

# Anuario de Sexología ...



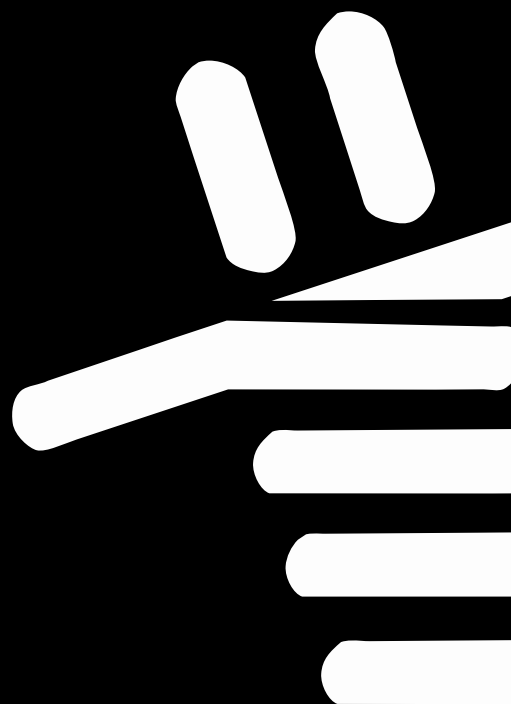
... diciembre 2009



# Anuario de Sexología

---

n° 11 | 2009



**aeps**

ASOCIACIÓN ESTATAL DE PROFESIONALES DE LA SEXOLOGÍA

ANUARIO DE SEXOLOGÍA N°11. 2009

**A.E.P.S.**

(Asociación Estatal de Profesionales de la Sexología)

Apdo. de correos 102

47080 Valladolid

Tlf. y fax: 983 390 892

<http://www.aeps.es>

EDICIÓN: Lucía Glez-Mendiondo Carmona

DISEÑO GRÁFICO Y MAQUETACIÓN: Virginia Vilchez Lomas / Jose Antonio Ruiz García  
[virginiavl@afoot.es](mailto:virginiavl@afoot.es)

IMPRIME: Infoprint

ISSN: 1137-0963

D.L.: Z-3768-1994

# Índice

---



## EDITORIAL

### **De los sexos y sus relaciones**

#### CONVIVENCIA POST-RUPTURA Y SINERGIA INTERPARENTAL

Ester Pérez Opi..... 11

#### EL MITO DE LA «FUSIÓN ROMÁNTICA». SUS EFECTOS EN EL VÍNCULO DE LA PAREJA

Tomasa Luengo Rodríguez y Carmen Rodríguez Sumaza..... 19

#### EL VAGINISMO Y SU DIALÉCTICA SEXUADA

Silberio Sáez Sesma..... 27

#### «LA TRAGEDIA DE LA EMANCIPACIÓN DE LA MUJER» (GOLDMAN, 1906)

#### COMO BOTÓN DE MUESTRA DE LA IMPORTANCIA DE LOS CICLOS LARGOS

Lucía Glez-Mendiondo Carmona..... 35

### **Del cuerpo y la erótica**

#### EL CEREBRO AMOROSO

Adolf Tobeña..... 43

#### NEUROBIOLOGÍA DEL DESEO

Jose Antonio Gil-Verona..... 49

#### LA ERÓTICA DEL INVIERNO

Santiago Frago Valls..... 55

|   |    |
|---|----|
| LA ERÓTICA DEL CUERPO - EL CUERPO DE LA ERÓTICA:<br>EL CUERPO EN LA ERÓTICA. EN MI PIEL<br>Agurtzane Ormatza Imatz..... | 63 |
| DESEO Y FANTASÍA ERÓTICA<br>Georgina Burgos.....  | 71 |
| TALLER DE FANTASÍA ERÓTICA<br>Georgina Burgos.....  | 77 |

## **De la sexología y sus prácticas**

|  |     |
|--|-----|
| APUNTES DE UNA PSICOPATOLOGÍA PARA LA SEXOLOGÍA<br>Manuel Lanas Lecuona.....   | 83  |
| LOS PROFESIONALES DE LA SEXOLOGÍA EN LA EDUCACIÓN SEXUAL<br>Estefanía Sáez Sesma.....  | 89  |
| EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA EYACULACIÓN PREMATURA<br>Y LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL<br>Francisco Cabello.....   | 95  |
| SALUD SEXUAL Y POLÍTICAS LOCALES<br>Carlos de la Cruz Martín-Romo.....   | 111 |
| PROPUESTA DE ATENCIÓN SEXOLÓGICA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN EN LÍNEA<br>DEL INSTITUTO DE SEXOLOGÍA INCISEX <a href="http://www.sexologiaenincisex.com">www.sexologiaenincisex.com</a><br>Samuel Díez Arrese, Ana García Mañas y Juan Lejárraga Vera..... | 117 |
| PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SEXUALIDAD A LA POBLACIÓN INMIGRANTE – UNAF<br>(UNIÓN DE ASOCIACIONES FAMILIARES)<br>M <sup>a</sup> Victoria Ramírez.....  | 123 |

## **Colofón**

|   |     |
|---|-----|
| LAS FRONTERAS DE LA SEXOLOGÍA<br>Félix López Sánchez..... | 131 |
|---|-----|

## EDITORIAL

---

En octubre de 2009 tuvo lugar en Valladolid el VIII Congreso Estatal de Profesionales de la Sexología bajo el título «Otros horizontes... Nuevas realidades». El presente volumen recoge algunas de las conferencias, ponencias, comunicaciones y talleres que allí compartimos. No están todas, y es una lástima, pero ni la revista tiene el volumen necesario para albergar más de cuarenta y cinco intervenciones, ni todos los ponentes han podido enviarnos sus artículos. Nos quedamos, por lo tanto, con diecisiete de ellas: más que suficientes para hacernos una idea de lo que supuso Valladolid y la calidad de lo que allí vimos y escuchamos.

Antes de entrar de lleno en el contenido de este número de nuestra revista, quiero agradecer, desde la edición de la misma, su labor a los miembros del Comité Científico y el Comité Organizador de dicho Congreso. Es obvio que sin su trabajo y el grandísimo esfuerzo que supuso, aquel encuentro —ni, por extensión, este volumen— habría sido posible: gracias a todos por ofrecernos tan espléndida ocasión para reunirnos, pensar, discutir y comenzar a intuir cuáles son esos otros horizontes y esas nuevas realidades que nos obligan a redefinir nuestra labor como sexólogos.

Por cuestiones prácticas y dado que, como decía más arriba, no ha sido posible reunir todas las ponencias y comunicaciones que configuraron el Congreso, las secciones en las que se divide este Anuario no siguen el orden en el que fueron presentadas. Para facilitar las tareas de edición y la lectura del volumen, he optado por una estructura más sencilla según la cual el volumen queda dividido en cuatro capítulos.

En el primero, al que hemos denominado «**De los sexos y sus relaciones**», encontramos cuatro artículos muy diversos entre sí pero con el denominador común de los encuentros y, especialmente, los desencuentros entre los sexos: Ester Pérez Opi nos invita a reflexionar sobre los cambios operados en las relaciones de pareja y la familia, atendiendo a las consecuencias de tales cambios en la crianza de los hijos. Desde la perspectiva de género, Tomasa Luengo Rodríguez y Carmen Rodríguez Sumaza revisan el llamado «mito de la fusión romántica» y el papel que este juega en el fenómeno de la violencia en pareja, perfilando un nuevo modelo conyugal basado en la *fsión* y donde tal violencia no tiene cabida. Silberio Sáez Sesma analiza el vaginismo desde los patrones femenino y masculino que subyacen al problema, yendo mucho más allá de la dificultad de ejecución coital para profundizar en la dialéctica sexual. Por último, Lucía Glez-Mendiondo, retrocede a 1906, tomando como ejemplo un texto de Emma Goldman, para desenterrar algunas claves desde las que replantear el abordaje de la cuestión sexual.

El segundo de estos capítulos, titulado «**Del cuerpo y la erótica**», acoge seis artículos en los que el cuerpo, como escenario y sustento de toda expresión erótica, toma especial relevancia: Adolf Tobeña y J. Antonio Gil-Verona nos brindan sendas posibilidades de acercarnos a los farragosos terrenos de la neurobiología del deseo de una forma más sencilla y amena que aquella a la que nos tienen acostumbrados los manuales de neurociencia. Tras este paseo por los circuitos neuronales del deseo erótico, Santiago Frago nos invita a otro apasionante viaje a través de las estaciones eróticas para aterrizar en la «erótica del invierno» y compartir con nosotros algunas cuestiones que rodean la erótica en la tercera edad. Agurtzane Omartza, con su artículo «El cuerpo en la erótica: en mi piel» nos recuerda una de las principales paradojas de la actual práctica sexológica que mantiene en lo teórico discursos imprescindibles sobre el cultivo del cuerpo y el entramado de la erótica pero olvida la piel en su práctica formativa, apenas llega a ella en la educativa y en la clínica «mandamos a nuestros clientes trabajos corporales». Por su parte, Georgina Burgos pone el acento en la interrelación entre deseo y fantasía y el lugar que le corresponde a cada uno de ellos, aportando, junto a su artículo, algunos apuntes para la puesta en práctica de un taller desde el que trabajar la creatividad de la imaginación erótica.

El tercer capítulo recoge bajo el epígrafe «**De la sexología y sus prácticas**» una serie de aportaciones de índole muy diversa en torno a la práctica sexológica, tanto en su vertiente educativa como en la clínica. El capítulo arranca con las reflexiones de Manuel Lanas en torno a la necesidad de un marco clínico propio de la Sexología y diferente del que en la práctica comparte con las ciencias de la conducta y su apuesta por un modelo metodológico específico para la intervención sexológica. Estefanía Sáez Sesma profundiza en el sentido y significado de la Educación Sexual y nos invita a replantear nuestras intervenciones —que a menudo se acercan mucho más de lo deseable al modelo preventivo del que pretendemos escapar—, partiendo del rigor científico propio de la Sexología y en el marco educativo en el que nos movemos actualmente. Francisco Cabello analiza la evolución que ha seguido el tratamiento de la llamada disfunción eréctil y la eyaculación prematura ante la aparición de fármacos eficaces para su tratamiento, apostando por el uso combinado de los mismos y las técnicas clásicas de terapia sexual. Carlos de la Cruz nos recuerda el peso de las políticas en materia de Salud Sexual y cómo no podemos permanecer ajenos a ellas en tanto que condicionan, inevitablemente, nuestra práctica y ofrece un balance sobre cuáles son estas políticas y cuáles serían deseables. Para concluir, tanto el Equipo en Línea del Instituto de Sexología como M<sup>a</sup> Victoria Ramírez nos presentan dos programas de intervención muy diferentes entre sí en lo que a herramientas, metodología y destinatarios se refiere pero con la base común de apostar por la diversidad y el cultivo de las sexualidades.

Como **colofón** este número del Anuario recoge la transcripción de la Conferencia de Clausura impartida en el Congreso por Félix López en torno a las que denomina «Fronteras de la Sexología»: la ética amorosa, los afectos y las emociones.

Si hubiera que describir este número del Anuario de Sexología con un adjetivo yo diría que es, ante todo, variado: no solo da cabida a muy diversos temas, como se pretende evidenciar en los párrafos anteriores, si no que también son muchos los autores que han participado en él y lo hacen desde diferentes perspectivas.

Como responsable de su edición confío en que los contenidos del mismo sean de vuestro interés y que este volumen haya logrado su principal objetivo: plasmar algunos de esos nuevos horizontes y realidades que compartimos en Valladolid.

Lucía Glez-Mendiondo Carmona  
Zaragoza, marzo de 2010



# **De los sexos y sus relaciones**



## CONVIVENCIA POST-RUPTURA Y SINERGIA INTERPARENTAL

Ester Pérez Opi

Sexóloga. Psicóloga. Especialista en Mediación y Orientación Familiar  
Co-Directora del Centro de Atención a la Pareja BIKO ARLOAK (Bilbao)  
Biko1@correo.cop.es

---

### Resumen

Este artículo es una reflexión teórica y crítica sobre los cambios operados en la familia y en el matrimonio en relación al surgimiento de nuevos modelos alternativos de relación de pareja, la ruptura amorosa en todos ellos y las consecuencias que tales cambios han producido en la crianza y cuidado de los hijos. Plantea la indisolubilidad del vínculo parental y cuestiona la monoparentalización de realidades creciente y deseablemente biparentales. Se analiza el Juego del Desamor y la Deriva de Contienda propiciada, desde dentro y desde fuera de la pareja, en este tránsito de desvinculación amorosa. Se ofrece y se reflexiona sobre la Sinergia Biparental como valor y como recurso pragmático.

**Palabras clave:** pareja, ruptura, sinergia interparental, divorcio, convivencia sexos.

### Summary

#### POST-BREAK COEXISTENCE AND INTERPARENTAL SINERGY

*A theoretical and critical reflection about the changes experienced in the family and in the matrimony related to a romantic breakup, and the consequences of these changes on the children involved. It discusses the indissolubility of the parental bond and questions the growing reality of single-parenthood, which would ideally be bi-parental. It analyzes The Game of Lost Love and the Drifting of Dispute, caused from within and outside of the couple, in this path of romantic breakup. It describes and reflects on the Bi-parental Sinergy as a value and as a pragmatic resource.*

**Keywords:** couple, rupture, interparental sinergy, divorce, sex coexistence.

## 1. Introducción

Desde finales del siglo XVIII se vienen produciendo profundas transformaciones de las relaciones —públicas e íntimas, formales e informales— entre los Sexos. Estas modificaciones se han obrado fundamentalmente en las costumbres, las leyes, los conocimientos y los valores sexuales; afectando sustancialmente a dos instituciones: el Matrimonio y la Familia.

Iniciado el siglo XXI, estos cambios son ya de tal calado que resultan ser una ruptura entre aquel paradigma que sustentó el Antiguo Orden Sexual —el conocido como Pacto Sexual y/o Patriarcado— y el surgimiento del Nuevo Orden Sexual: el de la Convivencia de los Sexos. Ahora bien, este nuevo paradigma sexual —todavía más reactivo que propositivo— no está consolidado. Así pues, nos hallamos en un marco de crisis en el que el antiguo orden se hunde y el nuevo aún no flota.

## 2. Época de cambios y cambio de épocas

Todas estas transformaciones han modificado las relaciones entre los sexos en las fábricas, en las plazas y en las aulas; pero también en los hogares y en las alcobas. Incluso en el interior del propio individuo, ahora gestor consciente de su propia intersexualidad.

Tras la universalización y consolidación de la familia nuclear —constituida por pareja e hijos—, la generalización de la «mujer trabajadora» —doble ingreso, doble jornada, conciliación familiar, etc.— y la globalización de determinadas referencias axiológicas —legitimación de la disolución matrimonial, matrimonio potestativo, progresiva igualación de las responsabilidades y roles en el hogar, creciente parentalización masculina, etc.—, asistimos a la emergencia de nuevos modelos de convivencia —familias

monoparentales o unipersonales, parejas sin hijos, matrimonios homosexuales, matrimonios de fin de semana, etc.—, al incremento de los convenios eróticos privados que concurren con una creciente desinstitucionalización y fragilización de la familia —familias reconstituidas, tutelas no consanguíneas, cohabitación, parejas de hecho, amantes no convivenciales, parejas no familiares, etc.—, a la reducción del núcleo convivencial y familiar —familias unipersonales, hijos únicos, etc.—, a la reducción de los índices de fertilidad así como de los patrones reproductivos —embarazos adolescentes, fertilidad asistida, adopción, etc.—, y a cambios en los patrones parentales —apoyos extrafamiliares, actividades extraescolares, parentalidad de los abuelos, etc.—.

En relación a todos estos cambios se ha hablado ya de parejas Modernas y Postmodernas (Millán, 2002). Así, frente al matrimonio civil y/o religioso emergen las parejas de hecho —cohabitantes o incluso no cohabitantes—; frente a la pareja permanente, emergen las seriales y las intermitentes; frente a la monogamia y la exclusividad erótica emergen parejas abiertas e intercambios liberales; frente a la heterosexualidad, la homosexualidad; frente a los roles e identidades rígidas, redefiniciones de lo masculino y lo femenino; frente a la concepción y la crianza clásica y natural, diversificación de la paternidad y la maternidad, así como incremento de la fertilización asistida y las adopciones; frente al patriarcado, la complementariedad, la división del trabajo y la verticalización del poder por sexo y edad; crecen las parejas mutuales, horizontales, simétricas, de doble carrera; y, por último, frente al sólido hogar familiar nuclear, se incrementa la variedad de hogares diversos y fluidos.

Por debajo de todos estos cambios viene produciéndose, desde finales del siglo XVIII, un incesante y profundo cambio epistemológico: la imparables *parejización* del matrimonio.

El matrimonio actual requiere y deviene de un hecho previo y universal: la pareja erótica, en tanto que díada amorosa de conjunción, convivencia y cooperación edificadas en torno a cuatro emociones básicas —atracción, deseo, enamoramiento y encariñamiento— y una red de vínculos —intimidad, compromiso, proyección al futuro y sinergia—.

Lo peculiar de la pareja erótica es que no se define por sus propósitos —patrimoniales, reproductivos, de estatus, etc.— sino por su imbricación amorosa. Así, se hacen pareja dos que se aman, que se reconocen mutuamente como amantes y que, desde esta condición y esta motivación, proyectan y comparten sus biografías —conviviendo, cooperando, compartiéndose, criando, socorriéndose, etc.—.

Ya no se trata tanto de la regulación pública de las cargas del padre y/o de la madre cuanto de la íntima comunión biográfica de los amantes que deciden —o no— ser padres, de unos hijos que son —o no— propios y comunes. Así pues, la pareja erótica modifica el centro de gravitación desde lo exclusivamente público y normativo hacia lo razonablemente íntimo y desiderativo.

En esta nueva episteme, dos se tornan pareja porque quieren formar pareja, porque quieren compartirse con ese «otro» concreto y porque se quieren. Pero, también, y por esas mismas razones, en negativo, dejan de ser pareja. Prevalcen, pues, tres principios en la pareja erótica: el potestativo —porque quiero—, el deliberativo —porque quiero querer— y el erótico —porque le quiero—. Y estos principios ya no se ejercen sólo en el ingreso, sino que se convierten en condiciones de continuidad y en razón de ruptura.

Todo lo antedicho ha modificado sustancialmente la parentalidad devenida del hecho matrimonial. Hubiese o no anhelo parental, los hijos fueron durante siglos un don divino que bendecía al matrimonio. Fueron, pues,

«hijos del deber» cívico y/o religioso. Pero esta secular prescriptividad afectaba al deber de crearlos —mucho más y mucho antes, que el deber de criarlos—. La Modernidad transformó aquellos premodernos «hijos del deber» en modernos «hijos del amor». Así pues, deseados o no, pasaron a ser Hijos del Deseo. Posteriormente, la Planificación Familiar del siglo XX inventó los «hijos planificados» que pueden —o no— ser hijos del deseo erótico, pero que sí lo son del anhelo —mutuamente convenido— de ser padres, es decir de crearlos y criarlos. Por esta vía, los hijos son hoy, más que nunca, y desde antes de su gestación, hijos del contrato biparental. La fertilización asistida y las políticas de adopción han subrayado esta misma tendencia de biparentalidad, en la medida en que emergen del contrato biparental previo.

No obstante, tanto la fertilización artificial como la adopción, traen otra novedad biográfica: la *monoparentalidad voluntaria*. Así, estos nuevos hijos son —o pueden serlo— hijos de «sólo padre» o, más frecuentemente, de «sólo madre». Luego son hijos, al margen del sexo, la orientación del deseo o la condición amorosa de su única figura parental. Así pues, estos postmodernos hijos anaeróticos, pueden ser tanto biparentales como monoparentales.

Si la Modernidad nos trajo la «matrimonialización familiar» —familia nuclear—, la Postmodernidad nos está trayendo la «individualización familiar» —familia monoparental—. Ahora bien, tendríamos que aclarar que bajo el epígrafe *familia monoparental* subyacen diversos y contradictorios hechos biográficos. Así, la monoparentalidad puede ser un resultado biográfico indeseado —embarazo involuntario, viudez, abandono, separación, desatención, etc.—, en creciente dignificación social. Pero puede ser también una opción biográfica voluntaria elegida —concepción monoparental asistida, adopción individual, etc.—.

En su forma *monoparentalidad alternativa y secuencial*, puede ser gestión pragmática de la creciente *laboralización matrimonial* con su subsecuente decremento de presencia parental en el ámbito doméstico. Pero, sobre todo, suele ser el resultado, buscado o no, pero forzado por los mores jurídicos, de la ruptura matrimonial. Resolviéndose así la *incompatibilidad erótica* de los otrora amantes, mediante la *alternancia parental* de los, ahora, cónyuges custodio y no-custodio.

Las reclamadas y novedosas *custodias compartidas*, pretenden ser una alternativa a este *juego de suma cero* resultante de esta *monoparentalización secuencial prescrita*, en la cual un tercero autorizado resuelve mediante *fallo* la competición por la custodia.

Estos tránsitos en la crianza de la responsabilidad parental diádica a la responsabilidad parental individual dada la creciente monoparentalización de la vida familiar, se dan en tiempos en los que la tal monoparentalización concurre con una creciente prescriptividad moral y legal de las responsabilidades diádicas compartidas y con la creciente —y deseable— responsabilización del «rol paterno». Así que, al tiempo que la Cultura propone como valor la *deseabilidad parental convenida*, la *parentalidad diádica cooperativa* y la *parentalidad paterna*, por la vía de los hechos biográficos y los hechos jurídicos, se promueve la monoparentalización —casi siempre materna— de la biparentalidad.

Dignificar la monoparentalidad ha sido un avance social y moral. Ahora bien, no es lo mismo dignificar un hecho —deseado o indeseado— que promover un valor —deseable—. Monoparentalizar realidades biparentales resulta una trampa biográfica de muy difícil gestión y con nefastas consecuencias. Todo indica que el divorcio crecerá y se normalizará. No pasarán muchos años hasta que el colectivo de poli-convivientes supere al de mono-convivientes. Cada vez más, la disolución de la convivencia amorosa

será el resultado de la libertad, el deseo y la ambición del individuo; y no el producto de la tragedia, la irresponsabilidad y/o el abandono familiar. Así que conviene dirigir los esfuerzos no a que haya menos divorcios, cuanto a que haya menos lacras derivadas de la mala gestión interparental postrutura.

Con sus luces y sus sombras, el siglo XXI ofrece a sus coetáneos una novedosa posibilidad vital que llamamos polibiografía. Esto es, la posibilidad de vivir varias biografías diferentes en el mismo ciclo vital.

### 3. Convivencia y éxito parental

Tendemos a asociar ruptura matrimonial —o divorcio— con determinados factores: a) disolución de la convivencia conyugal; b) litigio interparental; c) decremento de la responsabilidad paterna; d) aparición de nuevas parejas —reconstitución convivencial y familiar—; e) severos cambios biográficos. Aunque bien es cierto que, en demasiadas ocasiones, todas estas condiciones concurren en la ruptura amorosa y convivencial, convendría discernir que sólo la primera es ineludiblemente divorcista. Es común asociar el divorcio de los padres con toda una serie de consecuencias negativas para los hijos, produciéndose lo que denominaremos *la impostura de los hijos del divorcio*, que atribuye estas lacras a la propia ruptura de la convivencia matrimonial.

Sin embargo, sabemos que la variable fundamental para el crecimiento nutricional de los hijos es si sus padres son cooperativos o si son litigantes. Y, siendo litigantes, de cuán intensa y crónica es la contienda. Pero, especialmente, de cuán atrapados queden los hijos en ella. Aclarado esto, resulta ser que con frecuencia, la ruptura convivencial y la desvinculación amorosa son medidas efectivas en la reducción del impacto en los hijos de la contienda interparental. O dicho más claro: es mucho más nutriente la cooperación

biparental de los no convivientes que el litigio cronificado de los sí convivientes.

Es en este contexto, donde planteamos el concepto de *sinergia*, que, expresado en terminología sistémica, sería una propiedad emergente de los sistemas que no emana de la naturaleza de sus constituyentes, sino de su interacción cooperativa y benéfica. Dicho en términos muy sencillos: la cooperación entre dos produce efectos beneficiosos que cada uno de los dos no alcanzaría por separado.

La cooperación biparental, luego la sinergia interparental resultante, siempre es posible entre personas maduras, sensatas y responsables. Aunque ya no se quieran, aunque no convivan y aunque no proyecten un futuro común. Si bien es cierto que en el juego del desamor, lo que antes fue erótico y cooperativo, ahora puede tornarse en bélico y donde antes hubo personas sensatas y responsables ahora podemos hallar personas heridas y por lo tanto hirientes; dándose la paradoja de que mientras que el juego del amor resulta cada vez más efímero y más vulnerable, el juego del desamor se nos presenta cada vez más cronificado y bélico.

Todo ello es posible en tanto que la pareja es el principal escenario para el conflicto intersexual. Es el símbolo genuino del pacto, la convivencia y la cooperación de los sexos; pero también es el marco privilegiado para la guerra de los sexos. Discernir esta doble circunstancia resulta especialmente importante para cuando quienes contienden están vinculados por el hecho indisoluble de la biparentalidad.

Mientras que el vínculo erótico es potestativo y puede estar sometido a la caducidad del juego amoroso; el vínculo parental es vitalicio y por tanto indisoluble. El vínculo parental es necesariamente vertical —en rigor, intergeneracional—, pero propicia una responsabilidad horizontal que sigue emanando del sistema parental incluso cuando éste ya no se corresponde con la díada amorosa. Este

marco de responsabilidad exige una red de interacciones cooperativas que ya no pueden tejerse desde la complicidad erótica. Hablamos, pues, de *coparentalidad anaerótica*.

La díada biparental —conviviente o no; eróticamente vinculada o no— ofrece posibilidades de crianza sumamente sinérgicas, siempre que se activen mecanismos cooperativos. Por el contrario, la díada fuertemente litigante —sean o no amantes y convivientes— ofrece características sumamente anti-sinérgicas. Así pues la bondad no está propiamente en la díada, sino en la cooperación diádica. Esto es, en la sinergia biparental. De lo cual resulta claro que la sinergia biparental debe ser promovida como valor, y la *guerra* interparental combatida como lacra.

#### 4. Conclusiones y propuestas para la sinergia interparental

Sin duda, este es uno de los grandes retos que nos depara el siglo XXI: la gestión nutricia de la ingente diversidad biográfica de este Nuevo Orden Sexual que venimos construyendo. Los profesionales de la Sexología hemos de ofrecer soluciones y recursos que sirvan a la mejor gestión de estos nuevos desafíos. Para ello, queremos ofrecer algunas ideas que consideramos benéficas y que bien pudieran contribuir a promover la sinergia interparental.

Sabemos que los individuos pretenden y esperan de la pareja experiencias y resultados que muy difícilmente la pareja puede ofrecer a lo largo de todo el ciclo vital. Todo ello sirve únicamente a la frustración, al dolor y al fracaso. Nos convendría desinflar las desproporcionadas e irreales expectativas en relación al amor y la pareja, huyendo de falsos romanticismos y planteando el amor como un producto perecedero, a la par de desarrollar y habilitar recursos y estrategias de conservación del mismo. Además nos convendría asumir la ruptura amorosa y convivencial como parte del Ciclo Vital,

colaborando así a la normalización cultural de la ruptura amorosa y al abandono de la episteme del fracaso y de la culpa.

Así mismo, son muchas las voces que claman una profunda reconversión del sistema judicial familiar, especialmente en lo concerniente al divorcio y las custodias. Estos cambios deberían de enfocarse y pretender la desactivación de las dinámicas bélicas en las separaciones contenciosas, así como la desjudicialización de los convenios de mutuo acuerdo —mediador versus juez—, y todo ello acompañado de un trabajo de desarme familiar y de desarme de las respectivas redes sociales de los contendientes. Sería interesante la promoción de custodias alternativas —alternas, compartidas, azarosas, etc.—, así como también la asistencia parental y mediación —incluso coercida— a padres y madres separados/as en litigio crónico. Se trataría de una clara apuesta por la desjudicialización de la ruptura amorosa, que lamentablemente es hoy jurídicamente prescriptiva.

En el ámbito de la pareja, creemos que sería de gran utilidad la generalización de los preconvencios, es decir, contratos de cooperación parental postruptura, elaborados durante la relación y en contexto amoroso y cooperativo.

## REFERENCIAS

Aries, Ph. y Duby G. (1988) *Historia de la vida privada*. Madrid: Taurus.

Duby, G. y Perrot, M. (2000) *Historia de las Mujeres*. Madrid: Taurus.

Flandrin, J.L. (1984) *La moral sexual en Occidente*. Buenos Aires: Granica.

Foucault, M. (1984) *Historia de la Sexualidad*. Madrid: Siglo XXI.

Kail, R., Cavanaugh, J.C., Pecina Hernández, J., González de Pezzolato, M. (2006) *Desarrollo humano: una perspectiva del ciclo vital*. Méjico D.F: Cengage Learning Editores.

Landarroitajuregi, J. (2007) *Sexorum*

Finalmente, otro punto que consideramos vital sería la universalización de la Educación Sexual en diferentes y variados ámbitos. No se trataría tanto de lo que se ha denominado Educación Afectivo-Sexual, sino de una Educación para la Convivencia —pública e íntima— de los Sexos. Y no nos referimos exclusivamente a la tan anhelada educación escolar obligatoria en Infantil, Primaria, ESO, Bachiller, FP y Universidad; sino, sobre todo, a la Educación de Adultos. Haciendo especial énfasis en los Cursos Prematrimoniales, en la promoción y normalización de Escuelas de Padres y Madres, en la creación y generalización de Centros de Mediación Familiar y en la proliferación de Centros de Atención a la Pareja, siempre bajo la responsabilidad de profesionales especializados en esas tareas.

Se trata, entre otras cosas, de habilitar recursos profesionales que contribuyan a que las parejas gestionen mejor el desamor y los procesos de desvinculación amorosa. Y que todos los muchos agentes implicados en estas «trampas biográficas» de dolorosa intensidad emocional colaboremos evitando el incremento de la belicosidad y la socialización del conflicto. De momento nuestra indolencia y nuestra inacción nos están saliendo muy caras.

Scientia Vulgata. *Revista Española de Sexología* N° 139-140. Madrid: Publicaciones del Instituto de Sexología.

Millán, M. (2002) La Pareja. En Bouche, H. e Hidalgo, F. (Coords.). *Mediación y Orientación Familiar*. Vol II. Madrid: Ed. Dikinson.

Pérez Opi, E. y Landarroitajuregi, J. (1999) Teoría de Pareja: Introducción a una Sexología Sistémica. *Revista Española de Sexología* N° 70-71. Madrid: Publicaciones del Instituto de Sexología.

Rice, P. y Ortiz Salinas, M. (1997) *Desarrollo humano: estudio del ciclo vital*. Madrid: Pearson Educación.



- Rougemont D. (1981) *El Amor y Occidente*. después del divorcio. Norma.  
Barcelona: Kairós. Wallerstein, J., Lewis, J., Blakeslee,  
Wallerstein, J., Blakeslee, S. (2006) *Y los S. (2002) El inesperado legado del divorcio*.  
*niños... qué: Cómo guiar a los hijos antes, durante y* Atlántida.



## EL MITO DE LA «FUSIÓN ROMÁNTICA». SUS EFECTOS EN EL VÍNCULO DE LA PAREJA

Tomasa Luengo Rodríguez

Universidad de Valladolid. Dpto. de Psicología  
Facultad de Educación y Trabajo Social  
Pº de Belén, 1. 47011 Valladolid  
tluengo@psi.uva.es

Carmen Rodríguez Sumaza

Universidad de Valladolid. Dpto. de Sociología y Trabajo Social  
Facultad de CC. Económicas y Empresariales  
Avda. Valle de Esgueva s/n. 47011 Valladolid  
sumaza@eco.uva.es

---

### Resumen

El mito del amor romántico construido culturalmente ofrece al individuo un modelo de conducta amorosa que se constituye en el soporte de la institución familiar. En nuestra comunicación nos proponemos reflexionar sobre la *fusión* romántica y el modelo de complementariedad familiar parsoniano en relación al fenómeno de la violencia en la pareja y presentar las posiciones subjetivas emanadas de esa cultura vincular, su presencia en el ciclo de violencia, así como los efectos del maltrato sobre los adultos implicados y sobre el sistema filial. Por último, a partir de esos análisis, nos proponemos perfilar un contexto conyugal saludable, en el que el valor de la *fusión* contribuya a una nueva ética del amor y de la unión entre las personas.

**Palabras clave:** familia, fusión, fisión, violencia.

### Summary

*THE MYTH OF THE "ROMANTIC FUSION". ITS EFFECTS ON THE COUPLE'S TIE* The myth of the romantic love, a cultural construction, offers to the individual a model for loving behavior that supports the family institution. In our paper we intend to review the romantic fusion and the Parson's complementary family model in relation to the phenomenon of marital violence. We will also try to present the subjective positions arising from that culture, their presence in the violence cycle and the consequences of the abuse on the adults and on the filial system. Finally, starting from those analyses, we build a healthy marital context in which the value of fission contributes to a new ethics of love and union among people.

**Keywords:** family, fusion, fission, violence.

## 1. Introducción

Durante siglos ha estado vigente en nuestras sociedades occidentales un sistema ideológico de corte patriarcal que, fuertemente anclado en la cultura, ha condicionado los roles de género, el tipo de relaciones de pareja y familiares, el complejo entramado de las relaciones sociales y el mismo orden social. En este artículo se comienza por revisar el modelo vincular tradicional que, sustentado por el mito de la fusión romántica, potencia la sumisión y dependencia de las mujeres a los varones, sujetos del poder. Se presentan a continuación algunas de las consecuencias propias de esta cultura vincular sobre el maltrato y la violencia en la pareja y la familia. Por último, se perfila un contexto conyugal saludable en el que el valor de la *fusión* contribuya a una nueva ética del amor y de la unión entre las personas.

## 2. Modelo vincular tradicional. Fusión y complementariedad

El modelo de relaciones tradicionales, basado en el sistema patriarcal, estipula cómo ha de ser el vínculo entre hombre y mujer. En la medida en que estos mandatos de género están interiorizados, lo social deja su marca en lo individual, en lo psíquico y subjetivo, actuando como un ideal de masculinidad o feminidad.

Ese vínculo tradicional se basa en el modelo romántico del amor basado en compartirlo todo, en una relación de sujeto —el hombre— a objeto —la mujer—. El hombre es el sujeto del poder, la potencia, y la posesión sobre la mujer, con quien establece un vínculo de pareja, es lo que le valida como hombre, sobre la que construye su idea de masculinidad. De forma complementaria, ella construye su feminidad en la pertenencia, en la dependencia del varón al que cuida y completa. Este vínculo, que Chaumier (2006, p. 194) define «fusión, puede escribirse como

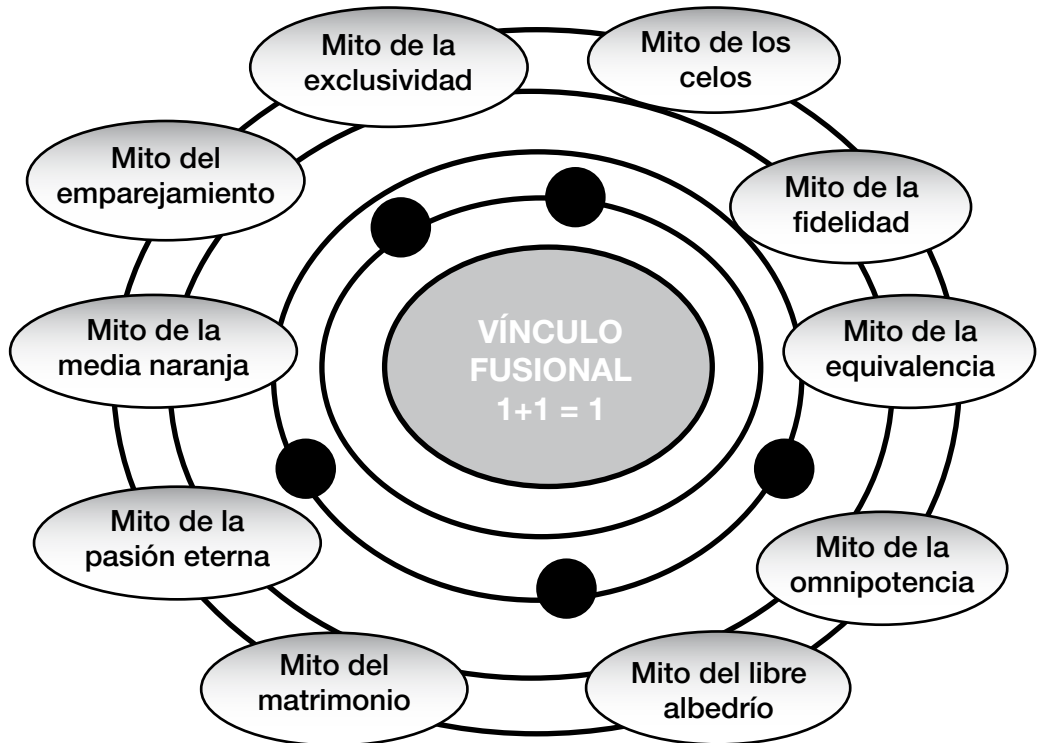
$1 + 1 = 1$ , es en realidad complementariedad, es decir,  $\frac{1}{2} + \frac{1}{2} = 1$ . Esto significa que hay una amputación del ser humano: fuera de la pareja cada uno sólo vale la mitad, la persona se realiza cuando encuentra a su mitad». El vínculo derivado de la fusión, o fusional, que aparece en el Renacimiento, se implantó plenamente entre las clases más populares con el romanticismo del siglo XIX y cristaliza en el modelo de nuclearidad parsoniana basado en la complementariedad de roles sexuales. Fuera de esa complementariedad, el desarrollo personal y social de hombres y mujeres, niños y niñas será incompleto para el modelo estructural funcionalista.

A partir de esa fusión, los sujetos sometidos al vínculo tradicional comparten y viven en torno a un conjunto de «mitos» que Yela (2003) describe como «ficticios, irracionales e imposibles de cumplir». Así, el vínculo tradicional tendría como soporte diez creencias: 1) El «otro» es la única elección posible, la que teníamos predestinada; 2) la pareja heterosexual es algo natural y universal y será fuente de conflicto interno en todas aquellas personas que se desvíen de esa norma; 3) el mito de la exclusividad apoya la creencia en que es imposible estar enamorado/a de dos personas a la vez; 4) el mito de la fidelidad, o creencia de que el deseo deben satisfacerse exclusivamente con la propia pareja; 5) la creencia de que los celos son un signo de amor, e incluso el requisito indispensable de un verdadero amor; 6) el mito de la equivalencia, o creencia en que el «amor» y el «enamoramiento» son equivalentes y, por tanto, si una persona deja de estar apasionadamente enamorada es que ya no ama a su pareja; 7) la creencia de que «el amor lo puede todo» y, por tanto, si hay verdadero amor éste es suficiente para solucionar todos los problemas; 8) el mito del libre albedrío, o creencia de que los sentimientos amorosos son íntimos y no están influidos por factores sociales, biológicos y culturales; 9) el mito del matrimonio, o creencia de que el amor romántico-pasio-

nal debe conducir a la unión estable de la pareja y constituirse en la única base de la convivencia de la pareja; y, 10) el mito de

la pasión eterna, o creencia de que el amor romántico puede y debe perdurar tras años de convivencia (Ver figura 1).

Figura 1. Constelación de mitos constitutivos del vínculo fusional



FUENTE: Elaboración propia basado en Yela (2003).

De la presencia de estos mitos románticos en la sociedad española dan cuenta los trabajos de Barron et. al. (1999) y Ferrer et. al. (2009). En ambos estudios los hallazgos evidencian altos niveles de acuerdo en torno a los mitos de la media naranja, la pasión eterna, la omnipotencia y el matrimonio y en desacuerdo con los mitos del emparejamiento y de los celos.

Este vínculo fusional romántico se institucionaliza en el modelo de «*familia nuclear*» que Talcott Parsons desarrolla a partir de 1955. Para el autor, la familia es un sub-sistema social que se articula con la perso-

nalidad de forma intrínseca y actúa en su desarrollo, por medio de la socialización, a partir de una estructura sencilla que poco a poco se vuelve más compleja. Parsons habla de dos funciones básicas en la familia: la socialización de los hijos y la estabilización de las personalidades en los adultos. Considera el proceso de socialización primaria —de padres hacia hijos— como un proceso de interiorización de la cultura a partir del cual el niño puede convertirse en miembro de la sociedad en la que ha nacido. La segunda función se asocia al aspecto del creciente aislamiento de la familia nuclear de los grupos de origen de la pareja —prioriza-

ción de lazos conyugales por afinidad y consanguíneos descendentes a los consanguíneos verticales ascendentes— y a la distribución de roles diferenciados y complementarios de los padres (Parsons, 1956).

