

Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona)

(Aprobado por orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo)

VOLUMEN 7

Enfermería de la Mujer y de la Familia
Parte 2

Aspectos socio-antropológicos en salud reproductiva
Sexualidad

SANIDAD 2015

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona)

(Aprobado por orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo)

SANIDAD 2015

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Coordinadores de la colección:

Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona), aprobado por orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo.

Dña. Juana María Vázquez Lara

Matrona del Área Sanitaria de Ceuta.

Coordinadora y Profesora de la Unidad Docente de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) de Ceuta.

Coordinadora Nacional del Grupo de Trabajo de Urgencias Obstétrico-Ginecológicas de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE).

Doctorando por la Universidad de Granada.

D. Luciano Rodríguez Díaz

Matrón. Hospital Universitario de Ceuta.

Profesor de la Unidad Docente de Matronas de Ceuta.

Componente del Grupo de Trabajo de Urgencias Obstétrico-Ginecológicas de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE).

Doctorando por la Universidad de Granada.

Edita: © Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

Subdirección General de Gestión Económica y Recursos Humanos

Servicio de Recursos Documentales y Apoyo Institucional

Alcalá, 56 28014 Madrid

El copyright y otros derechos de propiedad intelectual pertenecen al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

Se autoriza la reproducción total o parcial siempre que se cite explícitamente su procedencia.

NIPO en línea: 687-15-011-1

NIPO en papel: 687-15-010-6

ISBN (obra completa): 978-84-351-0416-6

ISBN (Volumen 7): 978-84-351-0429-6

DL: M 27465-2014

Colección Editorial de Publicaciones del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria: 1.961

Catálogo General de Publicaciones Oficiales: <http://publicacionesoficiales.boe.es/>

En esta publicación se ha utilizado papel reciclado libre de cloro de acuerdo con los criterios medioambientales de la contratación pública.

Diseño y maquetación: Komuso

Imprime: Advantia, Comunicación Gráfica

Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona)

(Aprobado por orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo)

VOLUMEN 7

Enfermería de la Mujer y de la Familia Parte 2

1. Aspectos socio-antropológicos en salud reproductiva
2. Sexualidad



Autores

D. Francisco Javier Fernández Carrasco

Matrón.

Máster en Sexología. Título Oficial Europeo, Universidad de Almería.

Dña. Patricia Gómez Losada

Matrona. Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar.

Máster en Sexología. Título Oficial Europeo, Universidad de Almería

Dña. M^a Dolores Aguilera Pedrosa

Matrona. Hospital Comarcal de Melilla.

Máster en Salud Maternal. Profesora Unidad Docente de Matronas de Melilla.

Licenciada en Antropología Social y Cultural.

D. Marco Antonio Pérez Aguilera

Ilustrador del Tema 1. Aspectos socio-antropológicos en salud reproductiva.

D. Francisco Javier Fernández Carrasco

Dña. Patricia Gómez Losada

Dña. Juana María Vázquez Lara

Ilustradores del Tema 2. Sexualidad.

Índice general de la obra

La distribución de los volúmenes del Programa formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrica Ginecológica (Matrona) orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo es la siguiente:

VOLUMEN 1

Enfermería Maternal y del Recién Nacido I. Parte 1

1. Introducción
2. Reproducción Humana
3. Desarrollo Prenatal Humano

VOLUMEN 2

Enfermería Maternal y del Recién Nacido I. Parte 2

1. Embarazo

VOLUMEN 3

Enfermería Maternal y del Recién Nacido I. Parte 3

1. Parto
2. Puerperio y Lactancia
3. Recién Nacido

VOLUMEN 4

Enfermería Maternal y del Recién Nacido II. Parte 1

1. Problemas de Salud durante la Gestación

VOLUMEN 5

Enfermería Maternal y del Recién Nacido II. Parte 2

1. Complicaciones en el Trabajo de Parto y Alumbramiento
2. Problemas de Salud en el Puerperio
3. El Recién Nacido con Problemas de Salud

