



FLASES ON-LINE

Boletín electrónico oficial
Federación Latinoamericana de Sociedades
de Sexología y Educación Sexual

- NÚMERO III -

2025



EDITORIAL

Queridas amigas y queridos amigos, en este tercer Boletín de 2025 os compartimos de nuevo artículos y reflexiones de interés.

En primer lugar, Noelia Benedetto presenta un artículo interesante sobre los sesgos terapéuticos en la clínica de las personas no monógamas. Expresa que el acompañamiento terapéutico de personas que eligen construir sus vínculos afectivo-sexuales fuera de la mononorma presenta desafíos particulares para lxs profesionales de la salud mental.

Uno de los obstáculos principales reside en la presencia de sesgos terapéuticos, creencias preconcebidas y actitudes influenciadas por la mononormatividad que pueden interferir negativamente en el proceso terapéutico. Estos sesgos, más o menos conscientes, pueden llevar a lxs

terapeutas a patologizar, juzgar o intentar reconducir a lxs consultantes hacia modelos relacionales monógamos, en lugar de apoyar sus objetivos y facilitar su bienestar.

El segundo artículo presentado por Cecilia Paredes, nos relata que a pesar de la ausencia de datos y estadísticas públicas sobre las condiciones de vida de la población LGTBIQ en Argentina, donde se ha identificado a las personas trans como la población con mayores problemas de empleo dentro del colectivo de la diversidad sexual. La descripción de sus trayectos de vida evidencia que la discriminación comienza en su niñez al ser rechazada su expresión de género por la familia y las instituciones educativas.

En el tercer artículo Valeria Romina Costarelli y Daniel Rodolfo Castellarin,

expresan que la música y la sexualidad son disciplinas que han estado unidas desde siempre. Este artículo explora la relación entre música y sexualidad desde un enfoque descriptivo y clínico, analizando su impacto sobre el deseo, la conexión de pareja, la expresión erótica y el tratamiento de las dificultades sexuales.

Por su parte, Gabriela Artaza Toro hace una reflexión de la jubilación erótica al placer en la maduritud, indicando que en el marco de la posmodernidad se ha producido una transformación profunda en relación con las prácticas sociales y culturales que regularon la vida sexual durante generaciones anteriores.

La segunda reflexión nos habla de la hipovitaminosis D y su impacto en la salud sexual. La vitamina D influye en la salud hormonal ya que juega un papel importante en la producción de estrógenos y testosterona. En las mujeres, influye en el ciclo menstrual, el mantenimiento de los tejidos, incluyendo la elasticidad y la lubricación vaginal, disminuye la incidencia de infecciones urinarias. En los varones participa en la maduración de los espermatozoides, en la protección del ADN espermático, así como en la movilidad y la reacción acrosomal espermática.

En la tercera reflexión, Cecilia Paredes habla de la asistencia sexual en personas con diversidad funcional/discapacidad. A estas personas, se les adjudica una posición infantilizada y angelizada, como si fueran asexuadas y carentes de necesidades eróticas. En este caso, cualquier tipo de manifestación erótica acaba siendo percibida como anormal, siendo tratadas como niños/as, y coartando su autonomía. En algunas oportunidades, se los estigmatiza minimizando su expresión afectiva, sexual y social. En otras, se piensa a las personas con discapacidad como “hipersexuadas”, ya que manifiestan ciertas conductas asociadas a la sexualidad que, en determinados momentos y/o lugares, no son socialmente apropiadas.

Finalmente, os animamos a leer el simposio de FLASSES que fue presentado en el congreso de la Sociedad Latinoamericana de Medicina Sexual de 2024.

Espero disfrutéis del contenido de este nuevo Boletín que os presentamos.

Felipe Hurtado Murillo

INDICE

1. Editorial	1
2. Artículos	
2.1 Sesgos terapéuticos en la clínica de las no monógamas (Parte I) Noelia Benedetto (Argentina)	5
2.2 Derechos humanos y disidencias sexuales: TRANSformando El ámbito laboral Cecilia Paredes (Argentina)	11
2.3 Música y Sexualidad, una alianza para el bienestar Valeria Romina Costarelli y Daniel Rodolfo Castellarin (Argentina)	18
3. Reflexiones	
3.1 De la jubilación erótica al placer en la maduritud: un enfoque posmoderno (Parte I) Gabriela Artaza Toro (Argentina)	23
3.2 Hipovitaminosis D, su impacto en la salud sexual Cecilia Schalin, Valeria Romina Costarelli, Daniel Rodolfo Castellarin (Argentina)	32
3.3 Asistencia sexual en personas con diversidad funcional/discapacidad Cecilia Paredes (Argentina)	36
4. Simposio de FLASSES en el congreso de la Sociedad Latinoamericana de Medicina Sexual (SLAMS) 2024	42
Jaqueline Brendler, Silvina Valente, Mariana P. Maldonado, Fernanda R.C. Bonato, Arnaldo Barbieri Jr.	
5. Normativas	
5.1 Requisitos para ser miembros individuales de FLASSES	58
5.2 Auspicios a cursos de postgrado, maestrías y doctorados de las sociedades FLASSES	59
5.3 Proyectos en los que miembros de comités y comisiones de	

FLASSES puede solicitar ayuda económica	60
6. Cursos de interés	61
7. Calendario de eventos	62
8. Requisitos para autores/as	64

ARTÍCULO

SESGOS TERAPÉUTICOS EN LA CLÍNICA DE LAS NO MONOGAMIAS (Parte I)

Benedetto Noelia. Lic en Psicología. Sexóloga con Perspectiva de Género prosexo.



Terapeuta de Pareja y no monogamias. Especialista en Salud Mental Interdisciplinaria. Especializanda en Estudios de Género. Docente UNC. Miembro adherente FESEA y AASM. Argentina.

noebenedetto@gmail.com

El acompañamiento terapéutico de personas que eligen construir sus vínculos afectivo-sexuales fuera de la mononorma presenta desafíos particulares para lxs profesionales de la salud mental. Muchxs terapeutas han sido formadxs para creer que mantener las normas culturales tradicionales es la forma más efectiva de ayudar a las personas. Por ejemplo, algunxs referentes en el campo de la psicoterapia han tomado posturas en contra del poliamor, lo que contribuye a la creencia de que no es una estructura de relación viable. Lo anterior genera una dificultad en el acceso a los servicios de salud mental.

Uno de los obstáculos principales reside en la presencia de sesgos terapéuticos, creencias preconcebidas y actitudes influenciadas por la **mononormatividad** que pueden interferir negativamente en el proceso terapéutico. Estos sesgos, más o menos conscientes, pueden llevar a lxs terapeutas a patologizar, juzgar o intentar reconducir a lxs consultantes hacia modelos relacionales monógamos, en lugar de apoyar sus objetivos y facilitar su bienestar.

La **mononormatividad** (Pieper y Bauer, 2005 en Lepori y Braida 2023) se define como la creencia socialmente dominante en que la monogamia es la forma de relación "natural", "ideal" o "superior". Esta perspectiva se infiltra en los discursos políticos, psicológicos y populares, presentando la monogamia como la norma y cualquier otra configuración relacional como una desviación. Como consecuencia, lxs terapeutas, al igual que el resto de la sociedad, pueden internalizar esta norma y operar desde ella sin

una reflexión crítica. Es crucial reconocer que la monogamia es una **construcción social** y no una realidad biológica o psicológica universal.

Dentro del amplio espectro de las **no monogamias o no monogamias consensuadas (NMC)**, que incluyen el poliamor, las relaciones abiertas, la agamia y otras configuraciones, existen dinámicas relacionales diversas con sus propias particularidades, desafíos y estrategias para promover el bienestar relacional. El rol del profesional de la salud mental es **acompañar sin patologizar**, brindando herramientas para la comunicación asertiva y facilitando procesos de autoconocimiento en las personas que eligen estas configuraciones relacionales. Sin embargo, la presencia de sesgos terapéuticos puede obstaculizar este acompañamiento respetuoso y efectivo.

Tipos de sesgos terapéuticos en la clínica de las no monogamias:

Diversos sesgos pueden manifestarse en la práctica clínica al trabajar con personas no monógamas. A continuación, se exploran algunos de los más frecuentes:

- **Creer que la monogamia es la única forma de relación saludable:** Este es quizás el sesgo más fundamental, que lleva a muchxs terapeutas a asumir que los vínculos deben ser monógamos para ser "sanos". Esta asunción ignora la evidencia que sugiere que la calidad de la relación (intimidad, amor, confianza, compromiso, satisfacción relacional, erótica y/o sexual) no difiere significativamente entre relaciones monógamas y no monógamas consensuadas. De hecho, estudios han reportado mayor confianza, menos celos y mayor satisfacción y sexual en relaciones NMC.

- **Asumir que la monogamia es el objetivo terapéutico:** Muchos terapeutas parten de la idea de que las parejas deben ser monógamas para ser "sanos". Este sesgo puede llevar a intentar "reconducir" una pareja no monógama hacia la exclusividad, en lugar de ayudarlos a gestionar sus relaciones según sus propias normas. La terapia debe centrarse en los **objetivos de lxs consultantes**, no en los valores del terapeuta.

- **Asumir que las relaciones no monógamas son inherentemente inestables o disfuncionales:** Este sesgo deriva de la mononormatividad y lleva a considerar las NMC como menos estables o inherentemente problemáticas. Sin embargo, la investigación muestra que la estabilidad relacional no depende del número de personas involucradas, sino de la calidad de la comunicación y los acuerdos establecidos. Muchas relaciones no monógamas presentan la misma longevidad y satisfacción que las monógamas.

- **Patologizar el deseo de tener múltiples vínculos:** La tendencia a ver las NMC como un síntoma de un problema subyacente, como una falta de compromiso o una forma de evitar la intimidad, es una forma de patologización. Desde la psiquiatría clásica, las NMC se han asociado con trastornos de la personalidad, problemas de apego o traumas infantiles. La psicología popular también ha propagado la idea de que las personas en relaciones abiertas o poliamorosas son emocionalmente inmaduras o incapaces de comprometerse. Es crucial **despatologizar las no monogamias** y reconocerlas como opciones válidas para gestionar las necesidades relacionales.

- **Considerar que las personas en relaciones no monógamas tienen problemas de compromiso o son adictas al sexo:** Estos son mitos comunes asociados a las NMC. Se asume erróneamente que las personas no monógamas tienen miedo al compromiso o que sus relaciones son solo sexuales. Estas generalizaciones ignoran la diversidad de motivaciones para elegir las NMC, que incluyen la autonomía sexual, creencias y valores personales, la pertenencia a comunidades afines, la exploración de la sexualidad, el crecimiento personal, etc.

- **Mononormatividad y monogamismo:** El **monogamismo** (Anderson, 2010; cf. Twist, Prouty, Haym, VandenBosch., 2018 en Ansara, 2020) es la creencia de que las personas y las relaciones monógamas son superiores, más maduras o más "naturales", mientras que las relaciones no monógamas y con múltiples parejas son inferiores, inherentemente inestables, inmaduras, menos "comprometidas" o "antinaturales". Este sesgo se entrelaza con la **mononormatividad**, el estándar social de la monogamia que enmarca las relaciones en términos de un binario monogamia/"infidelidad". Es fundamental cuestionar esta creencia y reconocer que las relaciones no monógamas pueden ser igualmente saludables, válidas y satisfactorias.

- **Parejocentrismo:** Persistencia de representaciones que se centran en la pareja/díada (Lepori y Braidá, 2023). Es el sesgo mononormativo generalizado de que todas las personas tienen o deberían desear una relación de "pareja". Esto se manifiesta en la suposición de que la "terapia de relación" equivale a la terapia de "matrimonio" o "de pareja". Este sesgo devalúa la amistad, la familia de elección y las relaciones de parentesco queer que son vitales para muchas personas LGTBQINBAP+.

- **Intervenciones desde el privilegio de pareja:** El privilegio de pareja describe una dinámica que privilegia la relación principal, a menudo hasta el punto de descartar o minimizar la personalidad de los otros miembros de la pareja. Derivado del parejocentrismo, muchas intervenciones pueden dar más valor a la relación "primaria" en detrimento de otras.

- **Suposiciones sobre celos:** Es común asumir que los celos son un problema inevitable y que la no monogamia incrementará este sentimiento en comparación con las relaciones monógamas. Sin embargo, cada persona vivencia los celos de manera diferente, y es importante no asumir que todas las personas en relaciones no monógamas experimentan los celos de la misma manera. Es crucial **diferenciar entre celos y miedo al abandono** y explorar el desarrollo de la **compersión**.

- **Asimetría de poder igual a violencias:** Este sesgo lleva a suponer que en las relaciones no monógamas siempre existe una persona con más poder o control, especialmente en relaciones jerárquicas o en las que una persona es nueva en la práctica. Si bien algunas formas de NMC son jerárquicas, no se debe asumir que esto siempre es dañino o abusivo simplemente porque la relación se ve diferente de una monógama. Es importante ser consciente de las estructuras relacionales jerárquicas que pueden crear equilibrios de poder asimétricos, pero también reconocer la diferencia entre asimetrías y violencias. Todas las relaciones están marcadas por una distribución desigual del poder, Angel (2021) no cree que podamos dejar atrás el poder en las relaciones y que podamos entrar en una zona felizmente libre de desigualdad.

- **Minimización de las emociones:** Invalidar las emociones, asumiendo que porque eligieron este tipo de relación, deben estar completamente cómodas y no pueden experimentar angustia o dudas, es un sesgo iatrogénico. Es crucial **validar y explorar las emociones sin juicios**.

- **Generalización a partir de las experiencias personales:** Proyectar experiencias personales en lxs consultantes, ya sean positivas o negativas con respecto a la no monogamia, puede llevar a interpretaciones erróneas e intervenciones inadecuadas. Los terapeutas deben ser conscientes de la **"falacia del psicólogo"**, la suposición de que todas las personas son similares a ellos mismos (James, 1890 en Ansara 2020).

- **Generalización a partir de la muestra:** Lxs profesionales de la salud mental mayoritariamente asisten a aquellos vínculos que acuden por alguna dificultad o padecimiento. Si no están relacionadxs con la comunidad no monogámica, lxs terapeutas no tienen contacto con experiencias modeladas positivas que no necesitan o no demandan un abordaje terapéutico y que llevan una vida sin particularidades.

- **Falta de conocimiento y formación:** La falta de información precisa y basada en la investigación sobre las NMC puede llevar a intervenciones que no consideren las particularidades de estas relaciones o a un desconocimiento de las herramientas necesarias para trabajar de manera efectiva con ellas. Es fundamental que lxs terapeutas busquen **formación específica en NMC** y se informen sobre la diversidad de experiencias dentro de las no monogamias.