Para explicar la realización de estas dos funciones, Parsons elabora un modelo basado en los roles sexuales, que son uno de los mecanismos a través de los cuales las personas son integradas en el sistema social. El rol es un modelo predefinido que permite al individuo reaccionar ejerciendo funciones institucionalizadas y esperadas por su entorno social. La integración de la personalidad en el sistema social se realiza inicialmente a través de la familia, que opera e interacciona condicionada por los roles establecidos. El autor define, básicamente, cuatro roles en el interior de la familia, contruidos a partir de dos ejes de diferenciación: un «eje de poder», que define roles diferentes en las diferentes generaciones —padre e hijos—, y otro denominado «instrumental-expresivo», que establece la diferencia entre sexos. Cualquier sistema en el que fallaran esos roles diferenciados estaría «bajo gran tensión».

Esta atribución, que parecía haberse creado sobre bases empíricas justificables a partir de los trabajos que R.F. Bales y P.E. Slater (1956) realizaron con pequeños grupos experimentales en la década de los cincuenta, se halla fuertemente contestada a partir de los noventa en las recientes perspectivas de estudios de género, masculinidad y cuestionamientos de los modelos de sexualidad heterosexual hegemónicos. Sobre estas transformaciones en las relaciones de género intra o extrafamiliar, así como sobre los efectos sobre el bienestar de los progenitores, los trabajos de Haraway (1991), Acok y Demo (1994), Giddens (1995), Friedman (1995), Vale de Almeida (1995), Bullok, (2001), Demnerstein *et al.*, (2002) o Luengo (2008; 2008a) son un claro exponente de la nueva corriente de pensamiento.

Para que la socialización en el interior de la familia sea estable, según la perspectiva funcionalista, sería necesario la coalición entre los roles diferenciados de padre y madre. Todo modelo distinto a este, considerado patrón ideal, es entendido como una desviación, una patología a eliminar. De esta forma, el modelo de «familia nuclear aislada» se percibe encorsetada en función de cierta rigidez al no tener en cuenta las transformaciones profundas que ya estaba sufriendo la familia en la década de los cincuenta. Por ejemplo, el proceso de socialización descrito por Parsons siempre en sentido único, donde el adulto es quien socializa al niño, ignorando que en los períodos de transformación rápida o en casos de inmigración, los adolescentes y jóvenes pueden convertirse en los principales agentes de socialización de sus padres. De igual forma, fenómenos como la mayor incorporación de la mujer en el mercado de trabajo, con el crecimiento de las tasas de divorcio y separación, no han entrado dinámicamente en su modelo familiar. Y, en consecuencia, Parsons tampoco pensó que podrían acabar por provocar nuevas redefiniciones de roles en el interior de la familia como algunos autores consideran que ya está pasando.

### 3. El ciclo de la violencia

Cuando el sistema conyugal organiza su funcionamiento alrededor de las posiciones más rígidas del vínculo fusional, la violencia se constituye en un elemento más del sistema que uno de sus miembros pone en juego para mantener el vínculo. Esta hipótesis se hace evidente si fijamos nuestra atención en el ciclo de la violencia, con sus fases de tensión, agresión y reconciliación o alteridad. En cada una de ellas podemos observar las posiciones subjetivas desde las que se relacionan hombre y mujer.

Para que se produzca el ciclo, es necesario que haya habido una etapa de relación amorosa en la que el otro es altamente signifi-

cativo y debe haberse instaurado una relación asimétrica en la que cada uno ocupa el lugar de sostener al otro. Entonces, en algún momento se empiezan a producir identificaciones acopladas al circuito de tensión-agresión-reconciliación que Velasco (2005) describe como posición de «poder-subordinación/Tensión»; posición de «potencia-objeto sexual/Agresión» y posición de «debilidad-demanda de amor/Reconciliación».

En la primera etapa, la víctima se mantiene en un estado de fusión-dominación y el agresor demanda confirmación de su poder a cada paso. La dialéctica entre poder y subordinación oculta el miedo a la pérdida de control por parte del varón, la inseguridad ante la pérdida de posición. Pero el acoplamiento pasivo de la mujer no es suficiente.

En la etapa de agresión, la dialéctica presente se organiza alrededor de lo que Velasco (2005) define como *potencia-objeto sexual*. En un momento dado, algo que ocurre es tomado por el hombre como un equivalente de que la mujer le abandona, deja de sostener como poderoso, cree que cae de su pedestal y reacciona con violencia atacando a la mujer que interpreta como la agente de su caída. Por último, el ciclo se cierra con la fase de reconciliación. Las posiciones de debilidad-demanda de amor devuelven el vínculo a sus posiciones de equilibrio. La mujer vuelve a ser percibida como objeto débil y el agresor recupera su posición subjetiva de poder, la mujer es cuidadora y el «otro» la figura necesitada de cuidado y el amor. Ha comenzado una nueva identificación hasta que el ciclo vuelva a dar otra infernal vuelta.

La problemática del circuito descrito es compleja y sus consecuencias abarcan a toda la familia. Para los hijos y las hijas testigos, y por lo tanto víctimas, esta violencia es iniciática y constitutiva de sus futuras relaciones amorosas y de pareja, de la violencia social y de su relación con la ley y lo prohibido. La violencia de la que son testigos tiene el

mismo efecto sobre ellos que si hubieran sido víctimas directas. A consecuencia de las escenas de violencia, los hijos e hijas adoptan diferentes actitudes, tales como la huida, la observación silenciosa o la intervención. Suelen desarrollar también un fuerte sentimiento de culpabilidad, mayor cuando el padre los utiliza como medio de presión o chantaje, y a veces adoptan un comportamiento de adulto y pueden sentirse investidos de un papel protector en relación a la madre.

#### 4. Apuntes para un contexto relacional saludable

En estas líneas nos hemos ocupado de reflexionar sobre la construcción del vínculo conyugal y familiar y su relación con el fenómeno del maltrato. Para encontrar respuestas hemos revisado los valores dominantes en la constitución del vínculo tradicional que modula la cultura familiar y las posiciones subjetivas presentes en el modelo de violencia familiar. En las líneas que siguen se apunta el valor de la *fusión* como alternativa a los modelos tradicionales en la construcción del vínculo y se perfilan algunas de las dimensiones que contribuirían a una nueva cultura familiar donde la violencia no tiene cabida.

La *fusión* como horizonte rompe con el mito del gran amor total y definitivo, exclusivo y absoluto, y sitúa a las parejas frente a los principios de igualdad. Para Chaumier (2006), tal y como exponen Rodríguez y Luengo en un trabajo de próxima publicación, la relación hombre-mujer, tanto social como laboral, posibilita la igualdad, lo que orienta hacia un tipo de relaciones mucho más variadas que casi obliga a llegar a la casuística para darle sentido. La identidad personal no implica una mayor separación, sino una liberalización de vínculos y, sobre todo, la posibilidad de compartir experiencias diversas sin diluirse en ellas. Nuevos contratos, sin temporalidad manifiesta,

redefinen a las parejas y al individuo. Todo es búsqueda de afirmación personal y demanda amorosa y nada es para siempre. Las relaciones se inventan, múltiples fuentes las regeneran y al amor eterno desmitificado suceden fórmulas nuevas que permiten compartir. El yo y el otro con sus identidades son lo importante y, sólo aceptándolo, se puede convivir amorosamente. La cultura de la complementariedad parsoniana deja paso a la cultura de la equidad, donde el otro tiene valor en sí mismo, más allá del valor de su aportación a la pareja.

En la línea de lo apuntado por Thomas (2004) y Luengo (2008; 2008a), creemos que el abordaje de la violencia requiere de un nuevo concepto de amor, de una nueva ética del amor que nos enseñe a aceptar la diferencia, el respeto hacía uno mismo y hacia el otro, que enseñe que el amor, como cualquier otro sentimiento, está sujeto a un proceso de desarrollo y que su mantenimiento requerirá de esfuerzo y voluntad a fin de mantener vivas la ilusión y el deseo. Algunas de las dimensiones que facilitarían el cambio son:

*Cultura de la diversidad familiar.* Es necesario que investigadores y profesionales, que siguen fundándose mayoritariamente en supuestos tales como el de que una familia nuclear de cónyuges en primeras nupcias facilita el mejor entorno para la felicidad conyugal y la educación de niños y niñas adaptables y saludables, superen supuestos y estereotipos vinculados a la ideología de la familia nuclear de tipo tradicional. Se hace necesario educar, desde las primeras etapas, en la idea de un amor complejo y diverso.

*Organización familiar basada en la equidad.* Es necesario que la cultura de la complementariedad parsoniana evolucione hacia la cultura de la equidad, hacia el concepto ético de justicia donde las personas tengan valor en sí mismas, más allá del valor productivo, que rompa con la dicotomía proveedor de bienes/

proveedora de afectos y cuidado. El modelo de complementariedad no ha tenido en cuenta las transformaciones profundas que la familia está viviendo y las consecuencias que ellas implican en el proceso de socialización. Son necesarios programas educativos que propongan como valores fundamentales que la masculinidad no es una esencia, sino una ideología, una representación mental, que la primera nupcia que una mujer debe contraer es con ella misma y que el amor es un posible lugar de aprendizaje donde la «fusión» no existe.

*Desarrollo socioemocional.* Normalmente los profesionales de la salud atienden a muchas mujeres que están confusas acerca de sus relaciones matrimoniales o de convivencia. Las contradicciones que hay entre las imágenes y mensajes al uso, que definen las relaciones contemporáneas como igualitarias, y lo costosa y opresiva que resulta ser su propia realidad son, en muchos casos, la raíz de las crisis que viven. El gran reto para estos profesionales es transmitir la idea de que la clave del bienestar no se encuentra en la estructura familiar, en el vínculo, sino en los procesos relacionales y familiares: el carácter y cualidad de las relaciones matrimoniales, las relaciones entre padres e hijos, el bienestar de los hijos y la individuación como persona.

*Desarrollo personal e identidad grupal.* Son necesarios programas educativos que contribuyan a la cultura de la identidad personal y grupal. La individuación, la autorrealización, la identidad de la pareja y la identidad de la familia tienen que ser procesos conciliadores entre sí que conformen una cultura democrática para la persona, la pareja, la familia y la sociedad, una cultura que «agarre y suelte» a sus miembros, que socialice a personas en los principios de la igualdad y la libertad.

*Liberar a la sexualidad de lo que Foucault (1980) denomina «seriedad de la función repro-*



*ductora*. Son necesarios programas de educación sexual basados en la información y en el fomento de una actitud positiva hacia una dimensión (la sexual) que es constitutiva del ser humano y que, por tanto, debe ser vivida en sus aspectos relacionales más amplios.

Para que esta nueva cultura crezca habrá que renunciar al logro ilusorio de una relación conyugal autosuficiente, habrá que renunciar al poder, a la idea de pareja como algo definitivo donde reparar carencias tempranas. Habrá que renunciar a una sexualidad donde las formas dominantes están normalizadas por el sexo, habrá que dejar paso a los nuevos hombres y mujeres que durante siglos han estado constreñidos por una cul-

tura de sexualidad reproductiva donde la ternura y el afecto no encuentran su lugar.

Si pudiera mirarle a los ojos

¡Para mirarle a los ojos!

Si pudiera acariciarle

¡Para acariciarle!

Si pudiera besarle

¡Para besarle!

Si pudiera recorrer las líneas de su cuerpo

¡Para recorrer las líneas de su cuerpo!

Si pudiera acostarme a su lado

¡Para acostarme a su lado!

Si pudiéramos encontrarnos para vernos,

Si quisiéramos mirarnos para descubrirnos,

¡Qué revolución!

¡«Abajo el coito»!

Verena Stefan. *Mudas de piel*.

## REFERENCIAS

Acok, A.C. y Demo, D.H. (1994) *Family diversity and well-being*. Newbury Park: C.A. Sage.

Bales, R.F. y Slater, P.E. (1956) Role differentiation in small-decision making groups. En T. Parsons et al. *Family socialization and interaction processes*, London, Routledge, Chapter V, 259-306.

Barrón, A. et. al. (1999) Romantic beliefs and myths in Spain, *The Spanish Journal of Psychology*, 2 (1), 64-73.

Bullock, K. (2001) Healthy family systems? The changing role of grandparents in rural America, *Education and Ageing*, 16, 163-178.

Chaumier, S. (2006) *El nuevo arte de amar*. Madrid: Alianza Editorial.

Dennerstein, L.; Dudley, E. y Guthrie, J. (2002) Empty nest or revolving door? A prospective study of women's quality of life in midlife during the phase of children leaving and re-entering the home, *Psychological Medicine*, 3 (32), 545-550.

Ferrer, V. et. al. (2009) Apuntes sobre la vigencia de los mitos románticos en la sociedad española. En *Actas del 5º Congreso Estatal Isonomía sobre Igualdad entre Mujeres y Hombres*.

Castelló de la Plana. Universitat Jaume I.

Foucault, M. (1980) *Historia de la sexualidad. Tomo I. La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI.

Friedman, S. (1995) Beyond white and other: Relationality and narratives of race in feminist discourse, *Signs, Journal of Women in Culture and Society*, 1 (1), 1-49.

Giddens, A. (1995) *La transformación de la intimidad*. Madrid: Cátedra.

Haraway, D. (1991) *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Universidad de Valencia, Instituto de la Mujer y Madrid: Cátedra.

Luengo, T. (2008) Mujer y familia. Un área para la intervención, *Servicios Sociales y Política Social*, 81, 63-80.

Luengo, T. (2008a) Un análisis de la nuclearidad parsoniana a partir de una investigación sobre la relación entre estructura familiar y satisfacción parental, *Revista de Investigación en Psicología*, 11 (2), 13-27.

Parsons, T. (1956) The American family: its relation to personality and to the social structure. En T. Parsons et al. *Family socialization and interaction processes*. London: Routledge, Chapter

I, 3-34.

Rodríguez, C. y Luengo, T. (En prensa) *Una lectura de la monoparentalidad desde la perspectiva de la posmodernización de la familia*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament d'Acció Social i Ciutadania. Universidad de Barcelona.

Thomas, F. (2004) Seis propuestas para una cultura de paz desde una nueva ética del amor, *Cuadernos del Centro de Estudios Sociales*, 7, 3-9.

Vale de Almeida, M. (1995) *Senhores de si: uma interpretação antropológica da masculinidade*. Lisboa: Fim de século.

Velasco, S. (2005) Síndromes del malestar de la mujeres en Atención Primaria, *Mujer y Salud*, 16.

Yela, C. (2003) La otra cara del amor: mitos, paradojas y problemas, *Encuentros en Psicología Social*, 1 (2), 263-267.

## EL VAGINISMO Y SU DIALÉCTICA SEXUADA

Silberio Sáez Sesma

Psicólogo. Sexólogo

Director de IUNIVES: Instituto Universitario de Sexología de la Universidad Camilo José Cela  
sexologia@ucjc.edu

---

### Resumen

Enfocar el vaginismo como una dificultad para realizar de forma «completa» el coito vaginal, es sólo una cuestión descriptiva. Aunque nos ofrece el «dibujo» de una solución —el reverso del problema—, una mirada reducida ante tal demanda, es una metáfora perfecta, sobre la reducción habitual de los problemas sexuales a cuestiones estrictamente coitales. Y de forma más reciente, aunque no por ello de nuevo limitada, la reducción de lo sexual, a cuestiones estrictamente eróticas.

No es una novedad descubrir la limitación de lo sexual a coital, en tanto representación social general. Sin embargo, la sexología, lejos de transcender de forma contundente esta limitación, solo alivia este planteamiento, cambiando el coito por la erótica, y ampliando ésta con el concepto «amatoria».

Pero a pesar del «pasito», el verdadero enfoque sería el sexo —hombre y mujer—, y la interacción de ambos, en un encuentro erótico. Así pues, lo erótico y por derivación, lo genital, son sólo los elementos finales de la cadena; que se inicia de forma inevitable, en la realidad sexuada —hombre y mujer— de dos sujetos que interactúan.

Desde este planteamiento, y más allá de la solución mecánica a este vaginismo; pondremos el acento en cuestiones actitudinales en femenino, en la resolución virtual y el balanceo entre el «deseo sugerido» y el «deseo personal» —clave en la vivencia del deseo erótico femenino, con claras y evidentes diferencias al deseo masculino—.

Y por último, como principal aportación, hablaremos del hombre y «qué» hombre, en interacción con una mujer —y no sólo la propietaria de una vagina—.

**Palabras clave:** vaginismo, dispareunia, terapia sexual, hombre, mujer.

## Summary

### VAGINISM AND ITS SEXUAL DIALECTIC

*Approaching vaginism as a difficulty to make vaginal coitus in a “complete” way, is just a descriptive matter. Although it supplies us with a “drawing” of the solution —the exact opposite of the problem—, a limited view of the request, is a perfect metaphor of the habitual reduction of sexual problems to coital matters strictly. And, in a more recent way, limited again though, the reduction of sexual matters to strict erotical aspects.*

*It is not new to find out the restriction of sexual matters to coital ones, considering its general social representation. However, sexology does not just go beyond this limitation in a conclusive way, but it only relieves this approach, changing coitus by erotica and widening this with the concept of “Ars Amatoria”.*

*But, in spite of the “little step ahead”, the real approach should be sex —man and woman—, and the interaction with each other, in a erotical meeting. Thus, the erotical and, as a consequence, the genital aspect, are only the final chain elements, which is inevitably started in the sexual reality —man and woman— of two interacting individuals.*

*From this approach, and beyond the mechanical solution to this vaginism, we will stress the aspect of feminine attitudes, the virtual solution and the balance between the “suggested desire” and the “personal desire” —which is the key of feminine sexual desire, with clear and evident differences to masculine desire—.*

*And, finally, as the main contribution, we will speak about the man, and “what” man in the interaction with a woman —and not only with the vagina owner—.*

**Keywords:** *vaginism, dyspareunia, sexual therapy, man, woman.*

Enfocar el vaginismo como una dificultad para realizar de forma «completa» el coito vaginal, es sólo una cuestión descriptiva. Aunque «vaginismo» nos ofrece el «dibujo» de una solución —el reverso del problema—. Una mirada reducida ante tal demanda, es una metáfora perfecta, sobre la reducción habitual de los problemas sexuales a cuestiones estrictamente coitales. Y de forma más reciente, aunque no por ello de nuevo limitada, la reducción de lo sexual, a cuestiones estrictamente eróticas.

No es una novedad descubrir la limitación de lo sexual a coital, en tanto representación social general. Esto ya se ha convertido en una máxima de la sexología, aplicada de forma general a la educación, la terapia y el asesoramiento.

Sin embargo, la sexología en general, lejos de trascender de forma contundente esta limitación —tan denunciada, al menos en el plano estético y de ideario—, solo alivia este plan-

tamiento, cambiando el coito por la erótica, y ampliando ésta con el concepto «amatoria».

Se cambia coito por erótica y se amplían los genitales al cuerpo. Aún no estamos en un formato sexológico como tal, sino a lo sumo, estamos en el eterno tránsito de un modelo reproductivo a un modelo hedonista. Tránsito de una visión limitada a una visión menos limitada; pero no por ello completa.

Y tildaba el tránsito de «eterno» porque, por influencias que uno nunca acaba de entender, lo sexual está más acompañado que nunca de lo reproductivo. ¿Les suena de algo «Salud Sexual y reproductiva»?

Aún cuando supongamos que hemos pasado de un modelo reproductivo a un modelo hedonista, y a pesar del «pasito», el verdadero enfoque sería el sexo —hombre y mujer—, y la interacción de ambos. Así pues, lo erótico y por derivación, lo genital, son sólo los elementos finales de la cadena;

que se inicia de forma inevitable, en la realidad sexuada —hombre y mujer— de dos sujetos que interactúan.

### 1. Terapia sexual y terapia de pareja

Para nosotros está claro que terapia sexual no es sinónimo de terapia perigenital; y de nuevo está claro que la terapia sexual no forma parte de la llamada terapia de pareja; sino a la inversa. La pareja viene definida por el sexo de sus componentes y este hecho rompería la esencia de la misma si «cambiásemos» el sexo de uno de los componentes.

Una cosa son los *formatos* o sustratos —individuo, pareja, familia...— sobre los que se asienta el objetivo de trabajo y otra bien distinta el *objetivo* de trabajo en sí. La pareja tiene que ver con los formatos, con las puestas en escena y la disfunción con la queja. Pero el sexo tiene que ver con las realidades inherentes e insoslayables de los usuarios. Y es el sexo, no la pareja o la disfunción, la base sobre la que se asienta la terapia.

### 2. La «Nueva terapia sexual»<sup>1</sup>

Rogers<sup>2</sup> cambia el foco de atención de los problemas al sujeto; el foco de *tratamiento* es otro y por tanto también será otro el objetivo: el tratamiento es el facilitador de los *valores intrínsecos del sujeto*<sup>3</sup>. Sexologicemos a Roger para redefinir el objetivo terapéutico. El foco de atención ya no es la disfunción o el problema, sino el sujeto-sexuado; y, por tanto el tratamiento será el facilitador de los *valores intrínsecos del sujeto sexuado*.

### 3. Entrando por el vaginismo

Proponemos sin temor, que tras lo femenino hay un patrón de conducta. Que si bien toda mujer es distinta al resto en su sexualidad, comparte categoría común con todas las

mujeres. Y si bien algunos de sus ladrillos sexuados y su articulación forman parte de una realidad única e irrepetible; como sexólogos, no podemos perder de vista una categorización general, que algo nos dice sobre lo femenino y sus puestas en escena; y no sólo, sino también, en plano erótico.

Desde este planteamiento, y más allá de la solución mecánica a este vaginismo; pondremos el acento en femenino en cuestiones actitudinales, en la resolución virtual del problema y en el balanceo entre el «deseo sugerido» y el «deseo personal». La clave estará en la vivencia del deseo erótico femenino, con claras y evidentes diferencias al deseo masculino.

Y por último, como principal aportación, hablaremos del hombre y «qué» hombre, en interacción con una mujer.

Para sorpresa, e incluso disgusto de algunos de nuestros lectores, no vamos a reparar en las fases estratégicas, que terapéuticamente se deben abordar para acabar en éxito terapéutico.

Lo que intentaremos es hacer un recorrido por las claves a tener en cuenta para, más allá de la estrategia mecánica, tener verdadero éxito.

Como aclaración y matiz relevante, les anticipo que no estamos hablando de un «vaginismo» parcial, puntual en las primeras experiencias coitales, que tras un tiempo acaba remitiendo y resolviéndose. A eso ni siquiera le llamaré vaginismo.

Sino que nos referiremos a casos en los que el vaginismo cursa una historia de años, en parejas estables, que a pesar de tener relaciones eróticas, nunca han sido capaces de realizar el coito vaginal.

Así pues, sin olvidar este matiz, ¿qué encontramos en todas estas mujeres? ¿Y en sus parejas varones?

### 3.1. Cuestiones actitudinales que de forma implícita o explícita están ejerciendo una acción innegable

En todas las historias y currículos sexuales que pedimos a nuestras usuarias, nos encontramos con una educación sexual negativa. Y este matiz negativo, no siempre se ha manifestado de forma explícita. Muchas nos dicen que en casa nunca se hablaba, que no recuerdan reacciones concretas, ni mensajes explícitos, sino que el tema parecía no «existir». Otras muchas, de forma directa nos ponen en la pista de una educación religiosa dura e inequívoca, asociando al rol femenino una sexualidad peligrosa, de la que hay que protegerse con encono.

Y como para ustedes no hace falta matizar entre la diferencia entre correlación y causalidad, sí que les diremos que hay una clara y evidente correlación estadística entre educación religiosa y vaginismo. Para los mal pensados. No estamos diciendo: «Educación religiosa, vaginismo seguro»; pero sí lo inverso, extraído de nuestra experiencia terapéutica: «vaginismo resistente, educación religiosa casi segura».

Y sin cargar las tintas de forma explícita en la religión, a nivel social estas mujeres reciben una doble moral y la asimilación de un rol de mujer «adecuada», frente a un rol de mujer «inadecuada». Ya se fundamenten estos mandatos en cuestiones religiosas o morales con menos tintes confesionales.

Lo que es claro, es que esta va a ser una de las constantes. Y cuidado. No hablamos de mujeres pacatas en el presente. Sino de las secuelas que ha dejado esto en su nivel más emocional.

Nos encontramos con mujeres con ideologías diversas y algunas en clara oposición a las normas recibidas. Pero cuando la moral transmitida se basa en el miedo, el pecado, la condenación; a pesar de que la inteligencia

abstracta, tan bien recibida en la adolescencia nos permita liberarnos de aquellos mensajes, las secuelas emocionales, pueden ser en ocasiones insalvables.

### 3.2. Situaciones traumáticas

Cuando hablamos de situaciones traumáticas nos referimos a trauma, desde la soberana significación del propio sujeto. Es decir, algo puede ser impactante a los ojos ajenos y no haber supuesto mayores secuelas para el sujeto, y a la inversa; algo que desde fuera pudiera parecer nimio, es tenido por el sujeto en una alta significación.

Ya sea guardando coherencia o no con la «magnitud del evento traumático», encontramos en muchas ocasiones situaciones vitales intensas que han dejado huella: un embarazo que deja marcada a la familia, una historia de abuso difusa donde se tuvo placer físico, etc.

Y no nos referimos sólo a traumas en el sentido «real» del término; sino también en el virtual, dado que lo que nos importa ahora es la significación que para ella tiene.

En uno u otro caso, guardando coherencia o no con la magnitud del evento, hay un trauma que deja huella y que sumado al esquema actitudinal anteriormente expuesto, se convierten en fuerzas que se multiplican y refuerzan la una a la otra.

### 3.3. Cuándo se acude

En ocasiones nos encontramos con mujeres —y parejas— que al margen de la imposibilidad de realizar el coito, tienen una vida erótica satisfactoria.

Es evidente que se puede tener una vida eróticamente satisfactoria sin necesidad de coito; pero no es tan evidente que se pueda satisfacer el deseo de reproducción sin este coito.

La maternidad, que nosotros defendemos como un carácter sexual terciario, ejerce tal fuerza que es capaz de traer a consulta a estas mujeres, cuando antes han encontrado mil y un motivos para no hacerlo y evadir de ese modo el problema y sus pormenores.

Nosotros vemos en esto un valor, que va a ejercer como motor de motivación que nos llevará al probable éxito. Una mujer que quiere quedarse embarazada, sin que suene a broma y sin ningún tinte peyorativo, es una locomotora a plena velocidad, capaz de arrasar con todo lo que encuentre a su paso.

Curiosamente, antes de que este carácter sexual se active, su realidad femenina es otra bien distinta. Y a partir de aquí vamos a tener una mujer más decidida y asertiva, con la firme decisión de resolver, de una vez por todas, esta situación. Y cuidado, él, que está en interacción, se encuentra con una «mujer nueva» ante la que tendrá que saber interactuar de forma diferente. Pero ya llegaremos.

### 3.4. Experiencias reales de dolor. Del deseo sugerido al deseo personal

Aunque parezca una obviedad, el coito se ha intentado. Pero ha dolido. Y más allá de la subjetividad que el dolor supone, esto es una evidencia innegable para la propia mujer.

Y no se desea lo que duele cuando la expectativa previa es que produzca placer. Esto cierra la puerta en lo emocional por más que desde lo racional todos consideremos que el coito, como tal, es una actividad placentera y atrayente.

A los antecedentes psicoeducativos se van sumando las experiencias reales de dolor y fracaso, que van generando un temor inevitable. Algo parecido a la ansiedad de ejecución de un disfuncionado eréctil. Sólo que lo que se teme no es la pérdida de la erección, sino el dolor. En uno u otro caso, esto acaba

anticipando el fracaso e impidiendo la excitación real, complicando en el plano fisiológico lo que ya de por sí viene lastrado a nivel psico-social.

Y aunque ella no deje de oír que el coito está muy bien, sus experiencias reales pesan más que los modelos a seguir. Y las expectativas, una vez vividas las experiencias, no pueden adecuarse sólo al modelo propuesto pasando por alto las consecuencias vividas de forma real y evidente.

### 3.5. Algunos casos especialmente resistentes. Algunos de estos casos, suelen acumular de forma intensa casi todas estas condiciones

El trabajo sexológico, no debe ir solamente a resolver lo que pueda parecer una cuestión muscular —que también—, sino que deberemos trabajar en varios frentes:

- Mecánico y muscular. Por resultar obvio, no diremos más.
- Antecedentes dolorosos reales. Refuerzo del rechazo.
- Antecedentes de biografía sexual: actitudes, lucha emocional-racional. Recuerden lo que hablamos con la moral sexual en la infancia.
- Reacción de ansiedad asociada a una fobia, trabajo reglado con el mismo esquema de trabajo para las conductas «fóbicas».
- Y por supuesto, la erótica-atávica: Rol masculino de respeto absoluto, sin «dominar» o transgredir mínimamente, sometimiento erótico simbólico.

¿En qué orden?:

1º **Actitudes y biografía**, lo racional y lo emocional. A raíz de ello ir entrando en «crecimiento erótico». **Continuo.**

2° A. Trabajo sobre la fobia genital, aproximaciones virtuales sucesivas a lo temido y posteriormente reales. Todo ello con apoyo frente a la ansiedad.

2° B. Sobre la fobia al coito y miedo a la penetración.

Se trataría de positivizar el coito, partiendo de una fobia y temor previo. Positivizar el hecho, implica primero resolver el problema en lo virtual. Como hemos indicado, trabajar como en una fobia. Con aproximaciones sucesivas, para pasar del temor a la tolerancia y a partir de ahí a reconvertirlo en «deseable».

Y cuando hablamos de positivizar el coito, no se trata de una cuestión estética o una declaración de intenciones. Sino que más allá de la resolución virtual, habrá que llevar esa conducta al nivel del deseo. Nada sencillo, partiendo de donde partimos. Expreso mi envidia al observar en los manuales de terapia, cómo algunos colegas resuelven estos casos en apenas unas sesiones. Desde aquí mi admiración, aliñada con el mismo grado de escepticismo.

Así pues, habrá que llevar el coito, al territorio de las actividades deseables. Algo a lo que se oponen las propias experiencias vitales y los condicionantes más implícitos, pero poderosos del sustrato actitudinal heredado.

Sólo con estas premisas previas, podrá tener sentido el trabajo mecánico muscular más «directo» sobre la vagina.

3° Trabajo mecánico muscular-individual —en cuanto se pueda revisión ginecológica—.

4° Intervención de él en las tareas.

5° En función de los resultados «rol masculino» de él.

#### 4. El rol masculino. El vaginista consorte

Reflexionemos ahora sobre el rol masculino ante el vaginismo. Quienes conozcan nuestras aportaciones previas sobre terapia, sabrán que la disfunción como tal no es siempre la clave de resolución de un problema. Lo relevante es el sexo del usuario, y no sólo la disfunción que le aqueja.

Habitualmente nos encontramos con parejas aclimatadas al síntoma, hasta tal punto que su erótica es perfectamente satisfactoria —a excepción, claro está de su imposibilidad de realizar el coito—. Hablemos de él. ¿Cómo suele ser?

Un hombre cuidadoso y comprensivo. Que la respeta hasta límites insospechados. Pero claro, hay una carencia en la erótica más atávica del rol masculino. En algún momento él debería transgredir sus barreras.

Como ejemplo, la seducción sólo lleva al éxito cuando hay una transgresión «suficiente» de la normativa prescrita. Suficiente para ir más allá, sin que el impulso sea excesivo y rompa la posibilidad de encuentro.

En ese fino equilibrio, ella valora realmente el «interés» de él; de hasta dónde esta dispuesto a llegar, más allá del permiso que ella le dé, en el plano racional y explícito.

Nos encontramos con hombres que acatan exclusivamente los mensajes explícitos de ellas, pero la erótica se mueve por derroteros no siempre delineados previamente.

Su temor al rechazo si «transgrede» los deseos de ella, se intensifica y le paraliza, amparándose en la evidencia de «ser respetuoso con ella». Pero este respeto y consenso, camufla un déficit en la masculinidad de acceso a la erótica que debería superar; yendo su propio deseo «más allá» de las barreras o límites que ella le ponga.



A ella le ayudará, a medida que evolucione su tratamiento, un hombre capaz, que sujete las riendas, que le haga sentir segura, más allá de la «obediencia o desobediencia» de sus límites pasados.

Es en ese punto donde él debe asumir su masculinidad de forma más asertiva de lo que ha hecho hasta ahora.

Por supuesto, decir esto con estas palabras, en el reino de lo políticamente correcto puede ser una desfachatez; pero estamos en la intimidad de la pareja, en plena interacción corporal. Y ahí, las interacciones no siempre se rigen por la estética o los modelos previos a seguir.

La masculinidad y la feminidad, se les llame como se les llame, están llamadas a ser atendidas en el encuentro corporal de estas parejas.

Él debe saltar la valla, que hasta ahora ha respetado. Hacerlo con decisión, sin temer la reacción de ella, dado que «él sabe lo que hace». En otros términos, a ella le gustaría

«dejarse llevar, que él le conduzca y guíe»; pero ella no lo demanda en el plano explícito, porque entonces pierde el sentido. Él como hombre respetuoso, siempre comparte el volante y consensúa con ella la ruta y los destinos; pero deberá asumir la decisión de conducir solo, elegir la ruta y buscar el destino; sin temor a la aprobación o desaprobación de ella.

Y tal vez el síntoma nos hable de vaginismo; pero vagina implica mujer, y ése es el conjunto, frente a vagina que es sólo un elemento. Y esa vagina, elemento de esa mujer conjunto, interactúa en un intento de coito, con un pene, elemento de ese conjunto hombre.

Sin duda que los tiempos de la igualdad y lo políticamente correcto estarán en otros parámetros o «modelos deseados», pero este artículo no estaba para contentar lo que cada quien desee leer, sino para proponer un modo efectivo de afrontar un problema, nada simple, que se esconde bajo el enunciado de vaginismo.

## NOTAS AL TEXTO

- [1] Como ejercicio de «re-enfoque», empleamos el mismo título que la obra de Kaplan, pero sacando el foco de la *disfunción al sexo* del usuario.
- [2] Carl R. ROGERS sobre 1943 crea la terapia centrada en el cliente como una alternativa nueva de psicoterapia, e inicia un proceso de investigación sobre la relación terapéutica y los valores del sujeto. Indicamos, sin ánimo de ser exhaustivos y a modo de ejemplo, alguno de sus libros: *Terapia, personalidad y relaciones interpersonales*, Ed. Nueva Visión. *El proceso de convertirse en persona*, Ed. Paidós. *Psicoterapia centrada en el cliente*, Ed. Paidós mejicana.
- [3] Recomendamos con especial énfasis el artículo: ORMAZA, A. y MONTES, A. (2001), Una aproximación al asesoramiento sexual, *Anuario de Sexología*, nº 7, AEPS, Valladolid.



## «LA TRAGEDIA DE LA EMANCIPACIÓN DE LA MUJER» (GOLDMAN, 1906) COMO BOTÓN DE MUESTRA DE LA IMPORTANCIA DE LOS CICLOS LARGOS

Lucía Glez-Mendiondo Carmona

Sexóloga. Psicóloga

Responsable del Servicio de Atención Sexológica del

Plan Municipal de Juventud, Ayuntamiento de Huesca

Facultad de Educación. Universidad de Zaragoza

Lucia.Mendiondo@unizar.es

---

### Resumen

El objeto de este artículo es evidenciar el mal camino que tomó la lucha feminista durante el siglo XX partiendo de algunas de las aportaciones hechas por Emma Goldman que evidencian que la situación de esa lucha y las críticas a la misma en la primera década del pasado siglo eran demasiado semejantes a las actuales. Incidiendo, por lo tanto, en la importancia de recuperar las aportaciones de ésta y otros autores de su época para entender con mayor profundidad la situación actual de la llamada cuestión de las mujeres.

**Palabras clave:** emancipación de la mujer, Emma Goldman, feminismos, cuestión sexual.

### Summary

“THE TRAGEDY OF WOMAN’S EMANCIPATION” (GOLDMAN, 1906)

AS SAMPLE BUTTON OF THE LONG CYCLES’S IMPORTANCE

*The purpose of this article is to highlight the difficult road that has taken the feminist struggle in the twentieth century based on some of the contributions made by Emma Goldman and showing that the state of that struggle and criticism of it in the first decade of the past century were too similar to existing ones. Influencing, therefore, the importance of recovering the contributions of these and other authors of his time to more fully understand the current situation of the so-called question of women.*

**Keywords:** women’s emancipation, Emma Goldman, feminisms, sexual question.

## 1. Introducción

Con este breve artículo, así como en la comunicación presentada en el VIII Congreso de Profesionales de la Sexología de la que este artículo es resultado, no se pretende contar prácticamente nada nuevo. Tratándose, más bien, de mostrar cómo, pasado más de un siglo desde que Goldman escribiera su artículo «*La tragedia de la emancipación de la mujer*» (1906), sus palabras continúan siendo de gran vigencia. Hasta el punto de que si yo hubiera hecho el experimento de tomar como propias sus palabras y me hubiera limitado a leerlas en el Congreso, probablemente muchos hubieran afirmado que mi exposición fue muy interesante y novedosa. Evidentemente no lo hice, el plagio, aunque sea de autores difuntos y no puedan denunciarnos, me parece que está feo.

En realidad Goldman y su artículo son sólo un pretexto, un botón de muestra para invitarnos a recordar la importancia y la necesidad de atender a los «ciclos largos» frente a lo que a veces denominamos «ciclos cortos» y otras —con menos fortuna y más mala leche— «modas pasajeras», si nos planteamos abordar con cierto rigor el estudio de los sexos y su relación.

Apuntaré, para quienes no tengan el placer de conocer su vida y su no menos apasionante obra, que Emma Goldman, nacida en Lituania —cuando ésta era parte de Rusia— en 1869 y emigrada posteriormente a Estados Unidos, de donde fue desterrada a Rusia y luego a Francia y Canadá tras pasar varios años en prisión; es un hito en la historia del pensamiento anarquista y considerada por el movimiento feminista una de las precursoras de la emancipación femenina. Sus conferencias y artículos, publicados de manera asidua por la prensa ácrata del momento, fueron posteriormente recopilados en un volumen titulado *La palabra como arma* cuya lectura, o al menos la de aquellos textos referidos a la cuestión de los sexos como «Matrimonio y Amor», «Trá-

fico de mujeres» o «La tragedia de la emancipación femenina», os recomiendo.

En concreto, el artículo «La tragedia de la emancipación femenina» fue publicado en la Revista *Mother Earth* en 1906. Insisto en la fecha, 1906, porque entonces *El segundo sexo* de Simone de Beauvoir no era siquiera un borrador —no llegaría hasta cuarenta años después— y no existía la idea de género que Gayle Rubin popularizó en su otro «Tráfico de Mujeres» en 1975. Y tanto de Beauvoir como Rubin son consideradas dos fuertes pilares de las actuales teorías feministas independientemente del signo —igualdad, diferencia, institucional, radical...— bajo el que se auto-clasifiquen. A quien sí conocía Goldman en 1906 y citaba en gran parte de sus textos era a Ellis y su *The Psychology of Sex*.

La primera década del siglo XX estadounidense estuvo marcada por los movimientos obreros contra el capitalismo industrial —recuérdense los hechos de Haymarket en Chicago, conocidos históricamente por el Primero de Mayo—, el auge del sufragismo, las movilizaciones de la comunidad negra frente al racismo... Un momento, sin duda, de agitación social, marcado por una conciencia política popular que hoy parece inimaginable y, lamentablemente desde mi punto de vista, innecesaria para muchos sectores intelectuales. Es en este contexto en el que Goldman escribe «La tragedia de la emancipación femenina» y cuesta creer que dicho texto siga teniendo tanta vigencia en un contexto sociocultural tan diferente como es el nuestro, lo que me lleva a sospechar que tal vez, en lo que a la cuestión de los sexos se refiere, no sea realmente tan distinto ni hayamos avanzado demasiado.

## 2. Algunos fragmentos de «La tragedia de la emancipación femenina»

*Comenzaré diciendo que, sin tener en cuenta las teorías políticas y económicas que tratan de las*

diferencias fundamentales entre los varios grupos humanos, de las distinciones de clase y raza, dejando de lado todas las separaciones artificiales entre los derechos masculinos y femeninos, mantengo que existe un punto donde esas diferencias coinciden y se desarrollan en un todo perfecto (...) La paz y armonía entre los sexos no depende necesariamente de una superficial igualación entre los seres humanos; ni tampoco supone la eliminación de los rasgos y peculiaridades individuales. (...) La afirmación reiteradamente citada de Madame Stäel «entenderlo significa perdonarlo» particularmente nunca me ha atraído, me huele a confesionario. El perdonar a nuestros semejantes expresa una idea farsaica de superioridad. Es suficiente con entender a nuestros semejantes, la aceptación de este principio representa un aspecto fundamental desde mi punto de vista sobre la emancipación de la mujer y sus efectos sobre el sexo (...) ¡Libertad e igualdad para la mujer! Qué esperanzas y aspiraciones despertaron estas palabras cuando se pronunciaron por alguna de las más nobles y valientes almas de aquellos días (...) Mi esperanza se encamina igualmente hacia ese objetivo, aunque mantengo que la emancipación de la mujer, como se interpreta y se pone en práctica en la actualidad, ha fracasado en conseguir ese gran fin. Ahora la mujer debe hacer frente a la necesidad de emanciparse a sí misma de la emancipación si realmente desea ser libre (...) ¿Qué ha conseguido con su emancipación? Igualdad de sufragio en algunos Estados. ¿Esto ha purificado nuestra vida política como algunos bienintencionados predecían? Ciertamente no (...) Para la gran masa de muchachas y mujeres trabajadoras, ¿cuánta independencia alcanzan si la carencia y ausencia de libertad en el hogar es sustituida por la carencia y ausencia de libertad en la factoría, en el taller, en los almacenes o en la oficina? Además, está la carga que deben de soportar muchas mujeres que se encargan de su «hogar, dulce hogar» —frío, aburrido, poco atractivo— tras un duro día de trabajo (...) Ciertamente es que el movimiento por los derechos de la mujer ha roto muchas viejas cadenas, pero igualmente ha forjado otras nuevas (...) Su limitado y puritano planteamiento destierra al hombre, como elemento perturbador y de carácter incierto, de su vida emocional (...) Sin embargo, la libertad femenina está estrechamente vinculada a la libertad masculina.