VOLUMEN 6

Enfermería de la Mujer y de la Familia. Parte 1

1. Cuidado de la Salud Reproductiva de la Mujer
2. Epidemiología y Demografía en Salud Reproductiva

VOLUMEN 7

Enfermería de la Mujer y de la Familia. Parte 2

1. Aspectos Socio-Antropológicos en Salud Reproductiva
2. Sexualidad

VOLUMEN 8

Enfermería de la Mujer y de la Familia. Parte 3

1. Atención a la Mujer con Problemas de Salud Reproductiva
2. Historia y Evolución de la Profesión de Matrona

VOLUMEN 9

Educación para la Salud de la Mujer

Legislación y Ética en Enfermería Obstétrico-Ginecológica
(Matrona)

VOLUMEN 10

Administración de los Servicios Obstétrico-Ginecológicos (Matrona)

Investigación en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)

Anexo II. Programa de Formación en Protección Radiología

Nota aclaratoria de la Coordinadora: aunque no supone ningún inconveniente para el estudio y las consultas, los capítulos de la asignatura Enfermería de la Mujer y de la Familia no guardan el orden exacto del BOE por motivos de organización.

Índice del Volumen 7

Enfermería de la Mujer y de la Familia

Parte 2

1. Aspectos socio-antropológicos en salud reproductiva	12
1.1. Influencias socioculturales en los cuidados de salud reproductiva. Cultura y sociedad. Significado social y cultural de la reproducción	12
A. Influencias socioculturales en los cuidados de salud reproductiva	12
B. Cultura y sociedad	16
C. Significado social y cultural de la reproducción	24
1.2. Perspectiva de género. Significado social y cultural de ser mujer. Mujer y educación. Mujer y trabajo. Violencia contra las mujeres	29
A. Perspectiva de género	29
B. Significado social y cultural de ser mujer	39
C. Mujer y educación	43
D. Mujer y trabajo	48
E. Violencia contra las mujeres	52
1.3. La familia y formas familiares. Estructuras familiares tradicionales. Estructuras familiares en evolución. Las familias monoparentales. Funciones de la familia. Los roles familiares. Atención de la matrona	68
A. La familia y formas familiares	68
B. Estructuras familiares en evolución	78
C. Familias monoparentales	79
D. Funciones de la familia	80
E. Los roles familiares	81
F. Atención de la matrona	82

1.4.	Antropología de la maternidad. Factores socioculturales que afectan la maternidad-paternidad. La nueva dimensión de la paternidad y maternidad	84
	A. Antropología de la maternidad	84
	B. Factores socioculturales que afectan a la maternidad Paternidad	89
	C. La nueva dimensión de la paternidad y maternidad	91
1.5.	Mujer e inmigración. La diversidad. Multiculturalidad. Duelo migratorio. Atención de la matrona en las diferentes culturas	94
	A. Mujer e inmigración	94
	B. La diversidad. Multiculturalidad	100
	C. Duelo migratorio	103
	D. Atención de la matrona en las diferentes culturas	107
2.	Sexualidad	112
2.1.	Conceptos generales. Concepto de sexo y sexualidad. Sexología: evolución histórica. Salud sexual. Nomenclatura sexológica. Obtención de la información en la historia clínica	112
	A. Conceptos generales	112
	B. Concepto de sexo y sexualidad	114
	C. Sexología: evolución histórica	114
	D. Salud sexual	138
	E. Nomenclatura sexológica	138
	F. Obtención de la información en la historia clínica	140
2.2.	Socioantropología de la sexualidad. Influencia de la cultura en la sexualidad. Perspectivas culturales en sexualidad. Fines de la sexualidad. Mitos y tabues. Mutilación genital femenina	145
	A. Socioantropología de la sexualidad	145
	B. Influencia de la cultura en la sexualidad. Perspectiva cultural	148
	C. Fines de la sexualidad	153
	D. Mitos y tabues en sexualidad	154
	E. Mutilación genital femenina	159

