



Federación Española
de Sociedades
de Sexología



CEPTECO



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

**I JORNADAS DE SEXOLOGÍA
DE CASTILLA Y LEÓN**

La Sexualidad en el Siglo XXI

Parador Hostal de San Marcos.

León, 23-24 Marzo 2001.



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

PROGRAMA

I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

La sexualidad en el siglo XXI

(León, 23-24 Marzo 2001)

VIERNES, 23 MARZO:

16 h.: Inscripciones y recogida de material.

16,30 h.: Inauguración de las I Jornadas de Sexología de Castilla y León.

Dña. Ana M^a Guada Sanz.

Concejala de Bienestar Social del Excmo. Ayto. de León.

D. Eduardo Montes Velasco.

Presidente del Colegio Oficial de Psicólogos de Castilla y León.

Dr. Juan José Borrás Valls.

Presidente de la Federación Española de Sociedades de Sexología (FESS).

D. Miguel Ángel Cueto Baños.

Director de CEPTECO. Vocal de la FESS.

16,45 h.: Conferencia: *Educando para la concordia de género. Programa de la Generalitat Valenciana.*

Dña. María Pérez Conchillo.

Directora del Instituto Espill de Valencia. Vicepresidenta de la World Association for Sexology (WAS).

Moderadora: Dña. Isabel Lorenzo Hermo.

17,45 h.: Comunicaciones: *Salud sexual en la mujer.*

Moderadora: Dña. Ana Isabel Valbuena Paredes.

Información básica de abusos sexuales a menores.

D. Miguel Ángel Cueto Baños.

Psicólogo especialista en sexología de CEPTECO de León.

Protocolo de intervención con mujeres víctima de violencia doméstica.

Dña. Vicenta Liébana Vecino.

Psicóloga de la Oficina Municipal de Información a la mujer. Concejalía de Igualdad de Oportunidades del Ayto. de León.

Viabilidad de uso del preservativo femenino en estudiantes universitarios/as. Un estudio cualitativo.

Dña. María Lameiras Fernández.

Profesora Titular del Área de Personalidad Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de Vigo.

19 h.: Descanso

19,30 h.: Comunicaciones: *Medicina y educación sexual.*

Moderador: D. Alfonso Rodríguez Fernández.

Evaluación andrológica de la Disfunción Eréctil.

Dr. Francisco Javier Gallo Rolanía.

Médico. Jefe de Servicio de Urología del Hospital de León.



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

Del juego social a la orientación del deseo sexual.

D. Juan Donoso Valdivieso Pastor.

Psicólogo clínico. Profesor del Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Valladolid.

Influencia de enfermedades médicas en el comportamiento sexual del hombre y de la mujer.

Dr. José Miguel Segovia López.

Médico-psiquiatra. Hospital del Bierzo.

La sexualidad en la clínica ginecológica.

Dra. Celestina Mastache Peña.

Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Comarcal de Jarrío de Asturias.

SÁBADO, 24 DE MARZO:

9,30 h.: Conferencia: *Educación sexual y afectiva en personas con minusvalía psíquica.*

D. José Luis García Fernández.

Psicólogo Clínico. Especialista en Sexología. Servicio Navarro de Salud.

Moderadora: Dña. M^a José Otero Feliz.

10,30 h.: Talleres:

Claves para la intervención en Disfunción Eréctil.

Dr. Juan José Borrás Valls.

Médico y profesor de Psicobiología de la Conducta Sexual en la Universidad Jaume I de Castellón.

Taller de caricia.

Dña. Cristina Corbella Cazalet.

Psicóloga especialista en sexología. Presidenta de la Asociación Sexológica Garaia de Bilbao.

Programa de Promoción de la Salud Sexual.

D. Antonio Casaubón Alcaraz.

Psicólogo especialista en sexología. Presidente de la AEES.

Inteligencia emocional en las relaciones afectivo-sexuales.

Dña. Herminia Gomá i Quintilla.

Psicóloga especialista en sexología del Institut de Sexología de Barcelona.

16 h.: Conferencia: *Sexualidad prepuberal.*

D. Félix López Sánchez.

Catedrático de Psicología de la Sexualidad de la Universidad de Salamanca.

Moderadora: Dña. Lourdes Gutiérrez Provecho.

17 h.: Comunicaciones: *Emociones, medicina y actitudes en la sexualidad.*

Moderadora: Dña. Patricia Paulina Lazo Serra.

Evaluación de actitudes y creencias sobre la sexualidad en la tercera edad.

Dña. Olatz Gómez Llorens.

Doctora en Psicología y especialista en sexología. Vicepresidenta de la Asociación Española de Especialistas en Sexología (AEES).



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

Nuevas aportaciones de la farmacología al tratamiento de las disfunciones sexuales.

Dr. Francisco Cabello Santamaría.

Médico y psicólogo especialista en sexología. Director del Instituto Andaluz de Sexología de Málaga.

Riesgos sexuales en jóvenes.

Dña. Encarna Sueiro Domínguez.

Dra. en Psicología y Licenciada en Pedagogía. Profesora de la Facultad de Humanidades de Vigo-Campus de Orense.

18,15 h.: Descanso.

18,30 h.: Conferencia: *Fluidos genitales femeninos y placer.*

Dr. Francisco Cabello Santamaría.

Médico y psicólogo especialista en sexología. Director del Instituto Andaluz de Sexología de Málaga.

Moderadora: Dña. Pilar Valbuena Álvarez.

19,30 h.: Comunicaciones: *Arte, información y emoción en sexología.*

Moderadora: Dña. Marta Arasanz Roche.

Representación de la sexualidad en el arte contemporáneo occidental.

Dña. Carme Sánchez Martín.

Psicóloga especialista en sexología del Institut de Sexología de Barcelona.

Dña. Eva Sánchez Martín.

Crítica de arte y comisaria de exposiciones. Gènere i Gèneres. Associació Artística d'Art Contemporani.

Tu sexo es tuyo.

Dña. Sylvia de Béjar González.

Periodista.

Sexualidad humana: en busca del alma perdida.

D. Antonio Casaubón Alcaraz.

Psicólogo especialista en sexología. Presidente de la AEES.

20,30 h.: Acto de clausura.

Antonio Casaubón Alcaraz.

Presidente de la AEES.

Dña. María Pérez Conchillo.

Vicepresidenta de la World Association for Sexology (WAS).



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

**EDUCANDO PARA LA CONCORDIA DE GÉNERO. PROGRAMA DE
LA GENERALITAT VALENCIANA**

Pérez, María *

La violencia contra mujeres y niñas es una calamidad mundial que sigue provocando muertes, mutilaciones, torturas y problemas de salud física y psicológica, sin olvidar el maltrato social y las carencias económicas por las que pasan muchas de estas mujeres. Siguiendo la Declaración de Beijing y Plataforma para la Acción de la IV Conferencia mundial sobre las mujeres (1995), se define la violencia contra las mujeres y niñas como “todo acto de violencia sexista que tiene como resultado posible o real un daño de naturaleza física, sexual o psicológica, incluyendo las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad para las mujeres, ya se produzcan en la vida pública o en la privada”. Muy a menudo esta violencia se da allí donde las mujeres deberían estar más seguras: en sus familias. De esta forma el hogar se convierte en un lugar donde impera el terror y la violencia, donde reciben malos tratos de aquellas personas más próximas. Esta violencia, llamada “violencia doméstica”, es definida por UNICEF como “la violencia cometida contra mujeres y niñas por una persona con la que tienen una relación íntima, incluido el compañero con el que conviven, y por otros miembros de la familia, ya sea que dicha violencia se produzca dentro o fuera de las paredes del hogar.”

La violencia contra las mujeres está presente en todos los países y aunque la mayoría de las sociedades la condena, ésta se da en todas las culturas, clases sociales, edades, niveles de educación, categorías económicas y grupos étnicos, diferenciándose únicamente en las formas y tendencias que ésta asume según los países y regiones.

Uno de los mayores problemas es que frecuentemente las violaciones de los derechos humanos de las mujeres son autorizadas bajo el pretexto de respetar usos y normas culturales o mediante la tergiversación de dogmas religiosos. Además, los abusos son tácitamente tolerados gracias a la pasividad que en muchos casos demuestran los Estados y las autoridades

* Directora del Instituto Espill de Valencia. Vicepresidenta de la World Association for Sexology (WAS). C/ Serpis, 8 – 2º. 46021 Valencia. Tf.: 96 3898962. C-el.: mperez@espill.org



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

responsables de la aplicación de la ley.

A esto se une que los agresores son generalmente hombres que tienen (o han tenido) con las víctimas relaciones de confianza, intimidad y poder. En España los agresores son principalmente: el marido, el novio, o la pareja. En otras culturas, además de estas figuras, está la del padre, padrastro, hermano, suegro, tío u otros parientes masculinos, que cometen la agresión de manera intencionada, utilizándola con el propósito de castigar, intimidar y controlar la identidad y el comportamiento de la mujer. Estas circunstancias llevan a que la mujer permanezca prisionera del temor de ulteriores violencias, tanto contra ella misma como contra sus hijos, o prisionera de la falta de recursos o de la falta de apoyo por parte de la familia, del sistema judicial o de la comunidad. Además, la vergüenza, el miedo a las represalias, la falta de informaciones acerca de los propios derechos legales, la escasa confianza en el sistema judicial o incluso el temor al mismo, y los costos en que se puede incurrir al seguir el camino legal, son factores desalentadores que hacen que las mujeres rehúsen denunciar las agresiones.

Estas peculiaridades de la violencia doméstica hacen que sea difícil obtener datos fiables respecto de su incidencia, y los que se tienen proceden de estudios relativamente recientes de los países en desarrollo, además de diferir notablemente entre sí por las dimensiones del muestreo de mujeres seleccionadas, por las distintas maneras de formular las preguntas y por los parámetros utilizados, que pueden cubrir exclusivamente el maltrato físico o la violencia física, sexual y psicológica. Una dificultad añadida a la hora de planificar encuestas sobre la violencia contra las mujeres es que la investigación misma no ha de ponerlas en peligro.

A pesar de todo, los datos que disponemos son inquietantes, según UNICEF (Innocenti Digest nº 6. Junio de 2000) la proporción de mujeres que han sufrido violencia doméstica oscila entre el 20 y el 50%.

Como ya hemos apuntado al comienzo, la violencia doméstica supone no solamente maltrato físico, sino también psicológico, sexual e incluso de tipo económico, que se da de muchas formas a lo largo del ciclo vital, como muestra el cuadro siguiente realizado por la OMS.



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

Ejemplos de violencia contra las mujeres a lo largo de la vida

Antes del nacimiento:

- Aborto selectivo en función del sexo.
- Consecuencias para el nonato de los malos tratos sufridos por la madre durante el embarazo.

Infancia precoz:

- Infanticidio femenino.
- Violencias físicas, sexuales y psicológicas.

Niñez:

- Matrimonio de niñas.
- Mutilación genital femenina.
- Violencias físicas, sexuales y psicológicas.
- Incesto.
- Prostitución y pornografía infantiles.

Adolescencia y edad adulta:

- Violencias durante el cortejo y el noviazgo (por ejemplo ataques con ácido o violaciones durante las citas amorosas).
- Relaciones sexuales impuestas por razones económicas (por ejemplo las estudiantes que tienen relaciones sexuales con hombres maduros a cambio del pago de las tarifas escolares).
- Incesto.
- Abuso sexual en el lugar de trabajo.
- Violaciones.
- Acoso sexual.
- Prostitución y pornografía forzadas.
- Trata de mujeres.
- Violencias cometidas por la persona con quien existe una relación íntima.
- Violaciones dentro del matrimonio.
- Abusos y homicidios relacionados con la dote.
- Homicidio por parte de la persona con quien existe una relación íntima.
- Violencia psicológica.
- Abuso de mujeres discapacitadas.
- Embarazo forzado.

Vejez:

- “Suicidio” forzado u homicidio de viudas por motivos económicos.
- Violencias físicas, sexuales y psicológicas.

(Fuente: “Violence Against Women”, OMS, FRH/WHD/97.8))

Respecto a la pregunta de por qué se producen estos hechos, hay muchos factores que favorecen la aparición de la violencia contra las mujeres y las niñas, pero en todos ellos subyace una manifestación de las relaciones históricamente desiguales entre el hombre y la



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

mujer, producto de una cultura patriarcal donde el hombre manda y ordena y la mujer obedece. Esta desigualdad tiene su expresión en:

- La dependencia económica de la mujer respecto al varón.
- Las restricciones en el acceso al empleo, la educación y la capacitación.
- Las leyes discriminatorias.
- La concepción de la familia como esfera privada, bajo el control del varón y fuera del alcance del control del Estado.
- El temor de la sexualidad femenina y el control que se ejerce sobre ella.
- Las expectativas asignadas a los diferentes roles dentro de las relaciones.
- Los sistemas de valores que atribuyen a los varones el derecho de propiedad sobre mujeres y niños.
- Tradiciones culturales y religiosas que confieren “legitimación” a la violencia contra mujeres y niñas.
- Aislamiento de las mujeres dentro de sus familias o comunidades.

En la medida que exista una mayor conciencia de estos hechos se podrá erradicar este tipo de violencia. Para conseguirlo, es necesaria la colaboración tanto de mujeres como de hombres fomentando la *Concordia de Género*, donde todos seamos personas con los mismos derechos y obligaciones y donde la pertenencia a un género no suponga discriminación alguna.

La Dirección General de la Mujer, de la Conselleria de Bienestar Social de la Generalitat Valenciana, en colaboración con el Instituto de la Mujer del Ministerio de Asuntos Sociales, ha promovido el programa *Educando para la Concordia de Género*, con el propósito de sensibilizar a los adolescentes en esta problemática y ofrecer herramientas útiles a los profesionales relacionados con el tema.

Para trabajar con los estudiantes, se realizaron talleres en las aulas donde se impartió información sobre el tema a la vez que se fomentaba la participación de chicas y chicos. Los objetivos se centraron en:

1. Desarrollar actitudes y habilidades para la resolución de conflictos.
2. Enseñar pautas de comunicación que faciliten la convivencia entre las personas.
3. Aumentar en los y las adolescentes su conocimiento de conceptos y términos sobre



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

violencia de género.

4. Aprender a pedir ayuda cualificada (padres, profesores/as, profesionales, etc.) ante situaciones conflictivas generadas por la violencia.

A los alumnos y alumnas se les invitó a reflexionar y a redactar propuesta que favorezcan la Concordia de Género. Sus propuestas se reflejan en el Decálogo de Concordia de Género que ha sido elaborado recogiendo los diferentes decálogos elaborados en los 19 Centros de Enseñanza que participaron en el programa.

Decálogo de Concordia de Género

1. Educar desde la infancia en la no violencia
2. Cambiar las ideas culturales erróneas.
3. Denunciar los casos de violencia y maltrato.
4. Compartir los trabajos domésticos y el cuidado de los hijos e hijas.
5. No-discriminación en el trabajo. Igualdad de oportunidades.
6. Que el trabajo doméstico de la mujer no sea menospreciado.
7. Hacer grupos mixtos para que nos relacionemos y aprendamos a estar juntos y respetarnos.
8. Tomar decisiones conjuntas, hombres y mujeres, respetando las distintas opiniones.
9. No considerar a la mujer como una esclava ni objeto sexual del hombre.
10. Ley mundial que prohíba la mutilación genital femenina.

(Alumn@s de 2º, 3º y 4º de ESO)

Conscientes de la escasez de información especializada y para dar respuesta a las profesoras y profesores (además de otros profesionales) que solicitaron el material utilizado en los Talleres de Concordia de Género, se ha recogido en formato interactivo, como lo es un CD, una recopilación extensa de documentación y otros recursos relacionados con la violencia contra las mujeres y las niñas.

Se espera que planteamiento ameno de la información ofrecida despierte curiosidad y estímulo tanto en hombres como en mujeres. Conocer más sobre la violencia de *género* es, a nuestro entender, el mejor modo de promover la *Concordia de Género*.