Desafortunadamente, es esa limitada concepción de las relaciones humanas la que ha dado lugar a la gran tragedia entre los hombres y las mujeres modernos (...) Si el amor no sabe dar y tomar sin restricciones no será amor, sino una transacción que acabará en desastre por lo más mínimo (...) En una ocasión remarqué que parecía existir una más profunda relación entre la madre y anfitriona de viejo cuño, siempre atenta por la felicidad de sus pequeños y el confort de aquellos a los que ama, y la verdadera nueva mujer, que entre esta última y la mayoría de sus hermanas emancipadas. Las discípulas de la emancipación simple y llanamente me han declarado como una pagana, perfecta únicamente para la hoguera. Su ciego fanatismo no les permite ver que mi comparación entre la vieja y la nueva mujer simplemente fue para demostrar que un buen número de nuestras abuelas tenían más sangre en sus venas, más humor e inteligencia y, ciertamente, un más elevado grado de naturalidad, bondad y sencillez que la mayoría de nuestras mujeres profesionales emancipadas que llenan las facultades, las aulas y las diversas oficinas. Esto no significa un deseo de volver al pasado y condenar a la mujer a su antigua posición, la cocina y la guardería (...) Si la parcial emancipación quiere llegar a ser una completa y verdadera emancipación de la mujer, debe dejar de lado las ridículas nociones de que amar y ser amada, estar comprometida y ser madre, es sinónimo de estar esclavizada o subordinada. Se deberá dejar de lado la absurda noción del dualismo de los sexos o que el hombre y la mujer representan dos mundos antagónicos. La insignificancia separa, la amplitud une. Una verdadera concepción de la relación entre los sexos no debe admitir los conceptos de conquistador y conquistado; debe suponer solo esta gran cuestión: darnos sin límite con el objeto de hallarnos más ricos, más profundos, mejores. Sólo esto podrá llenar el vacío y transformar la tragedia de la emancipación de la mujer en una dicha, en una alegría ilimitada.

### 3. Cabos de los que tirar: leyendo a Goldman tras cien años

Por cuestiones obvias de espacio y porque éstas no están aún lo suficientemente madu-

radas me limitaré, para concluir este artículo, a esbozar algunas de las ideas que la lectura sosegada de Goldman me sugieren:

1. La valoración que Goldman hace de los logros del sufragismo —movimiento que todas las feministas, independientemente del rótulo al que se adscriban, definen como su más inmediato antecesor— y de la falsa libertad para la mujer que ya entonces suponía su incorporación al mercado laboral, que difiere muy poco de lo que en los años 80 y 90 se nos presentó bajo el novedoso rótulo de conciliación de la vida doméstica y laboral o «problema de la doble jornada»; me lleva a pensar que la ferviente acusación que muchas feministas y otros autores hemos hecho al actual Feminismo Institucional de la Igualdad de haber reabsorbido las demandas de las feministas en beneficio del trinomio Estado-Mercado-Capital, carece de fundamento en tanto que el feminismo ha estado desde sus albores —sufragismo— al servicio de los intereses del mismo. Siendo por lo tanto un producto del capitalismo.
2. Goldman y otros autores ya acusaban al feminismo del mismo puritanismo y mojigatería del que muchos autores actuales, como Paglia (2001) u Osborne (1993) —por poner algún ejemplo—, hablan al referirse a ciertos sectores del feminismo de las últimas décadas. Por lo que quizás la amputación del deseo erótico de las mujeres sea característica de las teorías feministas desde que comenzaron a ser pensadas.
3. Las aportaciones de muchas feministas de los años 70, quienes discutían la nece-

sidad de «liberar al mundo de los hombres», incluso aquellas más *vanguardistas* que esbozaban que el hombre sólo nos era necesario para procrear y este *fallo de la naturaleza* sería solventado por la tecnología, ya se oían y eran inteligentemente refutadas en el siglo XIX y la primera década del XX. Por lo que tales aportaciones tenían en los 70 tan poco de novedoso como las críticas que contra ellas planteamos posteriormente.

4. Nuestros bisabuelos tenían mucho más clara que nosotros la idea de intersexualidad y lo que supone el continuo entre los sexos.
5. Para concluir que el camino que durante el siglo XX tomó la lucha por la emancipación de la mujer fue nefasto no era necesario esperar a leer a Badinter u observar las consecuencias de éste que estamos viviendo, sino que basta con ojear algún antiguo artículo como este de Goldman, quien se nos presenta casi como visionaria de la tragedia a la que los sexos estamos asistiendo hoy.
6. Y, por último, señalar que hacer teoría cuando parece estar ya todo dicho resulta poco estimulante y en una próxima ocasión tal vez pruebe eso de poner en mi boca las palabras de Goldman, Hildgart, o cualquier otra autora de aquella época en la que las mujeres podían apostar por el diálogo, el encuentro y el entendimiento entre los sexos sin por ello tener que avergonzarse al levantar la mano si alguien preguntaba «¿Hay alguna feminista en la sala?».

## NOTAS AL TEXTO

[1] En Goldman, 2008. pp: 93-101. Por cuestiones de espacio no se incluye en este artículo el texto completo, al que remito al lector.

[2] Ver al respecto las aportaciones de Adriedne Rich, Mary Daly y demás teóricas del llamado Feminismo Lesbiano.

## REFERENCIAS

Badinter, E. (2004). *Por mal camino*. Madrid: Alianza Editorial.

Goldman, E. (2008). *La palabra como arma*. Madrid: Tierra de Fuego-La Malatesta Editorial.

Osborne, R. (1993). *La construcción sexual de la realidad*. Madrid: Cátedra.

Paglia, C. (2001). *Vamps & Tramps. Más allá del feminismo*. Madrid: Valdemar.





# **Del cuerpo y la erótica**



## EL CEREBRO AMOROSO

**Adolf Tobeña**

Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal  
Instituto de Neurociencias  
Universidad Autónoma de Barcelona  
08193, Campus de Bellaterra, Barcelona  
adolf.tobena@uab.es

---

### Resumen

Diversos frentes investigadores de la Biología del Comportamiento han comenzado a desentrañar, con paso seguro, los intrincados mecanismos neurales que median las pulsiones sexuales y los vínculos afectivos en hombres y en mujeres. Hoy en día disponemos de estiletos de aproximación biológica para buena parte de las modalidades del erotismo humano y la complejidad explicativa que anuncian irá en aumento. El artículo presenta una breve introducción a ese universo a través de los engranajes neurohormonales de la fusión monógama.

**Palabras clave:** afecto, sexo, neurohormonas, neuroimagen, oxitocina, vasopresina.

### Summary

#### THE LOVING BRAIN

*Several research forefronts of Behavioural Biology are disentangling, with solid advances, the complex neural mechanisms subserving sexual drives and affective attachments in men and women. There are efficient biological tools to approach many subtleties of human erotism and the foreseeable landscape announces increasing explanatory complexities. This paper presents a brief introduction to that universe through an incursion to the neurohormonal devices of monogamic fusion.*

**Keywords:** *affect, sex, neurohormones, neuroimaging, oxytocine, vasopressine.*

## 1. Las llaves hormonales del cerebro afectivo

Los amores y los afectos prenden, crecen y mueren como resultado de formidables conciertos neuroquímicos. De cócteles neurohormonales al servicio de la germinación, la cristalización o la fractura de los lazos afectivos. Los desasosiegos sexuales, el arrebatamiento amoroso y las suaves cadencias de la ternura y el cariño dependen del trasiego de sutiles señales neurales que modelan, a su vez, unos engranajes moleculares no menos intrincados en regiones particulares del cerebro sexual (Tobeña, 2006). Todo ello ocurre en las inmediaciones de los circuitos neurales del placer: de los sistemas dedicados a captar y procesar las amenidades que procura la existencia.

Es un tópico muy transitado afirmar que el cerebro es el mayor órgano sexual. Que en el cerebro se cuecen las grandes pasiones amorosas y se metabolizan sus secuelas dichosas y las no tan venturosas. Pero el cerebro no está sólo en esos menesteres. Necesita de los órganos de los sentidos para llevar a cabo su cometido de encender apetitos y procurar dichas. Sin una piel receptiva y hospitalaria al tanteo indeciso, al magreo certero o al abrazo acogedor, el cerebro quedaría en ascuas. Por no hablar del magnetismo de los estímulos visuales y verbales que en los hombres y en las mujeres tienen una potencia imbatible: ese atractivo incitador que los cínicos y los timoratos se empeñan en devaluar, pero que todo el mundo persigue mediante costosas inversiones que los desaprensivos procuran amplificar. Sin los sensores periféricos, sin los cables de conexión remota y sin el festival de mensajeros químicos al servicio de engendrar deseo y procurar placer, el cerebro sería un aburrido procesador sin bocados apetitosos a los que arrimarse.

## 2. El sexo y los biólogos

A los biólogos, como a todo el mundo, les trae de cabeza el sexo. Para ellos; más desde

que Darwin dejara establecido que el filtro crucial, el más determinante para las cuotas vitales es la descendencia, el éxito biológico se mide en diseminación de la simiente y en generación de prole viable —la longevidad es un mero subproducto del esfuerzo reproductor—. Y de ahí los quebraderos de cabeza de esos científicos tan alejados de los gremios de charlatanes que suelen vivir del asunto. Porque el rasero biológico —diseminar, engendrar y garantizar prole viable—, funciona perfectamente sin sexo. Sin especialización sexual, quiero decir. En realidad, la reproducción asexual es mucho más productiva —en principio— e incomparablemente menos complicada que la sexual. Los organismos que no tienen ni practican sexo son muchos y no les va mal, en absoluto, en la lucha contra las inclemencias de la supuestamente benigna naturaleza. Es probable que se aburran mucho más que los que han optado por los devaneos y los encontronazos de la sexualidad, aunque hay que señalar que el decantamiento hacia esas complicaciones no proviene del afán de entretenimiento sino de razones más perentorias. Por ejemplo: la seguridad replicadora con minimización de errores génicos o la optimización de resistencias moleculares frente a las colonizaciones adversas. Pero una vez puesto en marcha el mecanismo de la diferenciación sexual, la complejidad está servida. Si a ello se le añade que las aportaciones de psicólogos, antropólogos, sociólogos y otros presuntos expertos han resultado, en general, estériles, no es de extrañar que la biología monopolice el panorama explicativo.

## 3. Claves de la fusión monógama (imperfecta)

Durante las últimas décadas los biólogos no solamente han desvelado los enigmas del viraje desde las estrategias asexuadas hacia las sexuadas sino que han conseguido desenmarañar las intimidades de los engranajes que regulan las aventuras sexuales y los episodios

sentimentales en los humanos. Ayudó en gran manera a ese empeño el descubrimiento de que los topillos de pradería, unos roedores de las tierras bajas de Pensilvania y Virginia, presentan unas modalidades de relación «amorosa» similares a los humanos (Carter and Getz, 1993). Los biólogos habían conseguido ponerse de acuerdo en la noción de que los hombres y las mujeres prefieren, por regla general, tener pareja sentimental.

Somos unos animales muy sociales y nos place transitar por la vida con una media naranja del sexo contrario —en la modalidad mayoritaria— o del propio, en la gay-lésbica. Por lo común, los humanos prefieren contar con un pilar o acomodo afectivo al que poder acudir regularmente. A ese sistema se le denomina, en biología, *monogamia imperfecta* o *poliginia moderada*, indistintamente. Quiere decirse que hay preferencia por una pareja pero se dan aventuras extra-pareja, más o menos frecuentes. Ocurre así en hombres y en mujeres en todas partes del mundo y en todas las culturas, hasta el punto que las pruebas de paternidad mediante análisis de correspondencias del ADN paterno-filial han permitido estudiar, de manera inambigua, la frecuencia de infidelidades fructíferas —las que dejan descendencia: el rasero biológico, de nuevo—. Esos estudios han constatado que incluso entre las parejas más leales y bien avenidas se dan engaños flagrantes en proporciones nada despreciables. Y aunque los hombres suelen cargar con el mochuelo de la infidelidad acentuada, la contribución femenina a esas excursiones extra-pareja es inexcusable.

Los humanos son extremadamente flexibles, sin embargo, y presentan muchas otras modalidades de relación «sentimental»: harenes poligámicos de gobierno masculino, monogamias seriales —emparejamientos consecutivos a base de ir acumulando costosos ciclos de fusión-fractura—, poliandrias facultativas —harenes de mando femenino cuando hay escasez extrema de hembras—,

comercio amoroso extemporáneo o regulado, y muchas otras. Pero lo dominante, en todos lados, es la pareja regular con dedicación, ocasional o sistemática, a las historias paralelas.

Pues bien, ese mismo sistema de relación afectiva es el que practican aquellos roedores norteamericanos. Ese descubrimiento que debemos a dos zoólogas del Instituto Nacional de la Salud-USA, en Bethesda (Washington), tuvo una enorme trascendencia porque la monogamia imperfecta es rarísima entre los mamíferos aunque tiene mayor predicamento en las aves. Entre los primates, sólo los gibones se apuntan a ello, pero los campañoles de pradería son mucho más accesibles y prolíficos con lo cual se convirtieron en una diana investigadora muy apetecible. Los adolescentes presentan, además, la particularidad de protagonizar unos episodios de «enamoramiento» muy conspicuos que sellan la fusión de pareja hasta el punto de convertir a esos roedores en amantes más dedicados y leales que los humanos. Con unas 4-6 horas de «luna de miel» —correteos, revolcones y fornicaciones en la intimidad—, el macho y la hembra quedan presos en las redes monógamas, cuidando a la prole —cuando llega— de manera bastante equitativa y mostrando tendencia a la vigilancia y a la agresión «celosa» ante las aventuras «extramaritales» del cónyuge. Los neuroquímicos de Bethesda se interesaron inmediatamente por el fenómeno y se dedicaron a desentrañar los vínculos moleculares y los circuitos cerebrales que hacen posible tamaño cambio comportamental. Mediante una serie elegantísima de experimentos identificaron a las neurohormonas principales que median la fusión de pareja en los machos y en las hembras —vasopresina y oxitocina, respectivamente— y describieron, además, las interacciones entre esa señalización y otros neuromoduladores en los circuitos cerebrales del placer (Young, Wang and Insel, 1998). Sin descuidar el mapeo neuroquímico detallado de los terri-

torios del cerebro sexual donde todo eso ocurre (Young and Wang, 2005). Como se da la circunstancia que esos cócteles moleculares también se secretan en el cerebro humano y que existen estudios que indican que las susodichas neurohormonas sufren abruptas variaciones durante los escarceos del cortejo y en las fases exaltadas y culminantes de la cópula humana, todo invita a pensar que estamos ante mecanismos comunes (Donaldson and Young, 2008).

#### 4. Escaneos amorosos

Todo ello ha sido corroborado mediante los estudios dedicados al escaneo del cerebro amoroso usando técnicas de neuroimagen. El pionero en esas exploraciones fue Semir Zeki, del University College en Londres. Sacando partido de sus trabajos sobre los mecanismos cerebrales de la visión del color, se le ocurrió que escaneando a señoras enamoradas ante la imagen fotográfica de sus amantes, podría obtener un buen mapa de la actividad del cerebro romántico (Bartels and Zeki, 2000, 2004). Seleccionó a voluntarias a partir de la exigencia de encontrarse en el pico del enamoramiento, en plena burbuja extasiadora de la pasión amorosa. Les pidió fotos de sus amantes, igualó las condiciones de presentación de las imágenes y las hizo recostarse dentro del imponente tubo de los equipos de Resonancia Magnética Funcional, mientras les iba presentando series de fotos de sus amantes convenientemente intercaladas con fotos de sus amigas del alma o de perfectos desconocidos, como controles de comparación. Las voluntarias no tenían que hacer nada más que recrearse ante la contem-

plación de las imágenes. Los resultados indicaron que la exaltación romántica se asocia, específicamente, a la actividad incrementada de un rosario de regiones del cerebro sexual y de los circuitos del placer. Un intrincado sistema neural dedicado al amor y a las urgencias eróticas que concuerda, a grandes trazos, con las descripciones mucho más pormenorizadas del cerebro de los topillos fusionados y que es subsidiario, también en los humanos, de las señales hormonales que fijan las preferencias monogámicas imperfectas. Esos trabajos no fueron sino el pórtico de unas incursiones cada vez más iluminadoras a los complejísimos dispositivos que median las transacciones afectivas y sexuales. La aventura de la descripción objetiva de las pasiones eróticas humanas está, por consiguiente, plenamente en marcha (Tobeña, 2006).

#### 5. Los «misterios» del amor

La reacción habitual ante ese panorama suele ser de estupefacción cuando no de aprensión genuina. ¿Donde queda la poesía?... ¿Qué rincones reservamos para los enigmas del amor y los resortes del espíritu?... Los mismos de siempre, por descontado, y todavía más. Porque las descripciones científicas siempre añaden profundidad, elegancia y complejidad a los fenómenos naturales. Abren mundos impensados e inimaginables, al tiempo que permiten derivaciones prácticas que quizás no vengán nada mal para los sufrimientos y las anomalías amorosas severas. No son pocas ventajas porque ayudan, además, a prescindir de la charlatanería vacua que suele emboscarse detrás de las invocaciones reiteradas a los «misterios».

## REFERENCIAS

Bartels, A., Zeki, S. (2000) The neural basis of romantic love. *Neuroreport*, 11 (17), 3829-3834.

Bartels, A., Zeki, S. (2004) The neural basis

of maternal and romantic love. *Neuroimage*, 21, 1155-1166.

Carter, CS., Getz, LL. (1993) Monogamy and the prairie vole. *Scientific American*, June, 70-76.

Donaldson, ZR., Young, LJ. (2008) Oxytocin, vasopressin and the neurogenetics of sociality. *Science*, 322, 900-904.

Tobeña, A. (2006) *El cerebro erótico: rutas neurales de amor y sexo*. Madrid: La Esfera de los Libros.

Young, LJ., Wang, Z., Insel, Th. R. (1998) Neuroendocrine bases of monogamy. *Trends in Neurosciences*, 21, 71-75.

Young, LJ., Wang, Z. (2005) The neurobiology of pair bonding. *Nature Neuroscience*, 7, 10, 1048-54.





## NEUROBIOLOGÍA DEL DESEO

**Jose Antonio Gil-Verona**

Departamento de Anatomía. Universidad de Valladolid  
Director del Área de Extensión de la Universidad de Valladolid  
Director de la Fundación Jiménez-Arellano Alonso  
Facultad de Medicina, Ramón y Cajal, 7, 47005 Valladolid  
Tel. 983 423 570  
gil@med.uva.es

---

*Han colaborado en esta publicación Oliva Cachafeiro Bernal  
y Cristina Bayo Fernández de la Fundación Jiménez-Arellano Alonso.*

### Resumen

Normalmente, cuando se analiza el control nervioso de la conducta, nos centramos en cómo el sistema nervioso traduce la información en sensopercepciones y en acciones motoras, olvidando que la conducta tiene aspectos no cognitivos que reflejan lo que el individuo necesita o desea. Desear algo es imaginar un acto futuro que permita lograr la satisfacción del deseo, deliberar y decidir; en este artículo revisamos desde un punto de vista psiconeurobiológico los más estudiados actualmente: el deseo de comer y el deseo sexual.

**Palabras clave:** deseos, psiconeurobiología, neuroanatomía, sexualidad.

### Summary

#### NEUROBIOLOGY OF DESIRE

*Normally, when analyzing nervous control over conduct we focus our investigations on how the nervous system translates the information to sensoperceptions and motor actions, and we forget that conduct has cognitive aspects that reflects what the subject needs or want. Desiring something imply to think about a future action that allows the subject to satisfy its wish, deliberate and decide. With this paper we make a revision, from the psychoneurobiological point of view, of the two more studied desires nowadays: eating desire and sexual desire.*

**Keywords:** desire, psychoneurobiology, neuroanatomy, sexuality.

Normalmente, cuando se analiza el control nervioso de la conducta nos centramos en cómo el sistema nervioso traduce la información en sensopercepciones coherentes y en acciones motoras, pero olvidamos que la conducta tiene también aspectos no cognitivos que reflejan lo que el individuo necesita o desea, es decir, lo que englobamos bajo el término de deseo, motivación o impulsos. La palabra deseo es tan bonita como vaga, pero el neuropsicobiólogo, en tanto que científico, no tolera la ausencia definición, conoce y mide. Si se admite que el deseo se expresa por la mayor o menor urgencia de obtener un objeto, podemos medir tal urgencia y obtener una dimensión del deseo. Los deseos tienen así dos características principales:

1. En el deseo, el acto que el individuo se propone realizar tiene como finalidad la satisfacción de sus necesidades, por ello es un importante componente de la vivencia volitiva.
2. Otro hecho importante es que los deseos van acompañados de lo que podríamos llamar emociones, que constituyen el fondo endotímico de la persona. Es decir, se trata de manifestaciones viscerales y secreciones hormonales que ofrecen una auténtica traducción somática de la emoción.

En resumen: desear algo es imaginar un acto futuro que permita lograr la satisfacción del deseo, deliberar y decidir.

## 1. Introducción

**El deseo de comer:** En estudios recientes sobre el flujo sanguíneo cerebral —claro marcador de la actividad neuronal—, para estudiar el deseo de comer y la saciedad (Tataranni, 1999), se ha descrito que la sensación de hambre está asociada a una estimulación de:

- El hipotálamo lateral y el tálamo, áreas descritas clásicamente como relacionadas con el control del deseo de comer.
- Áreas límbicas y paralímbicas, no olvidemos que estas áreas están asociadas con la generación de respuestas afectivas a los estímulos internos, así por ejemplo las desagradables sensaciones que a menudo acompañan al hambre: ansiedad, estados de incomodidad, dolor, etc.
- La amígdala, este núcleo interconexionado con el hipotálamo, parece jugar un papel importante en las preferencias alimenticias.
- La ínsula, es una importante estación que conecta el hipotálamo, la corteza prefrontal y el sistema límbico, así produce respuestas vegetativas a estados emocionales (Gordon, 2000).
- Corteza prefrontal, que entre otras recibe conexiones desde el hipotálamo lateral, así integra aferencias sensoriales y viscerales y envía eferencias al hipotálamo y sistema límbico para planificar un comportamiento que alivie el hambre o, como luego veremos, planificar una conducta que permita la socialización del deseo.

En relación al **deseo sexual**, sabemos por trabajos realizados en animales de experimentación, que el hipotálamo ventromedial controla la postura típica de las hembras de preparación para la cópula, denominada lordosis, es decir: arqueamiento del dorso, elevación de la cola y quietud. En los machos el área preóptica medial controla la copulación. Cabe destacar, por su ingenio, un experimento realizado por el Prof. Everitt (1990), quien describió, a partir de un dispositivo, que la amígdala jugaría un papel clave en el deseo sexual.

En estudios recientes realizados con seres humanos por Redoute y su equipo (2000),

mediante la técnica de Tomografía por emisión de positrones, para observar la actividad de las diferentes zonas cerebrales, en seres humanos describió que en relación con la fase de deseo sexual se producía una estimulación de la corteza temporal, la ínsula y la región cingulada anterior, pero también una estimulación del córtex prefrontal, lo que explicaremos más adelante con la hipótesis que presentamos sobre la socialización de los deseos.

Hasta ahora nos hemos concentrado en intentar explicar formas simples de los deseos, pero es evidente que la conducta humana depende de muchos factores que no guardan relación tan simple, así por ejemplo las respuestas sexuales y la curiosidad sexual no parecen controladas por déficits de determinadas sustancias en el organismo. Además, hábitos aprendidos y sentimientos subjetivos pueden anular en mayor o menor medida los deseos, por ejemplo podemos elegir quedarnos con hambre. Así, queremos describir brevemente tres factores relacionados con los deseos: los mecanismos de socialización de los deseos, los mecanismos de anticipación y los mecanismos hedónicos.

### 1. Mecanismos de socialización de los deseos

Tras observar la relación entre la corteza prefrontal y la saciedad podemos sugerir que esta corteza está relacionada con la inhibición de conductas inapropiadas, así, entre otras funciones, tendría la de modular los deseos, poniéndolos en relación con las pautas de comportamiento socio-culturales, esto es: adaptar el ritmo biológico propio del hipotálamo a las circunstancias sociales en las que vive inmerso el individuo, siendo responsable del aprendizaje de reacciones adaptadas al contexto socio-cultural. Esto querría decir que a través de esta zona de la corteza se llevaría a cabo la socialización de los impulsos biológicos (Gil-Verona y

Gómez, 2000; Gómez y Gómez, 1987). Así, por ejemplo y siguiendo esta hipótesis, en el experimento antes descrito de Redoute (2000), el contenido sexual explícito de las películas despertaría un deseo sexual, pero el comportamiento sexual tendría que ser evitado ya que los individuos se encontraban en grupos y sometidos a un experimento, durante el cual no se debería, desde el punto de vista social, llevar a cabo un acto sexual, esto ha llevado a autores como Bauregard (2001) a describir que la autorregulación de un deseo se lleva a cabo por circuitos relacionados con el lóbulo frontal.

No olvidemos que las lesiones del lóbulo prefrontal conllevan la desinhibición de un comportamiento social inapropiado, lo que ya sabemos desde el clásico estudio del caso de Phineas Gage, (Harlow, 1848. Harlow, 1868) estudio que para Damasio (1994) supone: *el comienzo del conocimiento de las bases biológicas del comportamiento.*

### 2. Mecanismos de anticipación

Los mecanismos del reloj circadiano intrínseco, activan e inactivan las respuestas fisiológicas antes de que se produzca un déficit o necesidad tisular que provoque por ejemplo, el deseo de comer. Así normalmente sentimos deseos de comer más o menos a las mismas horas del día.

### 3. Mecanismos hedónicos

El placer es, sin lugar a dudas, un factor esencial en el control de los comportamientos motivados en el ser humano. Así, somos capaces de someternos a privaciones para aumentar el placer obtenido con la satisfacción de la privación, —saltarse una comida para disfrutar más de una cena— o para obtener placer satisfaciendo otra necesidad —hacer dieta para parecer atractivos—.

#### 4. Conclusiones

- Desear algo es imaginar un acto futuro que permita lograr la satisfacción del deseo, deliberar y decidir.
- Existen dos grandes grupos de deseos: los estados instintivos elementales y fuerzas reguladoras fisiológicas, que entran en juego por alteraciones de las condiciones físicas internas como el hambre, la sed y la temperatura; y las aspiraciones personales o sociales adquiridas por la experiencia.
- El deseo de comer está asociado a una mayor actividad del hipotálamo lateral, tálamo, áreas límbicas y paralímbicas, amígdala, ínsula y corteza prefrontal.
- El deseo sexual está asociado a una mayor actividad de la corteza temporal, la ínsula, la región cingulada anterior y la corteza prefrontal.
- Existen tres factores importantes relacionados con los deseos: los mecanismos de socialización, de anticipación y hedónicos.
- El estudio de la base neuronal de los deseos nos permitirá llegar a conocer si patologías como la hiperfagia —obesidad— y la anorexia pueden estar asociadas a diferencias selectivas en la actividad de ciertas regiones neuronales, o qué ocurre si no existe una socialización de los deseos.
- El estudio de las bases cerebrales del deseo sexual, nos permitirá comprender y solucionar por qué en diferentes patologías cerebrales se observa una disminución del deseo sexual así, por ejemplo, Hulter y Lundberg (1994) describen que en las alteraciones del eje hipotálamo-hipofisario, el 80% de las mujeres y el 79% de los varones desarrollan un considerable descenso en el deseo sexual.

#### REFERENCIAS

- Anand, B.K. y Brobek, J.R. (1951) Localization of a "feeding center" in the hypothalamus of the rat. *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.*, 7, 323-324.
- Beauregard, M., Levesque, J. y Bourgouin, P. (2001) Neural correlates of conscious self-regulation of emotion. *J-Neurosci.*, Sep 15; 21(18).
- Damasio H., Grabowski T., Frank R., Galaburda AM. y Damasio A.R. (1994) The return of Phineas Gage: clues about the brain from the skull of a famous patient. *Science*, 264 (5162), 1102-5.
- Everitt, B. (1990) Sexual motivation: a neural and behavioral analysis of the mechanisms underlying appetitive and copulatory responses of male rats. *Neuroscience and behavioral*, 4, 227-239.
- Gil Verona, J.A y Gómez, P. (2000) *Fundamentos de Psiconeurobiología*. Valladolid: Ed. Universidad de Valladolid.
- Gómez Bosque, P. y Gómez, M.E. (1987) *Tratado de psiconeurobiología*. Valladolid: Ed. Universidad de Valladolid.
- Gordon, C.M. et al. (2000) Neuroanatomy of human appetitive function: A positron emission tomography investigation. *International Journal of eating disorders*, 27 (2), 163-171.
- Harlow, J.M. (1848) Passage of an iron rod through the head. *Boston Medical and Surgical Journal*, 39, 389-393.
- Harlow, J.M. (1868) Recovery from the passage of an iron bar through the head. *Publications of the Massachusetts Medical Society*, 2, 327-347.
- Hetherington, A.W. y Ranson, S.W. (1942). The spontaneous activity and food intake of rats with hypothalamic lesions. *En Am. J. Physiol.*, 136, 609-617.
- Hulter, B. y Lundberg, P.O. (1994). Sexual function in women with hypothalamo-pituitary disorders. *Arch. sex. behav.*, 23 (2), 171-183.
- Kandel, E., Schwartz, J.H. y Jessel, T.M. (2001) *Principios de neurociencia*. Ed. McGraw-Hill- Interamericana.
- Kolb. B. y Whishaw, I.Q. (2001) *An introduction*

*to brain and behavior*. Ed. Worth Publishers.

Lersch, P. (1971) *Estructura de la personalidad*. Barcelona: Scientia.

Redoute, J. et al. (2000) Brain processing of visual sexual stimuli in human males. *Hum. Brain Mapp.*, 11 (3), 162-77.

Revault d'Allones, C. (1976) *Le mal joli*. 10/18, París: Ed. PUF.

Tataranni, P.A. et al. (1999) Neuroanatomical correlates of hunger and satiation in humans using positron emission tomograph. *PNAS*, 96 (8), 4569-4574.

Thorndike, E.L. (1898) Animal intelligence: an experimental study of the associative processes in animals. *Psychological Review Monograph*, Suppl, 2.



## LA ERÓTICA DEL INVIERNO

Santiago Frago Valls

Director Médico Instituto Amaltea de Sexología  
Responsable médico de la Asesoría Sexológica para Mayores de Zaragoza  
Profesor de Estudios de Postgrado en Sexología en INCISEX y en IUNIVES  
santiago@amaltea.org

---

### Resumen

La ponencia pretende realizar un viaje profesional que conduzca hacia la revolución sexual de las personas mayores, es decir, la meta de la visibilidad erótica.

Deseo ir más allá de la erótica otoñal y del mito de la vejez feliz e invitaros a profundizar en la más solitaria de las travesías: envejecer.

Para ello realizaré un viaje educativo, biográfico, relacional y erótico por el espacio vital de las personas mayores que permitan visualizar la diversidad, la posibilidad y la realidad del hecho de ser mayor.

Tras este «envejecimiento activo» y en el marco del continuo: «Educación / Asesoramiento / Terapia sexual» os invitaré al final del viaje a posibilitar y facilitar la erótica del invierno, alejando el fantasma de la discapacidad erótica por razón de la edad y dando paso con ello de los derechos a los hechos.

**Palabras clave:** visibilidad, erótica del otoño, envejecimiento activo, hechos, derechos.

### Summary

#### THE WINTER EROTIC

*The lecture aims to take a professional trip which will achieve the sexual revolution of the elderly, that is to say, the objective of being erotically visible.*

*I would like to go further away both from the autumn erotica and the myth of the happy old age, and I would enjoy to invite you to deepen in one of the most lonely crossings: getting old.*

*In order to get it, I will go on an educational, biographic, relational and erotic journey in the old people's vital space which will let us watch the diversity, the possibility and the reality of being old.*

*After this "active ageing" and inside the non-stop frame "Education / Counseling / Sexual Therapy", I will invite you to go on my trip so that we can make the winter erotica both possible and easy, trying to keep the ghost of erotic disability based on reasons of age away and in such a manner that rights give way to facts.*

**Keywords:** visibility, autumn erotica, active ageing, facts, rights.

## 1. La estación de los amores

Deseo ir más allá de la erótica otoñal y del mito de la vejez feliz e invitaros a profundizar en la más solitaria de las navegaciones: envejecer. Iremos descubriendo que no es lo mismo envejecer que ser viejo, que la mirada ve un rostro y más allá de un cuerpo, que la verdadera seducción reside en la expresividad gestual, que el encanto no entiende de años y que la vida no tiene sentido sin emociones.

Si recorremos las 4 estaciones del erotismo descubrimos una variada gama de colores y tonalidades:

- **Primavera:** La situaremos entre los cero y 25 años: florece el amor, surge la erótica, aparecen las primeras dificultades, brotan las emociones, hay buena salud, se presenta la compleja estética, resaltan los significados, vemos al otro, a la otra..., el deseo se mueve en clave de «libertad provisional».
- **Verano:** Situado entre los 25 y 55 años: conviven pareja y conflictos, se inicia la navegación solitaria, acontecen duelos estéticos, rupturas, lo erótico se envuelve de autoestima... el deseo se mueve en clave de «libertad con fianza».
- **Otoño/invierno:** Entre los 55 y más años: la biografía erótica se torna significativa, la salud se mueve dentro de una línea delgada, los fármacos enseñan sus efectos colaterales, el prejuicio se hermana al miedo, el arte de amar se envuelve de sabiduría... el deseo se mueve en clave de «libertad sin fianza pero vigilada».

Cuando se habla de «sexualidad y mayores» hay una presunción de que se va a abordar lo que de específico tiene la sexualidad y su RSH o lo distinto de la erótica de la persona con muchos años; se parte de la idea previa de que fallará la salud, el humor, las posibilidades... de que las cosas no serán como antes, y evidentemente, serán distintas, pero no neces-

sariamente peores. Y si bien es cierto que los problemas y las enfermedades forman parte de nuestra vida, muchas vicisitudes no existirían si diéramos espacio a las dificultades.

Deseo que el viaje que iniciamos nos permita, os permita, facilitar la sexualidad a las personas de más edad. Y con ello pasemos a *hablar de los derechos a los hechos*, de lo invisible a lo visible y de lo imposible a lo posible.

Es cierto que los sistemas biológicos humanos declinan con la edad; eso es, justamente, el envejecimiento: proceso que acontece en todo ser vivo con el tiempo, que resulta de la interacción entre el genoma del individuo y su medio ambiente y que se encuadra en el proceso de sexuación humano.

Ya la OMS habla del envejecimiento y habla de él como:

- Un proceso normal y que ocurre en todos los seres vivos.
- Se acentúa en los últimos años y hay una adaptabilidad limitada.
- No es un proceso uniforme y es diferente según las especies.
- Es distinto de un ser humano a otro y los órganos no envejecen al mismo tiempo.

Al mostrar los Mapas de Situación hablaré más de posibilidades que de dificultades, más de miradas que de cuerpos, más de brotes verdes que de viejos verdes y más de viejas verdes que de viudas tristes.

## 2. Mapas de situación

### 2.1. Mapa sociológico/psicológico

Hay tres tipos de edad: edad cronológica o del DNI, edad fisiológica o de salud y edad social, la que los otros nos dan. Observamos



que algunas personas comienzan a sentirse viejas muy jóvenes y otras muy jóvenes se sienten viejas. Y es que la vejez realmente es un «estado de ánimo».

La regulación social en relación con la edad no se corresponde con la fisiología del envejecimiento ni con la vida erótica en particular; además, es cambiante y diversa según sociedades.

La vejez para la gente de la calle significa no ser joven. Independiente del significado del término *mayor* para un niño, un joven, un adulto y otro mayor.

El número de mayores es cada vez mayor: en Europa los mayores de 65 años están en torno al 20%. En España hay más de 10 millones de personas mayores de 60 años.

La vida cronológica es cada vez mayor. En 1901 la vida media española era de 35 años y actualmente ronda los 85 años.

El incremento de la esperanza de vida comienza a desenmascarar un reto latente: cómo hacer frente al desafío de la demencia y al deterioro de la función mental.

La vejez no depende de la suma de años vividos, sino de la calidad de vida vivida. Envejeces como vives y nos sentimos más jóvenes que nuestro aspecto.

Envejecer es sólo cuestión de tiempo y es de las pocas características que nos igualan y definen en un mundo complejo, plural y diverso; todos somos cada momento más viejos.

La generación de mayores actual es presa de su pasado en cuanto a guerras, poca atención médica, asimetrías relacionales, menor nivel de estudios, educastración sexual... y pionera en cuanto a romper convencionalismos: cierto bienestar, mayor independencia de la familia, nuevas libertades, enormes avances médicos, educación sexual...

Además, son mayores que conviven con el boom tecnológico y el erotismo diversificado del siglo XXI: liberal, plural, genital, normativizado, estereotipado... y sometido a la economía de mercado.

## 2.2. Mapa corporal y de salud

El cuerpo humano tiene más de dos metros cuadrados de piel, zonas privilegiadas y millones de terminaciones nerviosas que pueden recibir y transmitir mensajes eróticos y amorosos.

El cuerpo del mayor tiene su propio modelo de belleza.

No es sensato tener una imagen estática del propio cuerpo ni una mirada estática hacia el otro cuerpo. Si la mirada hacia sí mismo y hacia el otro no cambian (si no hacemos el duelo por el cuerpo perdido...)... el viaje nos llevará al circo de la cirugía estética, a la asimetría cronológica relacional, al rostro estirado/inexpresivo y a convivir con un doble miedo: envejecer y ser una persona poco atractiva.

Aceptar los cambios físicos no significa necesariamente que tengan que gustarte; significa que tu mirada, tu gesto, tu presencia, tu madurez y tu cuerpo funcionan con diferentes registros.

Los jóvenes suelen tener buena salud; los mayores suelen tener distinta salud.

La RMA —revisión médica anual— empieza a hacerse obligatoria: ginecológica, urológica, analítica, vascular...

Los problemas de salud y la toma de fármacos influyen decisivamente en un alto porcentaje de las disfunciones eróticas de las personas mayores.

La vejez es cada vez menos sinónimo de dependencia, a pesar de que el declive o enfermedad discapacitante aumentan con la edad.

### 2.3. Mapa erótico

Los pocos estudios que hay acerca de la erótica del otoño arrastran prejuicios inherentes; están hechos desde una perspectiva cultural actual y no tienen en cuenta los cambios generacionales.

La disminución de la actividad erótica con los años depende, en el caso de los hombres, de factores básicamente biológicos, y en el caso de las mujeres, de factores básicamente biográficos, relacionales y sociales.

Las personas mayores ocultan deseos y manifestaciones sexuales a los jóvenes, a los adultos y a sus pares porque temen juicios de valor o comentarios negativos.

Las mujeres se han visto sometidas a una doble restricción social: mujer y mayor.

La vida sexual y erótica en los mayores es muy distinta de unas personas a otras y cuanto más edad se tiene más diferencias hay.

Los signos de predicción de la vida erótica en la vejez son: la vivencia erótica previa, la regularidad erótica y el hecho de tener o no pareja.

Los cambios fisiológicos asociados a la vejez son muy variables de unas personas a otras pero casi siempre permiten mantener el juego erótico y con alto grado de satisfacción.

Los cambios que más afectan a la RSH son los cambios vaginales y los relativos a la erección. El deseo es lo que mejor se mantiene, en especial en los hombres. Las mujeres tienen deseo, pero las llaves para reavivar el mismo se perdieron, la puerta ha cambiado o no son encontradas por la pareja, o sí.

Hay variables sexuadas que no decrecen con la edad: deseo, identidad sexual, enamorarse, tocarse y dejarse tocar, necesidad de mimos y afecto, sonrisa, encanto... seducción.

La sociedad actual, aparentemente permisiva, pero realmente constrictiva con todo lo referente al «mayor» obliga a que se «busquen la vida erótica» para facilitar el encuentro y alejarse del entorno familiar y/o social: bailes, viajes, talleres...

Si al mayor se le coartan sus necesidades e intereses eróticos ha de buscar otras salidas: lecturas eróticas, pornografía, prostitución asimétrica, voyeurismo socialmente estigmatizado, etc.