- **Heteronormatividad:** Identifica el sistema según el cual la única orientación sexual digna de mención y representación, deseable y deseada por todos, es la heterosexualidad. La heteronorma está estrechamente ligada al sistema de sexo y género, ya que presupone la existencia de sólo dos sexos y géneros, opuestos y complementarios. (Warner, 1991, en Lepori y Braida, 2023). Suponer que las relaciones no monógamas siguen dinámicas y estructuras heteronormativas, o que las experiencias de personas LGBTQINBAP+ son las mismas que las de personas heterosexuales, puede llevar a una comprensión limitada de las experiencias diversas.

- **Amatonormatividad y alonormatividad:** La **amatonormatividad** (Brake, 2012 en Lepori y Braida, 2023) es la suposición de que las relaciones románticas son el tipo de relación más importante que todo el mundo debería mantener, devaluando otras formas de conexión. La **alonormatividad** es la norma social implícita que impone que todas las personas tienen que tener atracción sexual hacia otras personas con una frecuencia e intensidad determinada sino entran en el terreno del déficit o la patología. La alonorma impacta tanto sobre las personas asexuales como alosexuales (Benedetto, 2021).

- **Visión sexofóbica:** Terapeutas con una visión sexológica sesgada por su sexosofía (Money, 1982) y pánicos sexuales (Rubin, 1989) pueden tender a considerar que sus consultantes con múltiples encuentros sexuales tienen más patologías que el resto. El rechazo hacia la promiscuidad suele ser internalizado por varixs terapeutas.

Sería útil empezar a considerar el término promiscuidad como neutral, ya que se le atribuye un valor intrínsecamente negativo. No hay nada de malo en tener sexo con muchas personas, ya que el número de personas con las que te has acostado no es un criterio para medir tu validez (Lepori y Braid, 2023).

- **No elección:** Sancionar las modalidades vinculares de lxs usuarixs como dificultades en la elección o en la incorporación de la Ley paterna es un sesgo que limita la autonomía del consultante.

- **Ignorar la dinámica de la película y los metamours:** Un sesgo centrado exclusivamente en la díada puede llevar a ignorar la importancia de otras relaciones dentro de la película, como las relaciones con los metamours (parejas de las parejas). Los metamours desempeñan roles fundamentales en la vida de muchas personas poliamorosas y sus perspectivas son valiosas para comprender la dinámica relacional. La terapia de enfoque centrado en las películas propone considerar a todos los miembros del sistema relacional (Ansara, 2020).

- **Uso de lenguaje sesgado:** Referirse a las personas poliamorosas como personas que viven con "estilos de vida alternativos" o "no tradicionales" revela un sesgo etnocéntrico y refuerza la ideología de que la monogamia es la norma. De manera similar, el uso de frases como "abrir la relación" implica una perspectiva centrada en la pareja monógama inicial y puede no reconocer las necesidades y la autonomía de las nuevas personas que se integran al sistema relacional (Benedict, 2017; Du, 2016; Legros, 2014; en Ansara, 2020).

ARTÍCULO

DERECHOS HUMANOS Y DISIDENCIAS SEXUALES: TRANSFORMANDO EL ÁMBITO LABORAL

Cecilia Paredes. Psicóloga (UNR) Profesora de Psicología (UNR). Sexóloga Clínica y Educativa (Instituto Kinsey). Diplomatura Terapia Sexual, Cognitiva, Comportamental y Sistémica (UBA) Diplomada en Educación Sexual Integral (UNSAM). Maestranda en Poder y Sociedad desde la Problemática del Género (UNR). Miembro de ARESS. psicoceciliaparedes@gmail.com



A pesar de la ausencia de datos y estadísticas públicas sobre las condiciones de vida de la población LGTBIQ en Argentina se ha identificado a las personas trans como la población con mayores problemas de empleo dentro del colectivo de la diversidad sexual¹. La descripción de sus trayectos de vida evidencia que la discriminación comienza en su niñez al ser rechazada su expresión de género por la familia y las instituciones educativas. Los bajos niveles de escolarización de la población trans² coinciden con los momentos de rechazo familiar. Todas estas situaciones son parte de un orden de género heteronormativo y binario que impacta sobre las condiciones de vida de las personas trans.

El Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación, mediante la Resolución 331/2013, reconoce a las personas trans entre aquellos grupos con situaciones críticas de vulnerabilidad laboral y que deben ser priorizados en la implementación de las políticas, programas y acciones de empleo.

¹ Según informe del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNDU) realizado en 2017, el 94,8% de las personas trans en Argentina no se encuentra incorporada al mercado de trabajo formal. Sin embargo, no hay cifras confiables sobre esta situación en casi ningún país de la región. (<https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2018/05/16/trabajo-inclusion-trans-argentina>)

² El término trans utilizado en este trabajo hace referencia a personas con una expresión o identidad de género diferente de la atribuida al nacer, incluyendo a personas transexuales, transgénero, travestis.

Como bien señaló Lohana Berkins, el nivel educativo impacta de lleno en la situación laboral. La prostitución sigue siendo la principal fuente de ingresos: casi el 90% de quienes tienen entre 18 y 29 afirma estar en situación de prostitución o se considera trabajadorx sexual. A medida que aumenta la edad, la cifra disminuye. En total, más del 70% de las mujeres trans / travestis vive de la prostitución, pero más del 80 % de ellas desearía abandonarla. Entre el 10,3% que dice que no tiene la intención de dejarla tiene peso el desamparo: pocas expectativas de encontrar un trabajo que posibilite la vivienda y los gastos diarios³.

Las personas trans enfrentan diversos problemas de salud que reflejan su vulnerabilidad. Altos niveles de exposición a violencia, dificultades relacionadas con la salud mental, alta tasa de prevalencia de infecciones de transmisión sexual, alto consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, efectos negativos de hormonas auto administradas, entre otros. El hecho de ser una persona trans no constituye, en sí mismo, una condición patológica de ningún tipo. Sin embargo, vivir como una persona trans, a menudo, requiere de esfuerzos para enfrentar entornos discriminatorios y hostiles. La adversidad del entorno social puede tener un fuerte impacto negativo en la salud emocional y mental de las personas trans a lo largo de sus vidas teniendo como consecuencia inquietud, ansiedad, depresión, estrés. La criminalización de la identidad trans y la estigmatización que acompaña el ejercicio de la prostitución callejera coloca al colectivo en una posición muy vulnerable respecto de la exposición a la violencia de todo tipo: las enfermedades asociadas con la pobreza, la dificultad para incorporar practicas preventivas de cuidado de la salud, la alta incidencia de contagio de VIH /SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITSE)⁴.

Cabe destacar que en 2018, la Organización Mundial de la Salud dio un paso importante hacia la despatologización de las personas trans y de género diverso, al adoptar la última modificación de su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), así eliminó las categorías relativas a las identidades trans del capítulo sobre trastornos mentales y determinó que el hecho de ser trans o vivenciar el género de

³ BERKINS, Lohana y FERNANDEZ, Josefina (coord.). "La Gesta del Nombre Propio. informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina". Buenos Aires. Madres de Plaza de Mayo. 2005.

⁴ BERKINS, Lohana y FERNANDEZ, Josefina, Op. Cit.

manera diversa no constituye un trastorno mental. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos saludó la adopción de la nueva edición de la CIE, enfatizando que el derecho a la identidad es un factor constitutivo de la personalidad humana y la ausencia de su reconocimiento impacta directamente en el goce integral de los derechos humanos de las personas trans. Las categorías médicas patologizantes han sido utilizadas para justificar someter a personas trans a esterilizaciones, tratamientos hormonales, cirugías y evaluaciones psiquiátricas de manera forzada o coercitiva, y para condicionar o imponer otras trabas abusivas al ejercicio de sus derechos humanos y el reconocimiento de su identidad de género⁵.

Estos cambios de perspectivas y a partir del dictado de la Ley de identidad de Género nuevos/as jóvenes, personas trans, demandan respuestas que permitan cerrar un ciclo de inclusión social y ciudadana, que vuelva realidad cotidiana la reciente igualdad jurídica formal alcanzada⁶.

La división sexual del trabajo establece un sistema de dominación que configura los cuerpos y define las esferas de participación de varones y mujeres. Históricamente los varones han desempeñado un rol privilegiado en el ámbito público y laboral, relegando a las mujeres al espacio doméstico privado y en lo que respecta a experiencias laborales, siempre en situaciones de subordinación. Tanto mujeres como personas por fuera de la masculinidad hegemónica, han sido relegadxs del mundo laboral, con consecuencias económicas y sociales. Esto es algo visible con las personas trans, quienes significan una ruptura en el orden establecido, un quiebre del binarismo sexogenérico, que no se ajusta a las etiquetas capitalistas⁷.

El derecho humano al trabajo digno se encuentra legislado tanto en el ámbito de Naciones Unidas (ONU) como en el ámbito de la Organización de Estados Americanos (OEA). El Estado argentino se ha comprometido internacionalmente a diseñar políticas en materia de igualdad y no discriminación que garanticen el ejercicio de los Derechos

⁵ Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación Internacional de Enfermedades (2018). Disponible en: [https://www.who.int/es/news/item/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/es/news/item/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))

⁶ RUEDA, Alba. "Cupo laboral trans: una agenda para la transfobia estructural" en Blas Radi y Mario Pecheny (Coord.) Travestis, mujeres transexuales y tribunales: hacer justicia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Libro digital, Editorial Jusbares, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2018.

⁷ ZAMAREÑO, Facundo M. Tesina: "In-corporación de las personas trans al mercado laboral de la ciudad de Rosario. Reflexiones desde el Trabajo Social". Recuperado de <https://rehip.unr.edu.ar/handle/2133/14402>.

Humanos. Argentina es Estado parte de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966). En ambos se hace referencia a que toda persona es igual ante la Ley y que los Derechos deben ser ejercidos sin discriminación alguna, entre ellos el Derecho al Trabajo. Por otra parte, los Principios de Yogyakarta establecen el Derecho al Trabajo sin discriminación por orientación sexual e identidad de género.

En el ámbito regional, la Convención Americana sobre Derechos Humanos y su Protocolo Adicional en materia de derechos económicos, sociales y culturales establece que los Estados partes se comprometen a adoptar las medidas necesarias para lograr la efectividad de los derechos que se reconocen en el Protocolo sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social. Específicamente se establece que toda persona tiene derecho al trabajo, incluyendo la oportunidad de obtener los medios para llevar una vida digna a través del desempeño de una actividad lícita libremente escogida o aceptada y que los Estados partes se comprometen a adoptar las medidas que garanticen plena efectividad al derecho al trabajo, en especial las referidas al logro del pleno empleo.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha resuelto que la orientación sexual y la identidad de género son categorías protegidas por la Convención Americana⁸. Asimismo, en la Opinión Consultiva N° 24 sobre identidad de género, e igualdad y no discriminación a parejas de mismo sexo establece que los Estados están obligados a adoptar medidas positivas para revertir situaciones discriminatorias en sus sociedades, en perjuicio de determinado grupo de personas.

En igual sentido, el Comité encargado de la interpretación del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales resolvió que en “cualquier otra condición social” se incluye la orientación sexual e hizo explícita la prohibición de discriminación a personas trans e intersexuales. En su Observación General N° 20 de 2009 (E/C.12/GC/20),

⁸ Caso Atala Riffo y Niñas vs. Chile. Sentencia del 24 de febrero de 2012. Fondo, Reparaciones y Costas. Disponible en http://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_239_esp.pdf.

manifestó: “Las preferencias sexuales de una persona no constituyan un obstáculo para hacer realidad los derechos que reconoce el Pacto. La identidad de género también se reconoce como motivo prohibido de discriminación. Por ejemplo, los transgénero, los transexuales o los intersexo son víctimas frecuentes de graves violaciones de los derechos humanos, como el acoso en las escuelas o en el lugar de trabajo”. Cabe destacar que la interpretación que realizan los organismos internacionales de los instrumentos integra nuestro derecho interno siendo de aplicación obligatoria.

En nuestro país la Ley de identidad de género 26.743 establece que toda persona tiene derecho al libre desarrollo conforme a su identidad de género, a partir de su sanción en el año 2012 se ha avanzado sostenidamente en la promoción y defensa de los derechos de las personas LGBT. A nivel nacional se sanciona la Ley de promoción del acceso al empleo formal para personas travestis, transexuales y transgénero “Diana Sacayán. Lohana Berkins” Nro. 27.636 que tiene como propósito establecer medidas de acción positiva orientadas a lograr la efectiva inclusión laboral de las personas travestis, transexuales y transgénero, con el fin de promover la igualdad real de oportunidades en todo el territorio de la República Argentina.

La Ley nacional fija incentivos impositivos al sector privado, en contribuciones patronales que se generen por la contratación de las personas beneficiarias de la ley y en su art. 10 establece que el Estado nacional debe priorizar, las compras de insumos y provisiones a personas jurídicas o humanas del ámbito privado que incluyan en su planta laboral a personas trans.

Es imperioso lograr que “se naturalice ver a mujeres trans, hombres trans, trabajando en todos lados”⁹, para ello es necesario implementar políticas públicas que efectivicen la inclusión de la personas trans en la empresas del sector privado y a su vez que el sector privado se involucre en el acceso efectivo al derecho al trabajo de las personas trans ya que es evidente que las leyes por sí solas no resuelven todos los problemas derivados de la discriminación y de los estereotipos sexogenéricos. “Es claro que la violencia liberal destruye al Estado de bienestar y la protección de los derechos básicos.

⁹ MURO, María, PALERMO, Gimena. “Finalmente reparadas. De una política de reparación para mujeres trans que inspira dramaturgia. Conversando con Carolina Boetti y Marzia Echenique” en Debate Feminista. Debates en paralelo. Disponible en <https://debatefeminista.cieg.unam.mx/articulo-reparadas.php>

El Estado tiene la responsabilidad de crear acciones afirmativas para resguardar y ampliar los márgenes de la ciudadanía”¹⁰

Abordar la diversidad sexual desde las políticas de empleo resulta central para avanzar en la efectiva inclusión de todas las personas sin discriminaciones y en igualdad de condiciones en la sociedad. Es primordial implementar acciones afirmativas para contribuir a la igualdad de oportunidades, incluyendo y reconociendo la riqueza de la diversidad.