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

INFORMACIÓN BÁSICA DE ABUSOS SEXUALES A MENORES

Cueto, Miguel Ángel *

Concepto de abuso sexual

El abuso sexual es una forma de violencia que atenta contra la integridad psicológica del menor. Suele generar problemas de diversa índole a quien lo padece.

No existe un concepto suficientemente preciso y aceptado por la comunidad científica sobre lo que representa el abuso sexual. Los tres criterios más utilizados han sido:

- La diferencia de edad entre la víctima y el agresor. Así el abusador será mayor que el menor en 5 años si el menor tiene menos de 12 años y de 10 años si tiene más de esta edad (Finkelhor, 1979). Habría por tanto una relación de desigualdad entre ambos.
- El tipo de estrategias que el agresor realiza para conseguir sus fines que irían desde la coacción, el uso de la fuerza, la sorpresa, la seducción hasta el engaño (López, Hernández y Carpintero, 1995).
- El tipo de conductas sexuales que tiene lugar entre ambos que pueden realizarse con o sin contacto físico, con contacto anal, genital u oral, caricias sexuales, peticiones sexuales, pornografía hasta exhibicionismo.

Existe un consenso en que deben existir dos criterios básicos para que sean definidos como abusos sexuales: una relación de desigualdad entre agresor o víctima y la utilización del menor como objeto sexual (National Center of Child Abuse and Neglect, 1978; Echeburúa y Guerricaechevarría, 1998).

Prevalencia de los abusos sexuales

Aunque el abuso sexual a menores está presente en todas las culturas, en los países occidentales es una conducta ampliamente sufrida por los menores. Las tasas de prevalencia mediante estudios retrospectivos definiendo los abusos en sentido amplio oscilan entre un 15% en los varones y un 30% en las mujeres. No obstante, el abuso sexual percibido por el

* Psicólogo especialista en sexología de CEPTECO de León. Plaza Cortes Leonesas, 9-6º Dcha. 24003 León. Tf.: 987 261562. Fax: 987 260566. C-el.: cepteco@correo.cop.es <http://www.cop.es/colegiados/CL00395/>



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

menor y que le genera un malestar clínicamente significativo e interfiere en el normal desarrollo evolutivo sería del 4% al 8% de la población infantil (Sanmartín, 1999).

La mayor parte de los abusos son cometidos en el hogar familiar, por miembros de la propia familia o personas muy allegadas a ellos.

Los abusos se cometen en todas las clases sociales, ambientes culturales o razas (Madansky, 1996). Pero pensemos que el 20 % de las violaciones las realizan menores de edad y casi el 50 % de los agresores cometen su primer abuso antes de los 16 años. Los abusadores suelen ser personas integradas socialmente y sin ningún tipo de problema mental.

Falsas creencias sobre los abusos sexuales

Existen generalmente en la población una serie de errores y falsas creencias sobre los abusos sexuales. Irían desde la escasa frecuencia de los mismos o de que solo lo sufren las niñas (recordemos que en España el 23% de las mujeres y un 15% de los hombres han sido víctimas de algún tipo de abuso sexual en la infancia –López, 1995–), hasta que quienes los realizan son personas desequilibradas, que solo se da en clases sociales bajas, que los menores tienden a fabular y mentir sobre ellos, pasando por pensar que la responsabilidad es del propio menor que podría haberlo evitado, que nos enteraríamos si fuera un menor cercano a nosotros, que van aparejados a violencia física o que las consecuencias suelen ser nimias.

Síntomas que pueden generar los abusos sexuales

Los menores que han sido víctima de abusos sexuales tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas interpersonales o psicológicos que otros que no han sufrido estos abusos (Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor, 1993; Briere y Elliot, 1994; Belinner y Elliot, 1996; Cortés y Cantón, 1999). Dichos síntomas irían desde la depresión, trastorno de estrés postraumático, despersonalización, menor competencia social, problemas sexuales futuros, menor autoestima, hasta graves problemas de conducta. En otras ocasiones puede no generarse una patología.

Se ha estimado que el 60% de los menores abusados sexualmente presentan problemas psicológicos. Dichos síntomas serían tanto más acusados cuanto más graves han sido, más frecuentes y cuánto más tiempo han durado (intensidad, frecuencia y duración), más fuerza se ha ejercido y si el abuso ha sido realizado por un miembro muy cercano al menor con el que



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

tenía una estrecha relación afectiva (padre o padrastro). Igualmente, también depende de las estrategias cognitivas del menor abusado, las sensaciones de vergüenza generadas o las atribuciones y estrategias de afrontamiento que ha realizado para evitarlo. A mayor edad existen mayores niveles de gravedad en su conducta.

Apoyo familiar en menores que han sufrido abusos

La revelación, proceso por el que los abusos afloran al conocimiento social o familiar, repercute en la mayor o menor gravedad y consecuencias de los síntomas posteriores. Es más fácil que el menor los revele cuando está en edad escolar, se prolonguen los abusos durante más de 4 meses, hayan sido conductas graves y sufra alguna sintomatología asociada.

Podemos afirmar que a mayor apoyo materno menores síntomas se suelen presentar en el futuro. Normalmente, la mayoría de los padres creen al niño y toman las medidas oportunas para su protección. Cuanto más próxima sea la relación del perpetrador con la madre más problemas de ayuda tendrá el menor por parte de ésta. En el incesto, la probabilidad de que la madre crea al adulto es mayor cuanto el niño sea más pequeño, no haya habido maltrato físico y el abusador no tenga historial alcohólico. La conducta protectora de la madre depende del tipo de abuso (peor si ha habido penetración), edad de la víctima (peor si eran adolescentes) y de los sentimientos de la madre hacia el abusador (peor cuanto más unión emocional, sea su compañero sentimental y exista un conflicto de lealtades).

Detección del abuso sexual

Las conductas de abusos sexuales a menores suelen mantenerse en secreto y ocultas por miedo, obtención de beneficios, desconocimiento o vergüenza del menor a revelarlas. Sólo un 2% se conocen en el momento en el que ocurren. Son escasos los abusos que llegan a ser denunciados formalmente. Dichas denuncias serían más frecuentes cuantas mayores manifestaciones y signos físicos hubiera (Vázquez, 1995; Pérez y Borrás, 1996; Arruabarrena y otros, 1996; Calvo y Calvo, 1997; Noguerol, 1997). Los síntomas pueden ser orgánicos, comportamentales o sexuales. No obstante, no existe una relación directa entre uno o varios síntomas con la existencia de abusos sexuales.

Evaluación de la validez del testimonio en abusos sexuales

La gran mayoría de los menores no suelen mentir cuando relatan que han sufrido abusos



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

sexuales. Los factores que pueden condicionar la credibilidad del testimonio irían desde la edad del menor, el grado de fabulación del mismo, las limitaciones propias de la memoria hasta la posible sugestionabilidad de este por parte de un adulto. Para valorar la validez del testimonio se suelen utilizar una serie de protocolos y estilos de entrevista que analizarían el realismo de la declaración, la existencia de detalles precisos que se repiten, la resistencia a dar información y los motivos de la misma, la descripción de la secuencia de abuso, la existencia de emociones congruentes, el tipo de vocabulario usado y la forma de la narración, la existencia de una progresión de las conductas por parte del abusador, el contexto previo y posterior que describe, los efectos que tuvo en su relación con el abusador y los efectos físicos que pudiera presentar.

Tratamiento de los abusos sexuales

Como ya señalamos los menores que han sufrido abusos sexuales tienen mayor probabilidad de desarrollar problemas psicológicos que han de ser tratados. Dicha intervención iría encaminada a evitar la continuación del abuso, el rechazo de la familia, el uso de estrategias educativas desculpabilizadoras y el uso de técnicas psicológicas específicas para manejar las secuelas sufridas.

La intervención en la familia vendría ligada a un asesoramiento psicoeducativo, modificación de creencias erróneas, el uso de adecuación para solucionar problemas y estrategias en el control de contingencias.

Con el menor víctima de abusos sexuales se suelen utilizar técnicas para controlar las alteraciones cognitivas, afectivas, sexuales y conductuales que pueda presentar el menor en función de la variable más alterada y con relación al análisis funcional del propio niño o niña.

Bibliografía

- Cantón, J. y Cortés, M.R. (1997) *Malos tratos y abuso sexual infantil*. Madrid. Siglo XXI.
- Cueto, M.A. y Carbajo, E. (1998) Model of expert psychological report on sexual abuse against minors. En Borrás, J. y Pérez, M. (eds.) *Sexuality and Human Rights*. (49-52). Valencia. Nau.
- Díaz-Huertas, J.A., Casado, J. y Martínez, C. (eds) (2000) *Abuso sexual en la infancia*. Madrid. Díaz de Santos.
- Díges, M. y Alonso-Quecuty, M.L. (1993) *Psicología forense experimental*. Valencia. Promolibro.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000) *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores*. Barcelona. Ariel.
- Gardner, R.A. (comp.) (1987) *The parenteral alienation syndrome between fabricated and genuine child sex abuse*. Cresskill (N.J.). Creative Therapeutics.
- Horowitz, S.W. (1991) Empirical support for statement validity assessment. *Behaviorial Assessment*. (13). 293-391.



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

- López, F. (1995) *Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual*. Salamanca. Amarú.
- Marshall, W.L. y Fernández, Y.M. (1997) Enfoques cognitivo-conductuales para las parafilias: el tratamiento de la delincuencia sexual en Caballo, V.E. (ed.) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (vol. I). Madrid. Siglo XXI.
- Mas, B. (1995) Trastorno por estrés postraumático: el abuso sexual infantil y su tratamiento en Buceta, J.M. y Bueno, M.A. (eds.) *Psicopatología y salud: control del estrés y trastornos asociados*. Madrid. Dykinson.
- Noguerol, V. (1995) Implicación del sistema legal en el abuso sexual infantil. Un saco lleno de preguntas, dilemas y frustraciones. *Bienestar y protección infantil*. (1). 95-104.
- Pérez, M. y Borrás, J.J. (1996) *Sexo a la fuerza*. Madrid. Aguilar.
- Raskin, D.C. y Esplin, P.W. (1991) Assessment of children's statements of sexual abuse? en Doris, J. (comp.). *The suggestibility of children's recollections*. (153-164). Washington, D.C. American Psychological Association.
- Sanmartín, J. (ed.) (1999) *Violencia contra niños*. Barcelona. Ariel.
- Sosa, C.D. y Capafons, J.I. (1996) Abuso sexual en niños y adolescentes en Buendía, J. (ed.). *Psicopatología en niños y adolescentes*. Madrid. Pirámide.
- Vázquez, B. (1995) *Agresión sexual. Evaluación y tratamiento en menores*. Madrid. Siglo XXI.



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN CON MUJERES VÍCTIMA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

Liébana, Vicenta *

La Oficina Municipal de Información a la Mujer dependiente de la Concejalía de Igualdad de Oportunidades, está trabajando desde noviembre de 1987 atendiendo todo tipo de demandas que presenta la mujer en nuestra comunidad.

Entre las muchas demandas recibidas desde este servicio, se ha atendido a un numeroso grupo de mujeres víctimas de malos tratos en el entorno familiar, facilitando los cauces necesarios para dar una respuesta eficaz que permita poner fin a esta situación de violencia.

A lo largo de todos estos años se ha ido potenciando y creando:

- Una coordinación con toda una red de servicios comunitarios, como centros de salud, policía nacional y local, centros de acción social, servicios del juzgado, sección de protección a la infancia, centro de mujer del servicio territorial, casas de acogida de la capital... que faciliten de una manera integral dar respuestas útiles a estas mujeres que les ayude a resolver su situación.
- Asesorando jurídicamente y desarrollando una terapia psicológica a todas aquellas mujeres que lo necesitan apoyándolas técnicamente en todo el proceso de toma de decisiones para la solución de su problema. Si están en una situación de exclusión social se posibilita la primera entrevista con el/la Trabajador/a Social que le corresponde, según domicilio para gestión de prestaciones sociales y programas de inserción socio laboral.
- Se han desarrollado campañas, se ha participado en mesas redondas, impartido conferencias, potenciando la sensibilización social que ayude a conocer el problema de la mujer maltratada.

Desde el año 1992 el equipo de la Oficina Municipal de Información a la mujer viene realizando la valoración técnica de los ingresos en las casadas de acogida de aquellas mujeres residentes en el municipio leonés.

* Psicóloga de la Oficina Municipal de Información a la mujer. Concejalía de igualdad de oportunidades del Ayto. de León. Avda. Padre Isla, 57-A. 24002 León. Tf. 987 271755. C-el.: aycatmuj@argorez.com



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

A lo largo de estos años se han ido firmando convenios de colaboración entre el Ayuntamiento, Diputación, Junta de Castilla y León y diversas asociaciones, creando comisiones de trabajo tanto técnicas como de seguimiento en las que se han intentado aunar criterios de actuación, a la vez que observaciones y sugerencias para resolver los inconvenientes que se desprenden de las intervenciones. El 13 de Enero de 2000 a través de un real decreto se crea la Red de Asistencia a la Mujer víctima de maltrato o abandono familiar en Castilla y León como recurso que se ofrece a las mujeres y menores a su cargo para atender las necesidades de asistencia, información, formación y alojamiento temporal. La creación de esta red lo que pretende es aunar criterios entre las distintas entidades que trabajan en esta área.

En enero de 1999 la policía local se pone en contacto con el equipo técnico de la oficina municipal de información a la mujer con el fin de poner en marcha el programa de protección a mujeres maltratadas. Después de mantener diferentes reuniones de colaboración con ellos y aportando los conocimientos que desde el servicio se tienen de esta problemática se crea la comisión técnica de dicho programa contando con los siguientes recursos humanos:

- a) Concejalía de la Policía y Tráfico del Ayuntamiento de León.
- b) Concejalía de Bienestar Social e Igualdad de Oportunidades: Oficina de Información a la Mujer (Asesora Jurídica y Psicóloga).
- c) Servicio de la Mujer de la Delegación Territorial de Bienestar Social de la Junta de Castilla y León.
- d) Oficina de Atención a Víctimas del Delito dependiente del Juzgado Decano.
- e) Casa de Acogida de la Asociación Leonesa de la Caridad.
- f) Casa de Acogida de Simone de Beauvoir.

La comisión de trabajo tiene las siguientes funciones:

- 1) Seleccionar aquellas mujeres con antecedentes de violencia que deben ser objeto de una protección especial.
- 2) Evaluar el resultado del programa sobre las mismas.
- 3) Marcar las directrices a la policía local para cumplir individualizadamente los objetivos de seguridad que se pretenden.



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

4) Disponer la no-aplicación del programa a aquellas mujeres respecto de las cuales se haya reestablecido una situación de seguridad estable.

Desde la Oficina de Información a la Mujer se ha comunicado el programa de “Protección a Mujeres Maltratadas” a todos los centros de Acción Social dependientes de la Concejalía de Bienestar Social e Igualdad de Oportunidades, así como, a las distintas instituciones que anteriormente se han reseñado y con las que el servicio lleva colaborando desde hace años.

Los técnicos del servicio realizan el primer contacto con las mujeres beneficiarias del programa informándolas sobre el funcionamiento del mismo, asesorándolas tanto jurídica como psicológicamente. Una vez que estas mujeres han entrado a formar parte del programa se realiza un seguimiento de las mismas. También se ha elaborado un cuestionario de valoración que nos facilite información sobre la efectividad del programa, los cambios que se han producido tanto en el ámbito jurídico, psicológico y social en estas mujeres, así como abrir, nuevos campos de investigación que nos permitan acercarnos a la solución de este problema de una manera eficaz.



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

**VIABILIDAD DE USO DEL PRESERVATIVO FEMENINO EN
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS/AS. UN ESTUDIO
CUALITATIVO**

Lameiras, María *

El preservativo femenino (aprobado por la FDA en mayo de 1993) constituye una alternativa viable y/o complementaria del preservativo masculino para la consecución de una actividad heterosexual más segura, lo que es especialmente positivo ya que el colectivo de heterosexuales es el más afectado por la pandemia del Sida. Pero a pesar de todas las ventajas asociadas a su uso a nivel teórico, todavía existe una escasa documentación científica encaminada a evaluar la aceptabilidad y viabilidad de uso y los escasos estudios disponibles se han desarrollado especialmente en países en desarrollo y con altas tasas de infección heterosexual como es el África Sub-Sahariana. De los datos disponibles se concluye que existe una disposición positiva al uso que mejoran con éste. En los países occidentales el preservativo femenino es un método escasamente conocido y poco utilizado, del que todavía desconocemos mucho sobre los condicionantes que posibilitan o inhiben su uso.