### 3. Los peajes de la erótica del invierno

El erotismo nos entrena en el arte de expresar lo más noble y creativo de nosotros mismos y supone un terreno privilegiado para aprender a tratarnos de igual a igual; no obstante, determinados **peajes** pueden complicar nuestra vida sexual y erótica, en especial cuando ya no se es tan joven:

- *Lingüístico*: Consiste en decidir qué término utilizar: ¿viejo, anciano, mayor, 3ª edad, persona longeva, antiguo...? Entiendo que lo importante no son los términos, sino lo que conllevan. ¿Acaso es despectivo el término «joven»? Lo que se rechaza es el hecho de ser mayor, lo que se esconde es discriminación, invisibilidad, transparencia...
- *Científico*: La base neurobiológica que motiva el hecho de envejecer no está totalmente aclarada.
- *Genital*: Presencia monolítica de un modelo cultural hegemónico, antinatural y reproductor. Desde esta realidad «erótica» los mayores y los menores quedan en situación difícil. Todo ello unido al *peaje juvenil y modelo estético dominante*.
- *Jubilación sin «júbilo»*: difícil aclimatación, pérdidas económicas, ruptura red

social, pérdidas relacionales, abandono de la actividad física, reelaborar la vida cotidiana y el nuevo tiempo de ocio...

- *Biológico y de Salud:* Es menor de lo que socialmente se cree y desde luego mucho menor que los peajes del rechazo social y la falsa mitología.
- *Familiar y social:* Poca generosidad de los hijos y la familia próxima ante la posibilidad de rehacer la vida amorosa con otra persona. Conflictos familiares y elaboración de procesos de duelo. Educación restrictiva y estigmas asociados a la vejez.
- *Mitológico:* Los mitos e ideas erróneas que pesan sobre el hecho de la vejez, son obstáculos para envejecer bien. Entre ellos encontramos los siguientes:
  - La salud puede perjudicarse si se abusa de vida sexual.
  - Los mayores no tienen deseos sexuales.
  - Es normal tener dificultades eróticas con la edad.
  - El único motivo que mueve a los mayores a interesarse sexualmente por otra persona es el deseo de no estar solos.
  - Los viejos por el hecho de ser viejos son feos y no pueden atraer ni seducir.
  - Considerar el envejecimiento como periodo de enfermedad, conformismo y resignación.
- *Estético y corporal:* Miradas estáticas del cuerpo. No aceptar los cambios corporales. Abandonar la actividad física y descuidar la propia imagen.
- *Erótico y amoroso:* Proceso de duelo y rehacer vida afectiva. Ansiedad de ejecución y sentimientos de culpa. Actitudes res-

trictivas e iatrogenia farmacológica. Conflictos de pareja, desatención y desamor. Ayuda profesional: ¿dónde? ¿a qué precio? ¿a quién?

- *Residencial:* No se facilitan en las Residencias de Mayores espacios de encuentro, ni habitaciones para parejas, ni espacios de intimidad...

#### 4. La realidad del buen invierno erótico

Considero un hecho relevante la puesta en marcha de programas de Educación sexual y Asesoría sexual para mayores de 65 años en la ciudad de Zaragoza (desde el año 2006): un hecho sin precedentes que conozcamos en este país y que abre la puerta a la nueva revolución, la revolución de la VISIBILIDAD<sup>1</sup>.

El Objetivo General de la Asesoría es facilitar al colectivo de las personas mayores la vivencia de su dimensión sexual, potenciando los valores e intentando dar respuesta a los problemas o inquietudes que puedan surgir en esta faceta de la realidad humana. Este objetivo se engloba en el marco más amplio de la mejora de la Salud y la Calidad de Vida, buscando con ello un «envejecimiento activo», entretenido y divertido.

Estos son los hechos que hemos vivido y estamos viendo:

- Los mayores que vemos no son mayores, son especiales: están envejecidos pero no son viejos; tienen humor, encanto, sonrisa interior, atrevimiento, una razonable salud y más del 70% toman fármacos; un 35% más de tres; un 15% más de cinco.
- Los usuarios de la asesoría sexual y de pareja son «mayoritariamente» hombres solos.
- Observamos que el servicio personalizado de asesoría está siendo objeto de mucha

demanda e interés; ello se debe, entre otras causas, al factor de privacidad y complicidad que conlleva, al tiempo dedicado a los usuarios y a la ausencia de este tipo de servicios en las Instituciones Públicas y Privadas.

- Cuando son atendidos y nuestras «actitudes profesionales» les dan permiso, se sienten agradecidos, liberados y sencillamente sienten haber recibido carta de ciudadanía profesional a sus emociones, deseos y sentimientos: tienen un aval sexológico y ya no son ilegales, ni culpables, ni perversos, ni viciosos, ni verdes... solo son «viejos sexis».
- El usuario tipo en la consulta sexológica de mayores responde a este patrón:
  - Patrón 1: hombre solo, de razonable salud, de 71 años, casado y con pareja poco interesada en el juego erótico.
  - Patrón 2: hombre solo, de buena salud, de 71 años, viudo y con nueva pareja y sin vivir juntos.
  - Patrón 3: pareja de unos 71 años, casados o novios.
- El deseo sexual es lo que mejor se conserva de la RSH siempre que la salud acompañe, aunque las lubricaciones, erecciones, orgasmos y satisfacciones vienen mediatizadas por la enfermedad, los fármacos, el «abandono» erótico y los miedos.
- La edad conlleva un declive biológico, aunque no necesariamente erótico; siempre y cuando la salud acompañe de modo razonable, el erotismo sea diverso y elabore procesos de duelo.
- Muchos hombres refieren que sus mujeres han perdido el deseo de intimidad sexual. Deseo, añado, que quizás realmente nunca

tuvieron o no tuvieron la posibilidad de sentir.

- En cuanto al motivo o motivos de consulta<sup>2</sup>: Destaca como área de intervención más solicitada:
  - Las dificultades eréctiles del hombre.
  - Conflictos de pareja / celos / líos familiares.
  - Abandono o desinterés de la pareja —ella—: por no sentirse valorada, atendida, mimada...
  - Disfunciones eyaculatorias y trastornos urológicos.
  - Alteraciones del deseo.
  - Insatisfacción sexual de mujer y trastornos ginecológicos.
  - Miedos de salud y dudas ante el desempeño erótico.
  - Imposibilidades logísticas: poca privacidad y falta de red social.
- Las causas del abandono de la vida sexual y erótica de los mayores son:
  - Los problemas de salud e iatrogenia farmacológica.
  - Fidelidad a la pareja fallecida.
  - Abandono «erótico» de la pareja —de la mujer<sup>3</sup>—.
  - Falta de posibilidades<sup>4</sup> y miedo a la reacción de los hijos y familiares próximos.
  - Escala restrictiva de valores educativos; no aceptación de cambios corporales y sexuales, consideración de ser «demasiado» mayores para seguir jugando...

- Temor al desempeño sexual, miedo y ansiedad<sup>5</sup>, unido a mitos y falsas creencias.
- Alcohol, obesidad, falta de higiene, declive físico y mental.
- Carecer de intimidad, de posibilidades e instituciones residenciales restrictivas.
- Atribuyen sus dificultades eróticas a variables como:
  - La edad.
  - Los abusos «sexuales» en su juventud.
  - La toma de fármacos y/o cirugías previas.
  - La actitud de la pareja —no cooperación de la pareja—.

## 5. Consideraciones finales

Os invito a considerar como fundamental, cuando se realizan intervenciones en el ámbito de la educación sexual, el abordar la sexualidad de los mayores, como manera de familiarizar y desvincular la calidad de la vida erótica a la edad. Y animar a los hijos a que alienten y faciliten la vida amorosa y erótica de sus padres.

Los jóvenes asocian educación sexual a juventud. ¿Les hablamos de la sexualidad de los mayores? No pretendemos temas monográficos pero tampoco silencios cómplices. No existe lo que no se ve ni lo que no se oye. Pasar de la mirada de «asco» y «sorpresa» a la mirada de envidia.

No hay razones médicas para tener que despedirse de la vida sexual; queremos no más años de vida sino mejores años de vida. Cada uno, finalmente, es responsable de su propio envejecimiento; no la genética, ni la sociedad, ni el medio ambiente, ni los mitos, ni los estereotipos...

Un elemento fundamental para mantener la capacidad de respuesta sexual en las personas de más de 65 años es mantener la regularidad erótica a lo largo de la vida. Y jubilarse de toda exigencia erótica.

Es preciso personalizar la educación y la terapia sexual atendiendo a la cada vez mayor singularidad y respetando lo sustancial de la biografía personal, cultural y social de la persona mayor. Y no trabajar desde la expectativa heterosexual para evitar la dolorosa uniformidad.

El viaje hacia el otoño e invierno ofrece diversos y ahora apreciados valores: la salud, el placer, la comunicación emocional, la estética diferenciada, una nueva mirada, la piel, libertad interior, exterior y dosis de humildad como signo de grandeza. Y todo para hacer de la vivencia erótica una oportunidad para la vejez. Y alejando el fantasma de la discapacidad erótica por razón de la edad.

Se hace necesario promover una nueva genitalidad y apostar por el valor de la misma, pero evitando hacer de la expectativa erótica una inevitable expectativa genital. Transitar del siglo coital, eréctil, orgásmico y prescriptivo, al siglo de los juegos, del placer y del deseo.

Invitad como profesionales a no jubilarse de la sexualidad si no se quiere. Y es que dejar de vivir la sexualidad porque uno es mayor es dejar de querer vivir. Sugiero a este respecto la jubilación diferenciada para no uniformizar la opinión acerca de los mayores. Porque defender el hecho de la sexualidad de los mayores es defender nuestro propio futuro erótico, que pasa también por ubicar las Residencias de Mayores en lugares céntricos, con horarios flexibles, salidas abiertas y facilitando la privacidad en los encuentros interpersonales.

Os sugiero facilitar excursiones, permitir transgresiones, propiciar atrevimientos y

adelantar los tiempos porque el «mañana es hoy». Os invito, finalmente, a comprender un cuerpo que desea y desea ser acariciado. Y es que si un bebé o un niño pequeño no es acariciado, no crece y muere; un joven no acariciado se enfada; un adulto que no es aca-

riciado, entristece, y una persona mayor que no es acariciada, enferma. Y es que la sexualidad te mantiene en contacto con la vida.

Es por ello que os animo en este Congreso a seguir con vida, para vivir y hacer vivir.

## NOTAS AL TEXTO

[1] Me moveré en la realidad del Mayor de nuestro entorno.

[2] A veces un mismo usuario presenta varios motivos de consulta o problemas.

[3] Muchas mujeres viudas refieren que cuando su pareja murió «su piel murió con él».

[4] Muchos hombres comentan que las mujeres viudas sólo los quieren para que las «entretengan».

[5] La necesidad de «hablar» en consulta, por parte de los mayores, es una necesidad tan importante como el contenido de la misma.

# LA ERÓTICA DEL CUERPO - EL CUERPO DE LA ERÓTICA: EL CUERPO EN LA ERÓTICA. EN MI PIEL

Agurtzane Ormatza Imatz

Sexóloga. Psicóloga

Directora de Sena Sexología

C/ Hurtado de amezaga 27, 15.pisua - 7.dptua

Bilbao 48008. Bizkaia

senagurtzaneormatza@aeps.es

---

## Resumen

Mientras en nuestra sociedad actual la erótica es objeto de uso y abuso divulgativo, hasta pensarse que es único objeto de la Sexología, la Sexología del siglo XXI aún nos ofrece un cuerpo más recurso que objeto.

En lo teórico, discursos imprescindibles sobre el cultivo del cuerpo y el entramado de la erótica. En la práctica formativa apenas hay piel, en la educativa no llegamos a ella y en la clínica «mandamos a nuestros clientes trabajos corporales». ¿Paradojas de los sexólogos?

La superación de las dualidades cuerpo/mente o espíritu, y el re-descubrimiento de los caminos andados en los años 60-70, nos ayudan a re-encontrarnos con el cuerpo de la erótica. La erótica como espacio de investigación, cultivo y cambio. Espejo privilegiado del hecho de los sexos. Lugar de encuentros y desencuentros. Nuestra biografía que se trasluce en el gemido de un cuerpo estremecido, aquí y ahora.

**Palabras clave:** cuerpo, erótica, sexología.

## Summary

*THE EROTIC BODY-THE BODY OF EROTIC: THE BODY IN THE EROTIC. IN MY SKIN*

*In today's society the erotic has been used and abused in divulgative articles, and it has been even considered as the only object in sexology. Furthermore, in 21st century's sexology, it provides a body which is a resource, rather than an object.*

*Regarding theory, there are pivotal discourses on body's cultivation and development. As far as training, there is almost no room for the skin, in education we do not even look at it, and in clinical therapy, clients are asked to do body work. Is this a sexologists' paradox?*

*Body/ mind or spirit dualities ought to be overcome. Re-discovering walked roads in the 60's and 70's helps us to re-encounter with the erotic's body. The erotic: the sphere for investigation, development and change. The privilege mirror for the sexes' fact. A place for encounters and disencounters. Our biography is revealed through the yearning of a trembling body, here and now.*

**Keywords:** body, erotic, sexology.

## 1. En mi piel

En el trabajo que hacemos en Sexología el cuerpo está presente porque no puede ser de otra manera, ya que somos cuerpo. Pero el trabajo a través del mismo es muy puntual, a pesar de su importancia.

En el campo de la Educación, trabajando tanto dentro como fuera del aula, de una manera reglada o no, el cuerpo se expresa de manera contundente desde el minuto uno que entramos en el grupo. Éste ya está estratégicamente colocado en los diferentes subgrupos y cada uno de los alumnos se sitúa a su manera en el mismo. Sus cuerpos gritan, se expresan, se ríen, nos miran, se defienden, se desean... Listos para la clase de Educación Sexual. Ellos están preparados, pero, ¿y nosotros?: «La institución no permite», «el profesorado se desentiende o fiscaliza», «La AMYPA está temerosa» y nosotros también. No podemos, no nos dejan que nos toquemos, no nos atrevemos a jugar con los sentidos, con la piel... Y no es fácil, ¡nada fácil!, aún sabiendo que muchas veces es la única manera de promover los deseados cambios, aún sabiendo que el cuerpo es quicial en el trabajo sexológico.

En el área Clínica, incluso en Asesoramiento, en nuestro espacio singular, el cuerpo parece estar más presente pero aún es lejano. Cercano por un lado, ya que a través de los relatos de quienes acuden a nuestras consultas nos embobamos de su intimidad, de su piel, de sus encuentros y desencuentros. Y por otro, ya que a través de los diferentes trabajos corporales que les mandamos o sugerimos que hagan fuera de consulta «tocamos su piel». Logran la erotización de la pareja: *mágicamente*, los qué y para qué de sus búsquedas se corporeizan. El deseo de encuentro, las fantasías y los fantasmas del mismo, las peculiaridades de cada uno, se viven en sus gestos. Pero aún así estamos lejos. ¿Cuántas veces lo sexólogos nos hemos encontrado en la tesitura de sentir,

intuir... que hacer un trabajo corporal con el cliente in situ sería la mejor manera de dar vía de solución a una dificultad?, ¿cuántas veces hemos visto que los ejercicios corporales sugeridos nos han traído más material que la retórica sobre el placer?, ¿cuántas veces hemos tenido que proponer a nuestros clientes trabajos corporales para ser llevados a cabo con amigos o prostitutas pues no tenían pareja para elaborar asuntos atascados?, ¿cuántas veces hemos comprobado que unas clases de baile de salón, danza del vientre... sueltan el cuerpo, y sueltan así a quien vive en ese cuerpo?

Entre lo clínico y lo educativo se encuentran los Talleres o Grupos de Crecimiento —erótico, personal, sensorial...—. Son los espacios donde fundamentalmente se puede llevar este tipo de investigación y cultivo. En la última década han tenido de nuevo bastante auge, generalmente desde áreas ajenas a la Sexología. La mayoría de las veces no han tenido muy buena prensa, independientemente de lo *buenos* que hayan podido ser. Parte de esta mala prensa creo que ha estado relacionada con el objetivo dudoso de algunos de estos talleres. El halo de misticismo que encubre a muchos y el deseo erótico disfrazado de ciencia que cubre a otros, la verdad es que no ha ayudado. A pesar de esto, sean como sean los talleres y sus objetivos, todos provocan tanto miedo como deseo y todos toman al cuerpo como espacio desde el cual se trabaja, incluso como objeto mismo de trabajo. Esto es, herramienta para conocernos y sabernos a través de los sentidos, de la piel y a la vez objeto mismo del estudio por ser espejo de nuestra biografía.

He podido tanto participar como conducir Encuentros y Talleres de crecimiento. Aparte del gran aprendizaje que trae consigo el estar en ambos lados de esta peculiar vivencia, creo que casi todas las experiencias que tengamos en este sentido son enriquecedoras tanto personal como profesionalmente, sobre todo si



luego les damos un espacio y un tiempo de reflexión para entroncarlas adecuadamente en nuestro vivir.

En el trabajo de **Formación en Sexología**, el cuerpo y la erótica es algo de lo que se habla y sobre lo que se hacen discursos teóricos, pero en la mayoría de formaciones en Sexología tampoco tienen ni un espacio y ni un tiempo suficiente.

Tengo diferentes hipótesis sobre el poco espacio y el poco tiempo que se les dedica:

1. Hay tantas cosas importantes que se han de elaborar que no da para todo. Cuestión de agenda.
2. La erótica sigue siendo la hermana pequeña en este esquema, erótica sin cuerpo aún. Dificultad para ver la importancia de trabajar el cuerpo desde el cuerpo mismo. «Total, para darnos unos masajitos, quedamos y ¡ya está!». «Con tal de aprender las técnicas suficiente». Cuestión de prioridades.
3. Hay miedo. «No vaya a ser que con lo que nos ha costado ser sesudos y demostrar que podemos hacer ciencia dura, demos espacio al cuerpo, esto se convierta en una orgía y nos tomen por lo que no somos». Cuestión de profesionalidad.

Creo que no hay una sola respuesta, hay muchas y están entrelazadas entre sí.

Dada la dificultad de trabajar la erótica desde la erótica dentro del marco de formación en Sexología, yo me siento privilegiada de llevar unos años en tamaña aventura. Una experiencia intensa, necesaria, fructífera, ardua, interesante...

El objetivo básico del tiempo y del espacio dedicado al trabajo del cuerpo desde y en el cuerpo es justamente eso: dedicarnos un tiempo, un espacio para encontrarnos y

estructurarnos en él, para desde ahí ir a nuestra labor profesional.

Quedarnos en nuestra piel y que sea ésta la que nos cuente. Que sea el cuerpo quien hable de mí, que sea yo misma en mi piel mi fuente de conocimiento. Que sean los sentidos las que nos muestren las singularidades de los caminos, diferenciado a la vista de los otros sentidos pues aquella muchas veces cercena la información que llega desde de los demás.

Al potenciarse la receptividad corporal a través del cultivo de los sentidos, nuestros encuentros van dándose desde la expresión explícita del deseo de encuentro. Cada gesto que hacemos despierta sensaciones y evoca emociones tanto en nosotros mismos como en los demás, elaborándose toda una dialéctica corporal que nos hace recorrer nuestra biografía en un instante.

El objetivo básico y primordial parece sencillo, pero en realidad es todo un camino de idas y venidas, de encuentros, re-encuentros y desencuentros. Gustoso y angustioso, estar en nuestra piel de manera consciente.

Metida en este trabajo, para mí apasionante, me he dado cuenta de varias cosas, que a nadie que trabaje desde el cuerpo con grupos le pillaré de sorpresa:

1. La necesidad explicitada o no de encuentro con uno mismo desde su cuerpo y en su cuerpo.
2. La necesidad imbuída de temor y deseo de búsqueda y encuentro con el otro.
3. La casi no diferencia entre los usuarios no sexólogos y los sexólogos a la hora de trabajar desde el cuerpo. Bueno quizás sí, una diferencia muy importante: tener un bagaje y contenido teórico sobre lo sexológico tan amplio ha servido de recurso, en muchos casos sin apenas tener concien-

cia del hecho, para despegarse del propio cuerpo, interpretar y analizar lo sucedido, en vez de quedarse en lo sucedido para observar, sensar la experiencia y sentir sin juzgarse, sin juzgar.

4. Las sospechas y suspicacias sobre el objetivo del trabajo, ¿y esto, para qué? Resistencias e inmersiones variadas y variables. Dependiendo del momento evolutivo del grupo y de la persona.
5. La dificultad en la deconstrucción de la visión erótica como un recurso corporal, ya sea para la erotización de la pareja o para el aumento de autoestima corporal.
6. Para muchos de los participantes esta parte del trabajo tiene que ver con el aprendizaje de Técnicas Corporales para luego llevarlas a la labor sexológica, sea en talleres o espacios educativos reglados, y cómo no, la clínica: Manual de bricolaje. Bastantes ven en el trabajo un aprendizaje empático sobre cómo futuros clientes, y alumnos se pueden llegar a sentir cuando trabajan esta área: Manual del buen terapeuta. Y algunos encuentran un criterio diferente para poder re-elaborar la praxis sexológica sobre la erótica: Manual sexológico. Todos, manuales necesarios.
7. Para todos en cualquier caso, un pequeño o gran aprendizaje sobre lo que ya sabían o intuían sobre ellos mismos. Esto es, la erótica como expresión de su biografía. ¿Paradójico?, es justamente de lo que estamos hablando.

Sé de lo compleja y complicada que es la tarea de hacer investigación, formación y cultivo de la erótica desde el cuerpo. Necesitamos profundización, expansión y goce sexológico. Lo vivo en primera persona porque llevo ya 17 años en esto y parece que me empiezo a animar. Una buena amiga y colega, me dice que es difícil. Según ella en el plano individual cada una tiene su bio-

grafía que le ayuda o no tanto, y en el plano profesional no ha habido muchos referentes para aprehender de manera «sana», como diría ella.

En los tiempos que corren tampoco es fácil. El auge del *supuesto derecho a la sexualidad* está patologizando desde las ciencias o fiscalizando desde la ley casi todo lo que huele a cuerpo sexuado, sexual y erótico. En el caso de la erótica, se ha visto encumbrada pero sin tenerla apenas en cuenta. Como se ha hecho durante tanto tiempo con las mujeres, los pueblos, los niños... todo por ellos pero sin ellos. Se ha escrito sobre la erótica, se ha analizado, investigado, tratado... más que nunca. Y se está dando un uso y abuso social, científico, divulgativo, clínico, educativo... de la misma.

Es decir: con respecto a los referentes desde donde se divulga la erótica, la mayoría de los escritos nos hablan principalmente de disfunciones, trastornos, parafilias o perversiones —según se mire—. Tratamientos, conductas saludables, técnicas y estrategias para lograr las más altas cotas de deseo. Manuales de conductas eróticas para parejas, microscópicas miradas dentro del cerebro para analizar conexiones, respuestas fisiológicas, tiempos de respuesta, estímulos propicios, cantidades segregadas... Análisis interesantes para entender la visión de la erótica que prima en la actualidad: un instrumento para conseguir las más altas cotas excitación y orgasmo en pareja. Análisis con tintes morales sobre lo bueno o malo de ciertas conductas. Análisis con tintes médicos sobre lo saludable o no de ciertas conductas. Sea dicho esto, considero que toda investigación y querencia de ahondar me parece necesaria y enriquecedora, lo importante en cualquier caso es no olvidarnos de los referentes para no caer en los mismos errores, ni dar por ciertas muchas afirmaciones.

Ha pasado ya mucho tiempo desde que Efigenio Amezá, con la gran percha teórica del

entonces, el Hecho Sexual Humano, hizo un espacio a la erótica, con cuerpo en sí misma. Han pasado también años desde que la publicación de *Teoría de los Sexos* en el 1999, cuando nos volvió a enriquecer con el espacio que le otorgaba a la erótica y a la amatoria también. Entonces Efigenio decía que «*La vía de los deseos, la de la erótica, incluye más emociones y sentimientos de los que frívolamente suelen ser concedidos. Pero ello exige dar a la erótica su contenido que le ha quedado usurpado, vaciado y robado, y amueblarla de su propia dimensión*» (Amezúa, E., 1999. p. 137).

D. de Rougemont confirmaba que ya en los escritos de Platón «*Eros es el Deseo Total, La Aspiración Luminosa...*» (Rougemont, D., 1978. p. 61) El deseo, para los antiguos, era un dios. Se ensalzaba el deseo como modo de unión divina. El recorrido de Eros desde entonces ha sido ha sido convulso, hasta encontrarnos hoy en día con un Eros que, lejos de ser divino, llega a ser simple técnica de encuentro genital.

Para ir entendiendo parte de esta *conversión* en el presente, miré hacia atrás en nuestro pasado cercano. Ahí encontré dos claves que, entre otras, me gustaría traer a colación porque creo que nos ayudarán a entender un poco más el porqué de esta situación.

### 1.1. Contexto socio-político de la década de los sesenta

A mediados de los sesenta principios de los setenta tanto en Europa como en EEUU comienza una etapa de movimientos sociales y políticos que ponen en solfa el conservadurismo instaurado ya en la sociedad del bienestar. Es un momento donde se tambalea, que no cae, la moral sexual de occidente.

En París del mayo del 68 eran contundentes las proclamas estudiantiles. Se vivió una eclosión revolucionaria que puso en tela de juicio las bases sociales y económicas vigentes: producción, jerarquía, función de estado,

institución de la familia y el matrimonio, el sexo... En EEUU, el movimiento hippy, el feminista, el homosexual... reaccionaron también al estado del bienestar y abrieron explícitamente las puertas al debate social sobre la sexualidad, el aborto, la familia y el matrimonio como instituciones...

En esa época de liberación y liberaciones de lo que hasta entonces era el estatus quo, quisiera detenerme. En concreto quiero acercar mi mirada a una de las expresiones de esa tan ansiada y coreada libertad, aquella que tuvo como objeto el cuerpo y la erótica.

Lo que comenzó siendo el cultivo del cuerpo, para adentrarse sin proponérselo en la investigación de los sexos, de la sexualidad y de la erótica, fue la manera que tuvieron de de-construir el modelo existencial en el que hasta entonces habían vivido. Siendo el cuerpo guía en un cambio de valores y actitudes en la forma de vivir y de relacionarse entre los sexos. En este contexto, en California, comenzaron a definirse los primeros talleres de masaje sensitivo, talleres sensoriales, encuentros para la educación en la sensibilidad... que a lo largo de esta década fueron, entre otras cosas, laboratorios de la erótica. Su objeto y herramienta de trabajo era el cuerpo en su desnudez. Para ellos el concepto cuerpo iba unido inexorablemente al de mente, la unidad. El objetivo estaba orientado a potenciar y enriquecer la capacidad de sensar, sentir, de tomar conciencia de nuestro propio cuerpo, al fin y al cabo: de nosotros mismos, para así facilitar el bienestar con nosotros mismos y el encuentro con los demás...

Es realmente curioso cómo a través de estos encuentros y talleres casi nunca con base ni pretensión científica, y propiciados en la mayoría de los casos por la querencia de un cambio, ya sea desde lo político, desde lo social o desde lo individual, se llegó a reflexiones que bien podrían compararse con aquellas a las que científicos como Masters

y Johnson hicieron con respecto a una de sus técnicas estrella, *la focalización sensorial*. Tanto a través de los talleres de crecimiento sensitivo en grupos heterogéneos como a través del trabajo con parejas en la clínica de Masters y Johnson, quedó claro que el cultivo del cuerpo es crucial para el entendimiento de las biografías de cada uno, para lograr cambios deseados en la vivencia y en la expresión de esa biografía, para la búsqueda y el encuentro con los otros...

De hecho, Masters y Johnson, respecto a su técnica (Amezúa, E., 1999. p. 137) «*no dudan en afirmar que este juego aparentemente banal contiene más miga de lo que pudiera parecer a simple vista para que los amantes reorganicen sus emociones y sentimientos*».

Una pena que unos caminos tan cercanos siguieran en su mayoría por derroteros diferentes. Los primeros, en muchos casos, encauzaron sus conocimientos a menudo hacia la mística, siendo el cuerpo y el campo de la erótica un modo de trascenderse a uno mismo para contactar con bondad y divinidad de la energía universal. Y los segundos los encauzaron hacia técnicas para los tratamientos a utilizar en los «problemas sexuales de pareja», de las que hoy en día muchísimos sexólogos bebemos, a veces con poca conciencia de las mismas aparte de la meramente técnica. —Aunque hay quien dice que muchas veces no tiene uno porque ser muy consciente para lograr resultados óptimos—.

La divergencia hizo que perdiéramos de nuevo un bonito viaje donde la erótica hubiera tenido un cuerpo tanto teórico como práctico. Un cuerpo con un discurso propio que pudiera plasmarse, entenderse y aprehenderse desde la propia erótica.

## 1.2. Dualidades con respecto al cuerpo

Otra clave para el entendimiento de porqué la erótica se haya quedado sin cuerpo son

algunas de las propuestas filosóficas elaboradas respecto al concepto de cuerpo.

Es difícil encontrar una vía de reflexión sobre el cuerpo en la que no se contemplen las dualidades.

Por un lado está la ya antigua dualidad platónica cuerpo-alma/espíritu y la más reciente, históricamente hablando, dualidad cartesiana cuerpo-mente/pensamiento. La dualidad platónica, que abrió el camino a la siguiente, ha encontrado su espacio en los trabajos con tintes espirituales y religiosos. El cuerpo es cárcel o mero espacio del alma, tanto en aquellas áreas de trabajo donde el cuerpo es instrumento para trascenderse a sí mismo, como en las que el cuerpo apenas existe más que como oposición al alma o lugar intocable. La propuesta cartesiana en nuestra sociedad occidental, a pesar de las críticas, sigue teniendo una gran fuerza y presencia en lo académico, científico y social. En este contexto, el cuerpo, en el mejor de los casos, está igualado a los sentidos, vistos estos a menudo como engañosos. O, si no, es aquello que está merced absoluta de la mente/pensamiento. El cuerpo, en cualquiera de los casos, siempre queda bajo sospecha, supeditado, en inferioridad de condiciones.

El filósofo francés Jean-Luc Nancy, es uno de los que rompe el dualismo cuando afirma (Vasquez Rocca, A., 2008. p. 3) «*no tenemos un cuerpo, somos un cuerpo*», y dice: «*no tiene sentido hablar de cuerpo y pensamiento separados uno del otro, como si pudiesen ser subsistentes cada uno por sí mismo: no son otra cosa que su tocarse uno a otro, el tacto de la fractura de uno por otro, de uno en otro*». Para Nancy, (Vasquez Rocca, A., 2008. p. 6) «*la única verdad es la evidencia sensible del aquí y del ahora de este cuerpo*». Siendo el cuerpo mismo objeto y método de conocimiento. A pesar de que muchas veces no pudiera ser total ni absoluto, sino “modal y fragmentado”. Así es el cuerpo».

Con el encuadre filosófico de Nancy recuperamos de nuevo la clave: somos cuerpo. Pieza central en nuestro trabajo sexológico y que se entreteje perfectamente con el concepto de biografía sexuada, sexualidad y erótica, a la cual a veces le quedaba colgando el cuerpo.

Un biografía innegablemente corporeizada, porque el cuerpo es donde nos sexualizamos, sexualizamos, erotizamos y desde donde amamos. Porque el cuerpo somos. Es el cuerpo el que se enrojece, late furiosamente, se le seca la boca, lubrica, se enfría, se encoge, tiembla, se excita... Ese cuerpo que no es mío si no que soy yo. Habla de mí cuando a través de un gesto expresa el deseo contenido, te cuenta, si le escuchas, cómo me he ido construyendo desde el útero hasta este instante.

Cuerpo es, desde la gran sociedad, la tribu, los ancestros, la cultura, la tierra hasta las pequeñas neuronas, torrente sanguíneo, carne, nervios, pasando por la familia, pareja, sujeto. El cuerpo es, como nos cuenta la profesora Corres desde Mexico, (Corres, P., 2006. p. 1) *«memoria de lo acumulado y memoria de las sensaciones que fueron material de las imágenes, las cuales esconden nuestros más íntimos afectos»*.

El cuerpo, mi cuerpo, recubierto de una piel, mi piel, frontera entre lo exterior y mi interior. Piel que recubre, que me recubre, que guarda y protege a la vez que transmite y expone. La piel, esa gran desconocida y gran protagonista de mi vida. Lo que cada uno sensa y siente en contacto con la piel no es otra cosa que su propia historia. No es otra cosa que la expresión de nuestra búsqueda del otro.

No hay más que atender a algo que ya sabemos: el organismo humano posee millones de órganos sensitivos. En ellos se encuentran los receptores que captan la información y la envían al cerebro. La sensación es

el modo inicial que tiene el organismo para captar información y adaptarse al medio. Son experiencias surgidas a partir de la estimulación de los órganos receptores, que son los instrumentos adecuados para captar esa estimulación. Cualquier conducta, desde la más simple a la más evolucionada, comienza pues con la sensación. Así, la cualidad sensorial es importante ya que es el fenómeno que ocurre cuando un estímulo —beso— que incide sobre un órgano sensorial —vulva—, se transforma en una excitación sensorial subjetivamente vivida o sensación. Decimos que es un fenómeno subjetivo porque las cualidades físicas que sensamos y sentimos de los estímulos no se encuentran en los estímulos mismos, sino en la biografía de los hombres y mujeres que los detectan. Ese beso será dado desde un hombre o una mujer construida biográficamente como tal, será dado en una vulva de una mujer también hecha en su singular biografía. En esa dialéctica gestual se encontrarán o no, lo vivenciarán gustosamente o no... En realidad, se irán comunicando, no tanto en función de las cualidades físicas de ese beso sino en función de sus propias biografías, del instante vivido...

Así pues, nuestro cuerpo, nuestra piel, es grabadora de experiencias de vida, a la vez que exponente de vida. De esta manera somos capaces de de-construir y re-construir la erótica desde la erótica, desde nuestro cuerpo, desde nuestra piel.

## 2. La erótica: fiel reflejo de nuestro ser sexual y sexuado

La erótica corporeizada como esa necesidad de búsqueda del otro y encuentro con el otro. La erótica en singular para entenderme y entenderte. La erótica que no puede, y la teoría de la erótica que no debe, dejar de lado el entramado de nuestro cuerpo biográfico de la cual se compone.

## REFERENCIAS

Amezúa, E. (1999) *La teoría de los sexos. La letra pequeña de la sexología*. Madrid: Revista Española de Sexología nº 95-96.

Corres, P. (2006) *Cuerpo: Sensación e Idea*. [www.contacyt.mx](http://www.contacyt.mx).

Rougemont, D. de. (1978) *El Amor y Occidente*. Barcelona: Editorial Kairós.

Vasquez Rocca, Adolfo (2008) *Las metáforas del cuerpo en la filosofía de Jean Luc Nancy*. [www.revistasophia.com](http://www.revistasophia.com).

## DESEO Y FANTASÍA ERÓTICA

Georgina Burgos Gil

Sexóloga. Bióloga

Nº socio AEPS 401

Col. Nº 2908-C

Gabinete de Sexología Georgina Burgos

Tel. 932 183 919

Gran de Gràcia 71, 2º 1ª

08012 Barcelona

georginaburgosgil@yahoo.es - www.georginaburgos.com

---

### Resumen

Existe una curiosa interrelación entre la fantasía —la creación de nuestra imaginación—, el deseo —o los deseos— y las prácticas amoratorias. A veces, deseo y fantasía se toman como sinónimos y, en consecuencia, se concluye que hay un deseo de llegar a la práctica. Esta concepción genera satisfacciones, dudas, conflictos y placeres que, a su vez, suscitan dos preguntas inquietantes: ¿hay que realizar las fantasías sexuales?, ¿es bueno hacerlo?

Los términos ‘hay’, ‘bueno’ y ‘sexual’ nos abocan a la obligación, a la moral y a lo explícito o genital. El modo en que nos expresamos a la hora de preguntar y responder no está exento de consecuencias, el lenguaje tiene la posibilidad de hacer-mundo y hacer-sentido.

**Palabras clave:** fantasía erótica, deseo, amatoria, *ars amandi*, imaginación erótica.

### Summary

#### DESIRE AND EROTIC FANTASY

*There is a curious relationship between fantasy —a mind creation— desire —or desires— and sexual practices. Sometimes, desire and fantasy are taken as synonyms and, in consequence, is concluded that a desire to perform the fantasy exists. This way of thinking generates satisfactions, doubts, conflicts and pleasures that, in turn, bring on two troubling questions: should we perform our sexual fantasies?, is it good?*

*Terms like ‘must’, ‘good’ and ‘sexual’ connect us with obligation, morality and explicit or genital items. The way we express ourselves when we ask and answer anything has transcendental effects, because the language is able to create realities and consciousness.*

**Keywords:** erotic fantasy, desire, *ars amandi*, sexual practices, erotic imagination.

Hoy en día planean sobre nosotros tres mandatos para alcanzar la «normalidad» y la «salud sexual» en el ámbito de la fantasía:

- He de tener fantasías eróticas.
- Las fantasías han de ser experiencias placenteras.
- Los contenidos y la frecuencia han de ser adecuados —no a lo «perverso» ni a la cantidad «deficiente»—.

De forma más explícita o implícita, estos mandatos los leemos en las revistas, nos los dicen los compañeros de trabajo, aparecen en programas de divulgación sobre eróticas y amatorias saludables... Cada cultura tiene sus exigencias y, si hace un siglo era un vicio o una enfermedad, hoy no hay hombre o mujer sano que no se precie de cumplir con los deberes saludables de su imaginación erótica.

Sin duda, el cumplimiento de estos deberes puede llegar a ser una dura carga, pues la obligación de lo saludable merma la libertad de lo deseado. Y, como una consecuencia lógica, mucha gente se preocupa por la «normalidad» de:

- La frecuencia con la que fantasea.
- Los contenidos de sus ensoñaciones.
- El deseo de su práctica.

Lamentablemente, «el totalitario peso de lo 'normal' y de la 'normalidad' han producido en muchos el efecto de confundir 'lo que desean' con 'lo que deben desear'» (Amezúa, 2000, p.117).

Para complicar un poco más el asunto, existe la creencia de que —aunque no todos la comparten— fantaseamos con lo que deseamos y deseamos lo que fantaseamos. Cuando la fantasía no cae dentro del catálogo de lo

considerado normal y saludable, una serie de dudas —entre otras las siguientes— asaltan el ánimo del fantaseador:

- ¿Soy normal?
- ¿Tengo un lado oculto, perverso, aberrante, que puede desatarse en un momento inoportuno, incluso, que escapará a mi control?
- ¿Cómo sé si deseo lo que fantaseo aunque me parezca que no lo deseo, porque, si no, cómo es que lo fantaseo?

Al nombrar, el nombre que damos a las cosas es convencional, pero su carga no es ingenua ni carente de consecuencias. El conjunto de términos que nos conforman, y que conforman nuestras eróticas y amatorias, tienen la capacidad de dar sentido y hacer mundo. No es de extrañar que entre la moral y la salud se zarandee la culpa, la vergüenza, la frustración por no llegar al estándar y el temor de ser perverso en el más peyorativo de sus significados.

Cuando nuestra cultura nos dice —o más bien ordena—: sé normal, sé moral, sé saludable, y el cumplimiento de estos imperativos es la condición para la pertenencia al grupo, el término con el que somos designados marca, al menos en parte, nuestro destino.

Cuando deseo ser nombrado como 'normal' y 'sano', pero no me resulta deseable ser —o estar— en esa normalidad y en esa —si se me permite la palabra— saludabilidad concretas a las que me convocan, entro en un conflicto de deseos. Lo que deseo realmente es que me incluyan en el grupo para tener los beneficios y derechos que conlleva ser designado por ese nombre concreto, pero no deseo sus imperativos.

Quizás, aquí encontramos una de las razones del vértigo y la inquietud que pueden pro-



vocar las fantasías que no están en el catálogo de los contenidos «correctos», «normales» o «saludables»; ése que nos permitirá entrar, de pleno derecho, en el grupo social al que pertenecemos, o deseamos pertenecer. Afuera, en esa suerte de exilio, nos queda el desprecio, el insulto, la soledad, la desconfianza de una mayoría, la pérdida, la marginalidad... podríamos decir que nos queda lo indeseable.

No deja de ser una cuestión singular que lo que es —o parece ser— una ganancia: la pertenencia al grupo de los normales, los saludables y los morales es también una pérdida: la pérdida de terreno en la variedad de nuestras eróticas y amorosas.

### 1. ¿Desear y «querer realizar» es lo mismo?

Dice Laín Entralgo (1996) que «la inclinación y el deseo se hace proyecto cuando el deseoso imagina una meta cuya consecución sea razonablemente posible, no ensoñación irrealizable».

Estamos muy acostumbrados a la idea de que deseamos lo que queremos tener y realizar en otro ámbito diferente al de la imaginación. Vinculamos de forma implícita fantasía erótica y desear con 'desear tener', 'desear hacer', 'desear recibir'; en este sentido, tomamos la imaginación como un paso previo, no como un valor en sí, ni como el espacio del deseo de y para la imaginación.