2.3.	Componentes de la sexualidad. Componentes biológicos. Componentes psicosociales. Identificación de género. Roles sexuales. Orientación sexual. Afectividad y sexualidad. Forma de expresión	167
	A. Componentes de la sexualidad	167
	B. Componentes biológicos	167
	C. Componentes psicosociales. Identificación de género. Roles sexuales. Orientación sexual	183
	D. Afectividad y sexualidad. Formas de expresión	185
2.4.	Psicofisiología sexual. Estímulos psicológicos y estímulos biológicos de la respuesta sexual. Fisiología de la respuesta sexual. Respuesta sexual femenina. Respuesta sexual masculina. Modelos de patrón de respuesta sexual	187
	A. Fisiología de la respuesta sexual. Estímulos psicológicos y estímulos biológicos de la respuesta sexual. Fisiología de la respuesta sexual	187
	B. La respuesta sexual femenina	198
	C. La respuesta sexual masculina	199
	D. Modelos de patrón de respuesta sexual	200
2.5.	La sexualidad en la pubertad y en la adolescencia. Desarrollo de la sexualidad. Información y educación sanitaria. Intervenciones en los centros educativos. Atención de la matrona	202
	A. La sexualidad en la pubertad y en la adolescencia	202
	B. Desarrollo de la sexualidad	205
	C. Información y educación sanitaria	208
	D. Educación sexual en los centros educativos	210
	E. Atención de la matrona	212
2.6.	La sexualidad en la etapa adulta. Actitudes sexuales y ajuste de las relaciones. Información y educación sanitaria. Atención de la matrona	213
	A. La sexualidad en la etapa adulta	213
	B. Actitudes sexuales y ajustes de las relaciones	218
	C. Información sanitaria. Atención de la matrona	223

2.7.	La sexualidad en el embarazo y el puerperio. Factores que influyen en la respuesta sexual. Conducta sexual. Información y educación sanitaria. Atención de la matrona	224
A.	Sexualidad en el embarazo y puerperio	224
B.	Factores que influyen en la respuesta sexual durante el embarazo	230
C.	Conducta sexual	232
D.	Información y educación sanitaria	236
E.	Atención de la matrona	239
2.8.	La sexualidad en el climaterio. Factores que influyen en la respuesta sexual. Conducta sexual. Información y educación sanitaria. Atención de la matrona	241
A.	Climaterio y menopausia	241
B.	Factores que influyen en la respuesta sexual	248
C.	Conducta sexual en el climaterio	250
D.	Disfunción sexual en el climaterio	252
E.	Información y educación sanitaria	254
F.	Atención de la matrona	256
2.9.	Disfunciones sexuales. Clasificaciones. Principales causas de disfunción sexual. Posibles terapias. Atención de la matrona	258
A.	Disfunciones sexuales en el hombre	258
B.	Disfunciones sexuales en la mujer	276
C.	Actuación de la matrona	286
2.10.	Problemas de salud y conducta sexual. Principales problemas que causan trastornos en la sexualidad. Atención de la matrona	287
A.	Problemas de salud y conducta sexual	287
B.	Principales problemas que causan trastornos en la sexualidad	288
C.	Atención de la matrona	306
2.11.	Fármacos, drogas y conducta sexual. Información y educación sanitaria	309
A.	Fármacos y conducta sexual	309
B.	Drogas de abuso y conducta sexual	316
C.	Información y educación sanitaria	323

2.12. Educación sexual. Programas de educación sexual. Actuación de la matrona en los diferentes ámbitos de la educación sexual	325
A. Educación sexual	325
B. Programas de educación sexual	330
C. Actuación de la matrona en los diferentes ámbitos de la educación sexual	336
2.13. Sexo y poder. Los roles de género en los medios de comunicación. Publicidad. Pornografía	338
A. Sexo y poder	338
B. Los roles de género en los medios de comunicación	340
C. Publicidad	342
D. Pornografía	345
2.14. Abordaje de la sexualidad en la práctica clínica. Actitudes de los profesionales. Técnica de la entrevista	351
A. Abordaje de la sexualidad en la práctica clínica	351
B. Actitudes de los profesionales	357
C. Técnica de la entrevista	358
Bibliografía	361

1. Aspectos socio-antropológicos en salud reproductiva

1.1. Influencias socioculturales en los cuidados de salud reproductiva. Cultura y sociedad. Significado social y cultural de la reproducción

A. Influencias socioculturales en los cuidados de salud reproductiva

El concepto de Salud Sexual y Reproductiva está definido por el Fondo de Poblaciones de Naciones Unidas como un “enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción”.