Es por tanto el objetivo de este trabajo llevar a cabo la evaluación de la viabilidad de uso del preservativo femenino en jóvenes universitarios utilizando una metodología cualitativa. Teniendo en cuenta que la metodología cualitativa posibilita la indagación y profundización en las cuestiones que pueden condicionando el uso del preservativo femenino y aportarnos información muy útil ya que son todavía muy escasos los conocimientos que tenemos, información que podrá permitir además la proyección hacia metodologías más cuantitativas. Para alcanzar este objetivo se constituyen cuatro grupos de discusión (16 sujetos) con edades comprendidas entre 18 y 24 años. Dos de los grupos estaban formados solo por chicas, un grupo por chicos y un cuarto grupo era mixto. Los bloques temáticos fueron: imagen, conocimiento, acceso y disponibilidad del preservativo femenino. Los resultados muestran que el genero y el tipo de pareja con el que se mantienen las relaciones sexuales (afectiva

* Profesora Titular del Área de Personalidad Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de Vigo. Facultad de Humanidades. Las Lagunas s/n. 32004 Ourense. Tf.: 988 387121. Fax: 988 387159. C-el.: lameiras@uvigo.es



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

versus casual) condicionan el uso del preservativo femenino. Las chicas manifiestan una mayor disposición al uso amparadas en la capacidad de control asociado, además ven más ventajas asociadas al uso dentro de la relación de pareja casual y los chicos dentro de las relaciones afectivas. Los costes y la escasa difusión del preservativo femenino en los medios de comunicación son considerados determinantes de su escaso uso. En conclusión las intervenciones para incrementar el uso del preservativo femenino han de ser desarrolladas en función del sexo y paralelamente llevar a cabo intervenciones más estructurales como es su difusión en los *mas media*.



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

EVALUACIÓN ANDROLÓGICA DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL

Gallo, Francisco Javier *

La erección es un proceso complejo en el que están implicados factores psicológicos, vasculares, neurológicos, hormonales y anatómicos.

La implicación de una causa orgánica en el 80% de los casos de disfunción eréctil, hace necesario conocer aspectos anatómicos y funcionales de la erección, que permitan entender la alteración funcional y los métodos diagnósticos que nos demuestran el origen orgánico de la misma para su correcto tratamiento

* Médico. Jefe de Servicio de Urología del Hospital de León. C/ Padre Isla, 28. 24002 León. Tf.: 987 239569. C-el.: fjgallo@pulso.com



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

DEL JUEGO SOCIAL A LA ORIENTACIÓN DEL DESEO SEXUAL

Valdivieso, Juan Donoso *

Niños y niñas manifiestan un interés por los problemas relativos al sexo tan grande como el de los adultos. La norma, empero, ha sido no darles explicaciones realistas e inventar fábulas estableciendo representaciones durante años acerca de cómo se produce el nacimiento, por ejemplo.

La “inocencia” de la infancia es mucho más corta de lo que todo el mundo cree; mientras la adolescencia, una de las etapas más conflictivas del individuo, se prolonga más. Un estudio (Matey, P. en *El Mundo*, 1998, tomado de un artículo publicado en *Psychological Science* por los investigadores de la Universidad de Chicago, la biopsicóloga M. K. McClintock y el antropólogo G. Herdt) ha revelado que la pubertad empieza alrededor de los seis años. La actividad hormonal que marca el inicio de la pubertad no se desencadena en los ovarios o en los testículos, sino en las glándulas suprarrenales. Y esta actividad hormonal temprana es, precisamente, la que marca el comportamiento característico de la pubertad. De hecho, en el trabajo aludido se establece que el proceso hormonal conduce a varias etapas en el comportamiento sexual. Atracción (suele producirse a los 9 años en los hombres y a los 10 en las mujeres), deseo (a los 11 y 12 años, respectivamente) y, finalmente, la necesidad de satisfacer dicho deseo (los hombres suelen tener sus primeras relaciones sexuales a los 13,1 años y las mujeres las inician a los 15,2 años).

Antes de la pubertad, por tanto, las niñas y los niños sienten una gran curiosidad por diferentes aspectos sexuales y expresan o manifiestan esa curiosidad e interés a través de distintas conductas, como la estimulación genital o el juego sexual con otros niños y/o niñas (López y Fuertes, 1989; Servin y Sprafkin, 1987). Además de los cambios vividos en relación con la imagen corporal, otro aspecto clave es la mayor especificidad del deseo sexual y de su orientación. Generalmente, la mayor especificidad del deseo va a ir acompañada o seguida de un importante incremento de comportamientos y manifestaciones sexuales, que permitirán al chico y a la chica adolescente ahondar y explorar un nuevo mundo de sensaciones,

* Psicólogo clínico. Profesor del Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Valladolid. Tf.: 983 423000. Extensión 24496. C-el.: juandon@psi.uva.es



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

necesidades, posibilidades, etc. ligadas a su sexualidad.

En la investigación sobre el apego, muy pronto se empezó a plantear la existencia de patrones de apego diferentes (Ainsworth y colaboradores, 1978 y Maccoby, 1984). A los datos que indican la influencia de la calidad de las relaciones familiares en el desarrollo afectivo de los niños, se unen aquellos que indican una influencia del patrón de relaciones familiares en el desarrollo social. Dekovic y Janssens (1992) han realizado hace algunos años un excelente estudio sobre el tema. De él se deduce cómo estilos de interacción diferentes producen efectos diferenciales en el desarrollo posterior de los niños, en este caso en el ámbito del desarrollo social (Gómez Pereira, 1995: Nuevas perspectivas en psicología del desarrollo).

Un importante aspecto del desarrollo social consiste en adquirir las conductas que se consideran específicas de las mujeres o los hombres, y que en todas las sociedades están diferenciadas. Esto es lo que se denomina (Delval, J. 1995: El desarrollo humano) la adopción del sexo o la tipificación sexual, que se basa en el sexo biológico, pero que es diferente de él.

Observamos que los papeles del niño y la niña están bastante definidos a una edad muy temprana. A los tres o cuatro años los niños ya tienen claro qué cosas son las que deben hacer los de un sexo y las que deben hacer los del otro, y las normas sociales extendidas se imponen incluso sobre la realidad inmediata que rodea al niño o la niña. Son los estereotipos sociales más extendidos, de los que muy pronto participa el niño, los que determinan sus creencias. En los animales las cosas son más sencillas porque los papeles están mucho más determinados por causas biológicas, pero en los humanos los aspectos sociales son muy importantes y la cultura tiene un influjo decisivo en las pautas de conducta que se terminan adoptando.

Es cierto que el sexo biológico aparece determinado desde las primeras semanas de la concepción. Si un espermatozoide con un cromosoma de tipo *Y* fecunda el óvulo el resultado será un varón, y si es un espermatozoide con un cromosoma de tipo *X* será una mujer. Es el efecto de las hormonas masculinas las que convierten a algunos en machos, aunque el embrión está programado para desarrollarse como una hembra. Precisamente las hormonas tienen una segunda función durante la pubertad, en que desencadenan los cambios que se producen en esa edad. Así pues, lo masculino y lo femenino pueden considerarse conjuntos difusos que tienen un núcleo más preciso, pero cuyos límites se entremezclan.



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

Sin embargo, desde el nacimiento se empiezan a señalar diferencias entre niños y niñas: parece que las niñas prestan más atención al contacto social, a las caras, a las voces, a las personas y también suelen hablar antes. Algunos estudios muestran que la actitud de los padres, e incluso las descripciones que hacen de los niños antes de haber tenido el primer contacto con el recién nacido, varían ya según que se trate de un niño o de una niña. A partir de ahí se establecen diferencias de trato que pueden ser las responsables de los resultados: por una parte, reforzando determinadas conductas que se consideran valiosas y estimulando a los sujetos a que las hagan; por otra, se reprueban y desvalorizan las conductas no deseables y se les dice a las niñas, pongamos por caso, que jugar a ciertos juegos es cosa de niños. Asimismo, padres y madres tienen interacciones diferentes con los hijos: se sabe que los varones juegan más con los hijos y realizan juegos más bruscos con los niños que con las niñas, ya desde los primeros meses de vida; pero también el tipo de juego que los padres practican depende del sexo del hijo. Los juegos constituyen uno de los terrenos en que mejor se pueden distinguir las actividades de niños y niñas, según veremos más adelante.

¿Tienen los niños de hoy un desarrollo más precoz que sus ascendientes, sus padres y abuelos? La mejora en la nutrición puede ser, en parte, responsable. También en que, actualmente, es mucho mayor la proporción de niños que crecen en un medio urbano, donde suelen darse más estímulos de todas las clases y características. Añádase la escolarización general y obligatoria y la educación infantil, que supone proporcionar en edad muy temprana un entorno de estimulación enriquecido y planificado. Por último, se especula con la posibilidad de que la creciente complejidad visual del mundo actual, las imágenes de televisión, la publicidad, los ordenadores, etc. han podido desarrollar los activadores de la sensibilidad y con ello se facilitan respuestas de toda índole, incluso de naturaleza sexual. La televisión, probablemente, ha modificado de modo significativo la mentalidad infantil, alterando el atributo que siempre se había adjudicado a la infancia: la inocencia. Antes, los adultos suministraban, según su criterio, lo que los niños debían y no debían enterarse; hoy, la televisión lo muestra todo desde el principio sin ninguna clase de disimulo, reserva o desfiguración.

Niños y niñas manifiestan un interés por los problemas relativos al sexo tan grande como el de los adultos. La norma, empero, ha sido no darles explicaciones realistas e inventar fábulas



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

estableciendo representaciones durante años inadecuadas acerca de cómo se produce el nacimiento, por ejemplo.

Antes de la pubertad, por tanto, las niñas y los niños sienten una gran curiosidad por diferentes aspectos sexuales y expresan o manifiestan esa curiosidad e interés a través de distintas conductas, como la estimulación genital o el juego sexual con otros niños y/o niñas (López y Fuertes, 1989; Servin y Sprafkin, 1987). Además de los cambios vividos en relación con la imagen corporal, otro aspecto clave es la mayor especificidad del deseo sexual y de su orientación. Generalmente, la mayor especificidad del deseo va a ir acompañada o seguida de un importante incremento de comportamientos y manifestaciones sexuales, que permitirán al chico y a la chica adolescente ahondar y explorar un nuevo mundo de sensaciones, necesidades, posibilidades, etc. ligadas a su sexualidad.

La orientación del deseo se refiere al tipo de objetos por los que sentimos atracción sexual y, en consecuencia, hacia los que dirigimos nuestro deseo sexual. Consiste en las tendencias sexuales de cada persona, tiene que ver con la afectividad y la emotividad. La orientación sexual no la puede elegir la persona a su antojo, ni cambiarla cuando desee. Lo percibimos como sentimiento de necesidad, más o menos explícito, –dependiendo de la educación– de realizar actividades sexuales. Fantasías sexuales, deseos explícitos, sentimientos de tensión o necesidad de entrar en contacto corporal son las manifestaciones más frecuentes.

En la orientación del deseo sexual el objeto de satisfacción no está necesariamente definido y puede incluso no existir. Más bien se trata del fin que se persigue, como es vivir la sexualidad conforme a unos deseos y apetencias. Puede ser excitado por estímulos externos e influido por los afectos, dependiendo de las tendencias de cada persona.

Hombres y mujeres somos distintos y, también, somos iguales. En este caso, la naturaleza nos hizo diferentes pero la sociedad nos quiere iguales, todo gracias al amor. ¿Qué nos hace entonces ser tan diferentes?

En esta ponencia tratamos de reflexionar sobre las funciones y mecanismos que están influyendo en la condición sexuada de mujeres y varones, y cómo ésta se llega a potenciar o disminuir en el proceso de la socialización.



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

INFLUENCIA DE ENFERMEDADES MÉDICAS EN EL COMPORTAMIENTO SEXUAL DEL HOMBRE Y DE LA MUJER

Segovia, José Miguel *

Disfunciones sexuales debidas a causas médicas

Se pretende llamar la atención sobre aquellas disfunciones de la relación sexual cuya etiología es preferentemente de causa orgánica o tóxica. Para ello se hace una revisión teórica de la fisiología (especialmente neurofisiológica) y, patología de la sexualidad.

Conviene recordar las bases *fisiológicas, anatómicas y bioquímicas* que representan el soporte material y funcional de la sexualidad, esto es, el hardware sobre el que instalarán todas las vivencias y acontecimientos que compondrán el complejo sistema de la sexualidad humana.

Por motivos de especialización, se obviará la descripción exhaustiva de la anatomía genital y hormonal y se mencionará la base neuroanatómica de la sexualidad.

Se acepta la existencia de un complejo y difuso centro sexual situado en la región preóptica del hipotálamo, donde se produce la secreción gonadotropínica que inicia el impulso sexual. Estas zonas están mediadas principalmente por el neurotransmisor Dopamina.

La anterior es una descripción simplista, pues además intervienen en esta compleja función otras zonas y neurocircuitos, como los núcleos olfatorios, circuito témporo-hipocampo-amigdalino, el córtex orbitofrontal... etc., cada zona con un mecanismo específico de influencia. A nivel periférico el Sistema Nervioso Vegetativo, a través del Parasimpático y el Simpático, regula y controla en perfecta coordinación las distintas fases fisiológicas de la relación sexual.

Dentro del mecanismo hormonal, se destacan las influencias que ejercen las hormonas hipofisarias, ováricas, testiculares y suprarrenales.

Se recordarán las fases fisiológicas de la relación sexual, perfectamente descritas por Masters&Jhonson y, solo parcialmente modificadas por otros autores. Se enumeran las fases de Excitación, Meseta, Orgasmo y Resolución.

* Médico Psiquiatra. Hospital del Bierzo. Unidad de Psiquiatría. c/ La Dehesa, s/n. 24411 Fuentesnuevas. (Ponferrada) León. Tf.: 987 403874.



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

Clasificación de la patología sexual en función del momento o fase donde se produzca la disfunción. Así se enumera:

- Disminución del deseo.
- Disminución de la excitación.
- Disminución del orgasmo.
- Disfunciones dolorosas: Dispareunia, Vaginismo.
- Otras: Fobia sexual, Disforia postcoital.
- Hipersexualidad, ninfomanía, satiriasis.

Se explicarán las distintas influencias que sobre esas disfunciones ejercen distintas patologías:

- Patología Hipotalámico-Hipofisaria (Hipogonadismo, Craneofaringioma, S. de Kallman...).
- Patología Neurológica (A.C.V., Enfermedad de Parkinson, Esclerosis Múltiple, E.L.A., Tabes, Traumatismos...).
- Enfermedades Vasculares (Priapismo, S. de Leriche, Arteriosclerosis...).
- Enfermedades Endocrinológicas (Diabetes, Enf. de Cushing, Enfermedad de Addison, Hipotiroidismo...).
- Enfermedades metabólicas (Insuficiencia Renal, Insuficiencia Hepática...).
- Enfermedades Ginecológicas y Urológicas (Endometriosis, Cistitis, Protastectomía, Uretritis, Enfermedades Venéreas...).
- Enfermedades Mentales (Depresión, Esquizofrenia, Psicopatías...).
- Fármacos y Drogas (Fármacos vasoactivos, Antidepresivos, Neurolépticos...).

Se menciona la anamnesis sencilla que permite diferenciar con un grado aceptable de incertidumbre, las disfunciones debidas preferentemente a patologías orgánicas de aquellas disfunciones preferentemente psicógenas.

Por último se mencionarán algunos tratamientos de las disfunciones sexuales haciendo énfasis en aquellos en los que existan causas médicas que lo justifiquen.