Bibliografía:

- Artículo: “Un trabajo para tod@s y todxs”. Banco Mundial. Recuperado el 20 de julio de 2020 de <https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2018/05/16/trabajo-inclusion-trans-argentina>.
- BERKINS, Lohana y FERNANDEZ, Josefina (coord.). “La Gesta del Nombre Propio. informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina”. Buenos Aires. Madres de Plaza de Mayo. 2005.
- Clasificación Internacional de Enfermedades 11. (CIE-11). Organización Mundial de la Salud (OMS). 2018. Disponible en: [https://www.who.int/es/news/item/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/es/news/item/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11)).
- Guía de acciones para una inclusión sociolaboral de travestis, transexuales y transgéneros. (trans) Recomendaciones basadas en las acciones implementadas en ocho localidades de la Argentina. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación. Disponible en <https://www.ar.undp.org/content/argentina/es/home/library/poverty/InclusionSLab.html>.
- MURO, María, PALERMO, Gimena. “Finalmente reparadas. De una política de reparación para mujeres trans que inspira dramaturgia. Conversando con Carolina Boetti y Marzia Echenique” en Debate Feminista. Debates en paralelo. Disponible en <https://debatefeminista.cieg.unam.mx/articulo-reparadas.php>
- RUEDA, Alba. “Cupo laboral trans: una agenda para la transfobia estructural” en Blas Radi y Mario Pecheny (Coord.) Travestis, mujeres transexuales y tribunales: hacer

¹⁰ RUEDA, Alba., Op. Cit.

justicia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Libro digital, Editorial Jusbares, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2018.

- ZAMAREÑO, Facundo. Tesina: "In-corporación de las personas trans al mercado laboral de la ciudad de Rosario. Reflexiones desde el Trabajo Social" Revista Cátedra Paralela N° 17 2020. Recuperado de <https://rephip.unr.edu.ar/handle/2133/14402>.

ARTÍCULO

MÚSICA Y SEXUALIDAD, UNA ALIANZA PARA EL BIENESTAR

Valeria Romina Costarelli. Médica Sexóloga Clínica y Educativa. Miembro de ARESS y FESEA. Docente de la UNR y del Postgrado de Sexualidad Humana del Instituto Kinsey. Integrante de G.R.I.M (Grupo Rosarino para Mujeres en Proceso de Menopausia). Coautora de los libros “Sexualidad en Personas con Afasia” y “Danza y Sexualidad. Utilidad terapéutica”. Argentina. valecostarelli@hotmail.com



Daniel Rodolfo Castellarin. Médico especialista en Ginecología. Sexólogo Clínico y Educativo. Miembro de ARESS, FESEA y SASH. Docente de la UNR y del Postgrado de Sexualidad Humana del Instituto Kinsey. Coautor de los libros “Sexualidad en Personas con Afasia” y “Danza y Sexualidad. Utilidad terapéutica” danielcastellarin58@gmail.com



La música y la sexualidad son disciplinas que han estado unidas desde siempre. La música ha estado presente en todas las culturas de la historia de la humanidad, desde la prehistoria. De hecho, se han encontrado restos de flautas hechas con huesos de aves que tienen más de 40.000 años, sugiriendo que la música es una de las habilidades cognitivas humanas más antiguas.

La música, como herramienta emocional y comunicativa, ofrece un puente terapéutico eficaz para abordar aspectos relacionados con la sexualidad. Este artículo explora la relación entre música y sexualidad desde un enfoque descriptivo y clínico, analizando su impacto sobre el deseo, la conexión de pareja, la expresión erótica y el tratamiento de las dificultades sexuales.

Sabemos que el espectro de la sexualidad humana es vastísimo, ya que no solamente hace referencia al sexo, a la genitalidad, a la reproducción o al rendimiento sexual sino también a toda forma de expresión humana. La sexualidad constituye una dimensión

compleja de los sujetos, profundamente conectada con factores emocionales, cognitivos y somáticos.

La música forma parte de nuestra naturaleza, al ser parte del modo de expresarnos va a estar influenciada por lo que sentimos, creemos y queremos.

Las disciplinas artísticas, tradicionalmente se dividen en artes visuales, escénicas, literarias y musicales. Cuando las relacionamos con la sexualidad, es evidente que, en el caso de las dos primeras, las artes visuales y las escénicas, la imagen y por tanto el sentido de la vista tienen una gran importancia. La relación de las artes literarias y la sexualidad está mediada por el máximo órgano sexual: el cerebro en funcionamiento. La lectura estimula nuestra imaginación, pensamientos, fantasías.

Todos los sentidos permiten que el mundo se perciba de manera sutil y cumpla un propósito en la respuesta sexual a través de la vista, olfato, tacto, gusto y oído. La analogía entre la música y la sexualidad es evidente: si las características de la música son el ritmo, la armonía, la resonancia, la sincronía y la disonancia, lo mismo puede decirse de un encuentro erótico.

Entonces, ¿qué ocurre con las artes musicales? Nadie puede negar que la música puede ser una fuente de inspiración sexual. Hay estudios científicos, como el de los psicólogos Blod y Zatorre, que observaron que estimula las mismas regiones cerebrales que regulan la respuesta sexual humana.

Diversas investigaciones en neurociencia han demostrado que la música y la actividad sexual comparten rutas neurales asociadas al placer y la motivación, especialmente en el sistema de recompensa cerebral. Áreas como el núcleo accumbens, la amígdala y la corteza prefrontal medial se activan tanto al escuchar música placentera como durante la excitación y el orgasmo.

Estas activaciones implican la liberación de dopamina, oxitocina y endorfina, neurotransmisores que facilitan el apego, el bienestar y la conexión emocional. Además, escuchar canciones que nos producen placer, aumenta las concentraciones séricas de testosterona. Por lo tanto, podemos decir que la música puede ayudar a producir condiciones físicas y estados afectivos favorables para la exploración íntima.

Además, influye positivamente en las diferentes fases de la respuesta sexual por su propiedad de relajación, que permite desprendernos de miedos, temores o pensamientos que generan bloqueos.

Dentro de la terapia sexual, la música es una herramienta que se ha utilizado con éxito en el tratamiento de disfunciones sexuales con componentes psicógenos. En casos de deseo sexual hipoactivo, anorgasmia o disfunción eréctil, se han documentado beneficios derivados del uso de música en sesiones de terapia corporal, terapia de pareja y psicoterapia individual.

Por ejemplo, el uso de música en técnicas de relajación puede reducir la ansiedad de desempeño, facilitando la presencia corporal y la conciencia sensorial. Asimismo, las actividades de improvisación musical o escucha dirigida permiten trabajar emociones reprimidas o internalizadas que afectan la respuesta sexual.

Se puede usar como un vehículo para romper la monotonía, promover el cambio, ser creativos. Es una gran herramienta para nutrir nuestro erotismo. Planear para nosotros mismos o en compañía de la pareja un encuentro íntimo, eligiendo la música apropiada, tomándonos el tiempo necesario para armar el escenario como lo deseamos, escogiendo los sonidos y demás estimulantes que aumenten nuestro placer, dejándonos llevar.

Es importante tener en cuenta que la selección del repertorio musical tiene un impacto significativo en la respuesta emocional de cada persona. Las canciones asociadas a experiencias eróticas, afectivas o traumáticas pueden actuar como disparadores terapéuticos, permitiendo la elaboración de memorias y deseos no verbalizados.

La música con sus ritmos y melodías nos transporta a un sin número de escenarios y posibilidades que pueden ser usados dentro de un encuentro erótico.

Por otro lado, escuchar ciertas melodías nos evoca recuerdos, moldea la memoria y hasta la mejora. Puede utilizarse para tratar a personas con Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, trastornos obsesivo-compulsivos, esquizofrenia y autismo, entre otras condiciones. En nuestra práctica trabajando con personas con afasia, sabemos muy bien del “poder de la música”, personas en las que por una lesión cerebral se altera la capacidad de expresarse, aun así, son capaces de entonar melodías y el placer que eso les provoca es incommensurable.

La tonalidad del instrumento sumado a la letra de la canción y la voz del cantante nos sirve como estimulante, nos ayuda a desinhibirnos y crea un ambiente que despierta todo tipo de emociones y sentimientos, nos transporta, acentúa la creatividad, incita al movimiento, a la danza, nos hace sentir sensuales y todo sumado a que es una fuente fundamental de ayuda en la ansiedad sexual.

La creación o interpretación musical puede ofrecer a los pacientes un espacio seguro y no normativo para experimentar con su erotismo, explorar nuevas narrativas, aumentar el autoconocimiento, facilitar procesos de resignificación y desarrollar una mayor autoaceptación.

Resulta inevitable disociar la música del movimiento por lo que no puede separarse de la danza, y la misma, de los cuerpos. Parafraseando a Spinoza, nadie sabe lo que puede un cuerpo...y menos cuando las melodías empiezan a sonar y el deseo a emerger.

La música y la sexualidad se entrelazan en múltiples niveles de la experiencia humana. Su integración en la cotidianeidad y en el contexto terapéutico permite ampliar las vías de intervención y enriquecer el proceso de autoconocimiento erótico y relacional. Lejos de ser un mero acompañamiento ambiental, la música puede convertirse en un aliado profundo y transformador en el camino hacia una sexualidad más libre, consciente y placentera.

Reseñas bibliográficas

Ahumada, S., Luttges, C., Molina., y Torres, S. (2014). Satisfacción sexual: revisión de los factores individuales y de pareja relacionados. Rev. Hosp. Clin.Univ. Chile.

Berrocal, J. A. J (2016). Música y neurociencia: la musicoterapia. Fundamentos, efectos y aplicaciones terapéuticas (nueva edición revisada y ampliada). Editorial uoc.[http://ebookcentral.proquest.com/lib/bualebooks/detail.action? Docid=3207919](http://ebookcentral.proquest.com/lib/bualebooks/detail.action?Docid=3207919)

Blood, A, J , y Zatorre,r. J. (2001) Intensely pleasurable responses to music correlate with activity in brain regions implicated in reward and emotion. Proceedings of the national academy of sciences, 98(20), 11818-11823.

Borràz-León, J, L., Herrera Pérez, J. J., Cerda-Molina, A. L., y Martinez-Mota, I. A. (2015). Testosterona y salud mental: una revisión. Psiquiatría biológica, 22 (2), 44-49.

Juslin, P. N., & Sloboda, J. A. (Eds.). (2010). Handbook of Music and Emotion: Theory, Research, Applications. Oxford University Press.

Maratos, A., Gold, C., Wang, X., & Crawford, M. (2008). Music therapy for depression. Cochrane Database of Systematic Reviews, (1).

Salimpoor, V. N., Benovoy, M., Larcher, K., Dagher, A., & Zatorre, R. J. (2011). Anatomically distinct dopamine release during anticipation and experience of peak emotion to music. *Nature Neuroscience*, 14(2), 257–262.

REFLEXIONES

DE LA JUBILACIÓN ERÓTICA AL PLACER EN LA MADURITUD:

UN ENFOQUE POSMODERNO (Parte I)

Gabriela Artaza Toro. Master en Sexología Clínica y Salud Sexual. Licenciada en Psicología. Especialista en Terapia de Parejas. Presidente del Capítulo de Sexología Positiva y Salud Mental de la Asociación Argentina de Salud Mental. Autora de Proyectos Educativos Formadora de Profesionales.



@gaby_master.sex

“El amor es un misterio, el sexo es una urgencia biológica y el erotismo una exquisitez humana.” Clara Coria

En el marco de la posmodernidad se ha producido una transformación profunda en relación con las prácticas sociales y culturales que regularon la vida sexual durante generaciones anteriores. Durante largos períodos de la historia, especialmente bajo la influencia de instituciones como la Iglesia, la medicina y el sistema educativo, la sexualidad fue relegada al ámbito de lo privado, cuidadosamente regulada por normas morales que la circunscribían al matrimonio heterosexual y con fines exclusivamente reproductivos. Como señaló Michel Foucault (1984), estas instituciones funcionaron como engranajes de una maquinaria de control que disciplinaba los cuerpos y prohibía cualquier expresión sexual que se apartara de los mandatos instituidos. Paralelamente, se desplegaron numerosos dispositivos de poder —entre ellos el silencio, la culpa y la censura— que impidieron la circulación libre de saberes sobre sexualidad, especialmente entre las juventudes, a quienes se buscaba mantener en la ignorancia mediante sanciones sociales ante cualquier transgresión.

Hoy, en contraste con aquellos regímenes del discurso, vivimos en una sociedad donde las demandas por la equidad de género, el reconocimiento de las diversidades y

el derecho al ejercicio libre y pleno de la sexualidad han ganado una presencia significativa en el espacio público. En este nuevo escenario, se visibilizan con fuerza los reclamos por una sexualidad despojada de tabúes, en sintonía con los derechos humanos y la autodeterminación de los cuerpos.

Sin embargo, esta ampliación de derechos no se distribuye de manera equitativa entre todas las franjas etarias. Si bien son las juventudes quienes, con mayor ímpetu y legitimidad social, han tomado la palabra y ocupado las calles para exigir respeto por sus derechos —interpelando a sus familias y docentes cuando consideran que se vulneran sus libertades—, los adultos y las adultas mayores muchas veces quedan excluidos de este nuevo paradigma. En el imaginario colectivo persiste la idea de que, llegada cierta edad, las personas deben retirarse de la vida erótica, como si existiera una suerte de "jubilación sexual" implícita.

En el consultorio, es frecuente que personas adultas expresen con pudor su deseo de continuar habitando su sexualidad, aunque no sin temor: miedo a ser descalificadas por sus parejas, a ser objeto de burla o a recibir juicios negativos por parte de las generaciones más jóvenes. Estas tensiones revelan que aún queda un largo camino por recorrer para que el derecho al placer, al deseo y al erotismo sea reconocido como parte constitutiva de la vida humana en todas sus etapas.

Teresa (52 años): - ¡Estoy perpleja! Quiero cambiar de geriátrico, mi padre no está bien cuidado...

Terapeuta: - ¿Qué le hace pensar que no está bien cuidado?

Teresa: - Esta mañana fui muy temprano a visitar a mi padre y ¡lo encontré durmiendo con dos señoras en la misma cama! ¡Hice un escándalo tremendo! El personal del geriátrico me aseguró que se iban a ocupar...

Terapeuta: - ¿Qué es lo que le molesta de la situación?

Teresa: - ¡Que mi padre haya perdido el decoro!

**(Este relato es absolutamente verdadero, salvo las partes que fueron inventadas.)*

¿Por qué gran cantidad de los adultos medios y mayores creen que deben asumir una jubilación sexual? ¿Por qué habría que renunciar a un aspecto constitutivo e importante de la vida de todo ser humano? ¿Cómo se configuraron estos argumentos?

Al respecto planteamos tres posibles puntos de análisis:

1. La historia de la humanidad
2. El concepto de Generación Sándwich
3. Las campañas las publicitarias

Una política de control de los cuerpos:

¿La historia de la humanidad?

¿En qué momentos históricos se empezó a discriminar negativamente el ejercicio de la sexualidad en la adultez media y mayor?

Buceando en textos escritos en la antigüedad, encontramos un posible disparador respecto a quiénes estaban habilitados para la práctica de los placeres eróticos. En la Antigua Grecia se admiraban los cuerpos esbeltos, los estereotipos físicos atléticos, con fuerza muscular para ganar batallas, agresivos y con potencia sexual para la reproducción de la especie vencedora y colonizadora. Una estética de los cuerpos que ha sido cincelada en las estatuas de esa época y que en nuestros días se pueden apreciar, por ejemplo, en el Museo Británico, en el Louvre y en el Museo de la Acrópolis de Atenas.

