sus parejas en un porcentaje sensiblemente menor al de otras regiones: el 4 por ciento de las mujeres de la ciudad, frente al 13 por ciento de las que viven en provincia de Buenos Aires, y el 11 de quienes viven en distintas provincias.

El estudio relevó que sólo el 3 por ciento de los varones dijo haber sufrido maltratos por parte de sus parejas. "Son las mujeres quienes reciben un mayor maltrato: insultar o hacer sentir mal (7 por ciento de las mujeres vs. 2 por ciento en los hombres), recibir violencia física (4 vs. 1), ser humillado (2 vs. 1), ser intimidado o recibir amenazas de daños físicos (2 vs. menos del 1, respectivamente).

Escenas de sexo entre mayores de 60 años: ¿el último tabú del cine?

Una nueva película que contiene una escena de sexo explícito interpretada por actores con varias décadas de experiencia auestas generó un gran revuelo en Hollywood

Fuente: La Nacion.com.ar.- 1/09/15

Una pareja casada entra en crisis cuando inesperadamente les llegan noticias de una antigua novia del esposo.

Tratando de olvidar el altercado, comienzan a tomar vino y a buscar temas de conversación que permitan bajar la tensión.

Cuando la tormenta parece haber pasado, deciden irse a dormir. Sin embargo, de camino a la habitación el marido sugiere hacer el amor, algo que no han hecho en mucho tiempo.

Y lo hacen.

La escena pertenece a la película "45 años" (2015), del director Andrew Haigh, cuyos protagonistas ganaron el Oso de Plata en el Festival de Cine de Berlín este año.

Mucho del revuelo causado tiene que ver con que la pareja galardonada, responsable de llevar ante las cámaras esta secuencia, son los afamados Charlotte Rampling, de 69 años de edad, y Tom Courtenay, de 78.

Pero, ¿es solo eso o estamos ante uno de los últimos tabúes del cine, roto por una pareja de reconocidos actores que se atrevieron a llevar a la pantalla una secuencia solo permitida en géneros clandestinos o clasificados como pornográficos?

LA MIRADA DE LA INDUSTRIA

"La idea de que a medida que envejecemos ya no tenemos deseos sexuales es para mí, con 42 años de edad, una situación muy triste", dice el director Andrew Haigh.

Pero la verdad es que, cuando se trata de abordar los hábitos de personas de la tercera edad en sus cuartos, los cinestastas prefieren cerrar la puerta.

La otra opción por la que tiende a ir Hollywood es a enmarcarla dentro del género de la comedia.

Así, en la cinta de 2003 "Alguien tiene que ceder" (Something's Gotta Give) se incluye una escena de amor interpretada por Diane Keaton y Jack Nicholson, pero en un contexto humorístico donde el personaje de Nicholson, inclinado a relaciones con mujeres más jóvenes, tiene que usar Viagra.

En esa misma línea se enmarca "Es complicado" (2009), donde la revitalizada vida amorosa entre una pareja divorciada -interpretada por Meryl Streep y Alec Baldwin- queda casi completamente fuera de la película.

Además, para el momento de la filmación tanto Streep como Baldwin se encontraban en sus 50, mientras que Keaton difícilmente podía entrar en la categoría de tercera edad.

Streep también protagonizó junto a Tommy Lee Jones una comedia romántica llamada "Qué voy a hacer con mi marido" (Hope Spring, 2012), sobre una mujer que trata a toda costa de avivar la llama de la pasión en su matrimonio.

UNA "FALLA PSICOLÓGICA"

Como describiera Marco Weijers, editor de cine en el periódico de Holanda De Telegraaf, "a todos nos gusta creer que cuando lleguemos a viejo todavía podremos hacerlo, pero usualmente no queremos ver ese tipo de acción".

"Creo que esta visión retorcida que se tiene sobre este tema nos viene de cuando éramos jóvenes, etapa en la que nuestra relación con personas mayores se concentra usualmente en nuestros abuelos", interpone Haigh.