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

LA SEXUALIDAD EN LA CLÍNICA GINECOLÓGICA

Mastache, Celestina*

Hablar de sexualidad, aún en nuestro siglo XXI, resulta embarazoso para la gran mayoría de la humanidad. Realmente hemos avanzado científicamente en diversos campos de nuestro propio conocimiento del cuerpo, y de nuestro funcionamiento hormonal. A nosotros, en el campo de la tocoginecología, poder utilizar diversos fármacos, bien sean para poder estudiar y poder tratar alteraciones que ya ocurren desde edades tempranas, poder inducir ovulaciones y así obtener embarazos con técnicas de reproducción asistida en circunstancias que la relación sexual copulativa del ser humano binomio hombre-mujer no lo conseguimos? ha hecho solucionar importantes circunstancias de vida. Hemos logrado controlar con hormonas anticonceptivas regular nuestra natalidad en función de una mayor responsabilidad reproductiva así como en beneficio de una relación sexual más segura y placentera. Hemos sido capaces de prevenir y controlar enfermedades de transmisión sexual. Somos capaces de controlar trastornos hormonales secundarios al deterioro progresivo de nuestra propia naturaleza humana, en beneficio de tener una menopausia más controlada, más asumida y con menos traumas, que en muchas ocasiones, nos ha ayudado a saber envejecer. Pero así todo, con estos cambios que gran parte de nuestra sociedad tiene a su alcance, aún presentamos prejuicios sociales. Aparentemente vivimos en sociedades con un mayor poder de información, pero seguimos escandalizándonos cuando hablamos de temas como homosexualidad, aborto, eutanasia, o cuando en nuestras casas nuestros hijos desde niños nos comienzan a preguntar sobre sus diferencias sexuales, en ocasiones nos callamos porque no sabemos que responderles, o por el contrario nos escandalizamos, porque han recibido charlas en el colegio que en vez de considerar informadoras consideramos que lo que hacen es alterar la conducta de nuestros hijos en perjuicio de su buen comportamiento. Nunca deberemos de olvidar que una de las grandes preocupaciones del ser vivo, siempre ha sido la reproducción, porque ella es la que nos mantiene en el mundo de las especies, la que es capaz de mantener

* Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Comarcal de Jario de Asturias. Tf.: 985 639300. C-el.: celmape@inves.es



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

nuestra supervivencia, y obviamente este proceso va íntimamente relacionado con el sexo en donde somos capaces de reunir nuestra carga genética y a sí dar vida a un nuevo ser que, sucesivamente seguirá nuestros mismos pasos y permitirá el mantenimiento de la especie.

Aquí, intento llegar al punto en que muchas mujeres perciben a su ginecólogo y obstetra y si me apuran mucho, a su ginecóloga mujer, como el contacto inicial para gran parte de esos problemas de salud, en ese terreno tan íntimo, tan inescrutable aparentemente, que por supuesto incluye el aspecto sexual. No debemos de olvidar nunca, que hay ciertas etapas, en la vida de la mujer, en las cuales se presentan cambios importantes que en ocasiones las hace sentir preocupadas sobre su salud sexual, podríamos incluir, la ausencia o desarrollo de características secundarias sexuales, inicio o ausencia de menarquia, comienzo de la actividad sexual y del coito, utilización de métodos anticonceptivos, embarazo, menopausia, procedimientos quirúrgicos que pudieran afectar a la procreación futura, a la menstruación, a la función sexual, a la relación íntima de pareja.

Por todo lo anteriormente dicho, deberíamos de entender los médicos, que la salud sexual de nuestras pacientes forma parte, del cuidado integral de salud. A sí como de nuestra capacidad de dar información que llegue de forma adecuada y comprensible a nuestras pacientes, no siempre enfermas, pero sí ávidas de información y de comprensión.

Podría hablar de mi experiencia como ponente y a su vez partícipe de unas jornadas de salud y mujer realizadas en las Islas Canarias de carácter científico divulgativas. Se realizaron durante dos días y en el primer día se realizaron 5 ponencias de las cuales una de ellas versaba sobre “La sexualidad en las distintas etapas de la vida” acompañada de un taller sobre mujer y sexualidad. Cual sería mi sorpresa que de 230 mujeres de diversas edades, me encontré con una inscripción previa de 80 mujeres apuntadas en este taller, taller el cual, por supuesto, hubo que repartirse en dos grupos y a su vez en subgrupos por edades, con posterior puesta en común, que obviamente resultó muy enriquecedora. Intentamos presentar:

- Objetivo general: Esclarecer y dialogar sobre nuestra propia sexualidad, expresándola libremente sin prejuicios ni tabúes.
- Expresar la sexualidad libremente, utilizarla como forma comunicativa, beneficiándonos de ella.



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

- Muchos piensan que su educación sexual no ha sido buena. ¿Cómo cambiar esto?, ¿qué podríamos hacer?
- ¿Influyen nuestros padres y formadores en vuestras actitudes, respuestas sexuales y la visión que tenemos de las ajenas?
- ¿Consideran importante la información sobre sexualidad?
- Quiénes son padres, ¿son capaces de hablar de hablar con sus hijos sobre temas de sexualidad?
- ¿Se atreven sus hijos a hacerles preguntas sobre sexualidad, reproducción, métodos anticonceptivos? ¿Les contestan?
- ¿A qué edad tuvieron su primera relación sexual?
- ¿Qué creemos que conocemos del sexo, qué nos interesa saber?
- Nuestras fantasías sexuales, ¿intentamos realizarlas?, ¿las utilizamos?, ¿creemos que están mal?
- ¿Conocemos y diferenciamos las diferentes disfunciones sexuales?
- ¿Han tenido alguna vez problemas en su relación sexual, en su respuesta sexual, en las diferentes fases: deseo, excitación, meseta, orgasmo, resolución?
- El sexo en nuestros mayores, ¿cómo lo percibimos?
- ¿Por qué nos resistimos, al envejecer, a perder nuestras capacidades, vista memoria agilidad etc., y en cambio nos resignamos a la pérdida de comunicación, a las relaciones y experiencias sexuales?. Nuestras relaciones serán una continuación de lo que han sido.
- ¿Consideramos que hay una edad para el inicio de éstas y otra para el cese?
- ¿Tenemos en cuenta la sexualidad infantil?, ¿cómo la percibimos?, ¿desde cuándo nos recordamos sexuados?
- ¿Se tiene la misma accesibilidad a los profesionales de estos temas: Sexólogos... que a cualquier otro profesional de la salud, traumatólogo, oftalmólogo, enfermeras?
- Anoten tres preguntas sobre las cuales tengan inquietud y podamos resolver en este taller.

Dicha experiencia resultó ser altamente interesante, fundamentalmente, porque se consiguió la desinhibición de las participantes durante el mismo, así como el agrado por los resultados de comunicación en dicho taller.



Federación Española
de Sociedades
de Sexología



CEPTECO



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

Hablaremos en estas I Jornadas de Sexología de León, sobre cuales suelen ser las preguntas y los comentarios más frecuentes en las consultas de ginecología, que habitualmente suelen ir relacionados con los temores en cuanto a las relaciones sexuales durante el embarazo, así como en la disminución del deseo sexual conforme nos vamos acercando a edades más avanzadas.



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

EDUCACIÓN SEXUAL Y AFECTIVA SEXUALIDAD EN PERSONAS CON MINUSVALÍA PSÍQUICA

García, José Luis *

Quisiera comenzar planteando con claridad una de las ideas centrales de nuestra exposición en estas Jornadas: la sexualidad y la afectividad de las personas con minusvalía psíquica son aspectos de su vida muy importantes a los que, hasta ahora y desde nuestra perspectiva, no se les ha prestado la suficiente atención. Somos conscientes de que afirmar tal cosa sigue provocando cierto nerviosismo en algunos sectores, cierto malestar y, a menudo, se tiende a esconder. Esta ocultación se ha venido haciendo desde hace mucho tiempo y sería bueno reflexionar sobre el porqué de este silencio.

En los últimos años, sin embargo, algo está cambiando y ello debe alegrarnos. Observamos un mayor interés por estos temas si bien desde una vertiente más preventiva: hay padres y madres preocupados por el Sida, por el abuso sexual o el embarazo no deseado de sus hijos e hijas que consideran más vulnerables. Unos hijos e hijas a quienes se quiere muchísimo: A veces tanto que puede que se “*pasen*” un poquito, tendiendo a sobreprotegerles en exceso.

Seguramente es en el área de la sexualidad y la afectividad en donde aparecen más miedos y temores. Cuando trabajamos con familias, solemos decirles a las madres y padres que aún comprendiendo esos temores, no estaría de más que trataran de relajar esa tensión y pensar en estos chicos y chicas, en estas personas, considerando igualmente otra perspectiva: también sufren cuando se les condena a la soledad por temor a que les pueda pasar *algo sexual*. Es la otra cara de la moneda.

Es evidente que la educación sexual y afectiva de estas personas está en una situación mucho más precaria que la de aquellas que no tienen minusvalía psíquica –sin que por esto entendamos que en estas últimas haya alcanzado unos niveles satisfactorios–. ¿Por qué decimos esto? Bueno, es obvio que tienen muchas menos probabilidades de tener relaciones afectivas y muchísimas menos oportunidades de establecer relaciones de intimidad, incluso de

* Psicólogo Clínico. Especialista en Sexología. Cofes Iturrama. Servicio Navarro de Salud. C/ Iturrama, 9 – entreplanta. 31007 Pamplona. Tf.: 948 198334. C-el.: jlgarci@correo.cop.es <http://www.medusex.com>



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

tener espacios de intimidad. Como han señalado diferentes informes, en una buena parte de los casos, carecen de las habilidades sociosexuales precisas para desarrollar relaciones interpersonales y afectivas adecuadas.

El control y la vigilancia excesiva a la que muy a menudo son sometidas estas personas, consecuencia directa de una sobreprotección, fundamentada en buena parte en la idea errónea de su falta de autocontrol, les lleva a una pérdida de la intimidad, esencial para la sexualidad, llevándoles a la soledad afectivo-sexual en ese ámbito de su vida.

Con todo, si hablar de educación sexual todavía sigue generando algún tipo de controversia, cuando ésta se refiere a las personas con minusvalías psíquicas, la polémica y las actitudes de rechazo se complican considerablemente, en virtud de que, en nuestra sociedad, ambos aspectos han estado durante largo tiempo caracterizados por la marginación y el oscurantismo.

Pero es preciso advertir que la trascendencia que comporta la sexualidad en nuestra sociedad actual, tanto en el ámbito personal y familiar, obliga a estas personas a adoptar decisiones en estos aspectos de sus vidas. Y para facilitar este proceso decisorio, además de la correspondiente formación e información, se requiere un apoyo claro e inequívoco tanto de la familia como del entorno.

Vivimos en un momento histórico en donde están comenzando a verse algunos logros de los programas de integración. También los errores cometidos, luces y sombras como en cualquier proceso de innovación. Pero, con todo, parece indiscutible que lo que en realidad pretendemos con estos programas, es que estos chicos y chicas, estos hombres y mujeres distintos, se integren socialmente, normalicen su vida cotidiana y, con esta finalidad, no dudamos ni ponemos reparos en enseñarles y capacitarles en muchos aspectos de la vida.

Hemos dicho sí a la integración en temas laborales, sociales o de atención y asistencia en salud, pero cuando abordamos la cuestión afectivo-sexual, ahí sí que nos paramos. Desde aquí lanzamos una invitación a que, sin prisas, se vayan incorporando estas cuestiones a la educación de estos chicos y chicas, hombres y mujeres distintos.

Históricamente se ha tendido a negar sus necesidades afectivo-sexuales por temor a que les pase algo y tal vez haya sido un error. El temor a que les pueda pasar algo sexualmente ha llevado a muchos padres a controlarlos en exceso, a arrinconarlos un poco, en definitiva a



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

dejarlos en la soledad. Este es un precio alto, un costo muy elevado que tienen que pagar.

Estos chicos y chicas tienen grandes capacidades, a veces mayores de las que pensamos, pero tenemos que confiar en ellos. Si nosotros anticipamos que no pueden, no van a poder. Por tanto, sería deseable potenciar, sin complejos, que sean más autónomos e independientes. Llegará un día en que en esta ciudad por ejemplo, si es que eso no está ya ocurriendo en algún caso, haya apartamentos en los que vivan un chico y una chica con minusvalía psíquica, y vivan en pareja, como ocurre en algunos países. O tal vez viviremos en un edificio en uno de cuyos pisos vivan dos parejas de personas con minusvalías psíquicas o un grupo de chicos y chicas con minusvalía psíquica con una persona que les tutela. Esto va a ocurrir antes o después. Y es bueno que ocurra. Que sean autónomos, autosuficientes, siempre hablando en términos generales, porque aunque no todos pueden tener los mismos logros en su autonomía, sí que muchos pueden conseguir logros valiosos.

Estas personas, estos chicos y chicas, tienen unas necesidades parecidas a las nuestras y tienen derecho como nosotros a beneficiarse de ello, contribuyendo a que puedan sentirse mejor consigo mismas/os y con los demás. Cuando las familias y los profesionales, adoptan unas actitudes más constructivas, reconocen esto, su conducta comienza a mejorar, la gente está más tranquila. Hay mejoras cuando se da una actitud más abierta, más tolerante en este campo.

En nuestra exposición trataremos de hacer un diagnóstico de la situación actual, sobre la base de nuestra experiencia de formación con muy diferentes asociaciones y colectivos de minusvalía psíquica de toda España, presentando una propuesta de trabajo experimentada que tiene como eje central el consenso entre los profesionales y entre estos y los padres-madres. Es indiscutible la pertinencia de la formación en este área para ambas agencias educativas, ya que esta formación facilitará con mayor probabilidad ese consenso. No ha de soslayarse el hecho de que, tal vez, sea ésta una de las mayores dificultades del momento presente. Este consenso debe incluir una evaluación de las condiciones reales del Centro (recursos educativos, consenso, coordinación profesionales, características de los grupos... etc.), el establecimiento de unas prioridades y el compromiso de poner en marcha iniciativas específicas.



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

Es indiscutible la necesidad de la formación y reciclaje de los/as profesionales que trabajan con personas. La formación del profesorado debe centrarse entre otros extremos, no tanto en las características de la persona con minusvalías, sino en aquellos factores que faciliten la comprensión de los procesos de enseñanza y aprendizaje, en función de las necesidades especiales de los/as alumnos/as que las presentan.

Tenemos que reconocer que nuestros conocimientos sobre la sexualidad y la afectividad de estas personas son todavía insuficientes, si bien es preciso también valorar que las actitudes sociales ante estos aspectos de sus vidas, están experimentando, aunque muy lentamente, cambios.

Con todo es preciso adoptar nuevas actitudes, más humanas, positivas y comprensivas respecto de la sexualidad de las personas con minusvalía psíquica. Padres, madres y profesionales debieran reconocer sus necesidades afectivo-sexuales y tener actitudes positivas abiertas y benevolentes hacia la expresión adecuada de las mismas. Las instituciones educativas debieran adoptar medidas eficaces al objeto de que estas personas puedan desarrollar esta dimensión de su vida, con la dignidad, y con la gratificación que, como ser humano, le corresponde por derecho.