Judith Butler (2002). diría “cuerpos que importan” aquellos que se transforman en prototipos a los que se aspira y se admira, mientras que los cuerpos que no logran imitar el modelo a seguir son denostados o pasan inadvertidos.

Según algunos escritos de la Antigua Roma y también de Grecia, se puede confirmar una valoración exaltada de la juventud, y con la asociación directa al concepto de belleza física (según los cánones de la época), y la habilitación para el acceso a los placeres sexuales.

En contrapartida, aparecen escritos que asocian a la “vejez” con la decrepitud y la fealdad. Al respecto, el poeta griego del siglo II D.C Estratón de Sardes decía:

“Ya tengo la cabellera cana sobre mis sienes,

Y mi pene cuelga inactivo entre mis muslos.

Mis testículos me son inútiles y la cruel vejez me alcanza”.

Asclepiades de Samos, poeta griego del siglo III A.C expresaba:

¿Por qué esas lágrimas? ¿Por qué sufres?

No eres tú el único al que la caprichosa Cipris ha derrotado,

ni el único contra el que ha afilado sus flechas y saetas el amargo Eros.

¿Por qué, vivo aún, te entierras en la ceniza?

Bebamos el vino puro de Baco. Queda un dedo de día.

¿Esperamos hasta ver la lámpara que vela el sueño?

*Bebamos, sin descanso. Pues en no mucho tiempo,
desgraciado, la profunda noche nos hará cesar”*

Se puede observar una marcada inequidad respecto a lo habilitado o vedado según las etapas etarias, y una delimitación de la sexualidad según medidas arbitrarias, reduccionistas y discriminatorias. Pero esos parámetros, sin dudas han tenido eficacia en la conformación de mitos y prejuicios que se han repetido a lo largo de la historia, limitando la subjetividad de las personas.

Podemos observar que, en esta antigua sociedad, también se instaura las bases de una lógica binaria, atributiva, donde el cuerpo joven del hombre es tomado como modelo de perfección y admiración, por lo tanto, el cuerpo de la mujer asume el reverso de todas esas facultades arbitrarias.

Debemos, además, señalar que la discriminación sexista hacia la mujer madura es aún mayor que la recibida por las mujeres jóvenes y los hombres de su misma edad. A propósito, Horacio (65 A.C.) escribe Épodo VII y XII esgrimiendo un lenguaje muy hostil para referirse a “*una vieja libidinosa*” que muestra actitudes impropias a su edad:

¿Preguntar tú, podrida por tus años sin cuento,

qué es lo que enflaquece mi virilidad?

¿Tú, que tienes renegrada la dentadura

y a quien una vejez añeja a surcado la frente de arrugas,

tú, cuyo asqueroso trasero se abre entre las nalgas enjutas

como si fuera el de una vaca enfermiza?

Otro momento histórico importante en la constitución de un aparato de control de los cuerpos, sin dudas, es la conformación de los Estados Nacionales y la instauración del capitalismo, un proceso que llevó varios siglos del XVI al XVIII, con importantes transformaciones políticas, económicas, sociales y culturales. Se instituyó una bifurcación de las funciones y un reparto de roles de acuerdo al sexo-género de nacimiento: el mundo público para los hombres y el mundo privado, el hogar, para las mujeres. Este estilo de vida se estableció a través de discursos políticos, religiosos,

médicos, que definían lo permitido, lo prohibido, lo anormal y la enfermedad. Este nuevo orden que refundó y fortaleció al patriarcado y a la postura biologicista, se ocuparía también de controlar la sexualidad: la meta de esta sería la procreación dentro del matrimonio. Por ese motivo, toda práctica sexual por fuera del mismo, o con otro fin, era señalada como perversión moral. ¿La pérdida de la capacidad de la fecundidad señalaba el fin de la actividad sexual? Quien no se comportase de acuerdo con la norma social recibía la descalificación y burlas grotescas.

Devino un orden sexual que prescribía cualquier práctica que se alejara de la norma: se condenaba la masturbación, las relaciones sexuales no heterosexuales, a las mujeres que no llegasen vírgenes al matrimonio, y a las que manifestaran deseos eróticos posteriori a su menopausia.

En este contexto, los varones de edad avanzada que pretendieran tener una vida sexual o erótica por fuera de un fin reproductivo eran señalados como viejos depravados. La inequidad del patriarcado podía soportar el desliz del macho convertido en su maduritud en un “viejo verde”, pero le resultaba intolerable que una mujer-madre no estuviese dispuesta a claudicar su sexualidad.

Retomando los conceptos de la época de la antigua Roma y Grecia, donde el modelo de virilidad era el cuerpo atlético de hombres jóvenes, quizá podamos entender la desacreditación a la vejez y la inhabilitación de la vida sexual cuando los órganos sexuales no presentan las condiciones óptimas para la procreación.

Gerda Lerner (1986) en su obra “La Creación del Patriarcado” hace referencia al dispositivo de dominación del hombre sobre la mujer y luego un análisis muy interesante respecto la ideología patriarcal. La historiadora plantea que el empoderamiento masculino para discriminar y sesgar la realidad ha llevado a los hombres a agudizar su sistema, generando jerarquías entre ellos mismos. El patriarcado, entonces, en su afán de validar los estereotipos de la mujer y el hombre ideal, termina excluyendo a los mismos varones que no cumplen con los criterios requeridos. Si el ideal del macho es el hombre poderoso, viril, proveedor, todos los otros que no cumplan con la performance requerida serán descalificados del conjunto de hombres. Siguiendo esta lógica absurda, los hombres improductivos como los desempleados y los jubilados perderían la condición plena de “*ser hombre*”.

Y así podríamos continuar con párrafos de la Biblia, y otros textos escritos a lo largo de la historia, que estigmatizan las prácticas sexuales en la adultez media y mayor. Narrativas sociales que dejaron su impronta en el imaginario cultural, definiendo modos de comportamiento permitidos que se transformarían en estereotipos represivos y performativos de la subjetividad.

¿Por qué la pérdida de fertilidad definiría el fin de la sexualidad? Algunos autores sostienen que restringir la sexualidad a la reproducción de la especie responde al orden de explotación económico-capitalista. En tal sentido, se crean normas de control social que definen las conductas esperadas para el supuesto bien común, pero en realidad buscan manipular la información que circula para aumentar la efectividad del trabajador y alejar del mismo posibles distractores. El ejercicio libre de la sexualidad, según estas teorías, podría interferir en la productividad comercial. Una sociedad que sobrevalora la productividad laboral lógicamente también desvalora al sujeto que considera improductivo: la persona jubilada.

Hemos rastreado algunos momentos icónicos y estigmatizantes respecto al despliegue del erotismo, la subjetividad, y la sexualidad. Quizás hayan constituido una suerte de memoria colectiva que a fuerza de repetición han originado mitos, habilitaciones o prohibiciones de lo que se puede hacer respecto a la sexualidad en cada etapa etaria y que persistan sus efectos en la actualidad.

Segundo punto de análisis:

¿Una generación sándwich?

Con el término “Generación Sándwich”, acuñado por Dorothy Miller (1981), graficamos las presiones que reciben adultas/os medias por pertenecer a una generación de enlace o puente entre dos generaciones con hábitos y comportamientos sexuales completamente disímiles. Dichas/os adultas/os suelen entrar en crisis al tener que mediar conceptualmente entre la prohibición y la libre expresión: entre la propia crianza parental censuradora de la sexualidad y la generación de hijas e hijos que demandan por su libertad a una sexualidad plena.

¿Cómo eran las madres y padres de las /os adultas/os actuales? Eran una generación que sostenían que la sexualidad era “*de eso no se habla*”, habilitados para castigar a las/os hijas/os curiosos del mundo prohibido para la juventud, capaces de obligar a

contraer matrimonio a los libertinos embarazados, o a realizarse un aborto clandestino que impidiese “el qué dirán los vecinos”.

¿Cómo son las/os jóvenes respecto a la sexualidad? Muy diferentes a sus madres y padres: son jóvenes empoderados que no permiten la vulneración de sus derechos. Copan las calles para reclamar de modo expansivo por la caída del patriarcado, por su libertad de expresión sexual, el respeto a su diversidad y a sus elecciones subjetivas. Jóvenes que se oponen con firmeza a los paradigmas que causaron discriminación y restricción de las libertades y que rigieron por varios siglos de la vida de las personas.

Es promisorio que las/os jóvenes se comprometan para modificar la realidad y hacerla acorde a sus necesidades, pero al hacerlo solo recortan el movimiento a su franja etaria y omiten esos mismos derechos a los demás grupos etarios. Por lo tanto, respecto al sexo, vuelven a recrear así el concepto de que la libre expresión sexual es sólo propia de la juventud.

Movimientos culturales que vuelven a transformarse en estereotipos segregacionistas, condicionando a las/os referentes parentales de esas/os jóvenes a creer que la expresión sexual no es propia en la maduritud y que sería conveniente empezar a transitar una jubilación también sexual.

Llega Clarisa (30 años) puntual a su sesión. Nos saludamos y le pregunto cómo le fue en sus vacaciones.

Clarisa: - Las vacaciones no estuvieron muy buenas, discutí bastante con uno de mis hermanos y me llevé una linda sorpresa.

Terapeuta: - ¿Sorpresa?

C: - Resulta que una mañana mis padres y hermanos se fueron a la playa, sin considerar que mis abuelos quedaban solos en la casa. Entonces le insistí a mi abuela de quedarme con ellos para no dejarlos solos.

T: - ¿Y entonces?

C: - Insistí tanto hasta que mi abuela me dijo que se quería quedar en la casa para tener intimidad con mi abuelo... ¡Puaj, mis abuelos tienen sexo! Me quedé muy shockeada...

**(Este relato es absolutamente verdadero, salvo las partes que fueron inventadas.)*

¿Cómo son las personas de la Generación Sándwich respecto la sexualidad?

Las personas adultas de hoy —quienes se ubican entre el cuidado de hijas/os adolescentes y madres/padres mayores— crecieron en un contexto profundamente distinto al actual en lo que respecta a la sexualidad. Recibieron una educación sexual marcada por la censura, el miedo y la desinformación. En su crianza, predominaban discursos patriarcales que asignaban roles estrictos según el sexo-género, y que se centraban exclusivamente en los aspectos negativos de la sexualidad: el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual.

En esa época, muchas familias daban por concluida su función educativa en lo sexual una vez que sus hijas e hijos se casaban. Hasta entonces, el tema se evitaba o se trataba con tono moralizante. Frente a esta censura adulta, el acceso al conocimiento sobre el propio cuerpo y el deseo quedaba relegado a lo informal: el porno, los relatos de pares y los mitos urbanos. Así, muchas personas transitaron su despertar sexual por caminos solitarios, llenos de tabúes, culpa y silencios.

Por el contrario, las nuevas generaciones han crecido en un escenario atravesado por cambios de paradigma. Por ejemplo, en Argentina, a partir de la Ley 26.061, sancionada en 2005, se reconoce a niñas, niños y adolescentes como sujetos plenos de derecho, lo que implica, entre otras cosas, su derecho a recibir una crianza libre de violencia, negligencia o castigo, y habilita al Estado a intervenir si estos derechos son vulnerados. En el plano de la sexualidad, esto significa que tienen derecho a conocer, explorar y reflexionar sobre su cuerpo, sus deseos y sus vínculos, incluso si sus progenitores no están de acuerdo.

Un año después también en Argentina, la Ley de Educación Sexual Integral (2006) refuerza esta transformación: establece que todas las infancias y las adolescencias tienen derecho a recibir información completa sobre la sexualidad. Ya no se trata solo de anatomía y reproducción, sino también de emociones, vínculos, consentimiento, cuidado de sí, diversidad y derechos.

Este cambio generacional produce tensiones dentro de las familias. En la clínica es frecuente que madres y padres se muestren contrariados frente a las demandas de mayor autonomía de sus hijas e hijos. Muchas veces se debaten entre reproducir el modelo de control con el que fueron criados o adaptarse a un nuevo paradigma que promueve la libertad y el respeto por la identidad y los deseos de las juventudes. Esa

tensión los ubica, precisamente, como “generación sándwich”: en medio de dos mundos que se relacionan con la sexualidad de formas profundamente distintas.

REFLEXIONES

HIPOVITAMINOSIS D, SU IMPACTO EN LA SALUD SEXUAL

Lic. Cecilia Schalin. Nutricionista. Integrante de la Unidad de Mastología de Grupo Oroño Rosario y de CIR (Consultorios Integrados Rosario). Realiza análisis de la composición corporal con Inbody. En sus redes hace educación alimentaria con enfoque integrativo @nutridamente.ok Cecischalin4@hotmail.com



Dra. Valeria Romina Costarelli. Médica Sexóloga Clínica y Educativa. Miembro de ARESS y FESEA. Docente de la UNR y del Postgrado de Sexualidad Humana del Instituto Kinsey. Integrante de G.R.I.M (Grupo Rosarino para Mujeres en Proceso de Menopausia). Coautora de los libros “Sexualidad en Personas con Afasia” y “Danza y Sexualidad. Utilidad terapéutica”.
@dra.valeriacostarelli valecostarelli@hotmail.com



Dr. Daniel Rodolfo Castellarin. Médico especialista en Ginecología. Sexólogo Clínico y Educativo. Miembro de ARESS y FESEA. Docente de la UNR y del Postgrado de Sexualidad Humana del Instituto Kinsey. Coautor de los libros “Sexualidad en Personas con Afasia” y “Danza y Sexualidad. Utilidad terapéutica”
@danielcastellarin danielcastellarin58@gmail.com



La vitamina D es una hormona imprescindible para nuestra salud. Vale aclarar que una vitamina es un compuesto que el organismo requiere como nutriente en pequeñas cantidades por no poder sintetizarlo, no es el caso de la vitamina D, puesto que se puede sintetizar gracias a la exposición solar, por lo que se debería considerar una prohormona.

Aproximadamente el 80 % de la vitamina D3 (colecalciferol) de nuestro organismo es sintetizada en la piel a partir de la exposición solar. Sin embargo, en la actualidad es muy frecuente encontrar niveles deficientes de dicha sustancia en gran cantidad de personas.

Los cambios en los hábitos sociales que reducen o anulan la exposición solar, el uso de fotoprotectores, el sedentarismo, las dietas pobres en nutrientes y el envejecimiento constituyen factores que reducen drásticamente su síntesis fisiológica.