"Ellos casi nunca hablan de sexo, por lo que a nosotros nos parecería incomprensible que tuviesen la necesidad de hacerlo o el deseo", dice el director.

Según la doctora Rebecca Jones, especialista en sexualidad para personas mayores y profesora de la Universidad Abierta de Reino Unido, hay más de lo que salta a la vista detrás de este tabú.

De acuerdo con Jones, los humanos tienen algo denominado "falla psicológica" por la que rechazamos la idea de nuestros padres o abuelos teniendo relaciones sexuales.

"Tú puedes pensar que todos vamos a llegar a viejos algún día, pero obviamente todos también nos apegamos a los estándares de belleza que conocemos, y preservamos lo que significa el sexo de personas en sus veinte como nuestras referencias", señala.

UN VIEJO PREJUICIO

La idea del deseo sexual entre mayores es algo que ha generado rechazo desde la antigüedad.

Aristófanes escribía sobre las cougar (palabra del argot inglés para describir a mujeres que buscan a parejas más jóvenes y que significa, literalmente, "puma") mucho antes de que la actriz Courtney Cox protagonizara una serie de televisión sobre la materia.

En su comedia "El Parlamento de Mujeres" (391 a.C.), las mujeres se apoderan del congreso en Atenas y aprueban un decreto en el que si un hombre quiere acostarse con una mujer más joven, primero está obligado a hacerle el amor a una mayor que él.

En "La Historia del Mercader", de los Cuentos de Canterbury, Geoffrey Chaucer describe a un viejo lo suficientemente tonto como para pensar que podrá satisfacer a su joven esposa.

Esta trama se mantiene hasta nuestros días, aunque generalmente el cine le da un tratamiento más benevolente al hombre que a la mujer.

Así lo vimos en "La Emboscada" (Entrapment, 1999) donde el setentón de Sean Connery se involucra con Catherine Zeta-Jones, de 30 años de edad.

El asco que el cuerpo de una mujer avejentada puede provocar en la sociedad se pudo percibir más claramente en "Harold y Maude" (1971) -que en algunos países hispanos se tradujo como "Enséñame a vivir"-, una película realizada por Hal Ashby en la cúspide de la era hippie.

Harold, un joven obsesionado con la muerte, conoce a Maude, de 79 años de edad, en un funeral.

Él queda prendado de ella por la forma como disfruta la vida, pero un cura le dice: "Yo sería demasiado negligente si no te dijera que la idea de (...) tu cuerpo joven y firme mezclado con su carne marchita... me da ganas de vomitar".

SIN LÍMITE DE EDAD

Clare Binns, directora de programación en Picturehouse, una cadena independiente de cines y distribuidora de películas en Reino Unido, cree que el rechazo de la cultura anglosajona hacia este tema, que a su vez permea a Hollywood, se refleja en las cintas.

Cuando tiene que mostrarse una vida sexual plena a cualquier edad "el cine europeo siempre ha sido más inteligente que los pudorosos británicos".

"Recuerdo a Fanny Ardant en "Mis Días Felices" (Bright Days Ahead, 2013) una mujer que tiene un romance con un hombre 20 años menor que ella", apunta Binns. O a Catherine Deneuve en "Ella se va" (On My Way, 2014), en las similares circunstancias.

"Debido a que ver estas películas nos confrontan con la realidad de envejecer, mi ilustradora suposición es que incluso el público de mayor edad preferirá ver escena de sexo con personas más jóvenes. Eso les hace olvidar que ellos ya no lo son", comenta Weijers.

¿Puede la generación que vino después de la Segunda Guerra Mundial, cuya expectativa de vida era completamente distinta a la de sus padres, revertir esta preferencia?

Liam Neeson y Helen Mirren son considerados lo suficientemente activos y atractivos para ser estrellas en sus 60.

Pero, como lo señala Binns, ¿será necesario que alguno de ellos se desnude -un "50 Sombras de Grey" protagonizada por Sigourney Weaver, como dice Clare Binns- para que por fin la audiencia se atreva a aceptar carne más madura?