BIBLIOGRAFÍA DEL AUTOR SOBRE EL TEMA:

- García, J.L. (1984) *La educación sexual en grupos de disminuidos*. Irún: Edutest.
(1989) *La sexualidad de los marginados*. Medusa: Pamplona.
(1990) *Sexualidad y deficiencia*. Minusval, 69, Septiembre 1990.
(1991) La educación sexual de las personas deficientes mentales, en GARCÍA J.L. *Guía práctica de información sexual para el educador*. Medusa: Pamplona, (2ª Edición).
(1993) *Materiales didácticos de apoyo para la educación sexual de las personas con minusvalías psíquicas*. Siglo Cero 145: 51-54.
(1992) *Sexualidad, afectividad y deficiencia Mental: una aproximación integradora*. Actas Iª Conferencia Nacional de la Sexualidad en personas con M.P. Albacete.
(1993) *La educación sexual en personas con minusvalías psíquicas*. Actas IV Jornadas de integración. Universidad de Badajoz: Badajoz.
(1993) *Educación sexual y deficiencia psíquica*. Actas encuentro Sexualidad del deficiente psíquico. Asociación de Planificación Familiar de Madrid: Madrid.
(1993) *Relaciones afectivas y sexualidad en las personas con minusvalías*. Actas Jornadas sobre minusvalías e integración. CEP de La Laguna: La Laguna.
(1994) *Sexualidad y afectividad en las personas con discapacidad psíquica*. Actas Jornadas sobre la persona con discapacidad psíquica. Murcia: FADEM.
García, J.L. y col. (1995) *Sexualidad y contracepción en jóvenes con minusvalías psíquicas: un estudio con padres y profesorado en Navarra*. Fertilidad Vol. XII 3, Mayo-Junio: 47-58.
(1995) *Opiniones y actitudes ante la sexualidad y el Sida de los padres y profesorado de jóvenes con minusvalías psíquicas*. ETS, 9, nº 3: 161-167.
García, J.L. (1995) *Sexualidad y minusvalías psíquicas: la necesidad de saber*. La Cristalera, 5: 44-48.



Federación Española
de Sociedades
de Sexología



CEPTECO



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

- (1996) *Educación sexual e afectiva para profesionales que trabajan con personas con minusvalías psíquicas*. Jornadas de Verano. Vigo: FADEP.
- (1997) *Anticoncepción quirúrgica en personas con minusvalías psíquicas: la polémica de nunca acabar*. Boletín ANFAS, Diciembre: 16-17.
- (1998) *Mujer con minusvalías psíquicas y sexualidad*. Minusval 114: 28-32.
- (1999) *La sexualidad: una preocupación, pocas respuestas*. Down 11: 14-16.
- (1999) *Un modelo de trabajo en educación sexual en personas con minusvalía psíquica*. 2ª Conferencia Nacional de sexualidad y discapacidad psíquica. Cádiz.
- (2000) *Educación sexual y afectiva en personas con minusvalía psíquica*. Cádiz: Asociación S. Down.



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

TALLER:

CLAVES PARA LA INTERVENCIÓN EN DISFUNCIÓN ERÉCTIL

Borrás, Juan José *

Sexología

Una de las características que configuran a la sexología como disciplina científica es la perspectiva integradora. Frente a la tradicional dicotomía mente-cuerpo que se traduce en que dispongamos, separadas, de facultades de medicina y psicología, en sexología trabajamos desde la integración de los aspectos biológicos, psicológicos y socioeducativos teniendo como referencia la salud sexual de la persona.

DE: Evaluación y tratamiento

Perspectiva sexológica

La evaluación y tratamiento de la *DE* la realizamos en terapia sexual siguiendo el protocolo de actuación que voy a comentar, poniendo énfasis en los aspectos que matizan la intervención desde la sexología frente a otros estilos de intervención.

Como eje de la exposición, voy a ir presentando un algoritmo de evaluación y tratamiento de la *DE* con el que actuamos.

Paciente y/o pareja con factores de riesgo de DE

Un posible inicio de aproximación a un problema de *DE* es la percepción de factores de riesgo de *DE* en un hombre o en su pareja (hetero u homosexual) o en ambos. Progresamos desde la técnica de intervención menos agresiva y al tiempo más rica como fuente de información y establecimiento de relación terapéutica con el paciente o la pareja. En este punto es importante hacer algunas consideraciones sobre lo que denominamos factores de riesgo. Por factores de riesgo nos referimos a la presencia de patología orgánica y/o trastornos psicosomáticos, tanto en el hombre, en su pareja o en ambos.

Los trastornos psicosomáticos pueden ser muy diversos y suelen ser motivo frecuente de reiteradas consultas ambulatorias en servicios de atención primaria y/o psicológicos (cefalea,

* Médico y profesor de Psicobiología de la Conducta Sexual en la Universidad Jaume I de Castellón. Presidente de la FESS. Apdo. de Correos 224. 12080 Castellón. C. el.: borras@psb.uji.es



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

malestar impreciso, lumbalgia, trastornos digestivos, estrés, ansiedad, depresión...). Estos trastornos puede presentarlos el hombre, su pareja o ambos. La presencia de patología orgánica susceptible de constituir factores desencadenantes y/o precipitantes, obviamente sólo la presenta el varón con *DE*.

Paciente y/o pareja consulta por disfunción eréctil

Cuando es el propio hombre con *DE*, su pareja o ambos conjuntamente son quienes nos consultan al respecto, uno de los focos de atención de nuestra entrevista con ellos es llegar a establecer, o no, el diagnóstico de *DE*.

Identificar el motivo de la consulta (la queja que nos presentan) con el diagnóstico, es un error frecuente en el abordaje de los trastornos sexuales. Fácilmente desplazan, el hombre o la pareja, otros conflictos a la esfera de lo genital. Además es importante ante la frecuente presencia simultánea de diversos problemas sexuales en el hombre (bajo deseo sexual, eyaculación precoz, eyaculación retardada...) y/o su pareja (deseo hipoactivo, anorgasmia) establecer el diagnóstico principal y qué problemas son meras consecuencias de este.

DE: Diagnóstico diferencial etiológico

Si nuestro diagnóstico es que efectivamente se trata de una *DE*, continuamos con nuestro instrumento privilegiado de intervención que es la entrevista. Ahora es esencial determinar si el factor orgánico es relevante para poder resolver el problema del hombre o la pareja.

Tradicionalmente los factores etiológicos (*predisponentes* y *desencadenantes* de la *DE*) se han clasificado como orgánicos, psicógenos o mixtos, lo que llevó a que se hablara de Disfunciones eréctiles orgánicas, psicógenas o mixtas. Esta es una forma de clasificar que nos resulta relativamente útil para organizar nuestra intervención si bien es absolutamente arbitraria. Estrictamente un pene que no responde con una erección a una estimulación “eficaz” puede ser consecuencia de lo que denominamos factores orgánicos, ahora bien, todo problema de disfunción eréctil es “psicorgánico”, estando afectado TODO el conjunto del hombre (física y emocionalmente) y, si la tiene, su pareja y la relación entre ambos.

En cualquier caso, el componente psicógeno siempre está presente como factor mantenedor de la *DE*.

Factores psicológicos tales como:



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

- El miedo: a la relación sexual, a fracasar, no responder, perder la erección, penetrar...
- La ansiedad ante la idea o la posibilidad real de un coito.
- La vulnerabilidad del hombre hacia la actitud de la pareja con respecto a la *DE*.
- El desconectarse de la excitación e incluso del deseo sexual al situarse como espectador de sí mismo durante el juego sexual.
- La inseguridad, que pronto va extendiéndose a otros ámbitos de la vida del hombre, etc.

Son algunos de los elementos que actúan como factores psicógenos siempre presentes y mantenedores de la *DE*.

La intervención sobre factores *predisponentes* y *desencadenantes* puede no ser eficaz o no serlo a medio y largo plazo (RECAÍDA) de no atender, como mínimo, a factores psicógenos que a su vez pueden llegar a ser el factor único que *mantiene* presente la *DE*.

Todo esta carga de afectación “psicorgánica”, constituye el Problema de la *DE* con que nos llega el hombre a consulta.

¿Es relevante el factor orgánico para resolver el problema de la *DE*?

Para progresar en nuestra intervención, necesitamos determinar cuál es el peso del factor orgánico, y si necesitamos abordarlo para resolver la *DE*. La entrevista continua siendo el instrumento que nos facilita estas respuestas. Si la *DE* es situacional, es decir:

Si la ausencia o pérdida de erección no ocurre en todas las ocasiones en que el hombre tiene relaciones sexuales, y/o

Si lo hace, si hay erección cuando se masturba, y/o

En los casos en que el hombre mantiene relaciones con más de una pareja, si la *DE* ocurre con alguna o algunas parejas solamente, y/o

Si presenta erecciones postsueño, al despertarse, y/o

Si presenta erecciones nocturnas (durante fases REM del sueño). En este caso, salvo que refiera despertarse en ocasiones y haberlo verificado, podemos necesitar recurrir a elementos diagnósticos tales como la prueba de los sellos o equivalentes, registros poligráficos de tumescencia nocturna peneana o rigiscan.

En este punto de la intervención, si el factor orgánico no es relevante, abordamos la terapia



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

sexual de la *DE* centrados en los elementos psicógenos y relacionales que puedan estar presentes.

Si no podemos descartar la relevancia del factor orgánico, lo abordamos junto con los factores psicógenos siempre presentes. Para ello:

Si presenta el hombre un trastorno del deseo (DSI) y éste es nuestro diagnóstico principal, siendo la *DE* simultánea o secundaria al deseo sexual inhibido (DSI) podemos necesitar profundizar en la evaluación endocrinológica, lo que requiere determinación de perfil hormonal (básicamente: testosterona, PRL, LH y hormonas tiroideas) y en su caso, derivando al endocrino. Es esencial no olvidar que el especialista sólo está preparado para abordar la patología endocrinológica; habitualmente el paciente o la pareja continúan requiriendo el apoyo, orientación o terapia sexual simultáneas o subsecuentes.

Si nuestro diagnóstico primario no es de DSI en el hombre (además de la presencia de *DE*) recurrimos en este punto a la prueba con Viagra. Si en respuesta a Viagra no se restaura la respuesta de erección consideraremos, en función de la historia clínica del paciente, la derivación a otro/s especialista/s para conjuntamente profundizar en el diagnóstico y tratamiento. Esta labor de colaboración interdisciplinar es la clave de la intervención eficaz ante el problema de la *DE*.



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

TALLER: TALLER DE CARICIA

Corbella, Cristina *

“El TALLER DE CARICIA es un Grupo de Crecimiento Personal donde cada persona, desde sí misma y desde su momento, experiencias, necesidades, y expectativas, puede ir encontrando esas claves tan personales que harán posible no sólo conocerse mejor, sino, con los recursos puestos a su disposición, mejorar aquellos aspectos que considere más descuidados u olvidados, tanto de su relación consigo misma, como con l@s demás, especialmente las relaciones afectivas y sexuales.

La CARICIA en su sentido amplio, como “todo aquello que nos hace sentir bien” nos sirve de hilo conductor. Porque desde el bienestar, trabajando desde lo positivo, desde lo que nos gusta, respetando los límites y valores que cada un@ tenemos y en el ambiente adecuado, se puede “crecer y aprender”.

Desde 1988 venimos desarrollando un método de trabajo en educación emocional que consideramos aplicable tanto al desarrollo personal como a la formación de futur@s especialistas en Sexología.

Con el objetivo de dar a conocer este método, presentamos este Taller en el marco de las I Jornadas de Sexología de Castilla y León. En él no pretendemos resumir las 60 horas de que consta el *Taller de Caricia* sino ofrecer, a aquellas personas interesadas en conocer esta forma de trabajo, la oportunidad de participar en una experiencia estructurada, a modo de “muestra” completa de este método, que les permita evaluar su posible aplicación en diferentes ámbitos.

Se recomienda que l@s participantes traigan:

- Ropa cómoda (que permita estar sentado o moverse por la sala sin “apreturas”).
- Un par de calcetines extra pues nos descalzaremos.
- Disposición a participar-jugar.

* Asociación Sexológica GARAIA. Campo Volantín, 24-4º Dpto. 3. 48007 Bilbao. Tf.: 94 4461005. C-el.: ccorbella@correo.cop.es



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

TALLER:

**PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL. NIVELES
DE ACTUACIÓN Y PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN**

Casaubón, Antonio *

Partiendo de una visión *global* del ser humano y su sexualidad, la actuación a desarrollar ha de ser, por tanto *múltiple y diversa en los objetivos y en los sujetos* beneficiarios de la intervención.

No sólo lo *educativo, lo asistencial, lo preventivo, lo orientativo, lo divulgativo...* deben de tener cabida en nuestro modelo actuativo, sino que además a través de nuestro trabajo debemos de buscar nuevos fines, uno de ellos puede ser el cambio y la transformación individual y grupal.

Hablar de *Educación Sexual como fuente de educación en Valores*, hablar de Libertad, Respeto, Igualdad, Tolerancia, Solidaridad, Responsabilidad, puede suponer un giro en el discurso de la *Sexología Científica* del Siglo XXI, siguiendo la definición de la *OMS* de 1975 de *Salud Sexual*:

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

* Psicólogo especialista en sexología. Presidente de la AEES. C/ Nueva, 1º, 2º planta “Edif. Mediterráneo”. 18600 Motril (Granada). Tf.: 958 604577. C-el.: a.casaubon@correo.cop.es



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

TALLER:

**INTELIGENCIA EMOCIONAL EN LAS RELACIONES AFECTIVO-
SEXUALES**

Gomá, Herminia *

¿Qué prefieres: tener razón o ser feliz?

Anónimo

Si ser feliz es sencillo, ¿cómo es que hay tanta gente que fracasa en conseguirlo?

Hasta ahora, la ciencia ha tenido una visión bastante estrecha respecto a la inteligencia, asegurando que el C.I. es un factor genético que no puede ser modificado por la experiencia vital y que el destino de nuestras vidas se encuentra, en gran medida, determinado por esta aptitud. Pero este argumento deja de lado una cuestión decisiva, ¿qué cambios podemos hacer para que a nuestros hijos les vaya bien a lo largo de su vida? ¿Qué factores entran en juego, por ejemplo, cuando personas con un elevado C.I. no saben qué hacer, mientras que otras, con un discreto C.I., lo hacen sorprendentemente bien? La diferencia reside a menudo en el conjunto de habilidades que podríamos llamar *inteligencia emocional*.

Estas capacidades, pueden enseñarse a los niños, de esta manera tendrán la oportunidad de sacar el mejor rendimiento posible al potencial intelectual genéticamente obtenido.

La herencia genética nos ha dotado de un equipaje emocional que determina en gran medida nuestro temperamento, pero los circuitos cerebrales implicados en la actividad emocional son tan extraordinariamente maleables que no podemos afirmar que el carácter determina nuestro destino, La infancia y la adolescencia constituyen una auténtica oportunidad para asimilar los hábitos emocionales fundamentales que gobiernan el conjunto de nuestras vidas.

El C.I. no es suficiente para explicar los destinos tan diferentes de personas que tienen perspectivas, educación y oportunidades similares. Saber que una persona ha obtenido un título con notas excelentes equivale a saber que es muy buena en las pruebas de evaluación académicas, pero no nos dice absolutamente nada en cuanto a su manera de reaccionar delante

* Psicóloga Clínica. Especialista en Sexología y Terapia de Pareja. Miembro fundador del Institut de Sexologia de Barcelona. c/ Comte d'Urgell, 83 – principal 2ª. 08011 Barcelona. Tf.: 93 4531746.



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

de las vicisitudes que la vida le presente. En el mejor de los casos, parece ser que el C.I. solamente aporta un 20% de los factores determinantes del éxito, esto significa que el resto depende de otros factores. La relación entre el C.I. y el hecho de conseguir nuestros objetivos vitales se puede ver frustrado por otras características, éstas componen el conjunto que llamaremos inteligencia emocional, características como:

1. Capacidad de motivarnos a nosotros mismos.
2. Capacidad de perseverar en conseguir aquello que nos proponemos a pesar de las posibles frustraciones.
3. Capacidad de controlar los impulsos.
4. Capacidad de diferir las gratificaciones.
5. Capacidad de regular nuestros propios estados de ánimo.
6. Capacidad de evitar que la angustia interfiera en nuestras facultades racionales.
7. Capacidad de empatizar y confiar en los demás
8. El autoconocimiento.
9. El optimismo o pensamiento positivo.
10. La capacidad de saber escuchar.
11. La capacidad de expresar las emociones, sentimientos y necesidades.
12. La autoestima necesaria para saberse merecedor de cosas buenas.