Un caso de este fantasear es la fantasía de ser violada —o violado—; donde el objeto de deseo es la fantasía de la violación, no la violación cometida por un violador. En definitiva, se trata de un modo de desear que tiene su ser en esa permanencia en la imaginación. Si la trasciende, deja de ser objeto erótico.

*La violación real me provoca un profundo rechazo y, sin embargo, en algunas de mis fantasías me violan.*

*Voy por algún sitio solitario, descampado o calle... Alguien me espera oculto, y me pone por encima una manta, me golpea en la cabeza dejándome aturdida. Cuando me recupero, estoy en una habitación en la que hay una cama; al hombre no le veo la cara porque me ha tapado los ojos o lleva máscara. Pretendo resistirme pero hace como en las películas, ésas en las que el prota le sacude un tortazo a mano abierta a la chica y ella cae sobre la cama. Me sujeta las manos con una suya y mi cuerpo está entre sus rodillas haciendo inútiles las patadas, me arranca la ropa, y me ata manos y pies a la cama. Cuando me tiene abierta y a su disposición, y ante mi sorpresa cuando creo que va a penetrarme sin más preámbulos, empieza a acariciarme, siento sus labios sobre mis pezones mucho rato y pienso: «No lo vas a conseguir, no voy a correrme». Pero, claro, por más esfuerzos que hago por evitarlo, consigue que me corra (mujer, 49 años).*

Las fantasías de violación suelen contar con varias de estas cuatro características: la protagonista —o el protagonista— lo pasa bien, se excita, llega al orgasmo, el violador o la violadora le resultan atractivos. En la fantasía todo ocurre a nuestro antojo y no aparecen los efectos secundarios inherentes al mundo físico; por eso, precisamente, en la imaginación podemos dar una vuelta de tuerca a los deseos y sus manifestaciones (Burgos, G., 2009).

En la imaginación, nuestro organismo funciona libre e ilimitadamente, y nada le es imposible. Sin embargo, cuando en la práctica el cuerpo se comporta según le dictan su fisiología y su anatomía, lo que sucede obedece a otras leyes. Un ejemplo es el dolor que puede provocar ese «me golpea la cabeza, dejándome aturdida», un dolor ausente en la fantasía pero que estaría presente en un encuentro no imaginario.

A modo de anécdota estadística, según investigaciones recientes de la Universidad de North Texas, entre las trescientas cincuenta y cinco estudiantes universitarias que formaron la muestra objeto del estudio, el 62

por ciento de las encuestadas había tenido una fantasía de violación, y la frecuencia media con la que ésta había aparecido era de 4 veces al año. Sólo el 14 por ciento de las participantes dijo haber tenido esta fantasía al menos una vez a la semana.

Los investigadores observaron también que las fantasías de violación se distribuían en un continuo que iba de lo erótico a lo aver-sivo, donde el 9 por ciento eran fantasías que resultaban completamente aversivas, el 45 por ciento completamente eróticas y el resto se distribuía a lo largo del continuo (Bivona, J., Critelli, J., 2009).

Tendemos a considerar la fantasía como un generador de placer y excitación y como algo deseado; sin embargo, algunas fantasías llegan a nuestra mente como auténticos intrusos y nos causan conflictos y molestias. Como en muchos asuntos relacionados con la erótica, aquí también encontramos un continuo que va de lo más indeseable y conflictivo a lo más excitante, placentero y deseado.

## 2. De la imaginación a la práctica

### 2.1. Intransferibilidad

Cuando queremos transferir lo que es de la imaginación al mundo de la praxis, la esencia del ser fantaseado se desvirtúa. Y, en este desvirtuarse, lo que hay —aunque sea enriquecedor, deseable y excitante— ya no es la fantasía que dio origen a este nuevo peldaño de nuestra biografía. La existencia de la fantasía es una existencia íntima, que no puede trascender a quien fantasea, pues en su completa plenitud sólo existe para uno mismo.

En la interacción con el otro, el devenir no puede ser idéntico a lo fantaseado, pues el otro aporta su alteridad al encuentro. Aunque fuera su mayor deseo, no podría obedecer nuestras órdenes, realizadas directamente desde la imaginación, con la fidelidad de un

CD que pasa los datos de un ordenador a otro. Se abre, por tanto, una fisura entre lo imaginado y lo «realizado». A veces, incluso, un abismo.

### 2.2. Retroalimentación con el otro

El encuentro erótico puede llevar a que la fantasía se enriquezca de matices nuevos. En ocasiones, la práctica amorosa puede aumentar el poder de excitación de una fantasía, cuando a ésta se le une el deleite de lo vivido, a pesar de los límites y las variaciones que este tránsito haya supuesto. Los placeres logrados en ambos planos —fantasía y práctica— se unen de forma sinérgica, dando un plus de erotismo, de excitación y, cómo no, también de creatividad y deseo y, por supuesto, de sexuación.

En otros casos, por el contrario, la experiencia vivida acarrea el empobrecimiento de la fantasía; por ejemplo, cuando la vivencia no es satisfactoria. O bien, cuando lo imaginado no se corresponde con el devenir de los acontecimientos eróticos vividos.

En la imaginación contamos con potencialidades sugerentes que no se dan en la amatoria. Por ejemplo, la fantasía nos da la facultad de llegar a la excelencia sin pasar por un periodo de entrenamiento previo y es un lugar donde lo erótico acontece al margen de cualquier contingencia fisiológica. En ese sentido, en la práctica, el imperativo de dar la talla puede ocasionar que la «realización» retroalimente una fantasía de forma negativa y le quite parte —o todo— su poder erótico.

*El placer sexual en mi fantasía era más intenso y prolongado; en la realidad, el temor de no complacerla no me dejó disfrutar de la experiencia en su totalidad (hombre, 26 años).*

Este nivel de exigencia, en general, no forma parte de la fantasía, pues allí llegamos a la excelencia por obra y gracia de nuestra imaginación erótica.

Por fortuna para nuestra creatividad, queda mucho por descubrir en esta parcela del hecho sexual humano. La fantasía va más

allá de la apariencia, llega a lo invisible de la erótica. Es, en muchos sentidos, un adorable misterio que escapa a lo racional.

## REFERENCIAS

Amezúa, E., (2000). El ars amandi de los sexos. La letra pequeña de la sex therapy, *Revista Española de Sexología*, 99-100, pág. 117

Bivona, J. y Critelli, J. (2009). The Nature of Women's Rape Fantasies: An Analysis of Prevalence, Frequency, and Contents. *Journal of Sex*

*Research*, 46(1), 33–45.

Burgos, G. (2009). *Mente y deseo en la mujer. Guía práctica para la felicidad sexual de las mujeres*. Barcelona: Biblioteca Nueva

Laín Entralgo, P. (1996). *Idea del hombre*, Barcelona: Galaxia Gutemberg, Círculo de Lectores.



## TALLER DE FANTASÍA ERÓTICA

**Georgina Burgos Gil**

Sexóloga. Bióloga

Nº socio AEPS 401

Col. Nº 2908-C

Gabinete de Sexología Georgina Burgos

Tel. 932 183 919

Gran de Gràcia 71, 2º 1ª

08012 Barcelona

georginaburgosgil@yahoo.es - www.georginaburgos.com

---

### Resumen

El taller propone y explora diversos recursos y herramientas que potencian la creatividad de la imaginación erótica. Ello aporta diversos beneficios como: potenciar el deseo, ampliar eróticas y amoratorias, entrar en contacto con el yo sexuado y alcanzar una mejor comprensión de sí, entre otras posibilidades.

Va dirigido a todos los públicos a partir de los dieciséis años y se presenta en diferentes formatos en cuanto a su duración.

Aunque el taller es fundamentalmente de carácter lúdico, no olvida que la imaginación erótica a veces es también fuente de conflicto. En consecuencia, se abordan creencias y mitos relacionados con esta área del hecho sexual humano.

**Palabras clave:** fantasía erótica, taller, creencias, conflicto, deseo, sexual.

### Summary

#### EROTIC FANTASY WORKSHOP

*The workshop proposes and explores a variety of tools that enhance the creativity of the erotic imagination. This contributes to reach associated benefits: desire improvement, broadens erotica and lovemaking, and allows better understanding of self as man or woman, among other possibilities.*

*It is aimed at all audiences above sixteen years old and is presented in different formats, in terms of duration.*

*Although the workshop is fundamentally a game, it is not forgotten that erotic fantasy is sometimes a source of conflict. Therefore beliefs and myths associated with this area are also considered.*

**Keywords:** *erotic fantasy, workshop, conflict, desire, beliefs.*

## 1. Objetivo del Taller

El objetivo principal de este taller es dar herramientas y recursos para potenciar la creatividad y explorar la gran riqueza de nuestra imaginación erótica.

A partir de la fantasía erótica trabajaremos de forma individual y en grupo con el fin de:

- Mejorar nuestra vivencia sexual y favorecer una mayor variedad en su expresión.
- Potenciar el deseo.
- Conocer y entrar en contacto con otras formas de vivir la fantasía erótica.
- Despejar las dudas y los fantasmas del tipo: ¿soy normal?, ¿es una infidelidad?, me siento culpable...
- Ampliar el repertorio de nuestras fantasías eróticas.
- Aprender técnicas para estimular la creatividad y la imaginación erótica.
- Evitar la rutina y el aburrimiento en nuestros encuentros amorosos por falta de imaginación.
- Entrar en contacto con el yo sexual íntimo y entender mejor nuestros deseos.

Además, el taller abordará una serie de creencias que pueden generar insatisfacción, preocupación y conflictos.

## 2. Por qué un taller, por qué en grupo

- La experiencia de nuestro prójimo nos aporta mayor conocimiento de nosotros mismos y, a su vez, nuestra experiencia, nuestras dudas, nuestros placeres y preocupaciones son muy valiosos para los demás.

- A veces pensamos que somos los únicos que fantaseamos con ideas que consideramos «raras» y nos preguntamos si somos «normales». En el marco de un grupo podemos comprobar que no somos los únicos que fantaseamos así.

- Varias imaginaciones trabajando en una misma dirección son sinérgicas, es decir, dan más que su simple suma —y, sin duda, más que en solitario—.

- En grupo, sacamos a la luz ideas que no hubiéramos imaginado antes.

## 3. A quién va dirigido

Este taller está abierto al público en general por encima de los dieciséis años. Va dirigido a todos los perfiles de los profesionales de la sexología que deseen adquirir herramientas y habilidades para el asesoramiento en esta área, así como a grupos de mujeres o de hombres o grupos mixtos que deseen ampliar su relación con la fantasía y la imaginación erótica.

## 4. Infraestructura

- Una sala amplia, con sillas para los asistentes al taller, que permita regular la luz hasta la semipenumbra.
- Fotocopias del material de trabajo.
- Se requiere proyector de PowerPoint con sonido para toda la sala.
- Pizarra y tizas —o equivalente—.

## 5. Metodología

- La presentación en PowerPoint está elaborada para que cada asistente conecte con su imaginación erótica y experimente con

las herramientas y recursos que proporciona el taller.

- El material de trabajo en fotocopias plantea actividades para realizar en grupos reducidos, con la consiguiente puesta en común al grupo general y su debate asociado.
- El itinerario del taller no es rígido, aunque sí estructurado, ya que es de gran utilidad aprovechar las potencialidades e

inquietudes de los asistentes en un itinerario organizado.

El taller de fantasía erótica se presenta en varios formatos que van del mínimo de una hora y media de duración al máximo de ocho horas —dos horas en una sesión semanal o bien siete horas en una jornada de fin de semana—. Los formatos de mayor duración dan más recursos y posibilidades que los de corta duración.





# **De la sexología y sus prácticas**



# APUNTES DE UNA PSICOPATOLOGÍA PARA LA SEXOLOGÍA

Manuel Lanas Lecuona

Sexólogo. Médico. Psicólogo. Doctor en Filosofía  
Práctica profesional privada  
m.lanas@terra.es

---

## Resumen

Actualmente, las terapias sexuales se caracterizan por la utilización de procedimientos clínicos para resolver las dificultades que se presentan en la vida sexual humana. Puede decirse que la Sexología comparte en la práctica un condominio clínico con las ciencias de la conducta. Además de denunciar, por inoperante, semejante pragmatismo, el texto apuesta por una renovada y diferenciada reflexión psicopatológica para la Sexología y, en este sentido, aporta algunos apuntes básicos de un modelo metodológico específico de intervención, aceptable desde una perspectiva antropológica de la disciplina.

**Palabras clave:** procedimientos clínicos, condominio clínico, psicopatología, modelo metodológico.

## Summary

### NOTES OF A PSYCHOPATHOLOGY FOR SEXOLOGY

*Current sexual therapies are characterized by the use of clinical procedures to resolve the difficulties that arise with human sexuality. It could be said that sexology shares a clinical condominium with behavioral sciences. As well as discarding such pragmatism because of its workability, the text commits itself to a renewed and differential psychopathological reflection on sexology and, in this sense, offers a number of basic notes on a specific methodology for intervention that is acceptable from anthropological viewpoint of the discipline.*

**Keywords:** *clinical procedures, clinical condominium, psychopathology, methodological model.*

## 1. Prácticas profesionales, procedimientos clínicos

Las terapias sexuales gozan ya de una incuestionable tradición. En la actualidad, constituyen un abanico amplio de propuestas, herederas muchas de ellas de las que fructificaron con esplendor inusitado en la segunda mitad del siglo XX, a partir de los textos de referencia de una literatura científica que afrontaba valientemente las complejas dificultades de la vida sexual humana.

Algunos de nosotros hemos participado en el desarrollo de esa tarea y en la producción de un saber que aspira insistentemente a la renovación. No queremos ser tradicionales con una disciplina que creyó descubrir su tesoro en unas herramientas que terminan por decepcionar cuando se pretende abordar con ellas la intimidad humana.

La historia de la Sexología no pierde su implicación con la historia de la psiquiatría, ni tampoco con la de la psicología. Se trata de una implicación vasta y de mucho calado, porque concierne a las argumentaciones teóricas y a las posibilidades prácticas de cualquier tipo de intervención sobre la vida sexual humana.

Los profesionales participamos en la *clínica-lización* de la vida sexual humana. Estamos sometidos a una férrea dictadura clínica, pero ninguno de nosotros puede dejar de verse cómplice en un proceso que parece irreversible. Un proceso que se reconoce a través de los *procedimientos clínicos* de intervención (Lanas, 1997).

En lo concerniente a la problemática sexual, los sexólogos hemos dado validez al canon nosológico de la psiquiatría, el canon amable de la APA —American Psychological Association—, después de haber contribuido con empeño a su establecimiento. Estamos consumando una tarea ingrata: afincando la

epistemología clínica de las ciencias de la salud en nuestro propio ámbito.

Y hemos llegado al punto en el que parece interesante reflejar el resultado de nuestra pragmática inercia con la expresión prácticas profesionales. Ya que es en la práctica donde nos parecemos todos: los clínicos formados en las ciencias de la conducta o de la mente y, con ellos, los profesionales de la Sexología.

Hay que animarse a denunciar la escasa operatividad real de la clínica funcionalista. La farmacología avanza para proteger y optimizar la respuesta sexual humana. Lo seguirá haciendo cada vez más sofisticadamente, pero su camino será tortuoso y nos deparará nuevos interrogantes (Segraves, R.T. y Balon, R., 2003).

## 2. Más allá de la nosología psiquiátrica

Para tratar de abordar adecuadamente la intimidad humana, habría que dar algunos pasos en el terreno de las ideas. ¿Cómo demarcarse de las aquí denostadas *prácticas profesionales*? ¿Es que hay oxígeno más allá del escenario clínico? En esta crítica al abordaje clínico de las dificultades sexuales, se propone una invitación.

Se brinda la oportunidad de visitar la Psicopatología, de realizar algo así como una excursión por el ámbito conceptual genuino de las ciencias de la mente o la conducta. La psicopatología concierne al pensamiento sexológico para toda revisión de su objeto de estudio, de los problemas que a éste atañen y de su abordaje profesional.

En la llamada *disfunción sexual*, el sujeto no da más de sí con su angustiada intimidad. Puede decirse que el fracaso es directamente una vivencia personal, que ocasionalmente se comparte, en una situación previsible de intimidad. La experiencia de fracaso no es

reductible a la desviación de un comportamiento o función con respecto a la norma.

Los comportamientos o funciones señalados como sexualmente anómalos no son infrecuentes en la vida de cualquier persona. Inevitablemente suceden y, en principio, carecen de relevancia psicopatológica. Conciernen a la expectativa individual como algo indeseable, pero no por ello necesariamente anormal.

Los indicadores actuales de la incompetencia angustiante en Sexología son vivenciales, y se ponen en evidencia mediante la narración de los pacientes. No hay que buscarlos, restrictivamente, en su conducta o en una función no ejecutada de acuerdo a un canon secuencial objetivable. Hay que buscarlos en sus condiciones de vida íntima.

Desde las ciencias sociales se promueven discursos incisivos frente a los abordajes de las disciplinas clínicas. La nosología psiquiátrica se descompone ante unos discursos sociológicos que saben aportar la frescura de la diacronía íntima de las personas en sus agrupamientos sexualmente significativos (Viñuales, O., 2008).

Las terapias sexuales fracasan fácilmente en la corrección de la función o la conducta sexual anómala. Con el padecimiento de ciertas condiciones que perturban la intimidad, la respuesta sexual exigida carece de sentido en la propia experiencia del sujeto y, por lo tanto, ésta deja de ser propiamente sexual.

La *Sexología antropológica* facilita la visibilidad de las condiciones que afectan a la vivencia del deseo, en aquellas situaciones que ejemplifican su desfallecimiento. Se precisa para ello una conversación de beneficio cognitivo, de aceptación de toda una epistemología elemental que conceptúa el trastorno, por parte del paciente.

Las anomalías del comportamiento erótico denominadas *parafilias* pueden carecer de rele-

vancia psicopatológica, al menos mirando al futuro con la memoria turbadora del pasado. Las sociedades modifican la aceptación de la excepcionalidad en la intimidad de sus integrantes y el sexólogo comprensivo contribuye a esa aceptación.

Además de las disfunciones y las parafilias, la psiquiatría ha establecido una categoría que aglutina los trastornos de la identidad sexual. Los conceptos de identidad sexual y de identidad de género remiten a la experiencia del sujeto que puede ser sufriente o no serlo tanto. Y, acaso, ¿no se puede carecer de dicha experiencia?

El trastorno de la identidad es pues una adscripción clínica que amortigua el eco de las crónicas más descarnadas de la vida sexual humana. También en este caso, la reflexión psicopatológica va orientada hacia la toma de conciencia de aquellas condiciones que perpetúan la vivencia sufriente.

La lesión corporal no impone su presencia en Sexología, salvo en contadas ocasiones. No es su reto genuino, aunque sí lo puedan ser sus consecuencias sobre la sexualidad del sujeto que la padece. Puede haber alteraciones contrastables en cualquier parte del organismo con o sin alteración funcional derivada en la respuesta sexual.

La problemática sexual se suscita mediante interrogantes que apelan a la experiencia de cualquier sujeto. La intimidad es el objeto de la reflexión psicopatológica en Sexología. La pérdida de significación sexual en la experiencia de un sujeto es comprensible sin forzar una adscripción patológica de la sexualidad de ese mismo sujeto.

La mirada psicopatológica de los sexólogos debería de caracterizarse por su capacidad de adaptación. Si bien el padecimiento es relativo a la experiencia del sujeto, hay que tener en cuenta las condiciones del sujeto para su propia experiencia. La referencia a conceptos

tales como *personalidad* o *carácter* no necesita justificación.

Hay un cajón de sastre para la psiquiatría que se abre con abrumadora frecuencia, y que lleva la etiqueta de *trastornos de la personalidad*. Se puede asegurar que la insolvencia funcional, la rareza erótica y el emparejamiento conflictivo se exhiben con coherencia situacional por parte de muchos sujetos portadores de esa etiqueta.

Se puede asegurar sin riesgos, que la práctica totalidad de la nosología psiquiátrica se reconoce en el ámbito propio de estudio de la Sexología. El cuadro clínico de cualquier paciente susceptible de estudio psiquiátrico puede mostrar modificaciones particulares en la expresión de sus emociones y sentimientos, en sus comportamientos y funciones.

Las problemáticas del emparejamiento y de otras agrupaciones para la convivencia van adquiriendo un alto protagonismo en la práctica de la de la Sexología, la psicología y la psiquiatría. La mirada de los clínicos se socializa, y cuando se vuelve a dirigir al sujeto, se fija insistentemente en las condiciones sociales de su semiología.

La psicopatología maneja, entre otras, una herramienta conceptual tan manoseada que parece un tópico: el *modelo biopsicosocial* (Vallejo, 2003). Aún hay sexólogos que rechazan el uso de este modelo para su disciplina, pero ¿es posible sustraerse de toda referencia a este modelo en las ciencias de la mente?

Los sexólogos de este país no podremos olvidar nunca el modelo del *Hecho Sexual Humano* (Amezúa, 1979). Marco reflexivo que ha servido de guía a buena parte de la arquitectura conceptual en la Sexología española contemporánea. Pero este modelo disfruta de un parentesco referencial incuestionable con el modelo biopsicosocial.

La presencia de lo social, la importancia de los otros en la experiencia del individuo que problematiza su experiencia y su expresión es incuestionable. Esa presencia, cada vez más exigente y cada vez más exigida por parte de los profesionales, sumerge a éstos en el relativismo y elimina de su discurso cualquier atisbo de sesgo sustancialista.

Kraepelin queda muy atrás, es lo que parece. Tan atrás y tan lejos que a los sexólogos les puede parecer irrelevante. Los psiquiatras le deben no poco de su operatividad y no poco de su influjo social. Hubo un tiempo necesitado de rigor en las categorizaciones diagnósticas de la psiquiatría, pero ese tiempo ha pasado.

Los sexólogos quieren paladear la historia, pero son víctimas no tan ingenuas de un síndrome de Estocolmo. Arropados aunque atrapados, como se puede deducir hasta ahora, en el *condominio clínico*. Desfalleciendo en una praxis que paradójicamente contradice tozudamente a sus propios principios.

La nosología psiquiátrica vigente no es la más adecuada para el señalamiento de las dificultades sexuales en Sexología. No disfrutamos de sólidas categorías diagnósticas, ya que son funcionales o conductuales. La norma básica permite cuantificar una respuesta sexual que viene a solapar el valor de la experiencia que vive el sujeto.

La perspectiva antropológica puesta en práctica nos muestra el valor terapéutico de la escucha focalizada en el relato de la experiencia. La experiencia que perdió significado sexual o que incluso fue devastada por el sufrimiento. Experiencia íntima que desvela sus dificultades cuando se nombran las condiciones que la aquejan.

El trastorno no está en el dato que se observa. Está en la vivencia que lo suscita. El trastorno tiene nombres médicos o vulgares, y se llama ansiedad, angustia, miedo, antici-

pación... Se desencadena en determinados lugares, que facilitan *situaciones*, ante interlocutores sexualmente significativos, que pueden serlo por breves *momentos*.

### 3. Un modelo antropológico de intervención

Habría que propugnar un modelo acorde con lo expuesto, y coherente con la todavía débil epistemología de las ciencias de la mente o de la conducta. Con la filosofía de la psicopatología y la iatrofilosofía, filosofías regionales que se ocupan de los supuestos teóricos y prácticos de las ciencias de la salud —en este caso— mental.

Así pues, la perspectiva sexológica de la vida sexual humana parece exigir un abordaje antropológico de ese objeto de estudio. La apuesta responde a una concepción monista del sujeto representado en cada caso de estudio. Sin embargo, esta concepción merece ser completada y plasmada en una nueva reflexión.

Los modelos de abordaje deberían de seguir consignando tres campos conceptuales que discurren paralelamente en una representación espacial de tres aspectos de cada sujeto: su organicidad, su experiencia y la expresión de las precedentes en su realidad íntima o social. Esta representación tendría un desarrollo temporal en continuidad.

Entonces, se propone un *modelo metodológico paralelista* que despliega sus registros en tiempo real. La estrategia se orienta a la vivencia de pérdida de significado sexual, y al reconocimiento de las facetas que simultáneamente se suelen señalar como problema en una situación de desfallecimiento funcional o de convivencia conflictiva.

Este modelo de continuidad temporal permite destacar el valor de la memoria para una situación problematizada. La narración

del paciente ofrece el testimonio de una historia, una autobiografía que se sostiene mediante el relato, cada vez más convincente, de unas condiciones pasadas, pero cuya vivencia se renueva inexorablemente en el presente.

La nosología que conviene a la praxis sexológica carece de los riesgos que acredita la literatura psiquiátrica más sesgada biológicamente. Los trastornos de la experiencia son desde hace mucho tiempo un lugar común. El sexólogo tampoco resuelve mucho con una atribución causal de estos trastornos al sustrato biológico del organismo.

En otro lugar (Lanas, 1997), se ha formulado un *principio de la concomitancia*, con la intención de explicar la simultaneidad en los campos conceptuales del modelo expuesto. Se trataba de decir cómo el desfallecimiento vivencial en un tiempo y en una situación era concomitante con determinadas condiciones biológicas y expresivas.

La relación entre el sustrato biológico de un organismo y la experiencia —que algunos consideran como un proceso emergente de aquél— nos aboca a una discusión demasiado compleja para el momento presente. Evidentemente, se sabe, al menos groseramente, que no hay experiencia sin cerebro.

El sexólogo no suele pretender intervenir directamente sobre el soporte biológico del organismo. Tampoco afronta patologías que emergen desde los niveles biológicos, como consideran los psiquiatras que hacen cuando se enfrentan a cuadros clínicos duros, como por ejemplo los cuadros psicóticos. Su abordaje se dirige a la mente.

Las condiciones personales que configuran una personalidad, y las condiciones de rango social que contribuyen a la configuración biográfica del sujeto, han de ser contempladas a la luz del influjo, también histórico y también social, de una tormentosa *mitología*

*diferenciadora de los sexos* y de las atribuciones que a éstos les corresponden.

No es extraño que surjan experiencias tendientes a establecer tipologías diferenciadas y también diferenciadoras de los sexos, que pueden llevar títulos tan elocuentes como el de *Psicopatología de la relación conyugal* (Montoya, 2000): una psicopatología que recrea la mitología diferenciadora de los sexos bajo la fórmula del melodrama fallido.

El melodrama que nos distrae del cumplimiento del deseo personal en compañía. El amor es un concepto acaso desgastado, pero que siempre recupera el aliento en el lenguaje melodramático. La literatura sociológica establece modelos históricos para el amor: éstos ayudan a comprender la encarnadura del encantamiento y su frustración.

Hay mucho que investigar para el desarrollo de una psicopatología al servicio de la vida

sexual humana. Se puede deducir que falta una casuística convincente, que nos ayude a entender que hay vida satisfactoria más allá de la preocupación funcional, o del «qué dirán» psiquiátrico acerca del canon conductual inevitablemente incumplido.

Cierta parte de la Sexología se libra de ese prejuicio que avoca al fracaso profesional y a la penuria intelectual. Si la psiquiatría se enriquece con la psicopatología descriptiva, la Sexología podría crecer igualmente con ella. Pero habrá que aceptar que la Sexología se esforzará adoptando otra mirada, desde otro marco reflexivo.

Algunos trabajamos en el polo idiográfico. Afrontamos el seguimiento emocional y sentimental de experiencias que se reconocen bajo el marchamo del trastorno. Si la psicopatología se ocupa del trastorno mental que se hace cuerpo, la Sexología quiere desclasificar el trastorno mental para remitirlo, diluyéndolo, a la experiencia.

## REFERENCIAS

Amezúa, E. (1979) *La Sexología como ciencia: esbozo de un enfoque coherente del hecho sexual humano*. En Lur (Ed.) I Semana de Estudios Sexológicos de Euskadi. San Sebastián: Hordago.

Lanas, M. (1997) *Razones para la existencia de una ciencia sexológica*. *Revista española de Sexología*, 83-84. Madrid: Publicaciones del Instituto de Sexología.

Montoya, B. (2000) *Psicopatología de la rela-*

*ción conyugal*. Madrid: Díaz de Santos.

Segraves, R.T. y Balon, R. (2003) *Sexual Pharmacology Fast Facts*. N.Y.: Norton&Co.

Vallejo, J. *La psicopatología en el mundo actual*. En Baca, E. y Lázaro, J. (Eds.) *Hechos y valores en psiquiatría*. Madrid: Triacastela.

Viñuales, O. (2008) Prólogo. En Weinberg, T.S. (Ed.) *BDSM: Estudios sobre la dominación y la sumisión*. Barcelona: Bellaterra. (Original 1995).



# LOS PROFESIONALES DE LA SEXOLOGÍA EN LA EDUCACIÓN SEXUAL

Estefanía Sáez Sesma

Sexóloga. Psicopedagoga

Diplomada en Educación Especial

Responsable del Área Educativa del Instituto AMALTEA

Responsable de la Asignatura «Educación Sexual. Grupos y Contenidos Específicos»  
del Master en Sexología en IUNIVES, por la Universidad Camilo José Cela (Madrid)

estefania@amaltea.org

---

## Resumen

¿De qué hablamos cuando hablamos de Educación Sexual? La respuesta esperada será que hablamos de anticoncepción, de coitos y de embarazos... Los profesionales de la Sexología estamos convencidos de que hablamos de algo con mucha más enjundia: de sexos, de hombres y de mujeres, de vivencias, de sensaciones, de posibilidades y dificultades... Hablamos de todo lo que se enmarca dentro del Hecho Sexual Humano y sus manifestaciones.

Las intervenciones tradicionales en Educación Sexual, han respondido a planteamientos reduccionistas con intervenciones anecdóticas. Seguramente basadas en buenas intenciones, pero que no siempre han derivado en los fines deseados.

Los profesionales de la Sexología debemos contribuir, con nuestro quehacer diario, a una nueva revolución en las intervenciones en Educación Sexual.

Desde este planteamiento y más allá de actuaciones mecánicas, expondremos desde la realidad en que nos movemos —el hoy— y con los «mimbres» de que disponemos —sistema educativo actual—, un modelo de intervención que parta desde un abordaje serio y científico. Donde se aglutinen y promuevan las distintas posibilidades y se visibilice lo diverso. En una palabra, donde se fomenten las distintas sexualidades —en plural— de las personas.

Por último, hablaremos de la importancia de la Educación Sexual como línea de intervención Sexológica. Pocas veces percibida como de primer orden, pero que permite que la Sexología tome la iniciativa y se acerque a los individuos de manera activa, no siempre esperando a que los usuarios la demanden.

**Palabras clave:** educación, profesional, realidad, posibilidad, sexualidad.

## Summary

### SEXOLOGY PROFESSIONALS IN SEX EDUCATION

*What are we talking about when we talk about Sex Education? The expected answer will be that we are talking about contraception, intercourse and pregnancy.*

*We, as sexologists, are concerned that we are talking about something more substantial: about sexes, men and women, experiences, feelings, possibilities and difficulties. We are talking about everything that is part of the human sexuality and its manifestation.*

*The traditional contributions in sex education have responded to reductive approaches with superficial interventions, probably based in good intentions but this has not always led to the desirable aims.*

*We should contribute with our daily work to a new revolution in the interventions in Sex Education. Along the same lines and with much more than mechanic actions, we will explain from a real point of view—in this day and age—and with the means available to us—our current Education System—a model of intervention which starts from a serious and scientific approach where all the different possibilities come together and become visible and all the different sexualities were promoted.*

*Finally, we will talk about the importance of Sex Education as a course of action. This is not very often a first-order issue but it allows sexology seizes the initiative and gets closer to people in an active way and not always waiting for users to request it.*

**Keywords:** *education, professional, reality, possibility, sexuality.*

Generalmente cuando nos ocupamos de la labor del profesional de la Sexología tendemos a articular el discurso en torno a tres grandes campos de intervención: la Educación Sexual, el Asesoramiento Sexual y la Terapia Sexual, los cuales suelen presentarse como independientes y organizados implícita o explícitamente en una cierta relación jerárquica, ocupando el mayor escalafón la Terapia Sexual y quedando la Educación Sexual relegada al último.

Esta articulación puede que a nivel teórico fluya; pero nuestro quehacer diario no hace ver que en la praxis sería más correcto el hablar de un continuo de intervención, donde estos tres grandes campos se superponen, entrelazan y diluyen ya que la Educación Sexual es básica en labores tanto de Asesoramiento como en Terapia. Así, cuando intervenimos en un proceso terapéutico sexual estamos ineludiblemente trabajando aspectos educativos que mejoren o favorezcan la mejora; del mismo modo que cuando hace-

mos una intervención de Educación Sexual podemos realizar labores de Asesoramiento.

A todo esto, y con intención de ubicar la Educación Sexual en el lugar que le corresponde, habría que añadir el hecho de que ésta posibilita al profesional de la Sexología a tomar la iniciativa; siendo así la Sexología la que se acerca y se pone a disposición del individuo de modo activo, no siempre esperando a que sean los usuarios los que la demanden.

Eso sí, para ello la Educación Sexual debe ser enfocada de forma activa, sin esperar a que surjan las demandas por parte de las personas o los colectivos, considerándola como parte esencial del crecimiento integral de las personas.

Reflexionemos un poco sobre esto: ¿alguien espera para enseñar a las personas aspectos de su autonomía personal a que éstos realicen las demandas de modo claro y específico? ¿Sucede esto con el resto de aspectos vitales

en el ámbito educativo? ¿Nos quedamos a la espera de que nos demanden para enseñar determinadas temáticas? ¿O por el contrario tomamos la iniciativa desde el convencimiento de su utilidad y necesidad?

Debemos dar un paso al frente y asumir que la Educación Sexual debe plantearse más allá de las demandas de los colectivos o las personas.

Unido a ello habría que tener en cuenta el hecho de que esto también nos posibilita a los profesionales de la Sexología el trabajar con un discurso en positivo de un modo más fácil y directo. Si observamos, cuando una persona demanda una intervención de Asesoramiento Sexológico o inicia un proceso de Terapia Sexual, el punto de partida, el inicio del «viaje» o acercamiento a la Sexología lo encontramos en una «dificultad» que el usuario percibe, en una demanda vivida como «problemática». Por el contrario, una intervención en Educación Sexual parte de lo positivo, configurándose como un valor en sí misma, colaborando en el desarrollo integral de la persona.

Detengámonos en un par de aspectos que, pese a parecer muy obvios en un primer momento, la práctica diaria y la reflexión nos hacen ver que no lo son tanto.

El primero de ellos gira en torno a la siguiente cuestión: **¿qué es la educación sexual? ¿qué se espera que trabajemos cuando se nos demanda una intervención en un centro educativo?**

Habrá quien nos diga que hablamos de anti-concepción, de embarazos, de coitos, de contagios, de condones...

Los profesionales de la Sexología estamos convencidos de que hablamos de algo de mucho más calado, con mucha más enjundia: hablamos de sexos, hablamos de hombres y hablamos de mujeres, hablamos de vivencias, de sentimientos, de percepciones

subjetivas, de modos de comunicar... En pocas palabras: hablamos de todo lo que se enmarca dentro del Hecho Sexual Humano, ya que hablar de Educación Sexual es hablar de seres sexuados en relación.

Los Sexólogos cuando hagamos intervenciones en Educación Sexual debemos hablar de los sexos como valor, como diferenciación, como elemento que nos haga únicos. Ampliando y positivizando la visión que cada uno tiene de sí, favoreciendo su conocimiento, aceptación y satisfacción.

El segundo aspecto obvio en el que les invito a que nos detengamos a reflexionar parte de la siguiente afirmación: **hacer educación sexual es ante todo educar.**

Esta afirmación que más que una obviedad parece un perogrullo, contiene detrás algo de gran calado. ¿A qué me refiero? Bien, si analizamos pormenorizadamente muchos de los programas de intervención en Educación Sexual advertiremos claramente un enfoque, una línea de actuación claramente sanitaria: en ellos la palabra prevención adquiere sentido en sí misma y en torno a ella se articula todo el programa: prevención de embarazos no deseados, prevención de contagios, prevención de determinadas conductas, prevención..., prevención..., prevención...

Si pensamos por un momento qué hay detrás de este modo de hacer nos encontramos con el miedo a..., la problematización de..., el peligro sobre... Y yo me hago una pregunta ¿dónde queda el trabajo en el disfrute, en el gozo y en la satisfacción?

Ojo: yo no digo con esto que no se deban trabajar determinados aspectos, lo que digo es que deberían ser abordados acercándonos a ellos desde otra perspectiva.

Pediría que diésemos un paso atrás para que el árbol no nos impida ver toda la amplitud y riqueza que encierra el bosque.

En este sentido los Sexólogos hemos criticado ferozmente el reduccionismo al que es sometida la Sexualidad, confinándola a algo puramente conductual, genital y coital. Pero en muchas intervenciones de Educación Sexual este modelo tan denostado, se sigue repitiendo; respondiendo y centrando el foco de atención en los miedos y los peligros.

Como expresa Carlos de la Cruz, *mal asunto si quien tira del carro de la Educación Sexual es el miedo y el riesgo...*

Como soy consciente de que a estas alturas del viaje todos hemos dicho y oído discursos teóricos y ponencias en torno a estas cuestiones de base sobre, la tan traída y llevada Educación Sexual; mi pretensión es presentar aspectos y cuestiones diferentes, que complementen con rigor la práctica a pie de campo.

Los objetivos habituales de los llamados «programas de Educación Afectivo Sexual» generalmente han evolucionado de la equiparación de Sexualidad a Reproducción, incluyendo la finalidad placentera. En este sentido, tratando de controlar la primera —reproducción— y facilitando la segunda —el placer—.

Pero si reflexionamos un poco ¿de qué se está hablando realmente en las aulas?

La respuesta es de genitales; ya sea desde el objetivo anticonceptivo o desde el orgásmico. Ahí sigue estando el punto de mira, a lo sumo ampliándolo a lo corporal, pero quedándose ahí.

Desde este modo de hacer la Educación Sexual no es tal; sino que es, en realidad, Educación Erótica.

Si atendemos a la etimología, sexo viene de «Secare», que significa separar. Y como todos sabemos lo central es el sexo que se es y no el sexo que se hace, o los genitales que se tienen.

Por ello y para que la Educación Sexual sea tal, hay que atender estos aspectos como elementos dentro de un contexto más amplio que no es otro que la diferencia entre hombres y mujeres, entendiendo ésta como valor y diferenciándola de la discriminación.

Nuestro programa parte de estas premisas y sobre ellas trabajamos. Para ejemplificar esto vamos a centrarnos en 2º de ESO —13 años aproximadamente—:

Uno de los objetivos centrales en los mal llamados programas de Educación Sexual es el tema de la anticoncepción, pero yo me pregunto ¿en estas edades tiene mucho sentido? Me temo que no, porque a lo mejor todavía no toca, por aspectos madurativos, trabajar anticoncepción, ITG y otras miserias.

Entonces ¿dónde deberían estar nuestros objetivos sexuales? Como botón de muestra, les presento dos que nosotros consideramos relevantes para estas edades:

## 1. La pubertad

La pubertad implica la confirmación corporal de la Identidad Sexual. El cuerpo, con una serie de cambios bruscos va a demostrar la pertenencia a uno u otro sexo. De este modo, el contenido de la realidad de ser hombre o mujer y la vivencia que se tenga va a variar.

Esto no es nada nuevo. Lo novedoso es trabajar viajando desde los hechos —la información de aspectos biológicos y físicos— hacia las vivencias —La Sexualidad—.

La pubertad no sólo es un Hecho Sexual: diferente para chicos y chicas; sino que también va a tener una vivencia sexual.

Así, en los chicos, los que maduran antes presentan ciertas ventajas: imagen corporal más positiva, autoconcepto más elevado,

mayor popularidad... Por contra, las chicas que maduran más temprano generalmente tienden a estar más descontentas con su imagen corporal, les suele generar dudas y tener un autoconcepto más negativo.

Esto responde a que generalmente los chicos reciben mensajes sociales positivos respecto a su madurez —conlleva más fuerza, mayor virilidad, mayores destrezas...—, mientras que las chicas socialmente reciben mensajes con un carácter más ambiguo —tienen que ser más femeninas, a partir de ahora tienen que tener más cuidado...—.

Por todo ello, la pubertad no es sólo «biológicamente sexuada» sino que también implica una «Vivencia Sexuada».

Bajo este prisma la Educación Sexual no solamente debe informar sobre los hechos que se avecinan o están aconteciendo; sino que debemos contribuir a entender de forma sexuada, y por tanto diferente, cómo la pubertad les afecta a ellos y a ellas. Desechando el concepto «igualdad» y afianzando el de «diferente».

Con nuestras intervenciones debemos propiciar que ellos sigan entusiasmados, pero sobre todo que ellas positivicen activamente su realidad. Dedicándole a este aspecto, así como a los diversos ritmos de inicio, tanto o más tiempo que al ciclo menstrual —ya manejado en asignaturas curriculares—.

Este sería un ejemplo de intervención sexuada y por tanto de Educación Sexual.

## 2. Expectativas hacia las primeras relaciones eróticas

El segundo botón de muestra en esta ejemplificación práctica se refiere a las expectativas hacia las primeras relaciones eróticas. En este sentido, los padres y también los iguales permiten más trasgresiones en lo que se

refiere al comportamiento erótico a los chicos que a las chicas. Considerando necesario el protegerlas a ellas de tales experimentaciones nocivas. ¿Qué hay detrás de esto? Lo moral, el propio modelo de mujer, que nos pone ante un prisma distinto a los chicos y a las chicas. Y que pese a que el deseo no tiene obstáculos, aquí dicho deseo se ve difuminado.