Podemos plantearnos obtenerla a través de la dieta; desafortunadamente muy pocos alimentos contienen vitamina D y los alimentos que la contienen, al no ser de consumo habitual, no aportan la cantidad suficiente como para alcanzar la ingesta diaria recomendada (IDR) en población adulta (unas 800 UI/día de colecalciferol), dependiendo la necesidad y de diferentes factores, es mayor en ancianos, mujeres en menopausia, embarazo, etc.

Por otro lado, terapias farmacológicas como los corticoides, anticonvulsivantes y antirretrovirales, entre otros, que aumentan su catabolismo, y condiciones como la obesidad, la malabsorción intestinal, la insuficiencia renal o hepática, reducen rotundamente la biodisponibilidad fisiológica de la vitamina D.

La función más estudiada de la vitamina D es la regulación del metabolismo fosfocálcico en el cuerpo, lo que ayuda en la formación y mantenimiento de la masa ósea, previniendo enfermedades como la osteoporosis.

Sin embargo, la vitamina D también posee efectos en distintos tejidos y procesos fisiológicos, participando en la secreción de la insulina, modulando el flujo de colesterol, la función endotelial, la regulación del sistema inmune, el sistema hormonal, previniendo el deterioro cognitivo y la proliferación y diferenciación celular.

A partir de esto, podemos pensar que su incidencia en la función sexual es más que relevante. La vitamina D influye en la salud hormonal ya que juega un papel importante en la producción de estrógenos y testosterona. En las mujeres, influye en el ciclo menstrual, el mantenimiento de los tejidos, incluyendo la elasticidad y la lubricación vaginal, disminuye la incidencia de infecciones urinarias. En los varones participa en la maduración de los espermatozoides, en la protección del ADN espermático, así como en la movilidad y la reacción acrosomal espermática. En todas las personas puede disminuir la masa muscular, regula el estado de ánimo y funciones superiores como la memoria y la concentración, tiene un rol fundamental en el deseo sexual.

Por otro lado, el déficit de vitamina D es un factor de riesgo para padecer diabetes, enfermedades cardiovasculares, arterioesclerosis que son factores de riesgo de la

disfunción eréctil y trastornos de la excitación en la mujer, los cuales son una señal temprana de enfermedad vascular.

La vitamina D induce la expresión de óxido nítrico, el cual cumple un papel fundamental en la fisiología de la erección al relajar el músculo liso y permitir el flujo de sangre, lo que explicaría un posible mecanismo fisiológico entre el déficit de vitamina D con la disfunción eréctil.

La hipertensión es un trastorno vascular, además de un potente predictor de enfermedades cardiovasculares y uno de los factores de riesgo en accidentes cerebrovasculares, y a su vez un factor de riesgo para padecer disfunción eréctil. La vitamina D puede mejorar la hipertensión regulando el sistema renina-angiotensina, ya que es un supresor endócrino de la biosíntesis de renina por medio de la activación de angiotensina, y en contraste la deficiencia de vitamina D estimula la expresión de renina aumentando la presión arterial.

Existen enfermedades no vasculares que asocian la disfunción eréctil y el déficit de vitamina D como el Alzheimer, enfermedad renal crónica, depresión, fracturas, síndrome metabólico, esclerosis múltiple, obesidad, tabaquismo y Enfermedad de Parkinson.

Un estudio realizado en Estambul (Turquía) en 2019 demostró que valores bajos de vitamina D están asociados a la eyaculación precoz y su suplementación podría ser un tratamiento para mejorar dicha disfunción.

En el caso de requerir suplementación es importante evaluar cuál es la mejor concentración y formulación. Los alimentos y el momento del día en la que se suplementa también influyen en su absorción. Consumirla junto a alimentos ricos en grasas y durante el día es la mejor recomendación. Su síntesis también varía según la estación del año. La inclinación del eje de la Tierra hace que los rayos del sol lleguen desde un ángulo más oblicuo lo que reduce la cantidad de radiación UVB que llega a la superficie. La latitud también juega su papel. En latitudes más altas (más alejadas del Ecuador) la cantidad de radiación UVB que llega a la Tierra es menor. Como resultado, la síntesis de vitamina D en la piel es mayor en personas que viven cercanas al Ecuador.

En relación con el color de la piel, la melanina es el pigmento responsable de la misma, actúa como un filtro natural reduciendo la cantidad de radiación UVB. Personas con piel

más oscura (mayor cantidad de melanina) tienen menor capacidad para sintetizar vitamina D.

Existen estudios sobre el papel potencial de la vitamina D en la salud de las mujeres, especialmente en las post-menopáusicas. Estas pruebas también incluyen conexión con diversos trastornos y síntomas genito-uritarios con efectos positivos sobre el pH, sequedad vaginal y función sexual.

En los últimos años se efectuaron estudios de investigación que relacionan el déficit de vitamina D con disminución del deseo sexual, disminución de la lubricación vaginal y trastornos del orgasmo en la mujer. También se relaciona con trastornos de la glándula tiroides que pueden afectar la salud sexual.

La hipovitaminosis D también tendría relación con la poliquistosis ovárica, con la endometriosis y con las algias pelvianas.

Si bien actualmente contamos con mayor cantidad de estudios científicos, los resultados de los mismos aun son insuficientes y concretos. Es necesario la consulta con un profesional de la salud sexual para el diagnóstico y evaluar la posibilidad de suplementación/tratamiento, para realizar un tratamiento integral, que incluya especial atención en los hábitos nutricionales, la actividad física, el descanso y el manejo del estrés.

Referencias bibliográficas

Jalali-chimeh, f. Et al. (2019). Effect of vitamin d therapy on sexual function in women with sexual dysfunction and vitamin d deficiency: A randomized, double-blind, placebo controlled clinical trial. The journal of urology, 201(5), 987-993.
<https://doi.org/10.1016/j.juro.2018.10.019>

Navarro mendoza et al. (2006) Prevalence and correlates of vitamin d deficiency in us adults nutrients. (2011).

José Manuel Cucalón Arenal, María Guadalupe Blay Cortés, Jesús Zumeta Fustero, Vicente Blay Cortés

Grupo de Trabajo de Endocrinología, Metabolismo y Nutrición de la SEMG.

Actualización en el tratamiento con colecalciferol en la hipovitaminosis D desde atención primaria. Med Gen Fam v8n2, Revisión. 2019.

REFLEXIONES

ASISTENCIA SEXUAL EN PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL/DISCAPACIDAD

Cecilia Paredes. Psicóloga (UNR) Profesora de Psicología (UNR). Sexóloga Clínica y Educativa (Instituto Kinsey). Diplomatura Terapia Sexual, Cognitiva, Comportamental y Sistémica (UBA) Diplomada en Educación Sexual Integral (UNSAM). Maestranda en Poder y Sociedad desde la Problemática del Género (UNR). Miembro de ARESS. psicoceciliaparedes@gmail.com



La vivencia de la sexualidad es subjetiva dado que cada persona es única y responde a sus propios deseos y necesidades. Sin embargo, la vivencia plena de la misma se encuentra afectada por los juicios de valor que pueda hacer la sociedad en su conjunto.

Estos juicios responden a determinados estereotipos acerca de cómo debe ser la sexualidad, restringiendo así a todas aquellas personas que queden por fuera de la norma, como es el caso de personas con algún tipo de discapacidad.

A estas personas, entonces, se les adjudica una posición infantilizada y angelizada, como si fueran asexuadas y carentes de necesidades eróticas. En este caso, cualquier tipo de manifestación erótica acaba siendo percibida como anormal, siendo tratadas como niños/as, y coartando su autonomía. En algunas oportunidades, se los estigmatiza minimizando su expresión afectiva, sexual y social. En otras, se piensa a las personas con discapacidad como “hipersexuadas”, ya que manifiestan ciertas conductas asociadas a la sexualidad que, en determinados momentos y/o lugares, no son socialmente apropiadas. Estas concepciones erróneas parten de la desinformación, de la excesiva protección y aislamiento, lo que obstaculiza el acceso al conocimiento acerca de qué actos pueden manifestarse en los espacios públicos, cuáles en los privados, etc.

En lo que hace a los posicionamientos de los distintos modelos en torno al fenómeno social del comercio sexual, multiplicidad de actores se han embarcado en extensos debates según el paradigma ideológico al que pertenecían. Esto responde a que son

tantas las dimensiones que se encuentran atravesadas y que atraviesan este fenómeno que, en una misma organización, partido político, movimiento social e institución, se advierten posiciones antagónicas.

Es por ello que, a continuación, se desarrollan los tres modelos de intervención tradicionales (reglamentarismo, prohibicionismo y abolicionismo) y un nuevo modelo (laborista) que surge como respuesta a éstos. El primero de ellos concebía a la prostitución como un problema de higiene pública, factible de ser controlado a través de la policía y la medicina. En este sentido, la “prostituta” aparecía como la fuente de transmisión de enfermedades por lo que el control era ejercido directamente sobre ellas, dejando a los clientes por fuera de todo juicio y duda.

Para el segundo modelo, las prostitutas eran consideradas delincuentes al igual que los proxenetes y la prostitución un vicio moral que debía ser completamente erradicado. La dimensión más importante del prohibicionismo, que continúa hasta la actualidad, viene dada por el hecho de que la gestión sexual del cuerpo femenino atenta contra el carácter moral de las sociedades, provocando la perdición y corrupción de los valores tradicionales. De esta manera, la figura de la prostituta aparece como una “mala mujer”, enfrentada a la “mujer virtuosa”, la madre abnegada, la esposa fiel, pura y casta. En la práctica, este modelo significó la prohibición del ejercicio de la prostitución y la penalización de todas aquellas personas relacionadas con ésta, principalmente a las mujeres que la ejercen siendo altamente vulnerables a la institución policial. El Estado, por su parte, aparece como salvaguarda del orden moral y regulador de un tipo de ética que castiga la mercantilización de cuerpo femenino con fines sexuales, provocando una mayor indefensión social y vulnerabilidad de las mujeres (Juliano, 2005).

En el modelo abolicionista, por su parte, la prostitución aparece como un elemento más de dominación masculina, que se correspondía con una cultura patriarcal basada sobre la explotación de los cuerpos de las mujeres y su subordinación ideológica. Aquí, las prostitutas aparecían como víctimas a rescatar y empoderar a través del conocimiento de sus derechos. En la actualidad, para este modelo, la prostitución es una forma de esclavitud sexual. Por lo que aparece como una de las múltiples formas de violencia contra las mujeres y desde ningún punto de vista puede ser considerada como un trabajo al igual que cualquier otro, en tanto el cuerpo de la mujer aparece como un objeto de

consumo para el placer masculino. En ese sentido las prostitutas aparecen como víctimas del patriarcado, en tanto su “decisión” está limitada por condiciones sociales estructurales (pobreza, marginación, falta de oportunidades, abuso sexual).

Para el discurso laborista el cliente no es un empleador, sino un consumidor de un servicio sexual prestado por trabajadoras sexuales que, en condiciones normales, el consentimiento aparece dentro de la negociación. En este sentido, los genitales femeninos o masculinos aparecen como su “herramienta de trabajo” al igual que el intelecto o la fuerza bruta. Y, a diferencia del reglamentarismo, en este modelo los controles médicos no son obligatorios, aunque se promuevan mediante distintas políticas del cuidado de la salud (Orellano, 2015).

En lo que refiere a las personas con discapacidad, se plantea un cambio conceptual del modelo social a los derechos humanos, es decir, se plantea la reivindicación de la ciudadanía sexual. En otras palabras, el respeto de las identidades diversas y la inclusión de las mismas. Así, se propone el modelo de la diversidad funcional cuya premisa es que estas personas poseen un funcionamiento distinto a la media. Además, se plantea a la diversidad como algo inherente al ser humano y lo que provoca una ruptura con la concepción de falta, déficit, limitación e incapacidad. Entonces, este nuevo modelo viene a plantear que toda persona tiene igual dignidad, el mismo valor y por lo tanto los mismos derechos, incluyendo los derechos sexuales y reproductivos como un derecho humano universal (Foro de Vida Independiente y Diversidad, 2001).

Por consiguiente, los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad inherente, la dignidad y la igualdad para todos los seres humanos. Ya que, la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual ha de ser un derecho humano básico. Para asegurar que los seres humanos de las sociedades desarrollen una sexualidad saludable, los derechos sexuales han de ser reconocidos, promovidos y defendidos por todas las sociedades de todas las maneras. En el proceso de construcción biográfica, las personas se convierten en sujetos sexuados, sexuales y eróticos. Es fundamental pensar la corporeidad como un lugar de pertenencia promoviendo así el desarrollo de la autonomía, conciencia sobre sí mismo y libertad. Por consiguiente, se pretende empoderar a las personas con diversidad funcional, capacitarlas para que puedan ser responsables de ellas mismas, saliendo de la

generalidad ya que no todos/as somos iguales, pudiendo así ocuparse de las necesidades de todo el colectivo y ubicándose como sujetos de derechos. De este modo, garantizar la accesibilidad como solución colectiva y universal posibilitando el encuentro entre otros/as (Peirano, 2015).

Al respecto, Peirano (2015) manifiesta que la sociedad ha negado que las personas con diversidad funcional son seres sexuados como cualquier ser humano, intentando regular los deseos. Por ello, retoma la propuesta de la asistencia sexual como un acompañamiento a personas con diversidad funcional en sus necesidades y demandas sexo-eróticas. La asistencia sexual está destinada tanto a varones, mujeres, como a parejas con diversidad funcional (motriz, intelectual, psíquica o sensorial) que, independientemente de su género o elección sexual, decidan optar por esta iniciativa. La misma debe ser llevada a cabo por profesionales del ámbito social-sanitario-educativo, por asistentes sexuales o acompañantes de la vida sexual. Los objetivos de la asistencia están relacionados con los valores humanistas-sexuales, y el empoderamiento del individuo. Cualquiera que sea la opción elegida, es imprescindible proponer un diálogo sincero entre todos los/las implicados/as, y llegar a un acuerdo previo. Es decir, se presenta como una posibilidad donde la persona que solicita la asistencia y él/la asistente pacta el tipo de encuentro que desean tener y las condiciones a partir de un acuerdo entre dos personas sin intermediarios donde se permite el ejercicio libre de la sexualidad sin imposiciones, apuntando al empoderamiento, a la salud sexual y a la calidad de vida.

El acompañamiento sexual pensado desde esta perspectiva, en cambio, propone un apoyo en consonancia con las emociones y las expectativas sensorial y/o erótica de los/las beneficiarios/as que lo reciben. Los “cuidados” eróticos designan una práctica que puede ir desde caricias sensuales hasta la penetración, abriendo un amplio abanico que incluye acariciar, tocar y ser tocado/a, el contacto corporal, disfrutar de un masaje, la excitación sexual, juegos eróticos, facilitar el acto sexual a una pareja que no puede lograrlo sin ayuda; la masturbación, etc. El marco ético de este enfoque se basa en el respeto mutuo, la conciencia sobre el papel de terceros en la ejecución de estos beneficios, y el pleno respeto de la intimidad del momento compartido. Este servicio se encuentra regulado en Alemania, Suiza, Holanda, Dinamarca y Francia. Estos estados, consideran la asistencia sexual, como un servicio más a favor de la salud integral de las

personas con diversidad funcional, cubriendo los costos en su totalidad, o financiando emprendimientos de asociaciones.