El papel de las emociones

La palabra emoción proviene del latín *emovere* que significa agitar. Las emociones son respuestas de agitación, que implican una conmoción física. Nos mueven a hacer cosas y sin ellas, aunque supiéramos lo que tenemos que hacer no lo haríamos. Si bien las emociones "positivas" son dos (alegría y amor) y nos proporcionan vivencias de bienestar, también las "negativas" (miedo, tristeza y rabia) son buenas, ya que nos movilizan para alejarnos o intentar cambiar las situaciones que nos pueden perjudicar.

Las emociones tienen una "utilidad ancestral de adaptación", es decir, favorecen la autodefensa y la supervivencia. Las emociones negativas son útiles ante el peligro porque nos empujan a actuar (atacando, huyendo, buscando una solución). Aunque sean desagradables, son necesarias.



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

Paradójicamente nos enseñan y aprendemos a desoír las emociones y nos inculcan la idea de que son inferiores al pensamiento racional, propias de alguien poco evolucionado. ¡Qué error!, las emociones que tenemos son la fuente más valiosa de información que poseemos.

Las emociones son reacciones físicas momentáneas. Los sentimientos engloban emociones añadiéndoles duración. ¿Cómo? Asociándolas a un pensamiento, imponiéndoles un "significado psicológico".

La fórmula que configura el sentimiento es la siguiente:

$$EMOCION + PENSAMIENTO = SENTIMIENTO EMOCIONAL$$

$$(activación física) + (etiqueta cognitiva) = (sentimiento)$$

Por ejemplo, si al iniciar un acercamiento sexual la otra persona se ríe, tenemos una respuesta física emocional (activación) y podemos pensar cosas muy diversas:

"Estoy haciendo el ridículo" = miedo

"Se están divirtiendo, lo pasaré bien" = alegría

"Se está riendo de mí" = enojo

En gran medida nuestros sentimientos están condicionados a lo que "decidimos" pensar. En consecuencia, en cierta medida podemos controlar como sentirnos a través del pensamiento. Esta "cierta medida" se ve limitada por el hecho de que podemos tener ideas preconcebidas de los objetos y de la gente y cambiar el pensamiento implica cambiar ciertas actitudes. El cambio de actitudes, pensar de otra manera, es una tarea compleja y requiere un aprendizaje.

- Podemos utilizar nuestro pensamiento para generar sentimientos felices.
- Siempre estamos a tiempo de aprender más cosas sobre nuestras propias emociones y cuanto más sepamos sobre ellas más honestos seremos con nosotros mismos.

El motivo que dificulta cambiar nuestras actitudes hacia alguien en concreto se basan en la percepción que tenemos del comportamiento de la otra persona. No podemos cambiar a los demás. Para poder entender a los demás tenemos que empezar por entendernos a nosotros mismos.

Todas las personas nacemos con las emociones básicas incorporadas y son las actitudes de nuestros padres las que encaminarán su manifestación. El recién nacido siente *amor* por sus



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

padres, muestra *alegría* riendo ante las cosas que tienen colores o se mueven, puede sentir *miedo* al encontrarse solo, *rabia* cuando se le quita el biberón o tristeza cuando tarda en estar con sus padres.

Las personas necesitamos *compartir* la alegría y la *reciprocidad* del amor. Cuando una persona tiene miedo necesita *protección*. La conducta apropiada ante una persona triste es la *comprensión*. Cuando una persona siente rabia lo que precisa es que su entorno se la permita *expresar* y que la *comprendan*.

Es muy probable que los niños cuando notan que la expresión de sus sentimientos naturales no es comprendida, decidan sustituirlos por otros que sus padres aprueben aprendiendo así conductas poco sanas e inapropiadas. Cuando un sentimiento está prohibido se sustituye por otro permitido. Los sentimientos también se pueden transmitir cuando el adulto una y otra vez los repite delante del niño. Los falsos sentimientos también pueden ser utilizados para manipular a los demás, el victimismo, la lástima, la pena.

Mediante los mensajes que dan los padres y con la información que deducen los hijos, estos deciden maneras de sentir y comportarse. La decisión infantil acompaña la vida del adulto salvo si éste se da cuenta y decide otra cosa.

Todas las personas pueden cambiar sus sentimientos y las conductas que las hacen sentir mal y que perjudican sus relaciones con los otros. Todos tenemos derecho a estar sanos, felices y sentirnos bien, podemos conseguirlo cambiando las decisiones de nuestra infancia, No se trata de cambiar toda la personalidad, solamente hacer pequeños ajustes. Identificando y dándonos cuenta de nuestros sentimientos y conductas podemos completar nuestro crecimiento personal.

Inteligencia emocional en sexualidad y relación de pareja

El éxito en las relaciones de pareja tiene mucho que ver con la Inteligencia Emocional. Conocer como eres tú y como es tu pareja. Saber que los dos sois merecedores de estar bien. Contemplar las equivocaciones como un paso a la mejoría. Escuchar y ser escuchado por la pareja. Pedir y expresar tus necesidades y deseos con naturalidad. Comprender y tolerar vuestras diferencias. Perseverar en conseguir los objetivos que os propongáis. Conseguir dar y recibir el apoyo emocional necesario para desarrollarnos como personas. Saber motivarnos a



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

nosotros mismos y a la pareja para salir de la rutina.

Cuando una persona o una pareja presenta un problema sexual o un problema en la comunicación el terapeuta tendrá que saber cuáles son las habilidades de la inteligencia emocional con las que cuenta su paciente. Si en alguna de estas habilidades sus destrezas no son suficientes tendrá que tenerlo en cuenta para el éxito de la terapia.

El taller que se realizará en el curso de estas jornadas, tiene como objetivos:

- Analizar las habilidades que configuran la inteligencia emocional de los pacientes que quieren hacer terapia sexual o de pareja.
- Conocer técnicas para potenciar las habilidades de la inteligencia emocional de los pacientes.



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

SEXUALIDAD PREPUBERAL

López, Félix *; Campo, Amaia del y Guijo, Valeriana

Introducción:

Aunque algunos aspectos de la sexualidad infantil, como la adquisición de la identidad sexual y el rol de género, han sido muy estudiados (Maccoby, 1966; McConaghy, 1979; Martin y Halverson, 1983; López, 1988 y Fernández, 1996), las conductas sexuales infantiles apenas han sido objeto de atención. Esto es especialmente sorprendente, si se tiene en cuenta que en las dos últimas décadas se han hecho cientos de investigaciones sobre los abusos sexuales a menores (cometidos por adultos o por otros menores); es decir, se ha estudiado al “mal uso” de la sexualidad infantil, pero no ésta. Se trata, por cierto, de una contradicción, nada inocente, que ha contribuido a negar y perseguir aun más las manifestaciones sexuales infantiles.

Por nuestra parte, hemos sido muy críticos con dos actitudes que consideramos igualmente inadecuadas, la de los que niegan o olvidan la sexualidad infantil (en general, buena parte de los estudios sobre abusos sexuales a menores) y la de aquellos que niegan o quitan importancia al problema de los abusos sexuales (buena parte de los autodenominados sexólogos). Nos parece que una actitud profesional debe llevarnos a reconocer los hechos y su significado: la existencia de la sexualidad infantil, que debe ser conocida y aceptada, y la frecuencia de los abusos sexuales a menores.

En la actualidad, incluso entre los sexólogos, por unos motivos u otros, entre los que no faltan las numerosas subvenciones públicas, mucho más dispuestas a apoyar el tratamiento del problema de los abusos que la educación sexual, la realidad es que se ha conseguido poner de manifiesto un problema lacerante –la alta prevalencia y la gravedad de los abusos a menores–, rompiendo el silencio de siglos (nosotros mismos hemos contribuido en nuestro país llevando a cabo la primera y aún única investigación con una muestra nacional, López y Otros, 1994, y varias tesis doctorales), pero sigue sin ser reconocida y aceptada la sexualidad infantil. Incluso, como ya se ha consumado en los países anglosajones, especialmente en Estados

* Catedrático de Psicología de la Sexualidad de la Universidad de Salamanca. Tf.: 923 294610. Extensión 3308.
C-el.: flopez@gugu.usal.es



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

Unidos, los estudios sobre los abusos sexuales a menores –necesarios y magníficos en numerosos casos– han tenido tres efectos perversos: la persecución de manifestaciones sexuales infantiles que son saludables –de niños, entre niños, que se exploran o juegan de forma consentida–, el aumento del “miedo al contacto afectivo y social” entre adultos y menores, incluso dentro de la familia, y el incremento de una idea muy arraigada en nuestra cultura: la peligrosidad de la sexualidad. No es este el lugar para profundizar en estos tres efectos perniciosos, pero sí de dejar claro que prevenir los abusos, detectar los abusos y ayudar a víctimas y agresores, debe ser compatible con el reconocimiento y aceptación de la sexualidad infantil saludable, el valor socializador de los vínculos afectivos y las caricias entre padres e hijos y, por último, el carácter positivo de la dimensión sexual humana. En otros términos, cantar la sexualidad infantil y adulta –libre, placentera y ética– y reconocer que los seres humanos necesitamos entrar en contacto y vincularnos afectivamente a algunas personas (con el vínculo del apego y la amistad) es fundamental y, además, el marco más adecuado para plantear también la prevención de los abusos sexuales. Por ello estamos en contra de los programas aislados de prevención de los abusos y defendemos que estos se lleven a cabo en el contexto de la educación sexual y la educación de la salud.

El objetivo de esta investigación es, desde este enfoque, ayudar a reconocer la sexualidad infantil saludable.

1. ¿Por qué no se ha estudiado la sexualidad infantil?

Las razones de la ausencia de estudios son fundamentalmente las siguientes:

- a. Estamos en una cultura que niega la existencia de la sexualidad infantil. La sexualidad adulta era reducida a sus manifestaciones genitales, dentro del matrimonio, para procrear, entre heterosexuales. Incluso para los adultos el instinto sexual llegó a ser considerado “la enfermedad de la naturaleza” y uno de los principales “enemigos del alma” –el mundo el demonio y la carne–. La sexualidad era situada en las “partes bajas” del cuerpo, considerada como peligrosa (López y Fuertes, 1989). En este marco no puede hablarse de sexualidad infantil. Reconocer la sexualidad infantil contradecía la concepción general de la sexualidad y hubiera alarmado a los padres, educadores y a la sociedad en general. Por eso la propuesta de Ellis y Freud fue tan “revolucionaria”. Incluso el vocabulario de Freud,



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

el niño como “perverso polimorfo”, no deja de pagar un tributo a esta concepción.

- b. Hay dificultades éticas para estudiar la sexualidad infantil de manera experimental, a través de observaciones o a través de preguntas directas a los menores. Objetivamente es difícil en nuestra cultura estudiar las manifestaciones sexuales infantiles, puesto que muy pronto los menores aprenden que deben ocultarlas a los ojos de los adultos.

Un instrumento de investigación que puede llevarse a cabo con respeto, como la entrevista a los propios menores, se vuelve difícil, cuando lo que se trata de investigar no son temas como la identidad o los roles de género –dimensión que hemos estudiado con este y otros instrumentos (López, 1988)–.

- c. No es precisamente fácil interpretar el significado que para los niños tiene sus manifestaciones sexuales, puesto que nosotros, incluso los propios menores que ya han pasado la pubertad, hemos cambiado en aspectos muy importantes –cambios anatómicos, fisiológicos y hormonales, en los afectos sexuales: deseo, atracción, enamoramiento y en las capacidades mentales– que implican una reinterpretación personal y social de las conductas sexuales.

2. ¿Qué estudios se han hecho sobre la sexualidad prepuberal?

De hecho, los pocos estudios que se han realizado tienen numerosas limitaciones:

- 2.1. Los estudios psicoanalíticos, basados en recuerdos reelaborados en situación de análisis, permitieron descubrir la existencia de la sexualidad infantil y su posible importancia para el resto de la vida, pero se basan en presupuestos discutibles, como el Complejo de Edipo o el periodo de latencia, y se basan en datos de sujetos clínicos, que no necesariamente son generalizables a la infancia en general (Fenichel, 1950; Villamarzo, 1994; Glaser y Frosh, 1997). El psicoanálisis infantil ha estudiado la sexualidad infantil a través de los propios niños, normalmente utilizando el juego y la interpretación de los sueños, junto a otras fuentes de información, pero lo han hecho con menores con problemas clínicos y, claro está, a través de los presupuestos psicoanalíticos. Mucho debemos al psicoanálisis, en relación con el reconocimiento de la sexualidad infantil, su significado afectivo-emocional, la posible influencia en la vida adulta y la importancia de la dinámica familiar, pero la metodología de investigación y la metapsicología o interpretación de los



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

resultados, no son compartidas por numerosos autores.

- 2.2. Los estudios antropológicos, como los de Malinowsky, tienen la ventaja de basarse en observaciones de conductas hechas en un contexto natural, pero pertenecen únicamente a algunas culturas. Nos indican más cómo podría ser la sexualidad infantil, si se dieran ciertas condiciones culturales, que cómo es entre la mayoría de los pueblos actuales. En todo caso, los estudios antropológicos, también los referidos a especies cercanas a las nuestras, son una aportación fundamental que permite reconocer la existencia de numerosas manifestaciones sexuales infantiles durante más tiempo –a lo largo de toda la infancia–, porque en algunas culturas éstas no son tan reprimidas como en la nuestra. Malinowski (1929) dedica un capítulo de su libro sobre Melanesia a la sexualidad infantil, describiendo numerosas conductas y juegos sexuales en un contexto de gran permisividad, regulado, eso sí, por el tabú del incesto. Ford y Beach (1951) describen también numerosas conductas sexuales prepuberales en un número importante de culturas.

Pero hay que tener en cuenta que el ser humano es muy cultural y que, por tanto, los resultados de estas investigaciones, no pueden tomarse como referencia para lo que “debe ser” el tratamiento de la sexualidad infantil entre nosotros. Por ejemplo, si en una cultura se permite a los niños observar las conductas sexuales de los padres, esto no significa que sea más adecuado suprimir nuestra costumbre de tener, especialmente entre los padres, las conductas sexuales “en la intimidad”.

Aunque no sea el momento de profundizar en este hecho, es muy importante tener en cuenta que, en todo caso, la prohibición del incesto es, en la práctica, universal. Es decir, que el reconocimiento de la sexualidad infantil tiene un límite universal, el uso de los niños como objeto de satisfacción sexual de los padres y de los familiares, biológicos o políticos, más cercanos.

- 2.3. Los datos obtenidos a través de cuestionarios o entrevistas a adolescentes o a personas adultas. Se trata de una metodología que recurre al recuerdo consciente de personas que de una u otra forma representan a la población en general.

Broderick (1973) resume los resultados de varias investigaciones llevadas a cabo entre



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

los años 40 y 50 con esta metodología (Ramsey, 1943 –que entrevistó a 291 varones adolescentes– y Kinsey y colaboradores, 1948, 1953 –que, como es sabido entrevistaron a más de 10.000 adultos, incluyendo también cuestiones sobre los recuerdos de su sexualidad infantil–). Aunque los resultados de Ramsey muestran una mayor y más temprana actividad sexual infantil –vez por tratarse varones y por ser aún adolescentes– en ambos casos se ofrece un cuadro amplio y variado de las conductas sexuales infantiles recordadas tanto por los varones como por las mujeres. En ambos estudios se constatan numerosas conductas sexuales infantiles (masturbación, juegos con personas del propio sexo o del otro sexo, intentos de coito, etc.) tanto en chicos como en chicas, antes de la pubertad. Por ejemplo, en torno al 5% de los adultos varones recuerdan haberse masturbado entre los 9 y los 11 años en el estudio de Kinsey y colaboradores, mientras en el estudio de Ramsey, que durante un tiempo colaboró con Kinsey, son más del 50% los varones que recuerdan haberse masturbado antes de los 11 años, un 5% antes de los 6 años. Por lo que se refiere a las mujeres, solo incluidas en el estudio de Kinsey, hay que destacar que tienen tantas o más conductas sexuales que los chicos en la primera infancia, pero se incrementan menos en torno a la pubertad que es cuando en los chicos aumentan de forma espectacular.