Por ello, hay que salir del discurso de la «igualdad»; hay que partir de que lo que les sucede a ellos y a ellas es diferente, y dicha diferencia radica en ser ellos y ellas.

Generalmente se trabaja desde discursos estéticos: «construyamos relaciones de igualdad para tener convivencias saludables». Ojo: yo comparto este discurso, pero no por decirlo una vez más conseguiremos que se convierta en realidad.

Nosotros, con nuestro programa de intervención, tratamos de ir desde los deseos y los objetivos, hacia las intervenciones y las estrategias que faciliten su consecución.

Desde luego con las intervenciones nuestra intención no es dar una «solución», pero sí comprender y analizar posibles consecuencias de unas u otras decisiones. Con aspectos para facilitar la reflexión en el aula en referencia a establecer pautas adecuadas que, por ejemplo, establezcan límites saludables en las parejas de jóvenes.

Es evidente que la vivencia de los límites de la pareja y el proceso de enamoramiento tienen una naturaleza sexuada —esto tampoco es nada nuevo—. Del mismo modo que esto no lo viven igual chicos y chicas, tampoco viven de igual modo aspectos como la posesión y las emociones asociadas a ello.

En referencia al manejo de la posesión masculina, en nuestras intervenciones educativas podemos seguir quedándonos exclusivamente en la transmisión de mensajes con

los que todos estemos de acuerdo «no hay que ser celoso, nadie tiene la propiedad del otro...» o bien abordando el trabajo de la carga emocional que esto conlleva.

Me gustaría que viesen la reacción de los grupos cuando abrimos el debate del manejo de situaciones celotípicas: los chicos apuntan una reacción violenta y las chicas, para sorpresa de algunos, también y a veces en mayor medida. Ante esta realidad tenemos dos posibilidades: llamarlos «cafres» y «brutos» por ser drásticos, o considerar que lo que les sucede es una primera reacción de naturaleza emocional difícilmente evitable ante el peligro de la pérdida.

Si partimos de esta segunda posibilidad, y damos permiso en nuestras intervenciones educativas a tener emociones, podremos ayudar a manejarlas. Por supuesto, nos gustaría que su reacción fuese diferente, pero eso es otro debate, hay que asumir que son emociones reales asociadas a vivencias reales y que por tanto deben ser trabajadas desde el ámbito educativo. En este sentido, debemos asumir que se controla aquello que se conoce, ya que lo que se niega pero existe nos puede acabar desbordando.

Por ello, nuestra intervención en Educación Sexual tiene como objetivo el que los hombres sepan lo que se siente y a partir de ahí ayudarles a su control. Se trata de canalizar

las emociones para que éstas no les conduzcan a situaciones no deseadas.

La agresividad es sexuada y la violencia no es más que una deficiente canalización de la inherente agresividad. Más que negar se trata de aceptar y gestionar la esencia de las emociones humanas. Con esto no estoy justificando nada, al contrario: tratamos de presentar estrategias preventivas para que la agresividad no desemboque en violencia.

A modo de conclusión, debemos asumir que la Educación Sexual actual se enmarca en lo políticamente correcto y en el temor a la diferencia sexual; lo cual cuanto menos es paradójico ya que en nuestros discursos manifestamos el respeto y cultivo de las diferencias y diversidades. Vivimos en una Educación Sexual hipererotizada, disfrazando lo genital con conceptos como cuerpo y salud, pero sin ir más allá.

Yo invitaría a que los profesionales de la Sexología vayamos más allá; y que además de hablar de genitales, de hechos y realidades, empecemos a hablar de vivencias de hombres y de mujeres, haciendo realidad el discurso en torno a seres sexuados en relación sin tener miedo al valor de la diferencia desde el convencimiento que esto nos permitirá llegar a un nuevo modo de hacer Educación Sexual, la cual estará en disposición de responder al aquí y al ahora.

# EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA EYACULACIÓN PREMATURA Y LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL

Francisco Cabello Santamaría

Director del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología (IASP)

---

## Resumen

Hasta la aparición de los inhibidores de la fosfodiesterasa cinco —IPDE5—, la eficacia de la terapia sexual había sido superior al resto de las intervenciones —fármacos u otros abordajes—. El empleo de IPDE5 por millones de usuarios ha servido para que la industria farmacéutica dedique grandes inversiones a la investigación en este campo por lo que existen aparte del sildenafil, tadalafilo y vardenafilo, nuevas moléculas y otras vías de investigación. Pero mientras no se dispongan de otros datos, la estrategia terapéutica más eficaz, tal como se ha puesto de manifiesto recientemente, es el tratamiento combinado de terapia sexual e IPDE5, lo que permite obtener respuestas positivas en el 90% de las disfunciones eréctiles de carácter psicógeno.

Respecto a la eyaculación prematura —EP—, el tratamiento se hacía exclusivamente mediante el modelo de la Pinza de Masters y Johnson (1970), la técnica de parada y arranque (Stop/Start) propuesta por Semans (1956) y adoptada por Kaplan (1974), el modelo de La Pera y Nicastro (1996), la técnica de la restricción testicular (Jan Wise y Watson, 2000) y algunos otros modelos menos difundidos. Al mismo tiempo, de forma paralela se empleaban distintas aproximaciones desde el campo de la farmacología como anestésicos locales, antidepresivos tricíclicos y posteriormente inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina —ISRS—. En la actualidad, ha aparecido un nuevo fármaco, la dapoxetina, con indicación exclusiva para el tratamiento de la EP que prolonga el tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal —IELT— y ha prosperado el uso de terapia sexual combinada con fármacos, obteniéndose por esta vía los mejores resultados.

**Palabras clave:** disfunción eréctil, eyaculación precoz, latencia eyaculatoria intravaginal, inhibidores de la fosfodiesterasa cinco, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, dapoxetina.

## Summary

### EVOLUTION OF THE TREATMENT OF PREMATURE EJACULATION AND ERECTILE DYSFUNCTION

*Until the phosphodiesterase five inhibitors —IPDE5— appeared, the effectiveness of sexual therapy had been better than the rest of treatments —drugs or others approaches—. The use of IPDE5 by millions of patients prompted the pharmaceutical industry to devote large sums to the investigation in this field. For this reason, beside sildenafil, tadalafil and vardenafil, new molecules and other routes of investigation have been found. Nevertheless so far, the most effective therapeutic strategy is combined treatment, with sexual therapy and IPDE5, which attains positive results in 90% of erectile dysfunction with psychogenic etiology.*

*Related to premature ejaculation —EP—, the most usual treatment was based on the squeezing model of Masters and Johnson (1970), the stop/start technique proposed by Semans (1956) and adopted by Kaplan (1974), the model of LaPera and Nicasro (1996), the technique of testicular restriction (Jan Wise and Watson, 2000) and some less known models. At the same time, different approaches were used from the pharmacology field like the local anesthetic drugs, tricyclic antidepressants and, later, Serotonin Reuptake Selective Inhibitors —ISRS—. Recently a new drug has appeared dapoxetine, with exclusive indication for treatment of EP that prolongs the intravaginal ejaculation latency time —IELT—. At present, combined treatment —sexual therapy plus drugs— obtains the best results in PE.*

**Keywords:** *erectile dysfunction, premature ejaculation, Fosfodiesterase Five Inhibitors (IPDE5), Serotonin Reuptake Selective Inhibitors (ISRS), dapoxetine.*

## 1. Evolución del tratamiento de la disfunción eréctil

Previamente a la década de los 60 las únicas opciones terapéuticas para el tratamiento de la disfunción eréctil consistían en «remedios naturales». Afortunadamente en los 70 aparece la terapia sexual de forma sistematizada y al final de la misma década, las primeras prótesis rígidas de pene. En los 80 aparecen las inyecciones intracavernosas, primero con papaverina hasta evolucionar hacia las prostaglandinas. Hay que esperar hasta 1998 donde aparece el primer IPDE5, el sildenafil y desde entonces el nivel de investigación en el campo se ha multiplicado forma exponencial.

### 1.1. Tratamiento farmacológico

Existen tres niveles en el tratamiento médico de la disfunción eréctil. En un primer nivel se encuentra la modificación de hábitos insanos, la administración de medicamentos y la utilización de aparatos de vacío. En el segundo nivel, la administración intraca-

vernosa de drogas vasoactivas y en el tercer nivel, la cirugía reparadora o la implantación de prótesis.

#### 1.1.1. Primer nivel

##### 1.1.1.1. Inhibidores de la Fosfodiesterasa 5

Actualmente se dispone de tres potentes IPDE5 en el mercado, que por orden de comercialización son: Viagra® (Sildenafil, 1998), Cialis® (Tadalafil, 2003) y Levitra® (Vardenafil, 2003).

Una de las grandes ventajas de estos fármacos radica en que el efecto facilitador de la erección depende de una estimulación sexual y unos niveles de deseo adecuados, lo que simula una respuesta fisiológica, no persitiendo la erección cuando cede el estímulo, problema que existe con la administración de drogas intracavernosas.

El mecanismo de acción de los IPDE5 se caracteriza por una inhibición potente y



selectiva de la enzima fosfodiesterasa-5 de los cuerpos cavernosos, con lo que se impide la degradación del GMPc. Esto conduce a que se acumule y se produzca un aumento del GMPc que facilita la relajación de la fibra muscular lisa de los cuerpos cavernosos del pene.

#### a) Sildenafil

El sildenafil, conocido como Viagra®, es una importante y segura herramienta terapéutica para el tratamiento de la disfunción eréctil, con independencia de la etiología.

Según diferentes estudios, pacientes con una disfunción eréctil de cinco años de evolución, mejoran entre el 70 y el 90% de los casos, frente a un 10 al 30% de quienes tomaron placebo. El inicio de los efectos se produce desde los 25 a los 60 minutos de la ingesta del sildenafil favoreciendo la producción de erecciones durante las cuatro o cinco horas siguientes. Hay trabajos que demuestran que su eficacia puede ser mantenida hasta 12 horas después de su administración (Moncada, Jara, Subira, Castaño y Hernández, 2004).

#### b) Tadalafilo

El Tadalafilo está disponible en dosis de 5, 10 y 20 miligramos. Su concentración plasmática máxima se alcanza en un tiempo medio de 2 horas tras la administración. La vida media es de 17.5 horas en individuos normales, excretándose en forma de metabolitos inactivos por heces en el 60% y por orina en un 36%.

Al igual que con sildenafil, los efectos secundarios son escasos y leves, disminuyendo con las sucesivas dosis. La vía de administración es oral y no se modifica con la ingesta de alimentos o alcohol. La dosis inicial debe ser de 10 o 20 mg. y, dada la vida media del producto, la actividad del fármaco se prolonga entre 24 y 36 horas (Porst, 2002).

La mejoría de las erecciones fue del 67% y del 81% de los hombres que tomaron 10mg y 20mg de tadalafilo respectivamente, en comparación con el 35% de los que tomaron placebo.

La larga vida media de tadalafilo permite distintas formas de administración. Comparando la preferencia de los pacientes, se ha comprobado que el 57,8% de los usuarios prefieren «a demanda», es decir, tomar el fármaco antes de iniciar una relación sexual. Por el contrario, el 42,2% opta por la alternativa de tomar el fármaco tres veces a la semana.

Otra opción que permite la larga vida media es la posibilidad de tomar a diario una dosis de 5 o 10 miligramos. Con esta estrategia mejora la erección aproximadamente el 85% de los pacientes siendo el fármaco muy bien tolerado.

#### c) Vardenafilo

El último IPDE5 autorizado ha sido el vardenafilo, que está disponible en dosis de 5, 10 y 20 mg. En los ensayos clínicos, tras doce semanas de tratamiento, resultó ser eficaz en el 91% de los intentos de penetración (Montorsi, Hellstrom, Valiquette y Eardley, 2003) y en el 89% a los dos años de tratamiento (Stief, Porst, Sáenz de Tejada y Ulbrich, 2003). El tiempo medio de comienzo de la erección tras la ingesta es de 16 minutos (Padma-Nathan, Kaufman y Taylor, 2003).

La mejoría de las erecciones fue del 66%, 76% y del 80% de los hombres que tomaron 5 mg., 10 mg. y 20mg. de vardenafilo respectivamente, en comparación con el 30% de los que tomaron placebo.

#### 1.1.1.2. Otros fármacos orales

La apomorfina, que en dosis de dos y tres miligramos actúa a nivel central activando los

receptores dopaminérgicos D2 en el núcleo paraventricular del hipotálamo. En teoría permitía una erección a los 17,5 minutos de media y un tercio de los individuos comenzaban la erección a los diez minutos (Hatzichristou, Sáenz de Tejada, Sleep y Perdok, 2003), pero en la práctica tales resultados no se ajustaban a la realidad y fue retirado del mercado.

La yohimbina según Fenemore (1988), proporciona una mejoría al 62% de quienes tienen disfunción eréctil psicógena frente al 16% de quienes tomaron placebo.

Los parches de nitroglicerina aplicados al pene dos horas antes de una relación sexual también han sido empleados con este fin (Claes y Baert, 1989).

La fentolamina, un inhibidor tanto de receptores alfa como beta adrenérgicos, a dosis de 50 mgrs vía oral, consigue mejorar a un 42% de pacientes con disfunción eréctil (Zorgniotti, 1994). Otros autores (Goldstein, 2000), también obtienen buenos resultados con 40 y 80 miligramos sin importantes efectos adversos.

La doxazocina se ha utilizado por ser un antagonista selectivo alfa1 y porque había una menor prevalencia de disfunción eréctil entre aquellos hipertensos tratados con este principio activo (Grimm et al., 1997), habiéndose comprobado que incrementa la eficacia del alprostadilo intracavernoso (Kaplan, Reis, Kohn, Shabsigh y Te, 1998). Recientemente, se ha constatado la eficacia asociada a sildenafil en pacientes con disfunción eréctil no orgánica (De Rose, Giglio, Traversa y Lantieri, 2002).

El impaza, un preparado de anticuerpos antióxido nítrico sintasa, obtiene mejores resultados que el placebo, pero la eficacia es inferior al sildenafil (Petrov, Vekel'yan, Martyushev y Sergeeva, 2003).

Entre los estimuladores del melanocito, se está investigando con el PT-141 —bremela-

notide—, heptapéptido cíclico análogo a la melanocortina, que produce erección en las ratas (Molinoff, Shadiack, Earle y Diamond, 2003) pero recientemente ha sido rechazado por la FDA.

Hoy día existen expectativas acerca de la eficacia de diferentes principios activos tales como la oxitocina, glutamato, hexarelina, activadores de la guanilato ciclasa, inhibidores de la Rokinasa y NCX-911, de los que en la actualidad no existen datos concluyentes.

Es probable que en el tratamiento futuro de la disfunción eréctil exista un predominio de la ingeniería tisular para renovar el tejido eréctil con células autólogas, además del uso de la genterapia.

#### 1.1.1.3. Dispositivos de vacío

Dentro del primer nivel de tratamiento, otra herramienta ampliamente conocida pero poco utilizada son los dispositivos de succión, que han venido siendo una alternativa a las prótesis químicas y mecánicas.

Se ha valorado la utilización combinada de psicoterapia más aparatos de vacío, habiéndose demostrado que el tratamiento combinado aporta notables ventajas. Así, mientras la terapia sexual resultaba eficaz en el 60% de los casos, esta cifra alcanzaba el 84% en el tratamiento combinado vacío más psicoterapia (Wylie, Jones y Walters, 2003).

#### 1.1.2. Segundo nivel

El segundo nivel del tratamiento de la disfunción eréctil consiste en la utilización de drogas intracavernosas.

En la actualidad se usa fundamentalmente la PGE1, sola o asociada a fentolamina y papaverina. En principio los resultados son beneficiosos, pero el nivel de abandonos es muy elevado, en torno al 40% después de tres

meses tratamiento y de un 70% a un 80% a los tres años.

Asimismo, también se ha empleado en la disfunción eréctil psicógena que no evoluciona de forma favorable con la terapia sexual, obteniéndose resultados beneficiosos en el 64% de los casos, los cuales pudieron dejar el tratamiento en el plazo de tres meses, aunque un 18% necesitó el tratamiento durante un año (Ghanen, Sherif, Abdel-Gawad, Asaad, 1998). Estos excelentes resultados difieren, de forma radicalmente opuesta, a los aportados por otros autores, quienes compararon la eficacia de la terapia sexual clásica, frente a las inyecciones intracavernosas de bajas dosis de prostaglandinas, constatando que quedaron satisfechos con el tratamiento el 69% de los individuos que recibieron prostaglandinas, con respecto al 75% de los que recibieron terapia sexual, sin bien, la terapia sexual resultó ser un tratamiento mucho más caro (Baum, Randrup y Junot, 2000).

Para paliar el miedo del paciente a la inyección intracavernosa, se puede emplear la PGE1 vía intrauretral, es decir, sin necesidad de pincharse. Esta modalidad de tratamiento facilita la respuesta eréctil al 40% de los pacientes pero no se comercializa en España. En Estados Unidos se puede conseguir con el nombre de MUSE.

### 1.1.3. Tercer nivel

En el tercer nivel del tratamiento se encuentra la cirugía, encaminada a restaurar la vascularización —descartada hace tiempo por su ineficacia— o a implantar una prótesis, situación de elección cuando el paciente está dispuesto y han fracasado todas las alternativas terapéuticas.

## 1.2. Tratamiento sexológico

Según diversos estudios, hasta la aparición de los IPDE5, la eficacia de la terapia sexual

había sido superior al resto de las intervenciones —fármacos u otros abordajes—. En el caso concreto de la disfunción eréctil secundaria, el número de fracasos terapéuticos es de sólo un 26'2% (Masters y Johnson, 1970).

Con vistas a la eficacia terapéutica, toda disfunción sexual debe, en la medida de lo posible, ser evaluada y sometida a tratamiento en pareja. De hecho, se ha puesto de manifiesto que un tercio de individuos con erecciones adecuadas, proporcionadas por terapia farmacológica, no refieren tener relaciones satisfactorias debido a la respuesta de la compañera (Pallas et al., 2000). Además, una pareja que no colabora facilitará el abandono de la medicación (Jannini, Lenzi y Wagner, 2003).

### 1.2.1. Modelo terapéutico de Masters y Johnson (1970)

La terapia sexual que proponen Masters y Johnson (1970) consta de los siguientes elementos aplicados de forma intensiva durante dos semanas.

La prohibición del coito es una de las características fundamentales de este modelo que posteriormente será adoptada por todos los demás. Se comienza con la «focalización sensorial I» consistente en estimular todos los sentidos, insistiendo especialmente en las caricias de todo el cuerpo obviando los genitales.

A continuación se pasa a la «focalización sensorial II» donde se permite la exploración de los genitales.

Una vez conseguida la erección se procede a ejecutar la «Técnica fastidiosa»: consistente en manipular el pene hasta conseguir la erección y después interrumpir el estímulo para permitir la distracción y pérdida de la erección retomando de nuevo la manipulación del pene.

Una semana más tarde cuando el pene entra en erección tras la estimulación, la

mujer debe estimular los genitales sentada en cabalgada sobre el hombre. Después se introducirá el pene en esa misma postura. Una vez la mujer ha conseguido moverse lentamente con el pene dentro, se parará, para de esa forma inducir al marido a tomar la iniciativa lentamente.

A partir de ahí, se continuarán en los días siguientes, los ejercicios de los «placeres pelvianos». Consiste en la repetición del paso anterior, sin pretender la satisfacción de la mujer ni la eyacuación del varón, hasta irse normalizando la situación.

#### 1.2.2. Modelo terapéutico de Helen Singer Kaplan (1974)

Parte de las propuestas de Masters y Johnson (1970), pero con una sistemática más flexible, adaptada a cada persona, empleando procedimientos que no se hallan organizados de forma rutinaria y partiendo de las necesidades psicodinámicas de la pareja.

Para Kaplan (1974) el primer objetivo del terapeuta debe ser conseguir una primera erección. Aunque obtener una erección no significa que el problema esté resuelto, va a servir como referencia al paciente de su capacidad para luchar contra los bloqueos que tiene. Esta primera erección se conseguirá a partir de la focalización sensorial haciendo énfasis en la abstinencia inicial del orgasmo y empleando fantasías eróticas para disminuir la autoobservación y mejorar la ansiedad.

#### 1.2.3. Modelo terapéutico de Gérard Zwiang (1985)

Para Zwiang (1985), la terapia sexual estaría centrada en el síntoma. Se basa en prohibir cualquier ocasión de repetición del fracaso, presta especial atención a informar sobre sexualidad y desculpabilizar restaurando el deseo. Añade a los modelos anteriores la especificación de pedir que el hombre se estimule delante de su pareja hasta obtener la

erección para familiarizarse con la situación y luego pasar a la penetración en posturas laterales o en cabalgada.

#### 1.2.4. Modelo terapéutico de Keith Hawton (1985)

El modelo deriva de las proposiciones introducidas por Masters y Johnson (1970) y desarrolladas por Kaplan (1974), introduciendo el concepto de «contención vaginal» a continuación de la focalización sensorial I y II.

Hawton (1985) establece que el objetivo de la focalización no es producir excitación sexual, aunque ésta puede ocurrir. De hecho, se emplea la técnica llamada «intención paradójica», es decir, se le sugiere al paciente que no debe excitarse.

Una vez que se permite acariciar el pene, si se alcanza una erección intensa se aconseja a la pareja que cese todo contacto físico, permitiendo que la erección disminuya, entonces deben reiniciar las caricias.

La contención vaginal comienza con la focalización sensorial y una vez alcanzado cierto nivel de excitación se procede a la penetración donde la pareja debe permanecer inmóvil concentrada en las sensaciones placenteras que experimenta y contrayendo la musculatura vaginal. El varón puede moverse ligeramente para estimularse si su erección comienza a disminuir. Si esta fase se supera con éxito se pasa a la «contención vaginal con movimiento» donde al principio el movimiento debe ser lento; sólo después de varias sesiones la pareja debe introducir movimientos vigorosos y emprender un coito completo. Inicialmente, el varón sólo debe eyacular fuera de la vagina para evitar un factor más de tensión.

#### 1.2.5. Modelo Terapéutico del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología (Cabello, 2004)

Partiendo de la clásica terapia de Masters y Johnson (1970) y más específicamente de la

propuesta por Hawton (1985) con parte de las ideas sugeridas por Zwang, hemos puesto en práctica nuestro propio modelo donde a la focalización le hemos cambiado el nombre por erotización lo cual resulta más entendible para nuestros pacientes (Cabello, 2004).

Los pasos, de forma resumida, serían los siguientes:

#### 1.2.5.1. Erotización sensual

##### *a) Prohibición del coito*

Se prohíbe la realización del coito, tal como establecieron Masters y Johnson (1970), que tiene como finalidad hacer desaparecer la ansiedad a través de la disminución o ausencia de lo que Beck y Barlow (1986) denominaron «demanda de ejecución».

##### *b) Revitalización y descubrimiento de mapas eróticos*

Una vez que por la evaluación se sabe de la motivación para realizar las tareas, se inicia la erotización (focalización), concretamente el apartado de *revitalización y descubrimiento de mapas eróticos*, consistente en la puesta en práctica de masaje sensitivo, recorriendo y explorando todo el cuerpo.

Por la experiencia clínica propia y a diferencia de otros autores, se ha determinado como tiempo idóneo dedicar quince minutos al masaje por cada miembro de la pareja. En aquellos casos en que se sospeche que alguno de los dos va algo forzado, es conveniente reducir el tiempo a diez minutos. Hay que tener presente que más vale no llegar que pasarse. Masters y Johnson (1970) decían: «Cinco minutos de recompensa valen mucho más que media hora de sufrimiento».

Usando la estrategia de la intención paradójica, se le pide al paciente que no se excite sino que se relaje, concentrándose en todo momento en el punto en que le tocan. No

debe pensar en si tiene o no tiene erección, entre otras cosas porque de tenerla no puede pasar a la penetración, pero hay que recalcar la idea de que no es importante que se excite sino que se relaje y se pregunte a sí mismo mientras le van acariciando «¿qué siento donde me tocan?».

##### *c) Autoestimulación*

Por otro lado, se aconseja al individuo que se autoestime —es usual en terapia usar el término autoestimulación, ya que en nuestra cultura la palabra masturbación suele ir asociada a la culpa por trasgresión de normas religiosas—.

Como algunas personas son reticentes al sexo en solitario, es necesario argumentar que es un proceso de rehabilitación temporal, en el sentido de favorecer la vascularización del pene y tonificar la musculatura genital. Antes de aconsejar al paciente que se masturbe, se le ha explicado detenidamente el fenómeno de la autoobservación.

En esta fase, se le instruye también para que practique las fantasías eróticas, concentrándose en ello al menos tres veces al día. A pacientes con dificultades para fantasear se les entrena en la elaboración de fantasías.

##### *d) Comunicación sexual*

Para obtener buenos resultados es imprescindible una comunicación fluida, al menos, en lo relativo a la sexualidad.

Es común en parejas disfuncionales desconocer por completo las preferencias en materia sexual del otro, por eso es recomendable que cada día dediquen un tiempo preestablecido para hablar de sexualidad.

Toda la intervención terapéutica va acompañada de un proceso permanente de educación de la sexualidad y reestructuración cognitiva de las ideas irracionales del paciente y la pareja.

Además en esta fase se hace necesario promover las habilidades de negociación en pareja, para lo cual se recomienda seguir las propuestas de L'Abate (1986), ya que si no reina la armonía, difícilmente funcionará la terapia sexual.

#### 1.2.5.2. Erotización genital

Una vez que la pareja ha superado el paso anterior y el paciente se relaja o bien se excita, sin estar excesivamente pendiente de la erección, es recomendable pasar a la siguiente fase, es decir, a la erotización genital que consta de dos apartados, uno donde se concentrará en el punto en el que le tocan y pasado un tiempo lo hará en fantasías eróticas.

#### 1.2.5.3. Erotización orgásmica

Consta de tres fases una de caricias comparadas a modo de *petting*, otra de autoestimulación delante de la pareja y por último una fase de rozamiento genital (tras autoestimularse, el varón rozará sus genitales contra los labios menores y clítoris de la mujer, a continuación, él adoptará una posición pasiva y será ella quien cogiendo el pene lo roce con sus genitales en cabalgada).

Llegado este momento, se permitirá alcanzar el orgasmo pero sin penetración. Se pretende que el paciente se familiarice con la erección delante de su pareja, acontecimiento que no ocurría anteriormente, sin el miedo de un posible fracaso.

#### 1.2.5.4. Capacitación para el coito

Tras unas siete sesiones, cuya eficacia es mayor cuanto más seguidas sean, partiendo de la denominada erotización orgásmica, se debe continuar con la capacitación para el coito, que consta de los siguientes pasos:

##### a) *Penetración inmóvil con autoestimulación*

Una vez el pene dentro, el paciente se queda inmóvil hasta perder la erección. Llegados

a este punto el paciente debe comenzar a autoestimularse de nuevo, compartiendo la masturbación con ella y cuando aparece la erección se procede de nuevo a que ella introduzca el pene en la vagina. Estos ejercicios son similares a la denominada *contención vaginal* de Hawton (1985).

Los ejercicios se finalizan con la masturbación del paciente delante de su pareja, dándole la opción de estimularla a ella hasta el orgasmo, o bien que sea ella la quien se estimule a sí misma.

##### b) *Estrategia del «cartero»*

Denominada así, porque el autor hace referencia cuando explica la tarea a sus pacientes, a una famosa escena erótica de la película «El cartero siempre llama dos veces». Se trata de que el paciente se autoestime hasta alcanzar la erección mientras ella se encuentra en decúbito supino al borde de una superficie alta, por ejemplo una mesa, o bien puede estar al borde de la cama mientras él se apoya con las rodillas en el suelo.

Tras varios empujes intravaginales se debe apartar de nuevo y sin tocarse, esperar a que la erección desaparezca para comenzar otra vez. La finalidad, al igual que en la penetración inmóvil, es acostumbrar al individuo a perder la erección sin miedo y así se le hace saber.

#### 1.1.5.5. Coito libre

Transcurrido un mes practicando con éxito las tareas anteriores, se recomienda acentuar los ejercicios durante la penetración. Se solicita que durante la penetración inmóvil, aumenten los empujes intravaginales pero a un ritmo lento. El orgasmo no debe producirse con la penetración, esto quiere decir, que cuando el placer sea intenso, próximo a la eyaculación, el pene debe ser retirado para alcanzar el orgasmo con caricias y juegos.

Una vez en este punto, parece lógico permitir la realización espontánea del coito una vez conseguida la penetración, pero el número de recaídas es mayor con respecto a seguir con pautas terapéuticas —muy parecidas de hecho a una relación natural— que le quitan al paciente responsabilidad y, por tanto, demanda de ejecución, lo que permite que afiance los hábitos conseguidos.

En diversos estudios se ha demostrado que la asociación de psicoterapia con algún fármaco o aparato de vacío, mejora la eficacia global del tratamiento, por eso cada día, más autores están propugnando el empleo de terapias combinadas (Kaplan, Reis, Kohn, Shabsigh, y Te, 1998; Mydlo, Volpe y Macchia, 2000; Rosen, 2000; Schramek, 2001; De Rose, Giglio, Traverso y Lantieri 2002; Rodríguez-Vela, Gonzalvo-Ibarra, Pascual-Regueiro y Rioja-Sanz, 2002; Basson, 2000; Olsson et al., 2000; Perelman, 1998 y 2000; Wylie, Jones y Walters, 2003).

No obstante, los citados autores, observan el tratamiento combinado como una posibilidad, sin que hasta ahora se hayan elaborado estrategias conjuntas y contrastado su eficacia de una forma ajustada a rigor.

Se conoce, según demuestra el modelo de Barlow (1986), que uno de los elementos generadores de ansiedad anticipatoria, es decir, miedo al fracaso, es lo que este autor denomina «demanda de ejecución» por parte de la pareja. Esto significa que cuando aparece una disfunción eréctil, la pareja va a presionar para que el paciente ejecute una respuesta sexual adecuada y esta demanda va a propiciar un mayor nivel de ansiedad. Por tanto, se intuye que cuando la pareja colabora, disminuye la «demanda de ejecución» —aspecto fundamental sobre el que se interviene en terapia sexual—, elemento facilitador de la respuesta sexual y, de ahí, que la terapia sexual en pareja, combinada con IPDF5 pueda incrementar la eficacia

del fármaco, así como el fármaco puede incrementar la eficacia de la terapia sexual.

Por estas razones, nosotros utilizamos de forma conjunta la terapia sexual junto a los IPDE5. La terapia combinada se lleva a cabo de la misma manera que se ha descrito, pero una vez superada la erotización sensual, los siguientes pasos se llevan a cabo con fármacos.

En la fase final, cuando se permite el coito libre, tras un par de meses se retira el fármaco de forma progresiva.

Esta estrategia persigue que la sistemática seguida tenga un efecto «curativo» definitivo, sin necesidad de tener que seguir usando fármacos para conseguir la erección. Obviamente, en pacientes con lesiones orgánicas, el fármaco seguirá siendo necesario pero si no se ha seguido este proceso, es probable que las dudas ante la respuesta, la demanda de ejecución y, en suma, el miedo al fracaso dificulten la acción del medicamento. Además, la secuencia de ejercicios facilita el proceso de comunicación y un mejor entendimiento en pareja facilitando el cumplimiento del tratamiento.

Recientemente se ha evaluado este modelo de forma empírica y se ha puesto de manifiesto que la terapia combinada ha resultado ser más eficaz que el tratamiento farmacológico y la terapia sexual como estrategias aisladas. Así, el 90% de los pacientes siguen con erecciones adecuadas un mes después de haber terminado la intervención terapéutica (Cabello, 2004). Además, el nivel de abandonos de los distintos tipo de intervención es mucho menor con la terapia combinada —el 23% de los abandonos corresponden a terapia farmacológica, el 69% a terapia sexual y el 8% a la terapia combinada—.

En suma, probablemente el mayor avance en el tratamiento de la disfunción eréctil en los últimos tiempos radica en la posibilidad de

llevar a cabo terapias combinadas de sexoterapia más IPDE5. Además existen expectativas acerca de la eficacia de diferentes principios activos tales como la oxicitocina, glutamato, hexarelina, activadores de la guanilato ciclasa, inhibidores de la Rokinasa y NCX-911, de los que en la actualidad no existen datos concluyentes.

## 2. Evolución en el tratamiento de la eyaculación precoz

Desde la sexología clínica existen varias posibilidades terapéuticas a saber: la terapia farmacológica, la terapia sexual y la asociación de ambas.

### 2.1. Terapia Farmacológica

En principio la utilización de fármacos es el método más rápido para retardar la eyaculación. Los medicamentos empleados tienen otras indicaciones terapéuticas y de forma secundaria incrementan la latencia eyaculatoria, algunos incluso impiden la eyaculación. Lo cierto es que la terapia farmacológica funciona mientras se toma la medicación, siendo frecuentes las recaídas cuando la medicación se abandona.

Salvando épocas muy recientes, la mayoría de los estudios realizados con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina —ISRS— y la clorimipramina, no han usado criterios basados en la evidencia, casi no se han empleado dobles ciegos y no se ha medido la IELT. En la actualidad se ha incrementado de manera notable la investigación en este campo con metodologías más ajustadas a rigor, dando lugar a la recomendación de una serie de principios activos que se verán a continuación.

#### 2.1.1. Antidepresivos tricíclicos

Han sido ampliamente estudiados en este campo, sobre todo la clorimipramina que,

a dosis de 25 miligramos, permite retardar la eyaculación en individuos que tardaban 81 segundos hasta los 202 segundos. Una dosis de 50 miligramos diarios conseguía retardar hasta 419 segundos (Althof, 1995).

#### 2.1.2. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

Con menos efectos secundarios y un alto nivel de eficacia, se ha utilizado la fluoxetina, paroxetina, citalopram, escitalopram y la sertralina con la cual se consigue pasar de 0,3 minutos a 3,2 minutos después de cuatro semanas tomando 50 miligramos.

Todos estos fármacos se han usado de forma continua, es decir, una dosis diaria. Más reciente ha sido el empleo del tratamiento a demanda —justo para mantener una relación sexual—, así se ha comparado el uso de 20 miligramos de paroxetina frente a 25 miligramos de clorimipramina, consiguiéndose un mayor retraso del IELT con la clorimipramina. La clorimipramina a demanda parece tener mejor efecto que cualquiera de los ISRS, sobre todo cuando el tiempo basal del IELT es superior a 60 segundos.

Si tras dos semanas de tratamiento con 50 miligramos diarios de sertralina se pasa a tomar los 50 miligramos a demanda, el tiempo eyaculatorio cambia de 23 +/- 19 segundos a 4.5 +/- 2.7 minutos (Kim y Paick, 1999).

También se ha observado un mejor resultado con 90 miligramos de fluoxetina en una dosis semanal respecto a 20 miligramos de fluoxetina diarios.

Otras posibilidades para usar a demanda son los betabloqueantes como el propanolol y las benzodiacepinas que se deben tomar dos o tres horas antes de la relación (aunque en ocasiones disminuyen la fuerza eréctil).



### 2.1.3. Inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (IPDE5)

Constituyen una novedad en el tratamiento de la eyaculación prematura. El sildenafil no aumenta la IELT pero mejora la percepción de control eyaculatorio. Si parece haber un incremento de la IELT con el uso combinado de paroxetina más sildenafil o sertralina más sildenafil.

Además se ha empleado con éxito el vardenafil y la asociación de tadalafilo con 90 miligramos semanales de fluoxetina de liberación retardada.

Hasta ahora no existe una explicación basada en la evidencia de por qué los IPDE5 pueden contribuir a incrementar la IELT, pero es lógico intuir que la seguridad en la respuesta eréctil genera una confianza que facilita una disminución de la ansiedad de ejecución. Se ha de recordar que, tal como se ha citado, uno de los pensamientos que emergen en quienes eyaculan precozmente es el miedo a perder la erección.

### 2.1.4. Anestésicos locales

Otra estrategia muy difundida consiste en el empleo de anestésicos locales, habiéndose comprobado que el uso tópico de un compuesto a base de 7.5 miligramos de lidocaína y 2.5 miligramos de prilocaína incrementa la IELT de 84 segundos a 11 minutos. Aún mejores resultados se pueden obtener con la mezcla de anestésicos y fármacos, de esta forma, el uso de fluoxetina más lidocaína ha mostrado mayor eficacia que la fluoxetina sola. Asimismo, se obtienen buenos resultados administrando conjuntamente sildenafil y el anestésico EMLA. No obstante, a pesar del éxito obtenido en los estudios, por experiencia propia, se deben intentar alternativas terapéuticas que no disminuyan el placer, mecanismo en el cual se basan los anestésicos locales, ya que el nivel de abandonos es muy elevado.

### 2.1.5. Dapoxetina

Es el único fármaco desarrollado con indicación específica para el tratamiento de la eyaculación precoz. Se trata de un inhibidor del transporte de serotonina con características farmacocinéticas adecuadas para ser tomado a demanda. Presenta el pico máximo a la hora y media de la ingesta, quedando en sangre sólo un 5% de la dosis a las 24 horas. Los ensayos clínicos indican que 30 miligramos de dapoxetina permiten un alargamiento del IELT de 0.92 a 3'2 minutos y 60 miligramos producen un alargamiento hasta los 3'5 minutos con pocos efectos secundarios, tales como náuseas, cefaleas, diarreas y mareos (Buvat, Tesfaye, Rothman, Rivas y Giuliano, 2009).

## 2.2. Terapia Sexual

Se han descrito gran cantidad de técnicas y modelos para retrasar la eyaculación de los cuales se van a reseñar algunos.

### 2.2.1. Modelo de Masters y Johnson (1970)

Entre los distintos modelos de tratamiento, el propuesto por Masters y Johnson (1970) es el más difundido. Sigue el mismo esquema que para el tratamiento de la disfunción eréctil pero una vez superada la focalización II, se emplea la técnica de «la pinza», basada en presionar con fuerza la punta del pene cuando el sujeto percibe alguna sensación pre-eyaculatoria, momento en que le avisará a la pareja para que realice la maniobra de presión. Para ello situará el pulgar sobre el frenillo y el resto de los dedos por detrás abrazando el pene. Esta presión la ejercerá el tiempo suficiente para que él pierda la excitación y la erección. Lo habitual es que esta maniobra se repita cuatro veces por sesión y se procuren al menos dos sesiones por semana.

### 2.2.2. Técnica de parada y arranque (Stop/Start)

Propuesta por Semans (1956) y aseverada por Kaplan (1974), consiste en aconsejar la

autoestimulación como entrenamiento para identificar las sensaciones que preceden la inevitabilidad eyaculatoria. Una vez que el orgasmo está cerca debe parar los movimientos, relajarse y comenzar de nuevo. Tras un tiempo de entrenamiento se incorpora a la pareja, advirtiéndole del momento exacto en que ella se debe detener.

Cuando la pareja esté familiarizada con la tarea, se pasa entonces a la penetración vaginal en cabalgada pidiéndole a ella que se detenga en el momento que perciba el inicio de las sensaciones premonitorias al reflejo orgásmico. El procedimiento se debe repetir varias veces en cada ocasión, hasta ir consiguiendo el control previsto.

### 2.2.3. Modelo de LaPera y Nicastro

LaPera y Nicastro (1996) proponen un modelo de tratamiento a realizar en veinte sesiones, tres veces a la semana. Radica en el uso de fisiocinesiterapia del suelo pélvico, electroestimulación y biorretroalimentación del suelo pélvico. Con esta propuesta el 61% de los hombres todavía controlaban la eyaculación a los seis meses del tratamiento, pero un 39% no experimentaba ningún cambio.

### 2.2.4. Técnica de la restricción testicular

Masters y Johnson (1966), en la descripción de la respuesta sexual del varón, hicieron referencia a que la excitabilidad conllevaba elevación testicular. Con este fundamento se pueden comprar online unos dispositivos con velcro que impiden el ascenso testicular y que probablemente retrasaran la eyaculación por la molestia que deben ocasionar. Dentro de este apartado se puede mencionar la aparición de un anillo constrictor que, según un estudio, incrementa la IELT en aproximadamente un 30% (Jan Wise y Watson, 2000).

### 2.2.5. Modelo del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología (Cabello, 2009)

Con el paso de los años en el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología se ha configurado un modelo terapéutico propio integrando las diferentes estrategias. Al igual que en el tratamiento de la disfunción eréctil existen dos modalidades, con fármacos y sin fármacos.

En el modelo simple sin fármacos las primeras fases se llevan a cabo tal como se explicó para la disfunción eréctil, es decir, la erotización sensual y la erotización genital. Después se pasaría a la «erotización orgásmica I», como se describió en la disfunción eréctil, se procede a ejercitar las caricias compartidas, autoestimulación delante de la pareja y rozamiento genital. En este punto se entrena la técnica del stop/start alternándola con la técnica de compresión o pinza.