Entonces, en la asistencia sexual se pueden pensar dos roles puestos en juego: por un lado, el rol de las personas con diversidad funcional y, por el otro, el de las personas que realizan la asistencia. En relación con los/las asistentes/tas sexuales, se trata de personas que por voluntad propia eligen acompañar la vida sexual de las personas con diversidad funcional facilitando el acceso a la experiencia de la intimidad sexual. Su rol radica en responder a las necesidades y deseos de quien demanda el servicio, arbitrando los medios para satisfacer mejor las necesidades individuales de la persona o parejas, proporcionando alternativas seguras y satisfactorias. Esta persona, puede ser trabajador/a sexual y/o acompañante profesional (ámbito de la medicina-social-terapéutico-etc.).

De este modo, Peirano (2015) sostiene que resulta imprescindible comenzar a visibilizar la realidad de muchas personas, y actuar a favor de sus derechos sexuales, no sólo desde la investigación teórica, sino como una etapa superadora, procurando convertirse en un medio de acción directo y participativo: un espacio de ejercicio para las sexualidades diversas. Agrega que, existen muchos varones y mujeres, así como muchas parejas con diversidad funcional, que viven plenamente su sexualidad y no necesitan de ningún tipo de respaldo o acompañamiento para ejercerla libremente. Pero, existen otras personas que necesitan apoyo ya que se regulan sus deseos autorizando o prohibiendo derechos inherentes a toda persona, como lo es el libre ejercicio de la sexualidad.

A fin de cuentas, la reivindicación de los derechos de un colectivo no puede hacerse en base al desmedro de otros que, se han implicado en la lucha por los derechos sexuales y reproductivos. Desde esta perspectiva, resulta imprescindible sumar derechos y no reforzar prejuicios. Los y las trabajadores/as sexuales, son quienes, históricamente, han cubierto este rol. Esto implica un aprendizaje de este colectivo para aplicar a la filosofía de vida independiente y la mirada desde la diversidad funcional. De esta manera, el apoyo y acompañamiento a las personas o parejas con diversidad funcional que decidan hacer valer sus derechos sexuales y vivenciarlos, debe centrarse necesariamente en el deseo y la decisión de éstos/as y de los/as asistentes y

acompañantes sexuales; propiciando una sociedad inclusiva, donde se reconozca la identidad sexual de cada persona (con o sin diversidad funcional) desde la aceptación de la libre expresión. El derecho a la sexualidad de las personas con diversidad funcional ha sido encubierto de mitos y tabúes; y todo derecho negado, debe ser reivindicado. Por último, dado el recorrido realizado, se podría considerar que la propuesta de asistencia sexual coincidiría, de algún modo, con el modelo laborista.

Bibliografía

- Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación (4 de octubre de 2006).Ley de Educación Sexual Integral. [Ley N° 26.150]. Recuperado de: http://www.me.gov.ar/me_prog/esi/doc/ley26150.pdf
- González Márquez, S. (2005). Prostitución Femenina: Unha proposita para Galiza. Recuperado de http://pmayobre.webs.uvigo.es/master/alumnas/sandra_gonzalez/1proxecto.pdf
- Juliano, D. (2005). El trabajo sexual en la mira. Polémicas y estereotipos. Cadernos Pagu, 25, 79-106.
- Osborne, R. (1988). Debates actuales en torno a la pornografía y la prostitución. Papers: Revista de Sociología, 30, 97-107.
- Osborne, R. (1991). Las prostitutas: Una voz propia. Crónica de un encuentro (Vol.38). Barcelona: Icaria Editorial.
- Orellano, G. (5 de julio de 2015). No es lo mismo proxenetismo, que trabajo sexual autónomo. Recuperado <https://www.diariopopular.com.ar/georginaorellano-t>
- Foro de Vida Independiente y Diversidad (2001). Recuperado <http://forovidaindependiente.org/>
- Peirano, S. (2015). Apuntes de Curso de Posgrado en Sexualidad con Perspectiva en Diversidad Funcional/Discapacidad. Rosario: Instituto Universitario del Gran Rosario. -
- Garaizabal, C. (2008). El estigma de la prostitución. Transversales, 10, 1-8.

SIMPOSIO DE FLASSES

EN EL CONGRESO DE LA SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE MEDICINA
SEXUAL (SLAMS) 2024

ACTUALIZACIONES EN MUJERES Y DISFUNCIONES SEXUALES



El simposio fue coordinado por la Dra. Jaqueline Brendler, quien explicó las estrategias psicoterapéuticas para alcanzar el orgasmo. El resto de disertantes abordaron en sus ponencias actualizaciones en distintas disfunciones sexuales femeninas.



Ponentes:

Jaqueline Brendler (Coordinadora), Mariana Maldonado, Arnaldo Barbieri Junior, Fernanda Bonato y Silvina Valente.

Ponente: Silvina Valente. Argentina. Ginecóloga. Presidenta de SASH. Miembro del Comité Ejecutivo de SLAMS. Vicepresidenta segunda de FLASSES. silvinavalente68@gmail.com



Tema: Cuando la excitación se convierte en un problema: síndrome de excitación persistente / disestesia genitopélvica.

Desde que Lieblum y Nathan describieron los primeros cinco casos en 2001, hasta el día de hoy, con el consenso alcanzado por la ISSWSH, en 2021, tenemos más certezas sobre este trastorno. Es fundamental su

conocimiento y visibilización para poder ayudar a muchas mujeres que lo padecen. Con una adecuada difusión, las mujeres podrán consultar a tiempo, mientras que los profesionales de la salud y educadores sexuales podrán recibir la capacitación adecuada para realizar un diagnóstico certero. Esto evitaría que las pacientes recorran más de seis especialistas antes de encontrar a uno que comprenda su situación y pueda acercarse a un diagnóstico. Cabe destacar que este trastorno afecta tanto a hombres como a mujeres, pero en esta disertación me centraré en el caso de las mujeres.

La sintomatología incluye hormigueos en el clítoris, congestión vaginal, humedad vaginal, contracciones vaginales, hormigueos, y en un 20% de los casos, dolor. También se presentan sensaciones de excitación intensa, como estar continuamente al borde del orgasmo, picazón y orgasmos incontrolables. Además de las zonas genitales, pueden aparecer síntomas urinarios y anales. Estas sensaciones intrusivas generan malestar, ansiedad y angustia, ya que no están relacionadas con interés, pensamientos ni fantasías sexuales; ya que la mujer no desea experimentarlas.

En el consenso de la ISSWSH de 2021, se describieron criterios y asociaciones para el diagnóstico, y se acortó el tiempo de padecimiento necesario para el diagnóstico a tres meses.

Es un trastorno de alto impacto clínico, psicológico y social para las mujeres, debido a la prevalencia de síntomas disruptivos e intensos que pueden ser continuos o intermitentes. Estos síntomas se asocian con ansiedad, depresión, e incluso pensamientos suicidas o suicidios. La persona que lo padece, debido al alto nivel de discomfort, puede desarrollar pensamientos catastróficos, hipervigilancia o intentos de evitar los síntomas, lo cual depende de cada paciente.

Se estima una prevalencia de entre 0,6% y 3% en mujeres. Se observó que el 10,4% lo padece desde siempre, el 25,2% desde antes de los 18 años, y el 60% de los casos se inicia después de los 37 años.

En el consenso, se describieron cinco regiones: la región 1 es el órgano terminal, la 2 es el periné y la región pélvica, la 3 es la cola de caballo y la región sacra, la 4 es la región medular y la 5 es la región cerebral. Estas áreas nos ayudan a pensar en diversas etiologías para realizar el diagnóstico y localizar cuáles de estas regiones están afectadas. Para ello, es crucial una anamnesis adecuada y una escucha atenta a la descripción de los síntomas por parte de la paciente.

El diagnóstico es fundamental y debe ser interdisciplinario, ya que muchas veces no responde a una única etiología. En general, los ginecólogos tendemos a pensar en la vulva y la vagina, especialmente en casos de vulvodinia, buscando una resolución rápida. Los sexólogos tienden a centrarse en el sexo y el placer, pero esta no es la preocupación principal de la mujer en su primera consulta. Por eso, es importante pensar en las cinco regiones y considerar que generalmente este trastorno se asocia con patologías neurales, vasculares, inflamatorias y sensoriales genitales. También es crucial conocer la historia del síntoma, sus desencadenantes, desarrollo y factores que lo mantienen.

Como cualquier síntoma intrusivo no deseado, especialmente de naturaleza sexual, este genera angustia, incomodidad, depresión, y puede dar lugar a pensamientos suicidas. Incluso puede afectar las actividades cotidianas, las relaciones de pareja, y llevar al deterioro de la vida diaria.

Algunas preguntas que podrían ser útiles en la consulta incluyen: si la paciente está tomando medicación (trazodona, ISRS, antihistamínicos), cuándo y cómo comenzaron los síntomas, si están relacionados con algún evento específico (gimnasio, sonido, vibración, viajes en coche, sentarse, montar a caballo, sexo, etc.), si los síntomas se irradian a otras partes del cuerpo, si son solo sensaciones o también dolor, la intensidad de ambos, si es continuo o intermitente, si afecta la experiencia orgásmica, el grado de incomodidad, y si evita las relaciones sexuales por miedo o por empeoramiento de los síntomas.

El segundo pilar del diagnóstico es un examen físico completo, comenzando por la región 1 (órgano terminal) y siguiendo por las regiones 2 y 3 hasta la 5. El tercer pilar son los estudios complementarios que se solicitarán según la clínica. Dado que esta es una entidad que involucra varias especialidades médicas, es fundamental realizar las interconsultas necesarias hasta llegar a un diagnóstico.

El cuarto pilar del diagnóstico son las pruebas anestésicas, utilizando anestésicos tópicos en la región 1 o/y distintos tipos de bloqueos en las regiones 2, 3 y 4.

En cuanto a las terapias, comenzamos por la región 5, ya que generalmente, debido al tiempo prolongado hasta llegar al diagnóstico y a la intensidad intrusiva de los síntomas, la ansiedad y la angustia deben ser abordadas en primera línea. Al mismo tiempo, se emplea la terapia farmacológica y, dependiendo de la causa, se puede llegar a considerar la cirugía. Los tratamientos físicos, como la pelviperineología, también son efectivos.

En resumen, el PGAD/GPD se asocia con una morbilidad significativa, que incluye el deterioro de las actividades diarias, los estados cognitivos y emocionales, y altas tasas de catastrofismo, depresión, ansiedad e ideación suicida. Existen diversas intervenciones efectivas para su tratamiento. Hasta la fecha, las intervenciones farmacológicas, particularmente los IRSS, son el tratamiento de elección y el más estudiado. No obstante, las diferentes etiologías morfológicas sugieren la importancia de los tratamientos físicos y de adaptar el tratamiento a cada paciente, ya sea con un enfoque único o combinado.

Es necesario identificar un perfil del trastorno para desarrollar protocolos estandarizados y guías clínicas que permitan una evaluación e intervención adecuada

en pacientes con síntomas de PGAD/GPD. Identificar técnicas de intervención efectivas es un desafío actual.

Ponente: Jaqueline Brendler. Título de Especialista en Ginecología y Sexología (AMB / FEBRASGO/ SBRASH). Terapeuta sexual. Terapeuta sexual. Presidenta de FLASSES (2018-2022). Trabaja en dos comités de WAS. 30 años de experiencia en Sexología



Clínica. Autora de numerosos artículos científicos y capítulos de libros. dr.jaqbrendler@gmail.com

Tema: Estrategias psicoterapéuticas para alcanzar el orgasmo.

En los Manuales Diagnósticos, tanto de la APA como de la OMS, la Disfunción Orgánica es la dificultad persistente y recurrente para alcanzar/experimentar el Orgasmo.

Aunque es más raro que las mujeres presenten ETIOLOGÍAS ORGÁNICAS de esta Disfunción, el profesional de la salud debe recordar los factores de

riesgo de Arteriosclerosis (tabaquismo, diabetes, hipertensión arterial, enfermedad vascular periférica).

Existe evidencia de que las mujeres con diabetes mellitus tienen mayor probabilidad de desarrollar esta disfunción, que probablemente resulta de daños al sistema vascular y al sistema nervioso autónomo, así como de cambios en la producción de óxido nítrico, una condición relacionada con la reacción vascular de la respuesta sexual humana.

Enfermedad renal crónica, fibromialgia, radioterapia en la pelvis, traumatismos en la médula espinal, lesiones en los nervios de la región pélvica (causadas por accidentes y enfermedades).

Puede causar anorgasmia: La ingestión de dosis moderadas de alcohol y algunos medicamentos como: antidepresivos (tricíclicos, ISRS), antipsicóticos y estabilizadores del ánimo.

La falta de estimulación sexual física adecuada en las mujeres se produce debido a la falta de conocimiento de la anatomía, la fisiología sexual y las creencias.

Al escuchar a la mujer, debemos tener las respuestas a estos puntos. ¿Cuál o significado del orgasmo? ¿Cuál es el impedimento para tener placer? ¿Me vas a tornar “ninfomaníaca”? ¿Ella podría ser feliz?

También tenemos que pensar en las ETIOLOGÍAS PSICOSOCIALES Y CONDUCTUALES. A continuación se muestran las veintiuna más comunes: 1) Educación represiva procedente de la cultura judeocristiana y del “complejo cultural mediterráneo”; 2) Creencias de la cultura falo céntrica y de la cultura judeocristiana; 3) Miedos a: “perder el control”, a “rendirse”, a “dejarse llevar”, a la gestación; 4) Miedo a que la imagen de una mujer respetable sea sustituida por una imagen de mujer vulgar o promiscua; 5) Posición de autoobservación durante el coito o la masturbación; 6) Distracción o dificultad para concentrarse en las relaciones sexuales; 7) Mala imagen corporal o genital; 8) Violencia sexual pasada (de algún tipo); 9) Mujeres introvertidas y emocionalmente inestables, poco abiertas a nuevas experiencias; 10) La religiosidad rígida en la infancia genera: vergüenza, culpa. Inhibiciones familiares; 11) Menos inteligencia emocional (dificultad para expresar tus sentimientos, deseos/preferencias); 12) La masturbación ha sido reprendida por miembros de la familia en el pasado (trauma); 13) La masturbación ausente o inexistente no es una fuente de placer; 14) Orientación homosexual y relación heterosexual; 15) Emociones negativas asociadas con el coito; 16) Conflictos matrimoniales; 17) Insatisfacción con la relación; 18) Insatisfacción con la pareja; 19) Desconocimiento del papel del clítoris para facilitar el orgasmo; 20) Eyaculación precoz y/o disfunción eréctil; 21) Pareja sexualmente inhibida o con dificultad para hablar sobre la sexualidad.