Por otra parte, es sabido que equipo de Kinsey fue mucho más allá y usando fuentes de información que han sido muy criticadas, como adultos que habían tenido experiencias con menores, consideran que los prepúberes pueden llegar a tener conductas sexuales orgásmicas desde el primer año de vida: vasocongestión genital, cambios en la respiración y el ritmo cardiaco, cambios en la coloración de la piel, concentración de la atención, hipertonía muscular y movimientos pélvicos similares a los adultos.

El problema de estos estudios basados en el recuerdo, con independencia de otras posibles limitaciones metodológicas es triple: En primer lugar no llegan a los primeros años de vida, por lo que nada o casi nada pueden aportarnos sobre la sexualidad infantil hasta los cuatro o seis años; en segundo lugar, no es fácil definir el grado de veracidad de los recuerdos –más aún en investigaciones hechas por cuestionario o entrevistas que no focalizan esta problemática– y, por último puede ser especialmente arriesgado dar por cierta la interpretación que de estas conductas dan los sujetos años después, habiendo



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

pasado por la pubertad y tenido experiencias sexuales de uno u otro tipo.

2.4. Los padres y los educadores como informantes. Más recientemente se ha seguido otra línea de investigación prometedora, basándose en lo que han podido observar los padres y los educadores.

Friedrich y colaboradores (1991), por ejemplo, ha aplicado un cuestionario de 35 preguntas a 871 madres de una consulta de pediatría, demostrando que éstas han tenido la oportunidad de observar numerosas conductas sexuales, especialmente durante los seis primeros años de vida (el 23% de los hijos y el 16% de las hijas habrían sido vistas masturbándose con la mano), para ir decreciendo posteriormente (el 11% de los hijos y el 9% de las hijas entre los siete y doce años).

Lindblad y colaboradores (1995) aplicaron un cuestionario a educadores que tenían a su cargo 251 menores de entre 2 y 6 años. Los resultados demuestran que numerosas conductas sexuales (masturbación, exhibir los genitales, mirar los genitales de otro, juegos sexuales, etc.) habían sido observadas por los educadores. Por ejemplo, en el 6,4% de los preescolares se habían podido observar conductas de masturbación, en frecuencia similar en niños y en niñas.

La ventaja de estos datos es que los aportan quienes más se resisten a admitir que las manifestaciones sexuales son frecuentes en la infancia. Entre las limitaciones más importantes están las siguientes: los datos suelen ser imprecisos, las conductas sexuales se ocultan a los padres y educadores desde muy pronto, por lo que sus datos tienen más valor durante el periodo preescolar y, por último, la interpretación que dan a estas conductas no siempre es segura.

2.5. Sexualidad infantil en investigaciones hechas con otros fines. A veces se llevan a cabo investigaciones que aunque no pretendan directamente estudiar la sexualidad infantil, nos aportan datos sobre estas conductas. Así, por ejemplo, cuando se estudian síntomas y problemas de conducta de la infancia –como es el caso de los trabajos que aplican el cuestionario de Achenbach (1983)– y, sobre todo, de las investigaciones y el trabajo clínico con menores que han sufrido abusos sexuales.

Lamb y Coakley (1993) llevaron a cabo un estudio que está a medio camino entre los estudios



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

incluidos en el apartado 2.4 (basados en recuerdos de los adultos) y los que vamos a incluir en este apartado. Estos autores llevaron a cabo una investigación con 128 mujeres estudiantes adultas. El objetivo era estudiar los juegos sexuales en la infancia y el grado de normalidad-anormalidad percibido. El 85% de las mujeres recordaban juegos sexuales (44% con chicos y 56% con chicas; 56% con iguales, 26% con niños mayores y 18% con menores que ellas; 58% se repitieron). En general era más frecuente que se percibieran con mayor grado de anormalidad (persecuciones o algún grado de coerción) los juegos con los chicos.

El contenido de estos juegos era muy variado incluyendo juegos de imitación o reproducción de roles, estimulaciones, besos, etc. Con frecuencia las mujeres recordaban que se habían sentido excitadas.

Como ya había hecho el equipo de Kinsey, Borneman (1983) usó agresores sexuales como fuente de información. Fuente que de una forma u otra usan también quienes evalúan a los agresores o les ofrecen terapia. En general los agresores dan una visión de la sexualidad infantil orientada a justificar su conducta, insistiendo en la colaboración voluntaria de los menores, la satisfacción que sienten y los pocos efectos perniciosos que según ellos tendría esta conducta. En este contexto informan de multitud de conductas y de la excitabilidad sexual de los niños prepúberes, especialmente cuando el abuso se repite y forma parte de una relación en la que se consigue involucrarlos para que colaboren durante un tiempo.

Quienes investigan, evalúan u ofrecen terapia a los menores víctimas de abusos suelen poner el énfasis en que estos menores, incluso si son prepúberes, tienen más conductas sexuales precoces (impropias de su edad), excesivo interés en la sexualidad propia y ajena, usan palabras “soeces adultas” para hablar de la sexualidad, se masturban demasiado, abusan, a su vez, más de otros menores, etc. (Pithers y colaboradores, 1998 y un sin fin más de investigaciones en este sentido).

Lo que podemos saber a través de estos estudios sobre los agresores, las víctimas y la supuesta normalidad o anormalidad de las conductas sexuales infantiles tiene una indudable utilidad para comprender el problema de los abusos, pero está lejos de ser la mejor fuente cuando pretendemos entender la sexualidad infantil en general, porque los sujetos estudiados son víctimas o agresores y quienes los estudian con frecuencia tienen prejuicios contra las



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

manifestaciones sexuales infantiles “saludables”. La mejor prueba del valor relativo de estos estudios son sus propias conclusiones cuando intentan descubrir el grado de acuerdo-desacuerdo de los supuestos expertos en abusos sexuales en relación con otros profesionales y el resto de la población. Estos expertos son más restrictivos en sus criterios de normalidad que otros profesionales, especialmente que los que trabajan en educación sexual (Heiman y colaboradores, 1998). Los expertos en abusos de manera especial, pero también otros muchos profesionales, padres y educadores tienden a considerar “anormales” las conductas que implican penetración vaginal, anal u oral, por un lado, y son también, en general, más restrictivos con todas las conductas sexuales que impliquen a más de un niño, aunque sea consentida, mientras se muestran más permisivos en su juicio cuando se trata de conductas autoeróticas que no involucran a otros menores. Volveremos sobre este tema al final de este trabajo.

3. Los problemas pendientes

Todos los estudios realizados tienen limitaciones bien precisas que hemos ido señalando en cada uno de ellos. Eso no significa que carezcan de valor, sino que han de ser interpretados con cautela. El mejor ejemplo es el contraste que presentan los estudios que toman como fuente a los padres y a los educadores, por un lado, y a los propios sujetos –los recuerdos de adolescentes y adultos– por otro. Mientras que los primeros confirman haber observado frecuentes conductas antes de los seis años, disminuyendo drásticamente estas después –lo que a primera vista podría parecer confirmar el periodo de latencia descrito por Freud–, los segundos recuerdan numerosas conductas a partir de los seis y siete años, no pudiendo aportar apenas datos antes de esta edad.

Baste este ejemplo, junto a las críticas ya señaladas, para confirmar que hay que interpretar con mucha cautela todos los datos sobre sexualidad infantil y que al día de hoy lo más adecuado es usar varias vías de investigación: diferentes fuentes y diferentes métodos. Esto es lo que nos hemos propuesto nosotros.

4. Nuestros estudios

Nosotros hemos llevado a cabo varios estudios en el que hemos usado *tres fuentes* paralelas de información sobre la sexualidad infantil: los padres, los educadores y los jóvenes; a la vez



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

que dos metodologías de aproximación a los datos: la cuantitativa y la cualitativa.

En realidad se trata de estudios diferentes con el mismo *objetivo*: conocer la frecuencia y significado de las manifestaciones sexuales prepuberales.

Partíamos de la hipótesis de que los niños y niñas prepúberes tienen numerosas manifestaciones sexuales prepuberales para:

a. Satisfacer su curiosidad: conocer su identidad y las diferencias con el otro sexo, su origen, el contenido y el significado de las conductas sexuales, etc. Se trata en este caso, sobre todo, de preguntas para conocer el significado de las conductas sexuales, exploraciones del cuerpo propio y ajeno, inhibiciones de lo propio y observación de las características ajenas, etc.

Conocerse y descubrir las sensaciones que acompañan las conductas sexuales es otra forma de curiosidad puesta especialmente de manifiesto en las conductas autoeróticas.

b. Imitar a otros. Los niños imitan con frecuencia la conducta concreta y los roles de otras personas, adultas y menores. No puede olvidarse que la sociedad está organizada en roles de género que mediatizan todas las conductas, lo que da lugar a un esfuerzo continuo de tipificación sexual por parte de los adultos y de imitación por parte de los niños. Los medios de comunicación ofrecen modelos y la posibilidad de observar conductas sexuales concretas, en la propia calle, parques y medios de comunicación se exponen con frecuencia las conductas sexuales como reclamo publicitario o como mero goce de quienes las ponen de manifiesto. Las manifestaciones sexuales sobrepasan con frecuencia la esfera de la intimidad y se hacen públicas, convirtiendo, como ocurre en algunos programas, la propia intimidad en un producto que se vende.

c. Por mera diversión o juego. Los menores juegan siempre que tienen oportunidad y llenan de contenidos sus juegos de múltiples temas, entre ellos algunos de claro contenido sexual, aunque la motivación explícita ni sea ésta.

d. Buscar el placer. La fisiología del placer sexual está activable desde el momento de nacimiento. Un número importante de niños descubren el placer sexual y tienden a repetir las conductas que lo producen.

Cada niño puede tener motivos distintos y, por supuesto, compartir varios de los indicados.



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

5. Conclusiones

Las tres fuentes de información, los padres, los educadores y los adolescentes y jóvenes, aún sin ser comparables, nos permiten asegurar que muchos niños y niñas prepúberes ponen de manifiesto numerosas conductas sexuales por motivos distintos, entre los que destacan la curiosidad, la imitación, el juego y la búsqueda de placer.

El significado de estas conductas es sexual tanto por el contenido –de la pregunta, el juego, etc.– como porque en bastantes casos va acompañado de excitación sexual. La fisiología del placer sexual está activable desde el nacimiento y un número importante de prepúberes lo descubre y busca su satisfacción sexual. La masturbación es una de las manifestaciones más claras en este sentido, pero hay otras muchas.

La sexualidad infantil tiene también en numerosos casos claros contenidos mentales como demuestran el uso de la fantasía y otros muchos recuerdos referidos a distintas conductas sexuales.

Los afectos interpersonales (las preferencias, la seducción, la atracción, el enamoramiento, etc.) también son contenidos que pueden estar presentes en la sexualidad infantil en uno u otro grado.

Podemos describir un doble patrón sexual infantil referido a las niñas y a los niños (más centrado en los afectos y las relaciones interpersonales en las chicas y más focalizando en las conductas sexuales que implican contacto con genitales, búsqueda de placer y logro de excitación en los chicos), aunque los perfiles de dicho patrón y su posible explicación necesitan ulteriores investigaciones.

Lamentablemente un número importante de prepúberes recuerda su historia sexual como inadecuada, se sintieron culpables en algún grado y sufrieron abusos. Los abusos sexuales a los prepúberes alcanzan proporciones semejantes en las niñas y en los niños, dato muy interesante dentro de las discusiones sobre la prevalencia de los abusos a menores.

Un número importante de prepúberes no ha recibido la educación adecuada en el campo de la sexualidad, ya que expresan quejas referidas a los padres y educadores, recuerdan sentimientos de culpa y, lo más grave, hasta el 7% recuerdan haber sufrido abusos. Esta es una de las contradicciones más lacerantes de nuestra sociedad que mientras no acaba de



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

reconocer la existencia y naturalidad de la sexualidad infantil, abusa sexualmente de un número significativo de menores..

6. Problemas pendientes

Algunos problemas pendientes nos parecen de gran interés. Entre ellos destacamos la necesidad de elaborar criterios para diferenciar las conductas sexuales infantiles que implican riesgo para los menores, la definición y explicación de posibles patrones sexuales distintos entre los sexos y la resolución de la duda de que los abusos sexuales se dan en proporción similar en chicos y chicas prepúberes.

Por supuesto la familia, la escuela y la sociedad tienen grandes problemas pendientes: reconocer la sexualidad infantil, proteger a los menores de los abusos y ofrecerles una educación sexual adecuada.



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

EVALUACIÓN DE ACTITUDES Y CREENCIAS SOBRE LA SEXUALIDAD EN TERCERA EDAD

Gómez, M^a Olatz *

Los avances científicos en sexualidad humana, la mayor esperanza de vida y la mayor valoración del ocio originan un creciente interés por parte de los profesionales en la sexualidad de las personas mayores.

Existen cantidad de mitos en torno a la sexualidad, y aunque bien es cierto que ocurren una serie de cambios a nivel físico y psicológico en la edad adulta, esto no significa que haya que renunciar a la sexualidad sino más bien transformar la vivencia de ésta.

Los factores psicosociales son los que mayormente inciden en la disminución, o incluso anulación, de la sexualidad en los mayores. Es necesario adoptar actitudes positivas y desterrar los mitos, ver la sexualidad como algo inherente al ser humano.

La OMS señala que: “Para comprender mejor los problemas de la sexualidad humana, es necesario que los profesionales de la salud adquieran actitudes sanas, (...) en lo que respecta a la aceptación de la sexualidad como un componente positivo de la salud, tanto para uno mismo como para los demás (...)”.

En base a todo ello, nuestro objetivo es comprobar las creencias erróneas y las actitudes negativas hacia la sexualidad en la tercera edad por parte de los que ya son y los que serán en breve profesionales de la sexología.

* Doctora en Psicología y especialista en sexología. Vicepresidenta de la Asociación Española de Especialistas en Sexología (AEES). CARISIS. Centro de Orientación, Psicoterapia y Sexología. c/ Archiduque Carlos, 20 pta. 2. 46018 Valencia. Tf.: 963 851615. C-el.: o.gomez@correo.cop.es



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

RIESGOS SEXUALES EN JÓVENES

Sueiro, Encarnación^{*}; Chas, M^a Dolores y Diz, M^a Concepción

Objetivos:

Tener información acerca de los conocimientos y comportamientos sexuales de riesgo.

Conocer las actitudes sexuales.

Material y método:

Estudio descriptivo transversal sobre una población diana de 329 personas que acuden con regularidad a asociaciones juveniles. A toda ella se le aplica una encuesta estructurada, anónima y voluntaria para conocer edad, sexo, los conocimientos y comportamientos relacionados con los riesgos de embarazos no deseados y contagios y actitudes hacia la sexualidad.

La muestra finalmente queda constituida por 312 sujetos, tras retirar aquellos cuestionarios contestados de manera equívoca.

Analizamos los datos mediante el programa estadístico SPSS.

Resultados:

La edad media de la población es de 18,54 años (DT = 5,47); el 58,7% es mujer y el 41,3% es hombre.

Los resultados más reseñables y que corresponden a los conocimientos sobre riesgos sexuales señalan que el 69,6% creen que el preservativo es la técnica más segura para evitar los embarazos, el 25% que el D.I.U. es un anticonceptivo que se coloca la mujer cada vez que va a tener un coito, el 40,4% opina que el método de protección más indicado cuando se tiene pareja estable –de dos o más meses de relación– es la píldora y el 57,1% piensa que para que la anticoncepción postcoital –APC– sea eficaz hay que tomarla inmediatamente después del coito de riesgo.

En cuanto a lo referido a los comportamientos sexuales de riesgo tenemos que el 51,4% ha

^{*} Dra. en Psicología y Licenciada en Pedagogía. Profesora de la Facultad de Humanidades de Vigo-Campus de Orense. Universidad de Vigo. Facultad de Humanidades. As Lagoas s/n. 32004. Ourense. Tf: 988 387195. Fax: 988 387159.



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

realizado el coito, iniciándolo en torno a los 17,20 años (DT = 1,92). Casi el 100% ha empleado algún método de protección en su primer coito, siendo para el 18%, aproximadamente, el Coito Interrumpido y los Métodos Naturales, los elegidos.