Una vez superada la fase se procede a la «erotización orgásmica II» donde se solicita la estimulación de forma compartida —sin utilizar la penetración— y cuando la excitación sea elevada, él continuará hasta que ella alcance el orgasmo. Inmediatamente después ella lo masturbará a él hasta el final, cronometrando las cinco primeras sesiones para que se tenga constancia del tiempo.

La «desensibilización intravaginal I» sería la fase siguiente en la cual se procede a la penetración en cabalgada. Tres series de tres minutos cada una, durante las cuales el paciente pondrá en práctica los ejercicios del esfínter anal y suelo pélvico, en el sentido propuesto por LaPera y Nicastro (1996), hasta eyacular fuera de la vagina por autoestimulación. En esta fase se contrae la musculatura del suelo pélvico durante la penetración pero no se permiten empujes vaginales. Se ejercita la concentración en fantasías eróticas.

A continuación se pone en práctica la «desensibilización intravaginal II», es decir, partiendo de los ejercicios anteriores, el paciente comienza con series lentas de empujes vagi-

nales. La sesión termina con eyaculación fuera de la vagina por estimulación de la pareja. Una vez superada la fase, se llega a la «desensibilización intravaginal III», tras una serie lenta se pasa a otra serie más rápida para volver de nuevo a los movimientos lentos. Se recalca la necesidad de las fantasías y se permite el orgasmo intravaginal.

Mejores resultados obtenemos con el modelo combinado, que estriba en la conjunción de la eficacia de la terapia sexual descrita junto a la utilización de un ISRS. Las fases del tratamiento serían las mismas pero a partir de la erotización orgásmica se incluye el fármaco. En casos de eyaculación *anteportam* se administra el medicamento desde la fase de erotización genital (Cabello, 2009).

Pasado un mes de haber alcanzado la desensibilización vaginal III, se administra el fármaco a demanda antes del encuentro sexual. Si la evolución ha sido favorable se disminuye la medicación de forma progresiva hasta su retirada total.

El uso de medicamentos como única medida para el tratamiento de la eyaculación precoz conlleva un gran número de recaídas, por ejemplo, a las tres semanas de abandonar la paroxetina ha vuelto a eyacular rápido el 90% de los pacientes. Por este motivo parece más útil el empleo combinado de fármacos con terapia sexual. Así, la utilización conjunta de sertralina con terapia sexual conlleva un 90% de éxitos terapéuticos (Sira, 1996). En el mismo sentido, Yamira Puentes (2002) utilizando clorimipramina desde la quinta sesión de terapia sexual, manifiesta que se solucionó el problema al 84'1% de los afectados, mejorando el 11'4% y no encontrando cambios el 4'5%.

Con la comercialización de la dapoxetina se abre una nueva etapa en el tratamiento de esta disfunción, ya que la sexoterapia combinada con el fármaco a demanda, otorga nuevas posibilidades. Además resulta el tratamiento ideal para eyaculadores prematuros sin pareja que tengan relaciones sexuales esporádicas.

## REFERENCIAS

- Althof, S.E. (1995). Pharmacologic treatment of rapid ejaculation. *Psychiatr Clin North America*, 18(1):85-94.
- Barlow, D.H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 140-148.
- Basson, R. (2002, abril). *Successful management of erectile dysfunction: addressing its repercussions on the female partner*. The first European congress on the management of male sexual dysfunction and other critical issues in men's health. Mónaco.
- Baum, N. Randrup, E., Junot, D. y Hass, S., (2000). Prostaglandin E1 versus sex therapy in the management of psychogenic erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 12 (3), 191-194.
- Beck, J.G. y Barlow, D.H. (1986). The effects of anxiety and attentional focus on sexual responding: Physiological patterns in erectile dysfunction. *Behaviour Research and Therapy*, 24(1), 9-17.
- Buvat, J., Tesfaye, F., Rothman, M., Rivas, D., y Giuliano, F. (2009). Dapoxetine for the Treatment of Premature Ejaculation: Results from a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Phase 3 Trial in 22 Countries. *European Urology*, 55, (4), 957-968.
- Cabello, F. (2004). *Disfunción eréctil: Un abordaje integral*. Madrid: Psimática
- Cabello, F. (2009, en prensa). Manual de sexología y terapia sexual. Madrid: Síntesis.
- Claes, H. y Baert, L. (1989). Transcutaneous Nitroglycerin Therapy in the Treatment of Impotence. *Urologia Internationalis*, 44, 309-312.
- De Rose, A.F., Giglio, M., Traverso, P., Lantieri, P. y Carmignani, G. (2002). Combined oral therapy with sildenafil and doxazosin

for the treatment of non-organic erectile dysfunction refractory to sildenafil monotherapy. *International Journal of Impotence Research*, 14, 50-53.

Fenemore, J. (1988). Ensayo a doble ciego de la yohimbina en la impotencia psicógena. *The Lancet*, 12(1), 9-11.

Ghanem, H., Sherif, T., Abdel-Gawad, T. y Asaad, T. (1998). Short term use of intracavernous vasoactive drugs in the treatment of persistent psychogenic erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 10(4), 211-214.

Goldstein, I. (2000). Oral phentolamine: an alpha1, alpha2 adrenergic antagonist for the treatment of erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 12, 75 – 80.

Grimm, R.H., Grandits, G.A., Prineas, R.J., McDonald, R.H. Lewis, C.E., Flack, J.M., Yunis, C., Svendsen, K., Liebson, P.R. y Elmer, P.J. (1997). Long-term effects on sexual function of five antihypertensive drugs and nutritional hygienic treatment in hypertensive men and women. Treatment of Mild Hypertension Study (TOMHS). *Hypertension*, 29(1), 8-14.

Hatzichristou, D., Sáenz de Tejada, I, Sleep, D. y Perdok, R. (2003, junio). Time to Erection With Apomorphine SL 2 and 3mg in Men With Erectile Dysfunction. Póster presented at 2nd International Consultation on Erectile and Sexual Dysfunctions. París. Francia.

Hawton, K. (1985) *Terapia Sexual*. Barcelona: Doyma.

Jan Wise, M. E. y Watson, J.P. (2000). A new treatment for premature ejaculation: case. Series for a desensitizing band. *Sexual and Relationship Therapy*, 15 (4), 345-350.

Jannini, E.A., Lenzi, A. y Wagner G. (2003). New perspectives in the pharmacotherapy of erectile dysfunction. *IDrugs: The Investigational Drugs Journal*, 6(12), 1165-1172.

Kaplan, H.S. (1974). *The new sex therapy – Active treatment of sexual dysfunctions*. New York: Times Book Co.

Kaplan, S.A., Reis, R.B., Kohn, I.J., Shabsigh, R. y Te, A.E. (1998). Combination therapy using oral alpha-blockers and intracavernosal injection in men with erectile dysfunction. *Urology*, 52(5), 739-743.

Kim, S.W. y Paick, J.S. (1999). Short-term analysis of the effects of as needed use of sertraline at 5 PM for the treatment of premature ejaculation. *Urology*, 54(3), 544-547.

La Pera, G. y Nicastro, A. (1996). A new treatment for premature ejaculation: the rehabilitation of the pelvic floor. *Journal of Sex Marital Therapy*, 22(1), 22-26.

L'Abate, L. (1986). *Systematic family therapy*. New York: Brunner Mazel.

Masters, W.H. y Johnson, V.E. (1970). *Incompatibilidad sexual humana*. Buenos Aires: Inter-Médica.

Molinoff, P.B., Shadiack, A.M., Earle, D., Diamond, L.E. y Quon, C.Y. (2003). PT-141: a melanocortin agonist for the treatment of sexual dysfunction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 994, 96-102.

Moncada, I., Jara, J., Subira, D., Castaño, I., Hernández, C. (2004). Efficacy of sildenafil citrate at 12 hours alter doping: re-exploring the therapeutic window. *European Urology* 46, 357-360; discussion 60-61.

Montorsi, F., Hellstrom, W.J.G., Valiquette, L., Eardley, I., Homering, M. y Bandel, T.J. (2003, junio). Reliable Efficacy Over Time of Vardenafil, a Potent, Highly Selective PDE-5 Inhibitor in Men with Erectile Dysfunction: A Restrospective Analisis of Two Pivotal Phase III Studies. Poster presented at the 2nd International Consultation on Erectile and Sexual Dysfunctions. París, Francia.

Mydlo, J.H., Volpe, M.A. y Macchia, R.J. (2000). Initial results utilizing combination therapy for patients with a suboptimal response to either alprostadil or sildenafil monotherapy. *European Urology*, 38, 30–34.

Olsson, A.M., Speakman, M.J., Dinsmore, W.W., Giuliano, F., Gingell, C., Maytom, M., Smith, M.D. y Osterloh, I. (2000). Sildenafil citrate (Viagra®) is effective and well tolerated for treating erectile dysfunction of psychogenic or mixed aetiology. *International Journal of Clinical Practice*, 54(9), 561-566.

Padma-Nathan, H., Kaufman, J. y Taylor, T. (2003, junio). Earliest time of onset of erections with vardenafil determined in at-home setting. Poster presentado al II International Consultation

on Erectile and Sexual Dysfunctions, París.

Pallas, J., Levine, S.B., Althof, S.E. y Risen, C.B. (2000) A study using Viagra in a mental health practice. (2000). *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26(1), 41-50.

Perelman, M. (1998, Nov.). *Sex therapy update: Integrating Viagra*. Invited workshop, presented at the joint annual meeting of American Association of Sex Educators, Counselors and Therapists/Society for the Scientific Study of Sex. Los Angeles, CA, USA.

Perelman, M. (2000). Integrating sildenafil: Its impact on sex therapy. *Sexual Dysfunction in Medicine*, 4(1), 98-104.

Petrov, V.I., Vekel'yan, A.S., Martyushev, A.V., Sergeeva, S.A., Smolenov, I.V. y Epstein, O.I. (2003). Impaza and sildenafil: comparison of clinical effectiveness in patients with erectile dysfunction. *Bulletin of Experimental Biology and Medicine*, 135(1), 150-151.

Porst, H. (2002). IC351 (Tadalafil): Update on clinical experience. *International Journal of Impotence Research*, 14(1), S57-S64.

Puentes-Rodríguez Y. (2002). Terapia psicofarmacológica en la eyaculación precoz. Interpsiquis. [www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com).

Rodríguez-Vela, L., Gonzalvo-Ibarra, A., Pascual-Regueiro, D. y Rioja Sanz, L.A. (2002). Disfunción eréctil. *Actas Urológicas Españolas*,

26(9), 667- 690.

Rosen, R. (2000). Medical and psychological interventions for erectile dysfunction: Toward a combined treatment approach. S. Leiblum y R. Rosen (Eds.) *Principles and Practice of Sex Therapy* (3rd ed.), 276-304.

Semans, J.H. (1956). Premature ejaculation: a new approach. *The Southern medical journal*, 49, 353-56.

Sira, M. (1996). *Sertralina en el tratamiento de la eyaculación precoz*. Anales VIII CLASSES. Montevideo.

Stief, C., Porst, H., Sáenz de Tejada, I. y Ulbrich, E. (2003, junio). Sustained Efficacy and Tolerability of Vardenafil Over Two Years in Men with Erectile Dysfunction. Poster presented at the 2nd International Consultation on Erectile and Sexual Dysfunctions. París. Francia.

Wylie, K.R., Jones y R.H. Walters, S. (2003). The potential benefit of vacuum devices augmenting psychosexual therapy for erectile dysfunction: A randomized controlled trial. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 29(3), 227-236.

Zorgniotti, A.W. (1994). Experience with buccal phentolamine mesylate for impotence. *International Journal of Impotence Research*, 6(1), 37-41.

Zwang, G. (1985). *Sexologie*. París: Masson.



## SALUD SEXUAL Y POLÍTICAS LOCALES

Carlos de la Cruz Martín-Romo

Dir. Master en Sexología UCJC  
carlosdelacruzmr@gmail.com

---

### Resumen

Las políticas en materia de sexualidad, salud sexual, o educación sexual... no nos son ajenas, no nos pueden ser ajenas. Como ciudadanos, por supuesto, pero tampoco como profesionales de la Sexología. Desde ellas se nos dan o se nos quitan espacios. Se da prestigio y valor a nuestro trabajo o, por el contrario, se le quita. Es más, incluso directamente, según sean las políticas, se crean puestos de trabajo o no. Creo que esto es indiscutible, otra cosa será sin embargo el diagnóstico de la situación o cuáles deberían ser, precisamente, esas políticas.

**Palabras clave:** políticas en sexualidad, salud sexual, educación sexual.

### Summary

*The policies on sexuality, sexual health or sexual education... Aren't foreign to us, they can't be foreign to us. As citizens, of course, but also as sexology's professionals. It is they who give us or take away spaces. It gives prestige and value to our work or, conversely, takes it away. Moreover, even directly, depending on the policies, employment are created or not. I think this is incontestable, however another thing will be the diagnosis about the situation or what should be precisely those policies.*

**Keywords:** policies on sexuality, sexual health, sexual education.

Hace un tiempo publiqué en el BIS N° 59 (Boletín de Información Sexológica de la AEPS) un artículo titulado «**Sexualidad y Políticas de Juventud, la botella medio vacía, la botella medio llena**» y en él planteaba mis dudas sobre si tenemos razones para ser optimistas o si tenemos tantas, o más, para ser pesimistas.

Argumentaba que, efectivamente, en los últimos años, se han dado, con toda claridad, avances. Con lo cual se podría confirmar el optimismo: hay consenso sobre la necesidad de educación sexual, se legisla sobre los matrimonios de personas del mismo sexo, el sexo ha dejado ser tabú, el sexólogo está presente en la sociedad...

Pero también argumentaba que, para otras cosas, seguimos estando justo en el mismo lugar dónde estábamos hace años. Por ejemplo, habrá consenso pero a la hora de la verdad la educación sexual sigue sin ser una realidad en la inmensa mayoría de centros educativos. Son legales los matrimonios del mismo sexo pero tiene toda la pinta de que las sexualidades siguen estando jerarquizadas. El sexo no es tabú pero seguimos hablando mayoritariamente del sexo como algo que pasa exclusivamente entre los genitales, entre jóvenes, en pareja... El profesional de la Sexología está presente en la sociedad, sin ninguna duda, pero, buena de la sociedad no sabe qué se esconde detrás de esas palabras: sexólogo o sexóloga. En fin, que también hay muchas razones para ser pesimistas.

Sin embargo, en este artículo quiero apostar por el optimismo. Quizás porque percibo que hay más pesimistas; demasiados discursos victimistas que sólo ofrecen la alternativa de la queja o la propuesta imposible. Olvidando que un gran logro se fundamenta sobre pequeños logros, que los caminos se hacen con pequeños pasos. Y que como cantaba el grupo Esclarecidos *es imposible pescar sin ponerse cerca del mar*. Y ese mar puede que sea la administración estatal, la de las dis-

tintas nacionalidades o comunidades autónomas o la administración local. Pondré de ejemplo la administración local, que, al fin y al cabo, es la que más conozco por mi puesto de trabajo. Y desde ahí también argumento mi optimismo, pues he pasado por muchas concejalías y en todas ha habido lugar para algo que contribuya a la Educación Sexual: Educación, Infancia, Juventud o Salud. Y, lo que es mejor, en todas estas tampoco se agotan las posibilidades.

Vayamos por partes. Cuando surgieron los llamados «primeros ayuntamientos democráticos», hace ahora 30 años, rápidamente se pusieron a la tarea de tratar de cubrir necesidades que otras administraciones no hacían. De esta manera se empezaron a asumir competencias que en ningún sitio figuraban como propias de los ayuntamientos. Por supuesto, no quiero olvidar que casi siempre era el movimiento vecinal quien planteaba estas reclamaciones, quien hacía oír su voz, quien desvelaba sus necesidades y quien de alguna manera «arrancaba» de los ayuntamientos estos compromisos para ponerse a la tarea. Es decir que el movimiento vecinal «consiguió» cosas, no se las regalaron.

Un ejemplo de todo esto —y de modo muy resumido— es lo que sucedió con los anticonceptivos y los centros de planificación familiar. En el año 1978, apenas unos meses antes de que se constituyan esos primeros ayuntamientos, son legalizados los métodos anticonceptivos y, como es evidente, la administración central —aún no había autonomías— estaba muy lejos de poder atender, y sobre todo de manera sensata, toda la demanda que la reciente legalización despertaba. Una de las dificultades residía en que en aquellos años la prescripción de los métodos anticonceptivos sólo podía hacerse desde atención especializada y, por tanto, aún no podía hacerse desde atención primaria. Así las cosas, son muchos los ayuntamientos que crearon los llamados Centros de Salud Municipal en los que, por supuesto, no solo



se abordan temas de sexualidad y anticoncepción, pero, sin ninguna duda, fueron esas demandas las que los impulsaron.

En los Centros Educativos pasan cosas parecidas. Surgen nuevas realidades, nuevas demandas, y los Centros carecen de recursos para poder atenderlas de la manera adecuada. En esos años no existían los Departamentos de Orientación, ni el teórico compromiso de las áreas transversales. Por eso desde las Concejalías de Educación de muchos ayuntamientos se crean los Gabinetes Psicopedagógicos Municipales que tratan de impulsar medidas que mejoren la calidad de la escuela pública: técnicas de estudio, informes psicopedagógicos o programas de apoyo a la escuela como los de Educación Sexual, seguridad vial, prevención de drogas...

Como es evidente, esta realidad no es exactamente así en todos los municipios —no son iguales los grandes que los pequeños y, probablemente tampoco lo sean los de izquierdas que los de derechas, o mejor dicho, algunos de izquierdas que algunos de derechas—, por comunidades, el predominio de lo rural o lo urbano, la economía, la cultura...

En definitiva, y esto es lo realmente interesante: se empezó haciendo educación y atención a la sexualidad porque había demanda y porque había necesidad, pero no porque hubiera leyes que lo exigieran o competencias asignadas. Sin embargo ahora las cosas han cambiado. Sigue habiendo demanda y necesidad, hay mucho más consenso del que había y además hay leyes y competencias que comprometen. Por eso creo que tenemos más razones para el optimismo. Hemos mejorado.

Se podrá discutir de muchas cosas. De hecho se hace. Pero hay acuerdo en que las administraciones públicas deben dejar resuelto el tema de la atención en sexualidad y el acceso a los métodos anticonceptivos y que en los centros educativos se debe hacer Educa-

ción Sexual. La Educación y la Atención en Sexualidad están en la agenda. Ya no podemos hablar sólo de voluntades, hay leyes que vinculan o convenciones a las que el Estado se ha adherido por propia voluntad.

Un ejemplo es la «Constitución», que encomienda a los poderes públicos la tutela de la Salud. Otro ejemplo es la Ley de bases de Régimen local de 1985 y más tarde la Ley General de Sanidad del 1985, que otorgan competencias a los ayuntamientos en actuaciones encaminadas a la prevención de la enfermedad y de la promoción de la salud tanto individual como comunitaria. Y que, explícitamente, habla de programas materno infantil, planificación familiar, prevención del cáncer, programas de salud escolar...

Puede, sin embargo, que muchos de los profesionales de la Sexología, no se den por aludidos ni por salud, ni por promoción de la salud o salud escolar, puede que ni tan siquiera por planificación familiar.

Sin embargo, es más que probable —y sabemos que lo sabemos— que en la cabeza de quien legisla y de quien impulsa estas leyes, esté mucho de lo que nosotros en artículos, congresos o jornadas llamamos Educación Sexual. Y, sobre todo, mucho de lo que hacemos cuando decimos que hacemos Educación Sexual. En definitiva, personalmente creo, sin renunciar a la episteme sexológica, que estas leyes tiene que ver con nosotros, aunque en ellas no se hable de Sexología.

Hay más ejemplos que vinculan a las administraciones a hacer realidad la educación y la atención a la sexualidad: la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer, adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas mediante Resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979, que establece en su artículo 12 que *Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la*

*atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.* La Plataforma de Acción de Beijing, acordada por 189 países en la IV Conferencia mundial sobre la mujer celebrada en 1995, que ha reconocido que *los derechos humanos de las mujeres incluyen el derecho a tener el control y a decidir libre y responsablemente sobre su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, libre de presiones, discriminación y violencia.* La Resolución 2001/2128(INI) del Parlamento Europeo sobre Salud Sexual y Reproductiva y los derechos en esta materia, en la que se contiene un conjunto de recomendaciones a los Gobiernos de los Estados miembros en materia de anticoncepción, embarazos no deseados y Educación Sexual. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 13 de diciembre de 2006, ratificada por España, que dispone la obligación de los Estados Partes de respetar *el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener (...) y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos.*

Es verdad que en casi todos estos ejemplos se habla poco de Sexología y mucho de Salud, Salud Sexual y de Salud Reproductiva. Pero insisto en la idea estas son las puertas. Después dependerá de nosotros que el abordaje de la sexualidad sea más o menos sexológico. No olvidemos que además todas estas convenciones, plataformas o resoluciones son las que están en el preámbulo de la que se conoce como «Ley sobre Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción voluntaria de Embarazo».

De todos modos, como profesionales de la Sexología nos corresponde definir claramente de qué hablamos cuando decimos Educación Sexual. De modo que no se emplee este tér-

mino cuando es otra cosa la que se hace o la que se propone. Aquí deberíamos ponernos a la tarea. Una definición de Educación Sexual que con toda claridad permita distinguir, y sobre a los más profanos en este tema, entre Educación Sexual y, por ejemplo, prevención.

Soy optimista pues creo que al igual que somos capaces de trabajar en un despacho con parejas que traen otra episteme, otro lenguaje y otro modelo, también para elaborar políticas podemos trabajar del lado de otras personas que, quizás, aún no compartan ni nuestra episteme, ni nuestro lenguaje, ni nuestro modelo. Pero si en el primer caso somos capaces de escucharles, echarnos a andar y hacerlo juntos, no creo que nos falten capacidades ni talento para hacerlo en este segundo caso. Al fin y al cabo, y al menos desde las políticas locales, se trata de avanzar en cuatro direcciones.

La primera, la Educación Sexual en Centros Educativos. Aunque si habláramos sólo de Educación Sexual en el aula sería fácil quitarles las competencias a los ayuntamientos, no creo que haga falta recordar que la Educación Sexual no puede limitarse al aula y que si hablamos del aula, hablamos de muchas más cosas: infantil, primaria, secundaria, profesorado, familia... El papel de los ayuntamientos es evidente, contribuir, colaborar o dinamizar. No se trata de quedarse con toda la Educación Sexual, que dicho sea de paso, no pertenece en exclusiva a nadie, ni siquiera a los sexólogos o sexólogas.

La segunda, la atención personalizada. Es decir, que haya espacios para poder consultar o resolver todas las dudas o inquietudes en relación con lo sexual. Este espacio no puede estar exclusivamente en centros escolares y tampoco parece que pueda resolverse en Atención Primaria —espacio medicalizado, problematizado, diez minutos...—. Luego aquí las corporaciones locales sí que tienen un hueco que además encaja con sus competencias.

La tercera dirección es la Formación. Se trata de que, sin querer convertir a todos los profesionales en especialistas en Sexología, se procure que cada uno sepa jugar su papel. El Ayuntamiento tiene un lugar privilegiado para esto. Por su cercanía con la población, pero también por estar en contacto directo con el resto de administraciones. Por tanto puede favorecer este tipo de intervenciones, —por ejemplo, cursos o jornadas dirigidas a profesionales del mundo sanitario, profesional de la educación, educadores o educadoras...— .

Por último, están las campañas de Información y Sensibilización. Campañas específicas y a través de medios de comunicación locales. Que por cierto, ya se encargan de tratar todo lo concerniente a la sexualidad como consideran oportuno, así que parece sensato pensar que también esos mismos medios de comunicación pueden servir para transmitir informaciones o mensajes que ayuden a una percepción de la sexualidad distinta a la que habitualmente aparece.

Supongo que es evidente que no hay un único responsable de todo esto, que todos y todas hacemos falta y que se puede, se debe, trabajar desde muchos espacios. Por supuesto de manera coordinada y cada cual jugando su papel. El cómo conseguirlo es más complicado, pero tiene toda la pinta que, como profesionales de la Sexología, o somos capaces de pelear, exigir y tener iniciativas o «nos van a dar las tantas» y nos podemos quedar esperando a «Godot». Esto significa meterse en las cocinas y aceptar todas las invitaciones a participar. Es más, se trata de tener conducta proactiva y convocar, proponer, asesorar... Todo menos quedarse en el andén como la Penélope de Serrat que espera a su amante —a que venga una ley sobre sexualidad— para acabar diciendo: *no eras tú a quien yo espero*.

Pero, además, tendremos que hacer «pedagogía» y tener paciencia, porque a veces da la impresión de que exigimos que los políticos o

los responsables entiendan todo a la primera. Y nos enfada por ejemplo que crean que esto de la sexualidad se resuelve repartiendo masivamente preservativos o haciendo unos folletos o que, por el contrario, no hace falta hacer nada. Lo curioso es que muchos de ellos están justo dende estábamos muchos de nosotros hace algunos años, donde están cientos de personas con las que trabajamos. Por tanto, creo que como profesionales de la Sexología deberíamos hacer más uso de nuestra capacidad empática; esa misma que utilizamos en las aulas y en las consultas y que, sin embargo, con frecuencia, en estos casos convertimos en exigencia. En definitiva, creo que si queremos que los políticos entiendan nuestros discursos más sexológicos tendremos que situarnos a su lado y desde allí tratar de caminar.

Para concluir y hacerlo de manera optimista; porque insisto en que, a pesar de estos dos apuntes críticos, creo que se dan todas las circunstancias para que todo esto vaya a mejor, quiero terminar con un poema de Mario Benedetti titulado «Defensa de la Alegría» (1979).

### Defensa de la Alegría:

*Defender la alegría como una trinchera  
defenderla del caos y de las pesadillas  
de la ajada miseria y de los miserables  
de las ausencias breves y las definitivas  
defender la alegría como un atributo  
defenderla del pasmo y de las anestias  
de los pocos neutrales y los muchos neutrones  
de los graves diagnósticos y de las escopetas  
defender la alegría como un estandarte  
defenderla del rayo y la melancolía  
de los males endémicos y de los académicos  
del rufián caballero y del oportunista  
defender la alegría como algo inevitable  
defenderla del mar y las lágrimas tibias  
de las buenas costumbres y de los apellidos  
del azar y también, también de la alegría.*

Pues bien, si ahora sustituyo la palabra «alegría» por «Sexología» se entenderá mejor alguna de las cosas que he querido decir con este artículo:

Defender la Sexología como una trinchera  
defenderla del caos y de las pesadillas  
de la ajada miseria y de los miserables  
de las ausencias breves y las definitivas  
defender la Sexología como un atributo  
defenderla del pasmo y de las anestias  
de los pocos neutrales y los muchos neutrones  
de los graves diagnósticos y de las escopetas

defender la Sexología como un estandarte  
defenderla del rayo y la melancolía  
de los males endémicos y de los académicos  
del rufián caballero y del oportunista  
defender la Sexología como algo inevitable  
defenderla del mar y las lágrimas tibias  
de las buenas costumbres y de los apellidos  
del azar y también, también de la Sexología.

# PROPUESTA<sup>1</sup> DE ATENCIÓN SEXOLÓGICA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN EN LÍNEA DEL INSTITUTO DE SEXOLOGÍA INCISEX [www.sexologiaenincisex.com](http://www.sexologiaenincisex.com)

Samuel Díez Arrese, Ana García Mañas y Juan Lejárraga Vera

Profesores de asesoramiento sexológico del Instituto de Sexología Incisex  
C/ Vinaroz, 16. 28002, Madrid - España  
Tel. 91 416 39 20  
[asesoria.dir@incisex.com](mailto:asesoria.dir@incisex.com)

---

## Resumen

La presencia generalizada de internet en muchos lugares ha facilitado enormemente el acceso de las personas a la atención sexológica en línea. Las respuestas que los usuarios obtienen de estos servicios pueden llegar a diferir notablemente, según se entiendan como atención «sexológica», en «sexualidad», en «salud sexual» o en «problemas reproductivos». Por otra parte, a menudo los resultados son dispersos, descoordinados, y las consultas se abordan desde otras disciplinas como la medicina o la psicología. Por ello, proponemos un modelo de intervención sexológica profesional, riguroso y coherente con la disciplina sexológica. Los tres objetivos principales son: 1) Proporcionar un nuevo marco de comprensión: a través de ideas y conceptos que ayuden a las personas a comprender su peculiar modo de ser sexuado y a vivirse de la forma más satisfactoria posible. 2) Reforzar la idea de diversidad: Dando valor a cada forma de ser y sentirse sexuado, legitimando todas las posibilidades y promoviendo su cultivo. 3) Fomentar la autonomía personal: Proporcionando herramientas y trabajando con los recursos de quien consulta, de manera que contribuyan a resolver sus inquietudes, sus experiencias insatisfactorias, las situaciones conflictivas, etc.

**Palabras clave:** sexología, epistemología, metodología, asesoramiento sexual.

## Summary

### SEX COUNSELING PROPOSAL OF THE ON-LINE CUSTOMER SERVICE FROM THE INSTITUTE OF SEXOLOGY INCISEX WWW.SEXOLOGIAENINCISEX.COM

*The widespread internet presence in many places has greatly facilitated people's access to online sex counseling. The answers the users get from these services can differ markedly depending on their understanding of counseling as "sexological", or related to "sexuality", "sexual health" or "reproductive problems". Moreover, the results are often scattered, uncoordinated, and consultations are tackled from other disciplines such as medicine or psychology. Therefore we propose a sexological intervention model that is professional, rigorous and consistent with the sexological discipline. The three main objectives are: 1) Provide a new framework for understanding: through ideas and concepts that will help people understand their peculiar way of being sexed and live in the most satisfactory way. 2) Reinforce the idea of diversity: giving value to every form of being and feeling sexed, legitimizing all options and promoting their development. 3) Promote personal autonomy: providing tools and working with the resources of each user, so as to help resolve their concerns, unsatisfactory experiences, difficult situations, and so on.*

**Keywords:** *sexology, epistemology, methodology, sex counseling.*

## 1. Introducción

La presencia generalizada de internet en muchos lugares ha facilitado enormemente el acceso a los servicios de atención sexológica online. Las respuestas que las personas obtienen de estos servicios pueden llegar a diferir notablemente, según se entiendan como atención «sexológica», en «sexualidad», en «salud sexual» o en «problemas reproductivos». En consecuencia, a menudo los resultados son dispersos, descoordinados, y las consultas se abordan desde otras disciplinas como la medicina o la psicología (Boynton, 2007).

Por ello, proponemos un modelo de intervención sexológica profesional, riguroso y coherente con la disciplina sexológica. Consta de casi una veintena de claves conceptuales, metodológicas y procedimentales<sup>2</sup> que consideramos esenciales en una intervención de calidad en asesoramiento sexológico puntual.

Hemos querido centrar el presente modelo de intervención en el asesoramiento puntual al ser el formato menos tratado en la literatura de nuestra disciplina en comparación con la educación y la llamada terapia sexual.

Y sin embargo, es un ámbito en el que trabajamos muchos profesionales, cuyo número crece día a día en la medida en que aumentan también los servicios, tanto públicos como privados, destinados a este tipo de intervenciones.

Pese a que abordamos la intervención profesional sólo en el asesoramiento puntual, resulta evidente que muchas de estas claves son perfectamente aplicables al resto de formatos de intervención.

Por último, este modelo va destinado a profesionales de la Sexología que realizan intervenciones en este campo. No obstante, esperamos que también sea de interés, referencia y especial utilidad para aquellos profesionales que, aun no siendo sexólogos o sexólogas, atienden consultas en asesorías municipales de sexualidad, teléfonos de información sexual, correos, foros, etc., así como también a aquellas personas que atienden en los consultorios de temática «sexual» de los medios de comunicación.

## 2. Asesoramiento sexual sexológico

Entendemos el asesoramiento sexual sexológico como un proceso de colaboración entre

usuario y profesional, donde ambas partes son activas. En el que el profesional se responsabiliza de ajustar el proceso de intervención, mientras que, quien consulta, se responsabiliza de sí mismo.

Lo que supone, entre otras cosas, diferenciarse radicalmente del tan manido y divulgado modelo de pregunta–respuesta, heredero pseudointeractivo de una larga tradición de manuales médicos sobre el *ars amandi*, cuyos antecedentes cabe rastrear al menos hasta el *Retrato del amor conyugal* de Nicolas Venette en 1686.

En dicho modelo, desde una perspectiva medicalizante de la sexualidad, toda pregunta tiene su respuesta de antemano, luego la interacción es ficticia; las características peculiares de quien pregunta apenas hacen variar la respuesta.

En definitiva, se trata de un proceso de colaboración que atiende a los usuarios que consultan y no ya de responder a las *preguntas* que estos usuarios traen.

Este cambio es un salto cualitativo necesario e importante, que elevamos a la categoría de axioma de la intervención: **atender a quien consulta y no a la consulta.**

Por otra parte, hablamos de asesoramiento sexual sexológico, pero insistiremos cuanto haga falta en que sexual, o de los sexos, no se refiere a los contenidos o la temática, sino a los destinatarios de la intervención, los usuarios. Por ello, «Asesoramiento Sexológico» será la formulación que utilizaremos a partir de este momento.

Dicho carácter sexológico lo desarrollamos desde una triple vertiente: los contenidos, su abordaje y los profesionales:

**Los contenidos** serán todos aquellos aspectos, temas y experiencias, relacionadas con el hecho de ser los hombres y mujeres relativos

y relacionales que somos. Ya no están, por tanto, basados necesariamente en el funcionamiento genital, la pericia orgásmica, la profilaxis amatoria, la planificación familiar o circunscritos a las urgencias más o menos mediatizadas del momento.

**El abordaje** de dichos contenidos lo realizamos desde nuestro marco de reflexión epistemológica, que es el mapa del hecho sexual humano, de Efigenio Amezcua.

Además de este marco propio, disponemos de otros dos elementos que perfilan nuestra intervención: la comprensividad y el enfoque biográfico.

**Los profesionales** responsables de la intervención son necesariamente sexólogos, pues son quienes tienen el conocimiento y la destreza para aplicar este abordaje a la experiencia sexualmente significativa que traen los usuarios. Exactamente igual que un servicio de asesoramiento psicológico, por propia deontología, sólo puede ser atendido por profesionales de la Psicología.

Así, en las intervenciones sexológicas que nos planteamos desde este modelo, todo abordaje médico, psicológico, sanitario, moral, político, religioso, naturópata, etc. queda completamente fuera de lugar.

### 3. Objetivos

Los objetivos básicos que perseguimos en cualquier intervención, con independencia de la temática de la consulta, son:

**Proporcionar un nuevo marco de comprensión:** A través de ideas y conceptos que ayuden a las personas a comprender su peculiar modo de ser sexuado y a vivirse de la forma más satisfactoria posible.

**Reforzar la idea de diversidad:** Dando valor a cada forma de ser y sentirse sexuado,

legitimando todas las posibilidades y promoviendo su cultivo.

**Fomentar la autonomía personal:** Proporcionando herramientas y trabajando con los recursos de quien consulta, de manera que contribuyan a resolver sus inquietudes, sus experiencias insatisfactorias, las situaciones conflictivas, etc.

#### 4. Conclusiones

La atención sexológica, para ser sexológica y profesional, ha de basarse en criterios teóricos rigurosos, de calidad metodológica y

coherentes con la disciplina (Amezúa, 1992, 1993, 1999, 2001, 2003; de la Cruz, 2003; Lanas, 1997; Llorca, 1996, 1997; Robinson, 1995; Wettley y Leibbrand, 1990).

Los profesionales que abordamos dichas consultas precisamos espacios de discusión y debate sobre nuestra intervención, logrando así la actualización y el avance profesional.

Reflexionar sobre las claves de nuestra intervención y elaborar materiales sobre ello es de gran utilidad para cumplir con estos objetivos y ofrecer una atención sexológica, lo repetimos, profesional y de calidad.

#### NOTAS AL TEXTO

[1] Por motivos de limitación de espacio, la descripción del portal y su equipo de intervención se ha omitido del presente documento.

[2] Por idénticos motivos se ha omitido la inclusión de dichas indicaciones.

#### REFERENCIAS

AEPS (2003) I Jornadas de Sex Counselling o Asesoramiento Sexual, 6-8 Junio, Madrid. Zamora: AEPS.

Amezúa, E. (1992) Sexología, cuestiones de fondo y forma: La otra cara del sexo. Sobre algunas tareas actuales de la sexología como ciencia y profesión. *Revista española de sexología*, 49-50.

-(1993) *Los hijos de Don Santiago: paseo por el casco antiguo de nuestra Sexología*. *Revista española de sexología*, 59-60.

-(1999a) Teoría de los sexos: la letra pequeña de la sexología. *Revista española de sexología*, 95-96.

-(1999b) Diez textos breves. *Revista española de sexología*, 95-96.

-(2000) El Ars Amandi de los sexos. *Revista española de sexología*, 99-100.

-(2001) Educación de los sexos: la letra pequeña de la educación sexual. *Revista española de sexología*, 107-108.

-(2003) El sexo: Historia de una idea.

*Revista española de sexología*, 115-116.

Boynton, P. (2007) Advice for sex advisors: a guide for 'agony aunts', relationship therapists and sex educators who want to work with the media. *Sex Education*, 7 (3), 309-326.

De la Cruz, C. (2003) Educación de las sexualidades. Los puntos de partida de la Educación Sexual. *Revista española de sexología*, 119.

Lanas, M. (1997) Razones para la existencia de una ciencia sexológica. *Revista española de sexología*, 83-84.

Landarroitajuregui, J., (2000a) Homos y Heteros: Aportaciones para una teoría de la sexuación cerebral. *Revista española de sexología*, 97-98.

-(2000b) Términos, conceptos y reflexiones para una comprensión sexológica de la transexualidad. *Anuario de sexología*, 6, 79-126.

Llorca, A. (1996) La obra sexológica de Iwan Bloch. *Revista española de sexología*, 74-75.

-(1997) Magnus Hirschfeld y su aportación



a la ciencia sexológica. *Revista española de sexología*, 81-82.

Robinson, P. (1995) La Modernización del sexo. Presentación de Havelock Ellis, Kinsey y Masters & Johnson. *Revista española de sexología*, 67-68.

Wettley, A. y Leibbrand, W. (1990) De la Psychopathia sexualis a la Ciencia sexológica. Un estudio histórico de las grandes ideas que han condicionado la sexualidad desde la psicopatología hasta el inicio de la sexología. *Revista española de sexología*, 43.



# PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SEXUALIDAD A LA POBLACIÓN INMIGRANTE – UNAF (UNIÓN DE ASOCIACIONES FAMILIARES)

María Victoria Ramírez Crespo

Sexóloga. Psicóloga

Profesora del IUNIVES (Instituto Universitario de Sexología) de la Universidad Camilo José Cela

Vicepresidenta de Lasexologia.com

Programa de atención en sexualidad a la población inmigrante de la UNAF

C/ Jacometrezo, 4, planta 8ª, oficina 14. 28013, Madrid

Tel. 91 523 08 14

mvramirez@lasexologia.com

---

## Resumen

Los distintos colectivos que forma la población inmigrante en España presentan características específicas que merece la pena conocer para ofrecer una correcta atención en sexualidad. El programa de atención en sexualidad a la población inmigrante de la UNAF (Unión de Asociaciones Familiares), pretende apoyar la educación sexual de este colectivo, y facilitar a las profesionales y los profesionales de la sexología, de la salud, la educación, etc., claves para ofrecerles atención en sexualidad. También, dentro del presente programa, pretendemos ampliar los conocimientos de que disponemos sobre la forma de vivir la sexualidad en otras culturas.

**Palabras clave:** sexualidad, inmigración, migración, culturas, inmigrante, población.

## Summary

*CARE PROGRAM IN SEXUALITY IN THE IMMIGRANT POPULATION – UNAF (UNION OF FAMILY ASSOCIATIONS)*

*The different groups that form the immigrant population in Spain have specific characteristics that should imperatively be focused on in order to provide proper awareness of sexuality. This program in sexuality for the immigrant population in the UNAF (Union of Family Associations) aims to support sex education for this group, as well as to facilitate professionals in sexology, health, education, etc., all the necessary tools to provide care in sexuality. Also, within this program, we intend to expand the knowledge we have on how to live sexuality in other cultures.*

**Keywords:** *sexuality, immigration, migration, culture, immigrant, population.*

## 1. Objetivos del programa

Desde la UNAF se está llevando a cabo desde el año 2007 un **programa de atención en sexualidad a la población inmigrante**, con el que se pretende facilitar atención y educación sexual a este colectivo, prestando especial atención a las características que presenta.

En este programa pretendemos facilitar a las mujeres y los hombres inmigrantes conocimientos, actitudes y destrezas para el cuidado integral de su sexualidad, promoviendo asimismo el acceso y utilización de los servicios sanitarios y de salud sexual.

La educación sexual no consiste simplemente en lograr evitar los embarazos no deseados o la transmisión de ITS —infecciones de transmisión sexual—. La educación sexual también tiene como objetivos el lograr que cada persona se sienta digna de amor, sea capaz de establecer relaciones amorosas de buen trato, relacionarse de una manera equilibrada, reconocer sus derechos a nivel erótico, tomar decisiones de manera libre en pos de su felicidad, saber pedir, decir no cuando así lo quiera, atender a sus deseos, disfrutar de las relaciones eróticas que decida tener, saber que existen relaciones eróticas de muy diverso tipo —no sólo el coito—, cuidarse... Todo ello es lo que intentamos promover con el presente programa.