La cara femenina de la Prehistoria

Hubo un tiempo remoto donde hombres y mujeres, en paridad de condiciones y lejos del estereotipo del cavernícola arrastrando del pelo a su dama, cooperó para llevar adelante la supervivencia de la especie

Fuente: <http://www.elcorreo.com/> 1/09/15

Tenemos la visión de que el individuo-tipo de la Prehistoria es un adulto masculino, de aspecto occidental, y nos olvidamos del resto de miembros del grupo: menores, mujeres y ancianos. ¿Cuántos libros llevan como título 'Los orígenes del hombre'? No considerar las actividades que estos realizaban o su importancia social supone un déficit para la disciplina arqueológica y para las interpretaciones que hacemos de las sociedades del pasado. Sobre todo en el caso de ellas, suelen quedar reducidas a un segundo plano, estáticas e invisibles. Hay que tener en cuenta que, salvo la gestación y el parto, nada está determinado biológicamente. Por ello, el desarrollo de las actividades de 'mantenimiento' (las tareas domésticas, digamos) no está vinculado en exclusividad a uno u otro sexo. El reparto de trabajo es una construcción social y, por tanto, cada sociedad la gestiona como mejor entiende, se supone. **Y se ha visto que la sociedad prehistórica era más igualitaria que la moderna.** Al menos, por lo que respecta

a la vida doméstica. Más aún, muchos especialistas sostienen que las probabilidades de que hayan sido las mujeres las primeras agricultoras, o al menos, las impulsoras de tal actividad, son altísimas.

Es decir, ellas no sólo se ocupaban de los niños, como muchos suponen. **También se dedicaban a la caza menor, a pescar, a cultivar el campo, a recolectar** y a lo que hiciera falta. "Las comunidades amazónicas que subsisten aún, inmersas en la naturaleza, atestiguan estas pautas de comportamiento", señala la directora del Museo de Prehistoria de Valencia, Helena Bonet. De hecho, los estudios etnográficos sobre sociedades actuales demuestran que **lo extraño es encontrar una actividad que sólo acometan hombres o mujeres**. Margarita Sánchez Romero, profesora del Departamento de Prehistoria y Arqueología de la Universidad de Granada, explica en su artículo 'El lugar de la mujer en la Prehistoria' que "no hay datos que nos lleven a pensar que las mujeres no cazaban o que no intervinieron en determinadas producciones, como la de piedra tallada o la metalurgia".

Al contrario. Existen diferentes manifestaciones plásticas de muchos lugares distintos que lo confirman. Por ejemplo, las escenas de las cazadoras capsienes de África del sur de Damaraland y de Bramberg/Brandbers pintadas hace más de 6.000 años y las de la costa levantina española, datadas alrededor del año 5000 a. C., por ejemplo. También la participación de las mujeres en la caza menor está documentada etnográficamente en diversas sociedades de cazadores-recolectores, como los agta-negrilo de Filipinas. En fin, es llamativo pero tampoco es determinante. Las sociedades que estudia la etnografía encontramos casos en que las mujeres no cazan y otras que sí lo hacen, solas o con los hombres, como los Agta de Filipinas o los Mbuti de Tanzania. Algunas sociedades en las que trabajan el metal y otras en que no lo hacen. Otras asimismo en las que sólo las mujeres tienen toda la responsabilidad de la gestión, organización y dirección del grupo, como en la isla de Orango Grande, en el archipiélago de las Bijagós, frente a Guinea-Bissau.