El tratamiento será individualizado y para ello son importantes cuatro puntos generales: 1) La Etiología; 2) El tipo de Anorgasmia; 3) A) ¿La Mujer vive solo? ; B) ¿Vives en pareja? ¿Buena o mala relación matrimonial?; 4) Elegir las mejores Técnicas: * Cognitivo Conductual; * Terapia Sexual; * Mindfulness – Atención.

Para los FACTORES PSICOSOCIOCULTURALES utilizamos en primer lugar TÉCNICAS GENERALES de la línea Cognitivo Conductual. 1.Reestructuración cognitiva (Ellis, 1958 y Beck, 1963); 2. Debate (Ellis, 1958); 3.Aclaración; 4.Soporte; 5.Permiso (Annon, 1976); 6. Entrenamiento asertivo (Alberti & Emmons, 1983); 7. Técnica para detener el pensamiento (popularizada por Wolpe 1978); 8. Entrenamiento en comunicación (Masters y Johnson, 1985; Masters et al., 1988); 9. Desensibilización sistemática progresiva (Wolpe,1973/1976); 10.Relajación corporal (Jacobsen, 1938); 11.Técnica del Espejo (Cavalcanti & Cavalcanti, 1992). En un segundo gran paso podemos utilizar TÉCNICAS ESPECÍFICAS para tratar la disfunción orgásmica en la mujer, que son las siguientes:1- Coito prohibido/ Espaciado; 2- Estimulación digital del introito vaginal (Kaplan 1984); 3- Coito no exigente (Kaplan 1984); 4- La Técnica de Desensibilización Masturbatoria o masturbación dirigida (LoPiccolo y Lobitz (1972); 5- Contracción (vientre, miembros inferiores, pies o brazos) para aumentar la excitación sexual y facilitar el orgasmo. (Heiman y Lopiccolo (1988); 6- Cuelga la cabeza hacia atrás (sobre el borde de la cama o del sofá) (Heiman y Lopiccolo 1988); 7- Orgasmo escenificado/ Simulación del orgasmo (Heiman y Lopiccolo 1988); 8 -Masturbación asociada a pene artificial (juguete sexual sin vibrador) insertado en la vagina. Brendler, J 2017; 9- Maniobra del Puente para la Anorgasmia Coital (Kaplan 1984); 10-Técnica de Alineación Coital (CAT) (Eichel et al. 1988); 11- Entrenamiento de la Consistencia del Orgasmo (OCT) (Hurlbert y Apt 1995); 12-Centrar más atención en las sensaciones vaginales durante el coito (Brody y Weiss 2010);13-Prolongar la relación pene vagina. (Weiss y Brody, 2009).

Todas las Etiologías y Técnicas Cognitivo-Conductuales Generales y las Técnicas Específicas se encuentran en las tablas del capítulo Disfunción del Orgasmo. Brendler, J. "Tratado de Ginecología". Org: Lasmar, R B. Editor. Gen, 2017, Brasil.

Ponente: Mariana Maldonado es médica ginecólogo y terapeuta sexual. Miembro de FEBRASGO, ISSM y del Comité Científico de la SBRASH. Marimald06@gmail.com

Tema: Vaginismo: novedades en el rastreo.

El abordaje y tratamiento del trastorno de dolor genito-pélvico por penetración (TDGPP) representan un desafío profesional constante, con implicaciones significativas

en la salud y la calidad de vida de las personas. Según el DSM-5-TR, el TDGPP se define



como una disfunción sexual caracterizada por un conjunto de síntomas clínicos comunes a las principales entidades que causan dolor y dificultades recurrentes con la penetración vaginal, destacándose el vaginismo, la dispareunia y la vulvodinia. Su prevalencia varía considerablemente (8-25%) según el país. En Brasil, entre el 1,3% y el 56% de la población femenina padece dolor sexual crónico.

El objetivo de este estudio es presentar una escala psicométricamente validada en portugués, denominada Escala de Habilidades de Penetración Vaginal (VPSS), que se ha diseñado para el rastreo, la evaluación y la estratificación de la experiencia del TDGPP, centrada en las habilidades de penetración vaginal receptiva.

En primer lugar, es necesario aclarar algunos conceptos aún poco discutidos en la literatura. Desde el punto de vista de la receptividad, las habilidades y el comportamiento de penetración son aspectos complementarios, aunque distintos, de la penetración vaginal. Mientras que el comportamiento de penetración vaginal se refiere a la reacción de aceptación o evitación en el momento del acto, la habilidad de penetración vaginal se define como la capacidad individual de permitir la penetración vaginal de uno o más dedos, un objeto o el pene, de manera cómoda, ya sea dentro o fuera del contexto sexual, y ya sea solo o acompañada. Es importante destacar que sentirse cómoda con la penetración vaginal implica ser capaz de permitir el acto sin experimentar ninguna molestia física (dolor, ardor, escozor) o psicológica (miedo, ansiedad, angustia).

Este conjunto de habilidades presenta tres dimensiones: (1) autoexploración genital no sexual: la capacidad de observar y tocar la propia vulva y vagina, insertando uno o más dedos y realizando movimientos de forma cómoda y no sexual; (2) habilidad de penetración vaginal no sexual: la capacidad de auto-insertar objetos o permitir la inserción de dedos u objetos por parte de otra persona, de manera cómoda y estrictamente no sexual; (3) habilidad de penetración vaginal sexual: la capacidad de permitir cómodamente la penetración vaginal de uno o más dedos, objetos o el pene durante la masturbación o la actividad sexual compartida.

La adquisición de habilidades no sexuales (por ejemplo, aprender a insertar dedos y/o objetos) puede facilitar una reestructuración cognitiva y provocar cambios positivos en el comportamiento de penetración en pacientes con TDGPP. Sin embargo, los instrumentos actuales de evaluación son insuficientes para medir este conjunto de habilidades, especialmente en pacientes que padecen vaginismo primario. La habilidad de insertar los propios dedos no puede considerarse equivalente a la habilidad de insertar un objeto o permitir su inserción por otra persona, por lo que deben evaluarse por separado.

La Escala de Habilidades de Penetración Vaginal (VPSS) es la primera escala psicométricamente validada en portugués brasileño para evaluar la experiencia del TDGPP, midiendo la capacidad de penetración y los niveles estratificados de miedo, ansiedad y dolor asociados a la penetración vaginal durante al menos los últimos seis meses. Estructurada en un modelo de tres factores con una sólida base psicométrica, la escala está disponible en dos versiones: una completa de 29 ítems y una abreviada de 11 ítems. Puede ser autoadministrada o aplicada por un profesional de la salud. Las respuestas se obtienen mediante una escala de Likert de cinco puntos, donde el número 5 representa la habilidad máxima y la ausencia de miedo, ansiedad, dolor o incomodidad.

En su estudio de validación, se evaluaron 399 mujeres brasileñas: 148 formaron el grupo clínico (n=116 con TDGPP primario y n=35 con TDGPP secundario) y otras 251 sin quejas sexuales. Se realizaron análisis factoriales exploratorios y confirmatorios considerando todo el grupo. Se utilizó el análisis ROC para determinar los puntos de corte de las puntuaciones totales y dimensionales indicativas de TDGPP de ambas versiones de la VPSS.

La validez de criterio se evaluó probando las diferencias entre los grupos clínicos y no clínicos utilizando la prueba t de Welch y la prueba de Mann-Whitney para dos grupos independientes. El grupo clínico presentó puntuaciones promedio totales e individuales significativamente más bajas en la VPSS en todas las escalas ($p < 0.001$, $d = -1.590$ a -2.611). El grupo con TDGPP primario mostró las puntuaciones totales y dimensionales más bajas de la VPSS en ambas versiones, independientemente de su participación en actividades sexuales en solitario o en pareja. La validez convergente de la VPSS se evaluó mediante correlaciones rho de Spearman con las versiones brasileñas de la Escala de Imagen Genital Femenina (FGSIS) y el Índice de Función Sexual Femenina de seis ítems (FSFI-6). Las medidas de rho de Spearman mostraron correlaciones significativas, de medias a fuertes ($\rho = 0.715\sim 0.745$), entre la VPSS, FGSIS y FSFI-6. Además, los tamaños del efecto sugieren la medición de constructos distintos, ya que ninguno superó 0,9.

Comprender el papel central de las habilidades de penetración vaginal receptiva en el ciclo disfuncional del TDGPP es fundamental para promover cambios en la forma de comprender, abordar y tratar a las pacientes, especialmente en el caso del vaginismo primario. La existencia de una escala estándar psicométricamente validada para medir estas diferentes habilidades a nivel físico, emocional y cognitivo puede generar cambios en la comprensión del fenómeno, contribuyendo a un enfoque más efectivo para el rastreo, diagnóstico y manejo del TDGPP en la práctica clínica.

Ponente: Fernanda Rafaela Cabral Bonato. Psicóloga. Estudiante de Doctorado en Psicología.UFPR. Maestría en Psicología-UFRP. Especialista en Sexualidad Humana, terapia sexual, terapia cognitivo-conductual y en psicopedagogía-SBRASH. Formación en terapia de pareja, Intercef y en terapia de Esquemas. fernandacbonato@gmail.com.

Tema: Nueva intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento de las disfunciones sexuales femeninas.

Dado el reducido número de medicamentos disponibles en el mercado para el tratamiento del trastorno del deseo y la excitación sexual femenina, como la flibanserina

y el bremelanotida, es crucial considerar intervenciones no farmacológicas, como la



psicoterapia (Brotto et al., 2016; Goldfinger et al., 2016; Frühauf et al., 2013).

La psicoterapia sigue siendo recomendada como el estándar de oro para los trastornos de dolor sexual, trastornos del deseo, de la excitación y del orgasmo (Brotto et al., 2016; Goldfinger et al., 2016; Frühauf et al., 2013). Sin embargo, ¿qué hay de nuevo en la psicoterapia para el tratamiento de las disfunciones sexuales femeninas?

Frühauf et al. (2013) realizaron una revisión sistemática de la literatura y analizaron todos los estudios disponibles entre los años 1980 y 2009, constatando que las intervenciones

psicológicas son efectivas para mejorar los síntomas ($d = 0,58$) y la satisfacción sexual ($d = 0,47$), especialmente en mujeres con trastorno del orgasmo y quejas relacionadas con el deseo sexual. Las combinaciones de tratamiento psicológico y medicación fueron más eficaces que la medicación aislada ($d = 0,53$ a $1,94$), y las intervenciones psicológicas mostraron ser superiores a la lista de espera en la mejora de la gravedad de los síntomas y la satisfacción sexual. Para el trastorno orgásmico femenino, la terapia sexual resultó más eficaz que la terapia de pareja ($d = 0,53$), y el entrenamiento de habilidades sexuales fue superior a una intervención educativa ($d = 2,29$). Para el trastorno del deseo sexual hipoactivo femenino, una combinación de terapia cognitivo-conductual y entrenamiento de habilidades sexuales fue superior a la terapia cognitivo-conductual estándar ($d = 0,69$). El Committee 14 de la International Society for Sexual Medicine (Kingsberg et al., 2017) realizó una revisión de la literatura y describió las mejores prácticas para evaluar y tratar a mujeres con diagnóstico de trastorno del

deseo/excitación sexual femenino y trastorno del orgasmo. Concluyeron que, para el trastorno del deseo sexual en mujeres con baja satisfacción en la relación, la psicoterapia enfocada exclusivamente en la función sexual no es suficiente. En muchos casos, la psicoterapia debe centrarse en mejorar la satisfacción sexual a través de la terapia de pareja o sexual. Si la paciente experimenta dolor, este debe ser el primer foco del tratamiento. El trabajo sobre la autoimagen es igualmente necesario, ya que muchas mujeres presentan problemas de autoestima asociados. Es crucial enfocarse en experiencias sexuales positivas y ampliar el repertorio sexual mediante la psicoeducación.

El mismo comité (Kingsberg et al., 2017) mostró que, para el trastorno del orgasmo, las mujeres responden favorablemente a la información precisa sobre anatomía y fisiología sexual, variaciones en la respuesta sexual y formas comunes de estimulación para alcanzar el orgasmo. La masturbación dirigida, conocida como entrenamiento de masturbación, es la técnica con mayor apoyo empírico. Los ejercicios de enfoque sensorial y la técnica de alineación coital son útiles para mejorar la estimulación del clítoris durante las relaciones vaginales. En el trastorno de la excitación sexual, es útil definir los conceptos de excitación sexual, incluidos imágenes mentales eróticas, emociones de excitación sexual, sensaciones genitales placenteras y la percepción de cambios físicos, como la lubricación vaginal.

Otra novedad reciente es el uso del mindfulness en el tratamiento de las disfunciones sexuales femeninas.

La revisión de la literatura conducida por Durna, Ülbe y Dirik (2020) muestra que las terapias basadas en la atención plena, tanto individuales como grupales, mejoran significativamente las disfunciones sexuales en varios aspectos del ciclo de respuesta sexual, y que estas mejoras se mantienen a largo plazo. Los resultados primarios relacionados con el funcionamiento sexual parecen generar cambios positivos en otras áreas, como la depresión, la ansiedad, la armonía de la pareja y la comunicación.

Con el auge de la psicoterapia online durante la pandemia de COVID-19, las intervenciones psicológicas basadas en la web han ganado terreno. Zippan, Stephenson y Brotto (2020) demostraron que las intervenciones en línea son económicas, privadas, accesibles y potencialmente efectivas, ampliando el alcance de los tratamientos basados

en evidencia. En su estudio, las participantes del programa de educación en sexualidad E-sense reportaron mayor conocimiento, validación y esperanza, con mejoras notables en el deseo sexual, la excitación y la satisfacción.

La psicoterapia online en grupo también ha demostrado eficacia, como evidenciado por Thomas et al. (2023), quienes demostraron que una intervención grupal virtual basada en mindfulness para mujeres de mediana edad y mayores con baja libido es factible y aceptable, mejorando el malestar sexual en comparación con un grupo de control educativo.

Finalmente, la realidad virtual está siendo explorada como una herramienta prometedora en la terapia sexual, especialmente para el tratamiento de trastornos de dolor genital y disfunciones sexuales donde la ansiedad tiene un papel etiológico significativo (Lafortune, Dion y Renaud, 2020).