Ya por último y haciendo referencia a los resultados de la Escala de Actitudes hacia la Sexualidad aplicada (Fisher, 1988; Adaptación y ampliación: F. López), obtenemos una Media de 110,01 (DT = 13,58).

Conclusiones:

Teniendo como punto de partida los resultados obtenidos en esta evaluación inicial – anteriormente mencionamos algunos de los más reseñables–, el programa de intervención desarrollado posteriormente con y para esta población tiene como Objetivos:

- Incrementar el nivel de conocimientos acerca de las Enfermedades que son transmitidas sexualmente: cuáles son, cómo se transmiten y cuáles son sus principales síntomas.
- Reducir las conductas de riesgo relacionadas con las ETS.
- Mejorar el nivel de conocimientos relacionados con los métodos anticonceptivos.
- Aumentar el manejo de los métodos de barrera.



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

FLUIDOS GENITALES FEMENINOS Y PLACER

Cabello, Francisco*

A tenor del gran número de publicaciones existentes, no cabe duda que el estudio de la respuesta sexual masculina despierta mayor interés científico que la respuesta femenina. No es este el lugar más apropiado ni el momento más oportuno para analizar el por qué de esta situación, pero lo cierto es que hoy día se conoce desde la neurotransmisión intrapeneana hasta el funcionamiento ultraestructural de los cuerpos cavernosos, es decir, aspectos sumamente relevantes de la fisiología sexual masculina, por el contrario, no sucede igual con la respuesta femenina.

Para intentar soslayar esta situación, desde 1996 comenzamos a investigar en este campo, comenzando por el polémico asunto de la “eyaculación femenina” así pudimos demostrar la presencia de antígeno prostático específico (PSA) en el fluido expulsado por algunas mujeres durante la respuesta sexual (Cabello-Santamaría, 1997), lo que nos condujo a afirmar que la denominada próstata femenina (glándulas uretrales, parauretrales y de Skeene) debía cumplir alguna misión relevante en la fisiología sexual femenina concluyendo que la mayoría de las mujeres (75%), expulsaban cierta cantidad de fluido durante la experiencia orgásmica, en cantidades que por ser escasas, no eran percibidas por gran parte de las mujeres de la muestra.

En una segunda fase del estudio, debido a que la técnica empleada, un enzimoimmunoanálisis (AxSYM System®) para la detección de PSA, es poco fiable por debajo de 0'1 ng, replicamos el experimento utilizando radioinmunoanálisis con la técnica IRMA-Count®, que nos permitía una mayor precisión con cantidades de PSA menores, obteniendo que el 70'5% de las mujeres de la muestra incrementan los niveles de PSA en la orina postorgásmica, manteniéndose las diferencias significativas entre orina pre y postorgásmica ($p = 0'007$). Con estos datos podíamos seguir manteniendo las mismas conclusiones que en el primer trabajo.

Los resultados obtenidos (PSA en el 100% de las muestras de eyaculado femenino y en el 75% de la orinas postorgásmicas), junto con la disposición anatómica de las glándulas

* Médico y psicólogo especialista en sexología. Director del Instituto Andaluz de Sexología. C/ Alameda Principal, 21-2º. Pta. 204. 29001 Málaga. Tf.: 952 602828. C-el.: fcabello@ingenia.es



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

parauretrales (colindantes a la pared anterior vaginal), nos hizo plantear la hipótesis de la existencia de una relación funcional entre el producto de la “próstata femenina” y la lubricación vaginal. De ser así, sería lógico pensar que la pared anterior desempeña un papel distinto a la pared posterior.

Entramos así en la tercera fase de la experimentación, para comprobarlo, diseñamos un pene de metacrilato, hueco en su interior y con agujeros regularmente dispuestos y milimetrados a todo lo largo, que nos permitiese valorar si existe una distinta producción entre ambas paredes. Los resultados de la medición del incremento de peso en la pared vaginal anterior fueron de una media de 0'8724 gramos con una desviación típica de 0'6843. En la pared posterior la media fue de 0'1939, con una desviación típica de 0'4329. La correlación entre pared anterior y posterior dio un resultado de 0'042 con p (0'886), es decir, no significativa. Afirmamos por tanto, que el incremento de la pared anterior no necesariamente va seguido de un incremento en la pared posterior. Existen por tanto, diferencias significativas, p (0'004), entre la lubricación producida en la pared anterior de la vagina y la pared posterior.

En una cuarta fase, replicamos el experimento con otro pene similar al del estudio anterior, pero cuyos agujeros estaban dispuestos de forma que no permitían recoger ninguna emisión uretral ni de las glándulas de Skene, y en este caso, a diferencia del trabajo precedente, el incremento de lubricación de la pared anterior correlacionaba positivamente con el incremento en la pared posterior (r_{xy} 0'811, $p < 0.01$), lo que ponía claramente de manifiesto que la uretra y glándulas de Skeene, ejercían alguna misión durante la respuesta genital. Relacionamos además, la intensidad de la lubricación con la curva de excitabilidad, ansiedad y satisfacción del autoinforme SAI-E, no hallándose relación significativa entre el nivel de lubricación y ninguna de las escalas del autoinforme.



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

REPRESENTACIÓN DE LA SEXUALIDAD EN EL ARTE CONTEMPORÁNEO OCCIDENTAL

Sánchez, Carme * y Sánchez, Eva [◊]

La representación de la sexualidad del arte occidental se ha asociado con la desnudez del cuerpo humano. Esta temática ha sufrido variaciones a lo largo de la historia tanto en el ámbito formal como iconológico. Pero no es hasta el advenimiento del siglo XX cuando el sexo es tratado como tema. Mostrar la realidad de los genitales, tanto femeninos como masculinos, trasladándolos a un terreno tangible, desvinculado de idealizaciones clasicistas. En el arte primitivo, a la desnudez de las Venus (Venus de Laussel o de Willendorf del paleolítico) se le atribuye el culto de la fecundidad, identificado con la fertilidad de la tierra. Los Kuros griegos (Kouroi de Anavisos, 530 a.C.) ensalzan la idealización de la anatomía, que se asocia a la inmortalidad, adquiriendo un significado religioso. Si avanzamos en el tiempo, las referencias mitológicas (La primavera de Boticelli, 1480 o Júpiter e Ío, de Correggio, 1530), los temas bíblicos (Adán y Eva, Durero, 1507) y la iconografía de santos (Lucrecia de Cranach El Viejo, 1532) son el testimonio de una sexualidad velada que tan solo se exhibe como recurso, desdeñando cualquier alusión intencionada a la sexualidad de los personajes representados. Incluso a las puertas del siglo XIX, las imágenes alegóricas (La libertad guiando al pueblo, Delacroix, 1830) o aquellas que se asocian con el culto al cuerpo, ahora ya desvelado (La gran Bañista de Ingres, 1808) no acaban de desvincularse del puritanismo del “desnudo artístico” idealizado propio de la época.

El artista del siglo XX muestra un cuerpo real al que llega incluso a manipular y degradar. La representación de la mujer ha sido y sigue siendo un motivo recurrente. En el arte contemporáneo, la desnudez y la expresión formal de la retratística femenina se convierte en objeto de deseo y sitúa al espectador en una posición de “voyeur”. La entrada a la era de la

* Psicóloga especialista en sexología del Institut de Sexologia de Barcelona. c/ Comte d'Urgell, 83 – principal 2ª. 08011 Barcelona. Tf.: 934531746. C-el.: carmesan@copc.es

◊ Crítica de arte y comisaria de exposiciones. Gènere i Gèneres. Associació Artística d'Art Contemporani. Plza. Hospital, 7 – bajos. 08240 Manresa (Barcelona). Tf.: 938308022. C-el.: carmesan@copc.es



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

modernidad supone una rebeldía contra los tabúes ancestrales. El vello púbico, los objetos de estímulo sexual o la inclusión de referentes tan indicativos de sensaciones orgásmicas como la representación del clítoris o el esperma aparecen en un escenario de referencias sexuales reales. La hiperrealidad de esta sociedad moderna lleva a los artistas a generar tendencias como el Pop Art, que venera al consumismo, reemplazando el dogma eclesiástico. En este contexto, la mujer se empieza a considerar como objeto de consumo, llegando a identificaciones de ésta con muñecas transformables al gusto del consumidor como ocurre con La mujer objeto de Hans Bellmer (1938) o la mujer como utensilio en los happenings de Yves Klein donde la mujer actúa como pincel (1960). La despersonalización de féminas es igualmente perceptible en la tendencia a la fragmentación del cuerpo (pechos, muslos, vulva...) donde el sexo se convierte en el tema exclusivo de la representación. Esta práctica se observa en artistas tan dispares como en el caso de Magritte o las mujeres prefabricadas de Wesselmann. En esta amalgama de iconos también aparecen aquellos referentes más sutiles como las analogías entre elementos florales y el órgano sexual. Este es el caso de la representación femenina de O'Keeffe o el motivo eréctil de Gilbert and George o Mappletope. Este dogma de la modernidad patriarcal no se verá quebrantado hasta los años 70 cuando se imponen las tendencias feministas y la búsqueda de una identidad propia que aboga por la transformación de una mujer entendida ahora como sujeto deseante. Dentro de esta tendencia aparecerán distintas corrientes en las que se analizará la construcción de una identidad fija a partir de la representación real del sexo, es el caso del Arte Coño de Judy Chicago. Esta representación de la iconografía femenina será recogida por las llamadas Bad Girls (Chicas que practican mucho sexo) de los 90, que aclaman una exhibición abierta de su identidad sin prejuicios, en el que tienen cabida no sólo la mujer heterosexual sino también los colectivos gays y lésbicos. Pero este esencialismo biológico de los años 70 tiene a su vez, en el seno de la teoría feminista, tendencias reaccionarias que rechazan el placer visual, recogiendo teorías psicoanalíticas como las de Lacan, según la cual la representación del cuerpo de la mujer puede ser vista como falto de algo, una castración simbólica. En los años 80, la identidad femenina viene determinada por el género, ya no por el sexo, la mujer entendida como un sujeto social que se autoconstruye dentro de la historia. En la era actual, la batalla de la reivindicación del sexo o del género ya no tiene cabida en el terreno virtual. El



Federación Española
de Sociedades
de Sexología



CEPTECO



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

cyborg no tiene género.

Esta ponencia es el primer resultado de la incipiente investigación llevada a cabo por las dos autoras, y que en este caso se centrará en cómo los y las artistas de sobre todo finales del siglo XX han plasmado en sus obras el autoerotismo, las disfunciones sexuales –como disfunción eréctil, vaginismo...– y también las parafilias –sadomasoquismo, voyerismo, zoofilia, ...–.



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

TU SEXO ES TUYO

Béjar, Sylvia de *

Cuando me propusieron dirigir una colección de autoayuda dedicada especialmente a las mujeres y presente el proyecto de “Mujer tenías que ser”, no incluí ningún título relacionado con el sexo, porque, sinceramente, me sentía desbordada, mejor dicho, harta de la avalancha de reportajes en prensa (algunos de ellos míos), tertulias e imágenes de cine y televisión con los que desayunamos, comemos y cenamos a diario. Por no hablar de las vallas publicitarias que invaden las calles (¡y nuestras vidas con premeditación y alevosía!) y usan a las mujeres como reclamo (ahora les toca también a los hombres). Pero, lógicamente, la editorial Plaza & Janés, que piensa en términos de marketing, me apretó –con cariño, eso sí– para que incluyera uno sobre el tema, que además “debes escribir tú”, ya que, como he apuntado, llevaba años haciéndolo intermitentemente para varias revistas, aunque siempre con pseudónimo.

“Qué espanto, qué horror y ni loca” fueron algunas de las cosas que salieron de mi boca, pero dado que no había forma de hacerles cambiar de opinión, me fui a varias librerías en busca de lo que había publicado, hablé con algunos terapeutas, muchas mujeres y reflexioné seriamente acerca de la cuestión. Y me di cuenta de tres cosas: primera, que nuestra incultura sigue siendo pasmosa (a pesar de los libros que existen sobre el tema y de las posibilidades que tenemos de acudir a un terapeuta en busca de información); segunda, que a las mujeres en general les gusta el lenguaje sencillo, ameno y cálido que se emplea en las revistas femeninas (algo con lo que yo estoy muy familiarizada), y que, tercero, como casi todos los libros que hay en el mercado están escritos por especialistas, por obvias cuestiones de profesionalidad, ellos difícilmente podían permitirse ciertos comentarios o ciertas confesiones que yo sí me podía permitir. A partir de ahí y después de varios meses de dudas, me puse a escribir *con el corazón en la mano*, “Tu sexo es tuyo”. Y cuando flaqueaba pensaba en la de mujeres que podría ayudar, en todas las que, como yo, tuvieron, tienen y tendrán que afrontar el penoso aprendizaje que a menudo implica enderezar nuestra mala educación sexual.

* Periodista y escritora. Ha trabajado en el diario *La Vanguardia* durante 17 años, los últimos 4 coordinando los temas de salud, psicología y belleza del *Magazine*. Barcelona. Tf. 610546122. C-el.: sbejar@retemail.es



Federación Española
de Sociedades
de Sexología



CEPTECO



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

Obviamente, yo no me hubiera atrevido a publicarlo si no llega a ser por la generosidad de un grupo de destacados terapeutas sexuales, que, desde un principio, me ayudaron, aconsejaron, guiaron y evitaron que metiera la pata: Marta Arasanz Roche, psicóloga y especialista en terapia sexual del Institut de Sexologia de Barcelona; Juan José Borrás Valls, presidente de la Federación Española de Sociedades de Sexología (FESS) y cofundador del Institut Espill de Valencia; Miguel Ángel Cueto Baños, director del Centro Psicológico de Terapia de Conducta de León (CEPTECO) y vocal de la FESS; Olatz Gómez Llorens, psicóloga y especialista en sexología y vicepresidenta de la Asociación Española de Especialistas en Sexología (AEES), y María Pérez Conchillo, vicepresidenta de la World Association for Sexology (WAS) y cofundadora del Institut Espill de Valencia.



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

SEXUALIDAD HUMANA: EN BUSCA DEL ALMA PERDIDA

Casabón, Antonio *

Me gustaría hablar en mi intervención de *Erotismo*, de *Placer*, de *Valores Humanos*, de *Emociones* y en suma de todo lo que podría conformar lo que podemos denominar como... *Alma Sexual*.

Reivindicar el placer, erotizar la vida cotidiana constituyen elementos insustituibles de ese *ALMA SEXUAL*, entendida como producto de la fusión del bagaje personal de los amantes y constituyéndose como punto de encuentro en el desarrollo de un individuo feliz y un lugar donde se integren lo físico y lo psicológico, lo natural y lo cultural, la filosofía y el instinto.

Deberemos considerar nuestra *Vida Sexual* como una fiesta y como un milagro diario, abierto y múltiple. Y por tanto, no constreñido ni limitado por modelos, normas o leyes. Si no, como ejercicio de *Libertad*, *Búsqueda* y *Crecimiento personal*.

* Psicólogo especialista en sexología. Presidente de la AEES. C/ Nueva, 1º, 2º planta "Edif. Mediterráneo". 18600 Motril (Granada). Tf.: 958 604577. C-el: a.casabon@correo.cop.es



I JORNADAS DE SEXOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN

León, 23-24 Marzo 2001.

Índice de Autores:

Béjar, Sylvia de.....	66	Gómez, M ^a Olatz.....	58
Borrás, Juan José.....	36	Lameiras, María	18
Cabello, F.....	61	Liébana, Vicenta.....	15
Casubón, Antonio.....	41, 68	López, Félix.....	47
Chas, M ^a Dolores	59	Mastache, Celestina.....	27
Corbella, Cristina	40	Pérez, María	5
Cueto, Miguel Ángel.....	10	Sánchez, Carme	63
Diz, M ^a Concepción.....	59	Sánchez, Eva	63
Gallo, Francisco Javier	20	Segovia, José Miguel.....	25
García, José Luis.....	31	Sueiro, Encarnación	59
Gomá, Herminia.....	42	Valdivieso, Juan Donoso.....	21