Maternidad sin descanso

Francisca Martín-Cano Abreu, autora de 'Sexualidad femenina en diversas culturas', defiende que tanto en las familias paleolíticas como en las neolíticas la mujer gozaba de un gran poder social y económico. Considera que ella aportaba los dos tercios de las calorías necesarias para la supervivencia del grupo, que tenía autonomía para moverse e ir a cazar o

recolectar, y que su doble aportación económica y reproductiva le permitía tener poder político y religioso. Desmond Morris, influyente zoólogo y etólogo, plantea matices a este argumento: "Las leonas se ocupan de la caza, porque, al contrario que las humanas, sus crías crecen rápidamente. Las hembras humanas necesitaban los alimentos que traían los machos. Entonces, la muerte del macho no era tan desastrosa como la de la hembra, cuya presencia era necesaria para las crías. Por eso se la adoraba y divinizaba", sostiene.

Por otro lado, la defensa de la prole en la Prehistoria no tuvo por qué ser exclusiva de los machos, aunque estos últimos tuvieran, según diversos estudios, un papel trascendental en la protección del territorio. Pero otro punto a favor de las hembras. En ausencia de la elevada tecnología médica de la que disponemos hoy en día, la mortalidad infantil de nuestros ancestros fue siempre muy elevada. **La lactancia materna cumplía un papel fundamental en el desarrollo de la inmunidad de los niños.** Lo que sucedía es que la selección natural era implacable con aquellos individuos no aptos para llegar con éxito a la edad reproductora, lo que obligaba a las mujeres a una maternidad sin descanso. Así que ellas tuvieron un papel fundamental en la continuidad de las sociedades prehistóricas. Hay un yacimiento arqueológico situado en el municipio galo de Les Eyzies-de-Tayac-Sireuil, en la Dordoña, donde se encontraron los restos de cinco esqueletos de la época auriñaciense. Había cuatro adultos. Tres varones y una mujer. Al lado de ella, un bebé de no más de 20 días.

La pasión, perro cruel

¿Cuál es la estructura profunda de los amores tormentosos, pasionales? El autor procura discernirlo en el caso de un hombre en quien "el enojo y la humillación dominaban el cuadro", y encuentra el camino gracias a una versión equivocada de un tema de Los Redonditos de Ricota.

Fuente: Pagina12.com. Psicología. -3/09/15

Por Lucas Boxaca *

Existe en la consulta cotidiana un número de pacientes hombres cuya presentación está centrada en la puesta en juicio de su elección de la pareja en el amor. El paciente se ha entregado a la pasión de vivir un amor tormentoso, donde el erotismo y la ira se combinan. ¿Qué estructura tiene el fenómeno pasional? Fabio consultó luego de que su novia lo dejara. El primer tramo del tratamiento transitó en función de sobrellevar los efectos melancolizantes que había tenido sobre él esa ruptura amorosa. Esto llevó a la historia de la propia familia, el lugar de exclusión en que él había quedado luego del divorcio de sus padres y en relación con las parejas que su madre había formado: "Sentía que estaba de más". Uno de ellos lo maltrataba especialmente y lo sometía a humillaciones públicas que lo decidieron a mudarse con su padre, a los 9 años, mediando una escena en la que desafiaba a su madre con un "O él o yo". En distintos momentos se siente "un cachivache" olvidado, que nadie quiere.

Luego de atravesar el duelo por la ruptura amorosa, vuelve al ruedo y forma distintas parejas que terminan abruptamente, porque encuentra en cada una de ellas algo criticable. Luego de muchas idas y vueltas comienza un período novedoso: no está en pareja y puede estar solo, sin el sentimiento de desolación que padecía cuando terminaba sus relaciones.