## 2. Una realidad desconocida

Los distintos colectivos que forma la población inmigrante en España presentan características específicas que merece la pena conocer para ofrecer una correcta atención en sexualidad. De cara, no sólo a la prevención, sino también a otros factores relacionados con el desarrollo de una sexualidad armoniosa —satisfacción erótica, buen trato en las relaciones amorosas...—, necesitamos saber mucho más.

Como hemos comentado antes, la atención en sexualidad no sólo es necesaria para la pre-

vencción de embarazos o ITS, sino también para mejorar en general la forma en que las personas vivimos nuestra sexualidad, y para proteger los derechos sexuales y reproductivos, **que son derechos humanos**.

Durante el desarrollo de este programa nos hemos acercado con curiosidad e interés a la sexualidad de las personas inmigrantes en España, a sus vivencias, sus ideas, sus opiniones, su forma de entender el hecho de ser mujer u hombre, su concepción de la erótica humana, su manera de cuidar la salud sexual, sus conocimientos sobre sexualidad, las prohibiciones y permisos al respecto, el uso de los recursos sanitarios...

En el desarrollo de este programa, y en nuestra labor como sexólogos, hemos aprendido algunas cosas sobre la sexualidad de la población inmigrante, pero también hemos constatado cuánto nos queda aún por conocer al respecto. Hay colectivos de población inmigrante de los que lo ignoramos todo o casi todo con respecto a su forma de vivir la sexualidad o de pensar sobre ella. La población procedente de India, de Pakistán, de Nepal, de Irán o de Palestina, por poner algunos ejemplos, ¿cómo vive su sexualidad, cuáles son sus costumbres, qué reflexiones ha generado al respecto?

En la sociedad occidental nos ha costado mucho abordar ciertos temas que tienen que ver con la sexualidad, al igual que ha sucedido y todavía sucede en otras culturas. Se hace preciso que los agentes que trabajan en contacto con población inmigrante presten atención también a esta cuestión, y, entre todos y todas, vayamos investigando, informándonos y conociendo poco a poco más sobre su forma de vivir la sexualidad.

## 3. Fomentar el diálogo

Durante el desarrollo del programa, hemos fomentado el diálogo sobre la sexualidad

de la población inmigrante. Nuestro objetivo era impulsar el que las propias personas inmigrantes hablaran entre ellas sobre sexualidad, intercambiaran información y conocimientos, y se cuidaran todo lo posible en este aspecto. Igualmente, hemos dedicado nuestros esfuerzos a lograr que las profesionales y los profesionales que trabajan con población inmigrante «pusieran en la agenda» la atención en sexualidad, le dedicaran también algo de su tiempo y esfuerzo. En cuanto a las profesionales y los profesionales de la salud, y en especial de la salud sexual, nuestra intención ha sido promover el que se prestará atención a las características específicas que presentan ciertos colectivos de población inmigrante de cara a facilitarles el uso de los recursos y la adquisición de hábitos saludables.

En las distintas comunidades autónomas en las que hemos desarrollado el programa, hemos procurado incentivar actividades que tuvieran como objetivo la atención en sexualidad de las personas inmigrantes, potenciar las ya existentes —dándoles voz en cursos y jornadas, ofreciéndoles materiales de educación sexual y también orientación sexológica...—, y por supuesto, aprender de otras personas que están realizando nuestra misma labor. Consideramos que un buen agente de educación sexual siempre trata de potenciar la labor de otros agentes, se coordina con ellos, aprende de ellos, y les ofrece apoyo. Por ello, hemos intentado fomentar el diálogo al respecto, recordando siempre que es importante evitar el silencio o tratar la sexualidad de la población inmigrante sólo cuando aparece como «problema».

#### 4. Los derechos humanos como marco de referencia

En el trabajo en sexualidad con personas procedentes de otros países, podemos encontrarnos con tradiciones y creencias muy diversas, y no es extraño que nos asalte la duda de si

debemos intervenir o no para cambiar ciertas formas de vivir la sexualidad, o de pensar sobre la misma. No debemos olvidar que el respeto por las distintas culturas —incluida la nuestra— no implica que no **podamos reflexionar y dialogar sobre las distintas posibilidades que abren o cierran ciertas ideas o creencias**, aún aquellas de larga tradición histórica —y esto incluye también, por supuesto, a nuestra propia cultura—. Las sociedades del mundo avanzan y evolucionan gracias al pensamiento crítico, al diálogo y la reflexión.

**Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos.** Cualquier tradición, por muy larga que sea su historia, que atente contra dichos derechos, merece ser revisada. También en los aspectos referentes a la sexualidad. Y cualquier tradición que muestre consideración por dichos derechos, por muy distinta que sea de las nuestras, merece ser respetada.

#### 5. Descripción del programa

En el **programa de atención en sexualidad a la población inmigrante de la Unaf** participamos tres sexólogos: Carlos de la Cruz Martín-Romo, Ana Belén Carmona Rubio, y yo misma, María Victoria Ramírez Crespo, aunque su desarrollo es posible gracias a la colaboración del personal de la Unaf, y de muchos otros colaboradores y colaboradoras —trabajadoras y trabajadores de ONGs y asociaciones de inmigrantes, voluntarias y voluntarios de dichas entidades, personal de centros de salud, profesoras y profesores, mediadoras y mediadores culturales, profesionales de la sexología... y por supuesto, las propias personas inmigrantes—.

El programa consta de una serie de **actividades**:

5.1. La edición y distribución de una serie de **materiales sobre sexualidad e inmigración**

**ción:** una guía de sexualidad para inmigrantes; una guía para profesionales, que ofrece claves para atender la sexualidad de las personas inmigrantes; folletos de educación sexual en varios idiomas —español, árabe, francés, inglés, rumano, chino, ruso...—; carteles fomentando el cuidado de la salud sexual en varios idiomas —español, inglés, árabe, rumano...—; y la presente publicación, en la que damos difusión a varias ponencias realizadas en nuestras Jornadas sobre Sexualidad e Inmigración.

**5.2. Jornadas sobre sexualidad e inmigración.** Hasta el momento hemos realizado ocho jornadas en diversas ciudades españolas —Madrid, Zaragoza, Jaén, Albacete, Tenerife, Valencia...— sobre sexualidad e inmigración, en el transcurso de las cuales hemos tenido ocasión de difundir los conocimientos obtenidos en nuestra experiencia del programa, de aprender de otras experiencias de educación y atención en sexualidad a personas inmigrantes, y de conocer un poco más cómo se vive la sexualidad en otras culturas. Estas jornadas nos han permitido intercambiar conocimientos sobre sexología, pedagogía e inmigración. También nos han permitido trabajar actitudes, reflexionar juntos, fomentar el diálogo sobre el tema y propiciar que se le preste atención. En total, hemos tenido la satisfacción de contar con más de quinientos asistentes de nacionalidades muy diversas.

**5.3. Cursos y talleres con profesionales.** En nuestra experiencia, hemos comprobado que es muy fructífero ofrecer claves de sexología y educación sexual a los profesionales que trabajan con población inmigrante, por lo que, además de las jornadas, hemos ofrecido cursos fundamentalmente dirigidos a voluntarias y voluntarios de asociaciones, personal de ONGs, monitoras y monitores, mediadoras y mediadores, así como a profesionales de la salud y de la enseñanza. Cuando observábamos que la población inmigrante presentaba características que nos harían difícil rea-

lizar educación sexual directamente con ellos o ellas, hemos trabajado con los profesionales de los centros. Por ejemplo, con algunos grupos de chicos menores marroquíes que llevaban poco tiempo en España, no dominaban el idioma, y conocían poco aún de nuestra cultura, comprobamos que resultaba muy útil trabajar con los educadores —que tenían más ascendiente sobre ellos, los veían a diario, y podían ofrecer claves de educación sexual con más eficacia y profundidad que si se las ofrecíamos nosotras puntualmente—. Los cursos con profesionales han surgido, por tanto, a raíz de la demanda de los centros, y de la necesidad de hacer llegar la educación sexual a personas inmigrantes con determinadas características, que harían difícil el aprovechamiento de un taller o la asistencia la mismo.

**5.4. Talleres de sexualidad con personas inmigrantes.** Hemos realizado unos cuarenta talleres de este tipo en toda España, con más de 400 beneficiarias y beneficiarios, que eran originarios fundamentalmente de Marruecos, de América Latina, o del África Subsahariana. Muchos de estos talleres han consistido en «diálogos sobre sexualidad», es decir, la sexóloga proponía un tema —anti-concepción, maternidad/paternidad, placer erótico, orientación sexual, educación sexual de las hijas y los hijos, sexualidad femenina y masculina, anatomía reproductiva y erógena, prevención, roles de género...— y las asistentes y los asistentes intervenían dando su opinión, comentando sus ideas... al hilo, la sexóloga iba ofreciendo información sexual, trabajando actitudes, aportando conocimientos, y facilitando el acercamiento a los recursos existentes. En estos talleres se han generado reflexiones conjuntas de gran interés.

Los talleres realizados con personas adultas no han tomado la forma de charlas magistrales porque consideramos que, tratándose de personas procedentes de culturas en ocasiones muy diferentes a la nuestra, era más

apropiado un intercambio y un diálogo que una transmisión unidireccional de conocimientos y opiniones. Aunque cabe señalar que en educación sexual, siempre que es posible, es deseable promover el diálogo y la reflexión, también con población nacional. Los talleres realizados con menores han sido más directivos, aunque también se ha promovido el intercambio de ideas, intentando siempre «enseñar a pensar sobre sexualidad», más que el ofrecer simplemente un conjunto de conocimientos.

En nuestra experiencia, hemos comprobado que los grupos funcionan mejor con gente que lleve un tiempo en España y comprenda un poco cómo funciona el país, el sistema de salud —también en el taller se puede informar más al respecto—, y la cultura. Los talleres menos provechosos posiblemente hayan sido los realizados con chicos —hombres— jóvenes procedentes de Marruecos que llevaban muy poco tiempo en España y apenas conocían la cultura, pensamos que en estas circunstancias se daba un choque cultural excesivo que causaba una menor asimilación de los contenidos del taller. En general, con los grupos de mujeres casi todos los talleres han resultado bastante provechosos.

También encontramos que los talleres ofrecen mejores resultados cuando las personas que conforman en el grupo ya han realizado otras actividades juntas, de manera que existe un cierto conocimiento y confianza entre ellas. Hemos observado que por ejemplo las mujeres marroquíes acuden con más probabilidad a un taller de sexualidad si acuden acompañadas de otras amigas o conocidas. Si el taller se realiza en el marco de una actividad ya en marcha —como por ejemplo, integrado dentro de un taller de autoestima, de habilidades para el empleo, de cuidado de la salud, o incluso de las clases de español...— también suelen obtenerse mejores resultados por lo que se refiere a asistencia y participación.

**5.5. Otras actividades:** dentro de las labores de difusión de información sexológica y de educación, también hemos realizado intervenciones en medios de comunicación —radio, televisión, y prensa escrita dirigida a población inmigrante—. Pensamos que esta forma de ofrecer educación sexual es muy útil, porque llega a una población muy numerosa, y a la que posiblemente no tendríamos acceso a través de otras actividades. También hemos llevado a cabo visitas a ONGs, centros de atención a inmigrantes y de salud sexual, así como colaboraciones con estas entidades —asesoramiento personalizado, orientación ante determinadas situaciones, indicaciones para promover hábitos de cuidado...—.

Estas son las actividades que llevamos a cabo en el programa, y que esperamos ir ampliando y mejorando en el futuro. Durante el desarrollo de las mismas, hemos comprobado cuán necesaria es nuestra labor. La educación sexual sigue siendo la asignatura pendiente en España, pero es aún más deficitaria en otros países del mundo.

La información sexual sigue siendo escasa, se mantienen muchos mitos sobre la sexualidad, la prevención en algunos casos brilla por su ausencia, se piensa erróneamente que las infecciones de transmisión sexual no existen o sólo afectan a ciertos grupos, el preservativo sigue siendo rechazado —principalmente por los hombres—, la idea de encuentro erótico sigue girando en torno al coito, y la libertad erótica o el respeto de los derechos —la igualdad de género, la aceptación de la diversidad sexual...— todavía tienen mucho camino que recorrer para ser una realidad.

Evidentemente, estas circunstancias afectan a mujeres y hombres, pero son las mujeres y las eróticas no normativas —ejemplo: las personas homosexuales o transexuales...—, las que más las sufren.

Pero recordemos: la sexualidad es una fuente de felicidad y no sólo de problemas. Por ello,

como hemos comentado antes, no habría que pensar en atender la sexualidad en la población inmigrante sólo cuando aparezcan dificultades. Y en nuestro trabajo no sólo hemos encontrado «dificultades». También, en muchas de las personas inmigrantes con las que hemos trabajado, la sexualidad —y sus manifestaciones, las sensaciones y emociones que provoca, el deseo y la ilusión de un encuentro amoroso o de una pareja...— constituía una fuente de satisfacciones, un

estímulo vital, un motivo de felicidad e ilusión. También en la migración, una situación personal que resulta muy dura a veces, la sexualidad puede constituir una fuente de riquezas y no de contrariedades.

La sexualidad es un valor, y la forma en que la vivimos influye en nuestra calidad de vida, y puede potenciar una existencia individual y social armoniosa. Por todo ello seguiremos trabajando.



**Colofón**



## LAS FRONTERAS DE LA SEXOLOGÍA

Félix López Sánchez

Catedrático de Psicología de la Sexualidad  
Universidad de Salamanca

---

### Resumen

El autor nos ofrece un análisis de lo que él denomina las fronteras de la Sexología, aquellos elementos de las relaciones humanas: la ética, los afectos y sentimientos, el bienestar... que, más allá del deseo erótico, han de ser trabajados y repensados por la Sexología, como pilares de los vínculos amorosos, de una forma global e integradora.

**Palabras clave:** afectos, sentimientos, relaciones amorosas, vinculación.

### *Summary*

#### *THE BORDERS OF SEXOLOGY*

*The author offers an analysis of those element that he calls "the borders of sexology", those elements of human relations: ethic, emotions and feelings, welfare... that, beyond erotic desire, must de worked and rethought by sexology, as pillars of the bonds of love, in a comprehensive and inclusive way.*

**Keywords:** *affections, feelings, love relationship, human links.*

Yo creo que, como dice un cantautor, he nacido en la frontera en un doble sentido. Primero, porque me he formado en varias ramas de lo que llaman «saberes» —filosofía, psicología y sexología— y en segundo lugar, y sobre todo, porque no creo en las áreas de conocimiento ni en las divisiones de lo que se han llamado ciencias. Por eso me siento en la frontera, mejor aún, no creo en los territorios ni en sus fronteras. Por cierto, tampoco en un sentido político.

Tal vez por ello no he dejado de estudiar los temas que me han interesado, fueran convencionalmente propios de una ciencia o de otra. De hecho, creo que la sexología tiene muchos méritos acumulados en el último siglo, pero también carencias, porque las personas que se han autodenominado sexólogos han mirado poco de puertas afuera, encerrándose e incluso aferrándose a ciertas palabras, conceptos y temas. Por eso, me ha gustado mucho el tema de este congreso y os felicito por ello.

Entre los logros de la sexología, por citar sólo un breve listado, seguramente el más importante sea haber hecho un discurso positivo sobre la sexualidad y el placer, asuntos sobre los que, como dice Foucault, al menos hasta Freud «se hablaba para no hablar, para silenciarlos»; para denigrarlos y declararlos peligrosos, añadimos nosotros. Y no sólo ha introducido un nuevo discurso y reconocido el derecho al placer para todos, sino que ha hecho grandes aportaciones científicas en numerosos campos: conocimiento de la respuesta sexual humana, disfunciones y terapias, identidad sexual, orientación sexual, conocimiento sociológico de las conductas sexuales, evolución de la sexualidad, farmacología útil, relaciones sexuales en la pareja, educación sexual, prevención de riesgos, etc. El listado es bien conocido por los lectores de esta revista.

Pero, ¿qué ha dejado fuera de sus fronteras? También muchas cosas. En este breve artículo pondré el acento en algunas de ellas.

## 1. La laguna de la ética amorosa

En primer lugar, tal y como venimos señalando en nuestras publicaciones y han insistido autores como Beck y Beck (1999) y Marina (2000), la sexología ha criticado con justicia la moral sexual dominante a principios del siglo XX, pero no ha sabido reconocer, valorar e insistir en la necesidad de construir una ética de las relaciones amorosas. De esta forma, ha funcionado como si las relaciones sexuales y amorosas fueran un asunto privado y personal, de cada persona, aconsejando que cada cual afrontara por sí mismo las consecuencias: «es su problema», era una de las frases más extendidas.

Nosotros creemos que es necesario reflexionar y proponer una ética básica. Preferimos esta terminología al de una ética de mínimos porque ésta no es otra cosa que la aplicación de la inteligencia emocional a la vida. Es decir, guiarnos por principios que nos ayudan a alcanzar el bienestar propio y el del los demás. Incluso nos hemos atrevido a proponer para que sean discutidos algunos de estos principios, que además hemos conseguido que sean ampliamente aceptados por la población:

- Que los dos consientan y que entre ellos se fomente la libertad de decisión en lugar de la presión, engaño, la coerción o la violencia. Que ambos se sientan dueños del sí y del no cuando se trata de pedir o negar la actividad sexual u otras sujetas a la libertad de los individuos. En definitiva, no hay que hacer esfuerzos únicamente para que el otro quiera tener relaciones con nosotros, sino también para saber si quiere, dándole la máxima libertad, sin violencia, coerción o engaño.
- Que ambos se tengan en cuenta fomentando la ética del placer compartido, del placer de cada uno y de los dos. Naturalmente que cada pareja, salvo casos de para-

falias que entrañen peligro para la salud, puede «montarse las relaciones» que considere más oportuno. Pero «el derecho a la diversidad más diversa» no contradice este principio ético de que finalmente los actores busquen su placer y el placer del otro. En definitiva, debo saber y sentir que el placer del otro/a «me concierne», es también mi grata responsabilidad cuando estoy con él/ella. Se trata de ser empáticos en las relaciones poniéndolos en el lugar del otro y compartiendo sus emociones. Precisamente, esta empatía emocional es el núcleo de lo que llamamos intimidad.

- La necesidad de que se trate de un verdadero sistema de relaciones entre iguales en la distribución de tareas domésticas, responsabilidad con los hijos, acceso al ocio, posibilidad de promoción profesional, toma de decisiones, manejo de la economía, etc.

Esta ética de relaciones entre iguales debe aplicarse también a los deberes y libertades en relación de cada miembro de la pareja. La doble moral tradicional es, en este sentido, una vulneración grave de la ética de las relaciones entre iguales. En efecto, no es aceptable que se prohíban y castiguen de forma más rígida las posibles conductas de la mujer que las del hombre.

Pero esta ética entre iguales no es precisamente fácil de aplicar y cumplir. De hecho son frecuentes las contradicciones y las vulneraciones. Por ejemplo, no es infrecuente:

- Tener la prohibición explícita o implícita de tener relaciones fuera del marco de la pareja y de hecho tenerlas. Considerar, en la práctica, que las libertades propias no son tan amenazadoras para la pareja, como las libertades que pueda tomarse el otro/a. Cada pareja debe resolver o convivir con este conflicto de la manera que considere más oportuna o simplemente de la manera que pueda —establecer los

límites de la libertad de ambos y el grado de comunicación sobre estos contenidos—, pero considero que, en todo caso, debe hacerse tomando como referencia ética el derecho a la igualdad entre el hombre y la mujer.

- Que los miembros de la pareja tengan entre sí una sinceridad básica —con independencia de los contenidos concretos que formen parte de la comunicación—. Esta sinceridad básica la entendemos en el sentido de que ambos saben cuáles son los sentimientos —afectos sexuales y sociales— de uno hacia el otro y conocen el grado de decisión-compromiso que se mantiene. Cada uno tiene el derecho y el deber de saber y hacer saber qué siente y cuál es su verdadera decisión sobre la pareja. Las dudas y los periodos de transición son muy humanos, pero no creo que deban ocultarse a la pareja y sorprenderla hasta el punto de que puede considerarse radicalmente engañada.
- Que se admita y respete el derecho a la vinculación y a la desvinculación de cada uno de los miembros. Entendidos ambos como un derecho positivo que no tiene por qué estar ligado a análisis de culpa o frustración. La relación puede tener sentido sea cual sea su duración. Cualquiera de los miembros puede tomar la decisión —es un derecho fundamental— de desvincularse del otro. Que nadie tenga que avergonzarse ante la sociedad, la pareja, los hijos o sí mismo de una decisión que está en su derecho de tomar. Mantener un discurso positivo sobre la vinculación y aceptar el derecho a la desvinculación no sólo es posible, sino la única forma de ser coherente y aceptar que el ser humano es libre y responsable.
- Que, a la vez, se sea responsable en las rupturas entre los miembros de la pareja y con los hijos, desde los puntos de vista económico, educativo e interpersonal.

Esta responsabilidad debiera evitar a la pareja y a los hijos todos los sufrimientos superfluos y hacerse no sólo por mutuo consenso, si fuera posible, sino teniendo la sensibilidad de hacer lo posible para que todos los afectados resuelvan el posible conflicto de la forma menos costosa y dolorosa. Razonar la decisión, ponerse en el punto de vista del otro, ser empático con su dolor y, sobre todo, ser responsable para hacerlo de la manera menos dolorosa y civilizada, pueden estar entre los valores éticos en estas situaciones.

Nos parece muy bien que el lector discrepe de alguno de estos principios y eche de menos otros. No tengo la pretensión de creer que soy yo quien debe proponer esta ética básica; lo que pretendo es que los sexólogos reflexionen y discutan también sobre estos temas.

## 2. El mar de los afectos

En este caso, las ausencias de la sexología no son una laguna, sino un verdadero mar: el del mundo emocional. Basta tener en cuenta la riqueza emocional de las personas y las relaciones entre el mundo emocional y afectivo y la sexualidad para comprender las enormes carencias en este caso.

En nuestra última propuesta (López, 2009), basándonos, pero ampliando, la de Damasio (2005) proponemos la siguiente taxonomía del mundo emocional:

### 2.1. El Humor o las emociones de fondo

Los animales tenemos una vida emocional cuyo eje básico es el placer-dolor; bienestar-malestar, humor, que en la especie humana se abre en un abanico muy amplio de emociones positivas o negativas.

**El humor** es el estado afectivo emocional de estabilidad/inestabilidad, bienestar/males-

tar, optimismo/pesimismo... que es muy disposicional, básicamente heredado y que tiende a recuperar su nivel base cuando factores internos o externos llegan a afectarle. El buen humor ha sido definido como **estado afectivo placentero** que tiende a mantenerse en el tiempo, por lo que se coloca en este nivel tan básico.

La capacidad de toma de conciencia del humor es muy variable, desconociendo muchas veces qué nos hace «estar así». Por eso, podemos llegar a decir como el poeta cosas tan aparentemente incongruentes como «estoy sin saber yo no sé cómo».

Todo el cuerpo está cartografiado en el cerebro, a la vez que todo lo que nos afecta del exterior es procesado mentalmente y sentido de una forma u otra. El estado de este mapa «sentido», incluso cuando no llega claramente a percibirse, nos da un tono de humor, un estado del cuerpo y del alma —en unidad psicósomática—, que suele ser característico de cada persona y que algunos han llamado «tono vital», vibración emocional básica, música de fondo, que puede dejarse oír, por ejemplo, cuando se agitan emociones concretas fuertes, pero que vuelve a restablecerse de nuevo, una y otra vez, etc.

### 2.2. Las Emociones concretas y específicas

La relación entre el **Humor y las Emociones** es tan estrecha que algunos autores usan estos conceptos de forma intercambiable. Pero, para la mayoría de los autores y por la experiencia fenomenológica, se distinguen.

El Humor es más estable y duradero, mientras las emociones son más breves y volátiles.

Las Emociones tienen significados más específicos que el humor, se sienten con mayor intensidad, como puntas fugaces que emergen para decaer.

Las Emociones tienen causas específicas y conocidas —tienen significados precisos, son nombradas de manera precisa y etiquetadas socialmente como tal—, mientras es frecuente que el Humor no sea así, sino más bien una concatenación de causas poco precisas, constancias en el ambiente o cambios metabólicos que crean un eco, una balsa, una base emocional bastante estable.

Las Emociones se expresan más facialmente, de forma más concreta y precisa.

Las Emociones mueven más hacia conductas directas para remover las causas concretas, —impulsan a afrontar con acciones lo que está pasando— mientras el Humor se considera más susceptible de ser manejado por procesos mentales.

De hecho, lo más específico, a nuestro entender, de las emociones, es que son respuestas fugaces —aunque se puedan alargar si se las alimenta con el estímulo que las provoca— para mantener la recompensa, en caso de emociones positivas, o para evitar la causa o problema que ha provocado la emoción negativa.

En todo caso, creemos que las emociones se relacionan más directamente con estas estrategias de acción, mientras el humor y los sentimientos son como capas, una más profunda y menos consciente —el humor— y otra más, consciente y reelaborada —los sentimientos— que nos hablan de «cómo estamos», más que de lo que hay que hacer o debíamos haber hecho. Es decir, el Humor y los Sentimientos son el mar, profundo o más superficial, el visible; mientras las Emociones podrían entenderse como las crestas de las olas, pero, finalmente, todo es agua, todo es vida emocional.

### 2.3. Los sentimientos

Los sentimientos suponen una conexión explícita y continuada del mundo emocio-

nal con el pensamiento: una elaboración, una memoria y una interpretación de cómo nos sentimos, que da lugar a lo que llamamos sentimientos más estables: de ansiedad o serenidad, por ejemplo. Por ello, entre las distinciones más útiles creemos que debemos señalar el **humor** —estado emocional que es un rasgo estable de la persona, muy conectado al temperamento y al balance general de cómo está el cuerpo y cómo va el curso de la vida—, **las emociones** —reacciones psicósomáticas fugaces que sentimos subjetivamente, interpretamos socialmente y nos preparan para la acción—, los **sentimientos** —la idea que nos hacemos de la vida emocional cuando mentalmente concienciamos, reflexionamos e interpretamos las emociones que estamos viviendo dándoles normalmente mayor duración por su presencia en la conciencia o en la memoria— y los **vínculos afectivos** —en lazos sexuales o sociales con otras personas—.

Por último, para ver cuán compleja y rica es la vida emocional humana, señalar que el buen Humor, como estado afectivo placentero, está relacionado con la Estabilidad Emocional, el Optimismo, la Extraversión, la Autoestima, el Bienestar Subjetivo, etc., en interacciones complejas, que mutuamente se alimentan (Lischetzke y Eidm, 2006).

### 2.4. Los Afectos

Los seres humanos gracias a nuestra capacidad para reelaborar significados, dar nombre a todo lo que nos sucede, mantenerlo en la memoria, planificar la conducta, etc., y gracias a la capacidad de nuestra voluntad para tomar decisiones y mantener compromisos, tenemos también **sentimientos y podemos establecer vínculos afectivos**.

Los **sentimientos**, siguiendo la propuesta, en este caso de Damasio, suponen una mayor conexión con la mente y un mayor mantenimiento en la memoria y en la conciencia que las emociones. Tienen más que ver con lo que podríamos llamar una meseta emo-

cional, efecto de un mantenimiento en el tiempo de una emoción reelaborada. Así, por ejemplo, podemos decir, «llevo una temporada muy triste», pongamos por caso.

En cuanto a los afectos los seres humanos estamos preprogramados para el contacto y la vinculación interpersonal. El contacto y la proximidad a ciertas personas —los cuidadores progenitores, los amigos y la pareja sexual— nos proporciona placer, alegría, seguridad, bienestar, etc. y los vínculos de naturaleza sexual o social nos permiten sentirnos «emparentados», «religados», «relacionados de forma estable» y alcanzar la intimidad, la conexión emocional con los demás.

Consideramos que es adecuado distinguir los afectos sexuales y sociales de las emociones porque suponen una vinculación de las emociones y sentimientos a determinadas personas, manteniendo hacia ellas unos sentimientos que pueden ser estables y durar tantos años como la propia vida. No son emociones concretas que van y vienen, aunque éstas también se evoquen con gran intensidad en las interacciones sexuales y afectivas —por ejemplo, cuando nos enfadamos con la pareja—, ni son meros sentimientos del sujeto —como es el estar deprimido o alegre de forma sostenida un tiempo—, sino que son afectos referidos a personas, que pueden ser muy duraderos y que unidos a la capacidad de establecer compromisos definimos como vínculos.

Éstos son parte esencial de nuestra naturaleza, de nuestra necesidad de contacto y vinculación, que ha de ser satisfecha para alcanzar el bienestar y aún el sentido de la vida:

*Tu cuerpo puede  
llenar mi vida,  
como puede tu risa  
volar el muro opaco  
de la tristeza.*

*Una sola palabra tuya quiebra  
la ciega soledad en mil pedazos.  
Si tú acercas tu boca inagotable*

*hasta la mía bebo  
sin cesar la raíz de mi existencia.*

José Ángel Valente.

Suponen representaciones estables del otro y de la interacción que se tiene/espera de él, sentimientos asociados a esa relación, con la posibilidad de llegar a compartir emociones y sentimientos en conexión emocional —intimidad— y que decidimos mantener en el tiempo con compromisos que compartimos e incluso podemos llegar a anunciar ritualmente en la comunidad.

Desde hace ya años venimos distinguiendo el contacto y las vinculaciones de naturaleza sexual. Lo que hemos llamado «**afectos sexuales**»: deseo, atracción y enamoramiento.

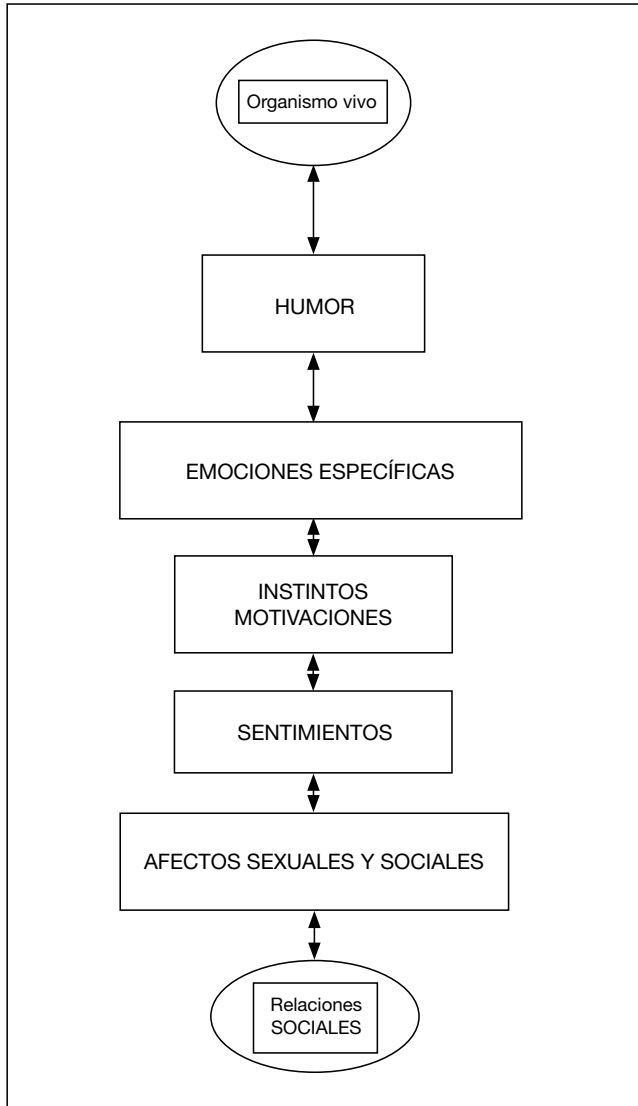
Aunque el carácter de vínculo no está claro que se pueda atribuir al deseo, ni en todos los casos a la atracción; sí al enamoramiento, sin duda, a poco que se sostenga en el tiempo.

Por otro lado, hablamos del contacto privilegiado y las vinculaciones de naturaleza social, que hemos llamado **afectos sociales**: el apego a los cuidadores familiares o a la pareja sexual, la amistad, el sistema de cuidados y el maro o altruismo.

Estos afectos pueden vivirse separados o juntos según la persona de referencia: por ejemplo, los afectos sexuales son inhibidos —incluso convertidos en tabú— con la familia; pueden aparecer o no en relación con los amigos y son los que dan naturaleza a las relaciones de pareja. Los afectos sociales pueden acompañar a los sexuales, dando a las relaciones de pareja una mayor riqueza y estabilidad: desear, sentirse atraído, estar enamorado, ser amigo, estar apegado y ser cuidado por la pareja en reciprocidad nuestra para con ella es el paraíso emocional y afectivo sobre la tierra.

Este es el esquema general que finalmente nosotros proponemos al lector:





De todo este mundo emocional, tan rico, la sexología casi sólo se ha ocupado del Deseo, haciendo, por cierto, estudios extraordinarios y proponiendo ayudas terapéuticas. Por tanto, el camino que nos queda por hacer es largo, aunque se verá facilitado por los estudios que lejos de las fronteras de la sexología se han hecho sobre estos afectos. Nos queda investigar y conocer las relaciones con la vida sexual y finalmente con el bienestar, porque no se trata solo de tener una respuesta sexual

satisfactoria, aunque éste es una componente importante del bienestar, sino de alcanzar el bienestar subjetivo y apoyar el bienestar de los demás.

Para ello, tendremos que aprender a vincularnos y, si fuera el caso, desvincularnos, a manejarnos con inteligencia emocional en las relaciones sexuales amorosas para gozar y hacer gozar, para finalmente tener más calidad de vida personal y social.

Precisamente, otro discurso importante que hemos de introducir en la sexología es el del bienestar, que incluye el del placer en la vida sexual, pero que es mucho más global e integrador.

En mi libro «Amores y Desamores, procesos de vinculación y desvinculación sexuales y afectivos» (López, 2009), he hecho un primer esfuerzo de afrontar estos temas.

## REFERENCIAS

- Beck, U. y Beck, P. (1999) *El normal caos del amor*. Barcelona: Paidós.
- Damasio, A. (2005) *Spinoza: La emoción, la razón y el cerebro humano*. Barcelona: Drakontos.
- Deci, E. y Ryan, R. (1985) *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Deci, D. y Ryan, D. (2000) Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Dunn, J. (2004) *Children's Friendships: the beginning of intimacy*. Malden, M. A.: Black Well.
- López, F., Etchevarría I., Fuentes M.J. y Ortiz, M. J. (1999) *Desarrollo afectivo y social*. Madrid: Pirámide.
- López, F. (1981) *Los orígenes de la socialización*. *Infancia y Aprendizaje*, 15, 7-18.
- López, F. (2005) *La educación sexual de los hijos*. Madrid: Pirámide.
- López, F. (2005) *Educación sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- López, F. (2007) *Homosexualidad y familia*. Barcelona: Grao.
- López, F. (2008) *Necesidades de los niños y adolescente*. Madrid: Pirámide.
- López, F., Carpintero, R., Del Campo, A., Lázaro, S. y Soriano, S. (2006) *El bienestar personal y social. La prevención del malestar y la violencia*. Madrid: Pirámide.
- López, F. (2009) *Amor y desamor: procesos de vinculación y desvinculación emocional*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Marina, J.A. (2000) *El rompecabezas de la sexualidad*. Madrid: Anagrama.





## NORMAS BÁSICAS PARA COLABORACIONES EN LA REVISTA

El Anuario de Sexología publica trabajos originales en sexología o que supongan aportaciones a este campo desde cualquier otra disciplina.

Los manuscritos deben ser enviados por correo electrónico a la siguiente dirección: publicaciones@aeps.es

### ESTILO DE PUBLICACIÓN

Los trabajos, que habrán de ser inéditos, se recomienda que tengan una extensión máxima de 25 hojas tipo DIN A4, de 33 líneas con letra tamaño 12 y márgenes no inferiores a 2,5 cm. El texto no incluirá tabulación ni sangrado alguno. En el caso de reseñas o críticas de libros no podrán superar las cinco páginas. Se aceptan escritos en español y en inglés, en cuyo caso, de ser aceptados, serán traducidos al español por la revista.

Cada artículo se acompañará de:

Primera hoja. Título del artículo y nombres, direcciones, contacto y filiación del autor o autores.

Segunda hoja. Un resumen en español y en inglés, incluyendo al final de cada uno de ellos un máximo de 6 palabras clave. Cada resumen irá precedido del título del artículo en el idioma correspondiente y tendrá una extensión máxima de 200 palabras.

Cuando el artículo incluya gráficos o tablas, éstos irán numerados y en hoja aparte señalando en el cuerpo del artículo el lugar donde habrán de incluirse. Estos estarán elaborados en tinta negra y bien contrastados. Las tablas se simplificarán en lo posible, evitando las líneas verticales.

Las notas —que preferiblemente se reducirán al mínimo— se numerarán en forma consecutiva e irán reseñadas en el texto del artículo utilizando únicamente el formato: [1], [2], etc. Al final del trabajo se incluirán los textos correspondientes a dichas notas siguiendo el mismo formato de numeración.

Los diferentes apartados y subapartados que compongan el artículo se numerarán correlativamente de la siguiente manera: 1, 1.1., 1.1.1., 1.2., 1.2.1, etc., evitando usar negritas, cursivas o subrayados para diferenciar subcapítulos de capítulos.

Las referencias bibliográficas en el texto incluirán el apellido del autor y el año de publicación (entre paréntesis y separados por una coma), añadiendo la página/s (con una p.) en el caso de que se incluya una cita literal (i.e. Money, 1999, p. 25). Si el nombre del autor forma parte de la narración, se pone entre paréntesis sólo el año. Cuando vayan varias citas en el mismo paréntesis, se adopta el orden alfabético por autores. Para identificar trabajos del mismo autor o autores, de la misma fecha, se añaden al año las letras «a», «b», «c», hasta donde sea necesario, repitiendo el año. En el caso de que sean tres o más los autores del libro o del artículo, se nombrarán todos ellos en la primera citación y sólo el primero, con el añadido «et al.», en las siguientes.

Las referencias bibliográficas irán alfabéticamente ordenadas al final del texto según la siguiente normativa:

a) Para libros: Autor/es (Apellido con la primera letra en mayúscula, coma e iniciales de nombre y punto; en caso de varios autores, se separan con coma y antes del último con una «y»); año (entre paréntesis) y punto; título completo en cursiva y punto; ciudad y dos puntos; editorial. En caso de que se maneje una edición posterior al original se añadirá al final Original (entre paréntesis) y el año.

Bruckner, P. y Finkielkraut, A. (1996) *El nuevo desorden amoroso*. Barcelona: Anagrama.

Kinsey, A., Pomeroy, W. y Martin, C. (1967) *Conducta sexual de la mujer*. Buenos Aires: Siglo XX. (Original 1953).

b) Para capítulos de libros colectivos o de actas: Autor/es; año; título del trabajo que se cita y punto; a continuación, introduciendo «En», el o los directores editores o compiladores (apellidos e iniciales del nombre) seguido entre paréntesis de «Dir.», «Ed.» o «Comp.», añadiendo una «s» en el caso del plural; el título del libro, en cursiva. La ciudad y la editorial.

Delgado, M. (1991) La reconquista del cuerpo. Ideologías sexuales. En Delgado, M.; Nieto, J.A. (Comps.) *La sexualidad en la sociedad contemporánea. Lecturas antropológicas*. Madrid: UNED. Fundación Universidad Empresa.

c) Para revistas: autor/es; año (entre paréntesis), título del artículo y punto; nombre de la revista completo y en cursiva y coma; volumen seguido, en su caso, del número entre paréntesis y coma; página inicial y final.

Money, J. (1999) Antisexualismo epidémico: del onanismo al satanismo. *Anuario de sexología*, 5, 23-30.

Green, R. (2002) Is pedophilia a mental disorder? *Archives of sexual behavior*, 31(6), 467-471.

d) En caso de citar un documento de Internet se añadirá a los datos pertinentes del documento —autor, año, título— la dirección web y la fecha de la consulta.

## VALORACIÓN Y ACEPTACIÓN

Todos los artículos que cumplan con los intereses y condiciones de esta revista serán enviados al menos a un revisor que, desconociendo la identidad de los autores, elaborará un informe al respecto. Para garantizar la imparcialidad de la revisión se evitará que, en la medida de lo posible, aparezca en el cuerpo del artículo cualquier información que oriente sobre la identidad del autor o autores.

Además del visto bueno de los editores, se requiere la opinión favorable a la publicación de al menos un revisor para la aceptación definitiva del artículo. En su caso se pueden solicitar al autor modificaciones en el manuscrito para su publicación.

La decisión final será notificada al autor o autores en un plazo máximo de cuatro meses desde la recepción del texto.

El autor o autores recibirán dos ejemplares del número de la revista en que se publique su artículo.



**aeps**

ASOCIACIÓN ESTATAL DE PROFESIONALES DE LA SEXOLOGÍA