Referencias:

Brotto, L.A. et al. (2016). Mindfulness-based sex therapy improves genital-subjective arousal concordance in women with sexual desire/arousal difficulties. **Archives of Sexual Behavior**, 45, 1907-1921. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0689-8>

Durna, G., Ülbe, S. & Dirik, G. (2020). Mindfulness-Based Interventions in the Treatment of Female Sexual Dysfunction: A Systematic Review. **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry**, 12(1), 72-90. <https://doi.org/10.18863/pgy.470683>

Frühauf, S.; Gerger, H.; Schmidt, H.M. Munder, T. & Barth, J. (2013) Efficacy of Psychological Interventions for Sexual Dysfunction: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Arch Sex Behav**. 41: 915-933. [Doi: 10.1007/s10508-012-0062-0](https://doi.org/10.1007/s10508-012-0062-0).

Goldfinger, C. et al. (2016) Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Physical Therapy for provoked Vestibulodynia: a randomized pilot study. **J Sex Med**, 13: 88e94. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.003>

Kingsberg SA, Althof S, Simon JA, et al. (2017) Female Sexual Dysfunction—Medical and Psychological Treatments, Committee 14. **J Sex Med**;14:1463e1491.

Lafortune, D; Dion, L & Renaud, P. (2020) Virtual Reality and Sex Therapy: Future Directions for Clinical Research, **Journal of Sex & Marital Therapy**, 46:1, 1-17, DOI: 10.1080/0092623X.2019.1623357

Thomas, et al. (2023). A virtual, group-based mindfulness intervention for midlife and older women with low libido lowers sexual distress in a randomized controlled pilot study. **J Sex Med**, 20, 1060–1068. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdad081>

Zippan N, Stephenson KR, Brotto LA, Feasibility of a Brief Online Psychoeducational Intervention for Women With Sexual Interest/Arousal Disorder. **J Sex Med** 2020;17:2208e2219.

Ponente: Arnaldo Barbieri Filho. Psiquiatra y Sexólogo. Delegado del Estado de São



Paulo y miembro del Consejo Científico de SBRASH. Maestría en Ciencias por la Medicina USP. Miembro del Consejo Editorial de la Revista Brasileña de Sexualidad Humana. Miembro del Departamento de Sexología de la Asociación Brasileña de Psiquiatría (ABP). abarbierifilho@gmail.com.

Tema: Psicotrópicos: ¿Cuál es mejor para la sexualidad?

La mejora de la enfermedad psiquiátrica puede mejorar una disfunción sexual (DS) asociada. Pero el uso de psicotrópicos puede causar una

DS antes inexistente.

Los psicofármacos pueden actuar sobre varios neurotransmisores como acetilcolina, noradrenalina, histamina, dopamina y serotonina.

La acetilcolina inhibe la acción de la noradrenalina y estimula la acción de factores miorrelajantes como el óxido nítrico. Por lo tanto, el efecto anticolinérgico inhibe la excitación.

La acción de la noradrenalina sobre alfa 1 es importante para el orgasmo y para regular la presión arterial. Por lo tanto, el efecto anti alfa 1 puede provocar retraso del

orgasmo, priapismo y eyaculación retrograda. Puede también provocar hipotensión postural, inhibiendo el deseo y la excitación.

El efecto antihistamínico causa somnolencia. Por lo tanto, reduce el deseo y la excitación.

La acción dopaminérgica estimula toda la función sexual.

La acción de la serotonina principalmente sobre el receptor postsináptico 5HT_{2a} puede provocar varios efectos. Puede inhibir la dopamina en el centro de placer del sistema límbico, disminuyendo el deseo. Puede aumentar la prolactina, que inhibe la 5 alfa reductasa, cuya inhibición disminuye la formación de dihidrotestosterona y, por lo tanto, perjudica la función sexual. De este modo se inhiben el deseo y la excitación. Puede inhibir el reflejo espinal, provocando retraso en el orgasmo y anorgasmia. Pueden causar anestesia genital. También se producen efectos enzimáticos, como aumento del metabolismo hepático de la testosterona y la inhibición de la óxido nítrico sintetasa (ONS). La disminución de la testosterona puede provocar pérdida del deseo y excitación, mientras que la inhibición de la ONS altera la excitación.

Por lo tanto, el efecto anticolinérgico inhibe la excitación. El antihistamínico provoca somnolencia, inhibiendo el deseo y la excitación. El anti alfa 1 adrenérgico provoca hipotensión postural, retraso del orgasmo, eyaculación retrograda y priapismo. La acción serotoninérgica sobre el 5 HT₂ provoca retraso orgásmico, disminución de la libido y alteración de la excitación. Por otro lado, los medicamentos dopaminérgicos y antiserotoninérgicos en 5 HT₂ son favorables a la función sexual.

Así, los psicofármacos que provocan menos DSs son los que actúan sobre menos neurotransmisores, los que son más dopaminérgicos, los que son antiserotoninérgicos en 5 HT₂ y los que son menos inductores del metabolismo hepático de la testosterona. Lo mismo ocurre con los psicofármacos que provocan menor aumento de prolactina, ya que ésta inhibe la conversión de la testosterona en dihidrotestosterona mediante la inhibición de la 5 alfa reductasa.

En cuanto a los antidepresivos, los mejores son principalmente los dopaminérgicos (bupropión, agomelatina, vortioxetina, vilazodona) y los anti 5HT₂ (mirtazapina, trazodona). A pesar de esto, algunos tienen al menos un pequeño efecto sexual

indeseable, como la somnolencia provocada pela acción anti-histamínica de la mirtazapina y el priapismo provocado por el efecto anti alfa 1 de la trazodona.

Respecto a los antipsicóticos, los mejores son los anti 5HT₂, los agonistas parciales de la dopamina y los agonistas parciales de 5 HT_{1a} como el aripiprazol y el brexipiprazol. El agonismo parcial de 5 HT_{1a} aumenta la acción dopaminérgica postsináptica, estimulando la función sexual. Sin embargo, aquellos que aumentan la prolactina, como la risperidona, perjudican la formación de dihidrotestosterona y, en consecuencia, la actividad sexual.

En cuanto a los estabilizadores del estado de ánimo, parece que oxcarbazepina e lamotrigina provocan menos DSs, al ser menos inductoras del metabolismo hepático de la testosterona.

Las benzodiazepinas inhiben la acción dopaminérgica postsináptica. Por el contrario, la Buspirona aumenta esta acción mediante agonismo parcial 5 HT_{1a}. Por lo tanto, tratar la ansiedad con buspirona es mejor para la función sexual.

Por otro lado, es fundamental decir que el mejor psicofármaco para cada caso no depende únicamente de la actividad sexual. Otros factores son fundamentales, como: obesidad, calidad del sueño, precio, ansiedad y otros posibles efectos secundarios asociados. Pero lo más importante es el diagnóstico psiquiátrico correcto. No tiene mucho sentido prescribir un fármaco psicotrópico con una baja incidencia de efectos sexuales, si no se trata adecuadamente la condición del paciente en ese momento dado. Usar bupropión en una persona ansiosa puede aumentar la ansiedad, mientras que usar mirtazapina en una persona obesa puede hacer que gane mucho más peso. La trazodona es buena para dormir y no provoca mucho aumento de peso, pero puede retrasar el orgasmo debido a su efecto anti alfa 1.

En resumen, los mejores psicotrópicos para la actividad sexual son los dopaminérgicos, los antiserotonérgicos en 5 HT₂, los agonistas parciales 5 HT_{1a}, los que producen menor aumento de prolactina y los que tienen menor acción inductora del metabolismo hepático de la testosterona. Siempre que se tenga en cuenta el diagnóstico psiquiátrico del paciente, el peso, el estado del sueño, el precio de la medicación, el nivel de ansiedad y la tolerancia a otros efectos colaterales.

NORMATIVAS

REQUISITOS PARA SER MIEMBROS INDIVIDUALES DE FLASSES



ACTUALIZACIÓN APROBADA POR ASAMBLEA EXTRAORDINARIA DE 29 DE JUNIO DE 2019 REALIZADA ON-LINE

Los requisitos para ser aceptados como miembros individuales de FLASSES, fueron publicados por primera vez en el Boletín I de enero de 2010, página 23.

La redacción actual tras las modificaciones aprobadas es la siguiente:

1. Será miembro individual, todo aquel o aquella profesional de la Salud Sexual (educación, clínica y/o asesoramiento) que acredite (merced currículo certificado y justificantes de títulos universitarios y de la especialidad) su formación y ejercicio profesional.
2. Ser avalado por **una** entidad o profesional miembro de FLASSES, que por escrito refrendarán el aval.
3. La solicitud de membresía será enviada a la secretaría general de FLASSES quien, una vez comprobado que el solicitante cumple los requisitos para su admisión, la remitirá al Comité Ejecutivo para la decisión final de aceptación. **Una vez aceptada por el comité ejecutivo ya puede ser miembro individual una vez satisfaga la cuota anual.** Posteriormente, en la Asamblea bianual a realizar en CLASES se hará el nombramiento oficial. Tras presentar la solicitud a la Secretaría de FLASSES y ser aceptada por el Comité Ejecutivo, también hará efectivo el pago de los derechos de pertenencia anual.
4. Aportar regularmente la cuota anual establecida.
5. Declaración de que cumplirá con el régimen disciplinario y el código de Ética de FLASSES.

NORMATIVAS



AUSPICIO DE FLASSES PARA ACREDITACIÓN DE CALIDAD EN CURSOS DE POSTGRADO, MAESTRÍAS Y DOCTORADOS DE SUS SOCIEDADES

ACTAS DE LA SEGUNDA Y TERCERA REUNIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO
CELEBRADAS EL 10 DE OCTUBRE DE 2019 EN MÉXICO Y EL 30 DE NOVIEMBRE
2019 ON-LINE

Se aprueba que FLASSES puede auspiciar **cursos de postgrado, maestrías y doctorados** que Sociedades FLASSES soliciten, previa evaluación de criterios de calidad, para ello, la sociedad auspiciada pagará a FLASSES 300 dólares por año auspiciado.

Estipulamos 300 dólares como pago mínimo a FLASSES y para cursos más caros, la tarifa será del 10% del total del curso.

Los alumnos y alumnas acreditados en los cursos auspiciados por FLASSES, si posteriormente solicitan la acreditación de FLASSES como especialistas en sexología clínica o en Educación sexual, podrán beneficiarse de un descuento de 20 dólares en la tasa de acreditación estipulada.

NORMATIVAS



PROYECTOS EN LOS QUE MIEMBROS DE COMITÉS Y COMISIONES DE FLASSES PUEDEN SOLICITAR AYUDA ECONÓMICA

ACTA DE LA REUNIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO CELEBRADA EL 11 DE MARZO DE 2023 ON-LINE

Se aprueba por el Comité Ejecutivo de FLASSES que los miembros de los Comités y las Comisiones de FLASSES puedan solicitar ayuda económica para dos tipos de proyectos:

1. Proyectos educativos. En la solicitud de la ayuda incluirán: nombre del proyecto educativo, objetivos, metodología, temario, profesorado con CV y presupuesto económico.

2. Proyectos de investigación. En la solicitud de la ayuda incluirán: Título, objetivo principal, objetivos complementarios, justificación, metodología, análisis estadístico y agregar presupuesto

Convocatoria cada dos años con un presupuesto general de 2000 dólares para el conjunto de todos los proyectos presentados en plazo y forma.

Las o los interesados deberán enviar para esta segunda convocatoria tanto la solicitud de apoyo como el proyecto antes de agosto del 2025.

Las o los interesados deberán enviar el Proyecto completo a la Secretaría General de FLASSES secretariaflasses22.26@gmail.com con el fin de que sea valorado por el Comité Ejecutivo de FLASSES. Además del proyecto se debe incluir el presupuesto económico,

Cantidad que tras valoración de cumplimiento de requisitos se le puede conceder a cada proyecto: entre un mínimo de 300 y un máximo de 500 dólares.

CURSOS

ASOCIACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD SEXUAL A. C.

AVALADO POR



Universidad
nexum de México
Del Yo al Nosotros

Amssac
asociación

DIPLOMADO EN SEXUALIDAD HUMANA



MODALIDAD ASINCRÓNICA
100% EN PLATAFORMA 24/7

● INSCRÍBETE ●
INICIAMOS
26 DE JULIO
EL PRIMER PASO ES AGENDAR UNA
ENTREVISTA

Coordinadora: Mtra. Olivia Guerrero Figueroa
Web: www.amssac.org
Correo: olivia@amssac.org
WA: +52 55 2296 5034

Diplomado en Sexualidad Humana 100% en línea

<https://www.amssac.org/diplomado-en-sexualidad-humana-modalidad-en-linea-asincronico/>

CALENDARIO DE EVENTOS

Lista de Congresos y Eventos de Sexología

2025

Julio

IAS 2025, the 13 th IAS Conference on HIV Science	Kigali Ruanda	Julio 13 - 17	https://www.iasociety.org/conferences/ias2025
--	---------------	---------------	---

STI&HIV 2025 World Congress	Montreal Canadá	Julio 26	https://stihiv2025.org
-----------------------------	-----------------	----------	---

Septiembre

Día Mundial de la Salud Sexual	En todo el mundo	Septiembre 4	https://worldsexualhealthday.org
--------------------------------	------------------	--------------	---

26 th World Meeting on Sexual Medicine	Bangalore India	Septiembre 11	https://www.wmsm.org
---	-----------------	---------------	---

Noviembre

The International Conference on Family Planning ICFP	Bogotá Colombia	Noviembre 3 - 6	https://theicfp.org/conference-colombia
--	-----------------	-----------------	---

The Society for the Scientific Study of Sexuality 25 Annual Conference	Philadelphia EEUU	Noviembre 12	https://sexscience.org/content.aspx?page_id=22&club_id=173936&module_id=709822
--	-------------------	--------------	---

2026

Febrero

27 th World Meeting on Sexual Medicine #WMSM2026	Porto Portugal	Febrero 25-28	https://www.issmessm2026.org
--	-------------------	------------------	---

Abril

The Women Deliver 2026 Conference	Melbourne Australia	Abril 27 - 30	https://womendeliver.org/wd2026/
-----------------------------------	------------------------	------------------	---

Mayo

18 th Congreso de la Federación Europea de Sexología	Lisboa Portugal	Mayo 28 - 30	https://europeansexology.com
---	--------------------	-----------------	---

REQUISITOS PARA AUTORES/AS

Los trabajos para publicar en el Boletín deberán enviarse tomando en cuenta las siguientes especificaciones:

- Archivo de Word
- Letra Arial 12 puntos con interlineado 1,5.
- Texto justificado

El trabajo puede ser de uno de los siguientes tipos relacionados con la sexualidad en cualquiera de sus aspectos:

- Artículos científicos
- Reflexiones
- Comentario de libro
- Comentario de arte
- Compartir calendario de futuros cursos y eventos.

Envío:

Los textos deben ser enviados al correo oficial de la Secretaría de FLASSES

secretariaflasses22.26@gmail.com