Contrariamente a su objetivo de buscar una relación menos conflictiva, se “engancha” con una chica que está en pareja. La situación es más compleja aún, el novio de esta chica está internado en una institución por abuso de sustancias. Fabio pasa a quedar a la espera de que ella deje a su novio. De variadas formas, a través de las redes sociales, revisa el estado de la relación entre los novios. “Dice que va a estar sola y sale con el otro” expone ante el analista y ante otros, sometiendo a su consideración si él debe soportar esa humillación. Siente que tiene que salvarla pero ella no deja de hacerle sentir que está “de más”. Junto con la idea de salvarla, el enojo comienza a dominar la escena. Una bronca creciente que no admite elaboración pero que, paradójicamente, se sostiene en la idea de consagrarse a la figura de salvador de la mujer descarriada. Discute con ella por teléfono. Se enoja con los amigos que insisten en que esa mujer no es para él. También se enoja con el analista, cuando le señala en ese enganche hay algo extraño, suplementario al amor. “Vos pensás también, como mis amigos, que soy un boludo. Esta mina me humilla. Le digo que lo deje, pero es más fuerte que ella. Ella también piensa que está ahí para salvarlo de la droga. Yo soy cru... fiel.” “¿Y eso?”, se le pregunta por el fallido. Y contesta citando mal una canción de Los Redonditos de Ricota: “Tu perro, un perro fiel, con la costumbre de no contentarse con los restos”, dice. Pero la canción (“Vencedores vencidos”) no dice “fiel”, sino “cruel”, observa el analista. En este paciente, ese hacerse decir (por los amigos) que ella no le conviene esconde la cuestión de sentirse de más, un cachivache. Ser cruelmente fiel pero también fielmente cruel. Enojado contesta: “¿Qué querés que haga? Está con ese falopero y yo no puedo parar de mirar su estado”. Al decir esto se sorprende y recuerda que, en la época en que se había ido de su casa por los maltratos de una de las parejas de su madre, volvía para espiar qué estaba haciendo la madre. “El tipo también era un ‘falopero’.” No podía entender por qué su madre estaba con ese tipo, aun cuando todos la criticaban; y la madre había permitido que él, en un ataque de furia, se fuera.

Detengámonos en algunas cuestiones introductorias acerca de la modalidad pasional que presentó este analizante. ¿Por qué el enojo y la humillación dominan el cuadro? ¿Puede analizarse la estructura particular que tiene esta modalidad pasional?

[Seguir leyendo](#)

**** Texto extractado del trabajo “La ira y el Otro que existe”, cuya versión completa podrá leerse en el próximo número de la revista Imago Agenda, que aparecerá a fin de mes.***

Tres cartas de Amor de Frida Kalho a Diego Rivera

Fuente: <http://cartasenlanoche.blogspot.com.es/>



Frida Kalho, en su desnudez.

Diego: Nada comparable a tus manos ni nada igual al oro-verde de tus ojos. Mi cuerpo se llena de ti por días y días. Eres el espejo de la noche. La luz violeta del relámpago. La humedad de la tierra.

El hueco de tus axilas es mi refugio.

Toda mi alegría es sentir brotar la vida de tu fuente-flor que la mía guarda para llenar todos los caminos de mis nervios que son los tuyos

Mi Diego:

Espejo de la noche. Tus ojos espadas verdes dentro de mi carne, ondas entre nuestras manos.

Todo tú en el espacio lleno de sonidos - En la sombra y en la luz. Tú te llamarás Auxocromo el que capta el color. Yo Cromoforo - La que da el color. Tú eres todas las combinaciones de números. La vida.

Mi deseo es entender la línea la forma el movimiento. Tú llenas y yo recibo. Tu palabra recorre todo el espacio y llega a mis células que son mis astros y va a las tuyas que son mi luz.

11 de junio de 1940

Mi Diego:

Ahora que hubiera dado la vida por ayudarte, resulta que son otras las 'salvadoras'... Pagaré lo que debo con pintura, y después aunque trague yo caca, haré exactamente lo que me dé la gana y a la hora que quiera... Lo único que te pido es que no me engañes en nada, ya no hay razón, escíbeme cada vez que

puedas, procura no trabajar demasiado ahora que comiences el fresco, cuídate muchísimo tus ojitos, no vivas solito para que haya alguien que te cuide, y hagas lo que hagas, pase lo que pase, siempre te adorará tu Frida.



Alfred Gockel, nació en 1952 en Lüdinghausen, es un pintor y grabador de Alemania.

Fuente: <https://www.facebook.com/pages/Arte-erotico/478638642152239>

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