Tradicionalmente la salud sexual y reproductiva ha estado ligada de manera exclusiva al rol reproductivo, rol que las mujeres han desempeñado en la sociedad, el término utilizado era salud materno-infantil, actualmente este concepto se ha sustituido por el de salud sexual y reproductiva.

Los aspectos sociales, culturales y psicológicos influyen en las relaciones afectivo-sexuales y los roles determinan el grado de desigualdad de género existente en una sociedad, de ahí la importancia de conocer las pautas reproductivas y las prácticas sexuales que caracterizan a una determinada sociedad y cultura, puesto que todos esos factores incidirán sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Generalmente se aceptan como *determinantes* de salud, el nivel de ingresos, el entorno social y físico, los hábitos de salud, el desarrollo a lo largo del ciclo vital de la persona, el patrimonio biológico y genético, los servicios relacionados con la salud del entorno, el género, la cultura, las condiciones de vida, la situación geográfica, el nivel educativo, el empleo, la edad, la orientación sexual, las características personales, etc... Estos determinantes influyen a lo largo de la vida sobre la salud de una persona en función de su sexo y su género, por ejemplo, con frecuencia se observa que ante una misma enfermedad los síntomas de un hombre y de una mujer pueden ser diferentes y también pueden responder de forma distinta ante el mismo tratamiento.

Tanto el *sexo*, (factores biológicos), como *género* (construcción psicosocial), así como la interacción de ambos con todos los demás factores, son prioritarios para poder describir, explicar, predecir y de ser necesario modificar los comportamientos que estén relacionados con la salud.

La sexualidad y reproducción determinan las identidades de mujeres y hombres, y muchos factores inciden tanto en la salud sexual como en la reproductiva, demostrando que ambas están muy relacionadas, pero no deben englobarse o incluirse una en la otra puesto que sería un enfoque reproductivista, que oculta las necesidades y los derechos de la sexualidad por sí misma, reduciéndolos a la reproducción en las mujeres.

Se considera *la salud reproductiva* como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de la simple ausencia de enfermedad o de dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, así como sus funciones y procesos: desde la prevención y control de los riesgos y complicaciones del embarazo, parto y posparto, a las técnicas de reproducción, a la prevención de embarazos no deseados, y a las interrupciones voluntarias del embarazo.

Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento y respeto de la capacidad para decidir libre y responsablemente, sin discriminación, coerción o violencia, si se desea o no tener hijos, el número que se desea tener, el momento y su frecuencia. Incluye el derecho a la información, la educación sexual, y al acceso a los medios y recursos necesarios para llevar a efecto sus opciones reproductivas, disponiendo de métodos anticonceptivos seguros, eficaces y asequibles y acceso a las Técnicas de Reproducción Asistida. Supone por tanto el derecho a acceder a los servicios adecuados.

La salud sexual es el estado de bienestar físico, emocional, mental y social, en relación a la sexualidad. Requiere por tanto la posibilidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria en todo el ciclo vital, fomentando relaciones sexuales placenteras, sin temores y libres de coerción y discriminación. Significa también vivir la sexualidad sin los riesgos que para la salud y bienestar representan los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual y la violencia sexual.

En consonancia con todo ello los *derechos sexuales* incluyen el derecho de toda persona a una vida sexual libre, satisfactoria y segura, libre de coerción, discriminación y violencia, y el reconocimiento a todos los efectos de las distintas opciones sexuales: a disponer de información relacionada con la sexualidad, a la educación sexual exenta de prejuicios y estereotipos sexistas y adaptada a las necesidades de las distintas etapas del desarrollo evolutivo de la persona; al respeto a la capacidad y autonomía para tomar decisiones sobre su vida sexual; al acceso a los servicios de información, asesoramiento y atención adecuada que contribuyan al bienestar sexual.

El ejercicio de estos derechos y el consiguiente disfrute de la salud sexual y la salud reproductiva requiere relaciones igualitarias entre mujeres y hombres, basadas no en el ejercicio de poder sino en el respeto y el consentimiento mutuo y la responsabilidad compartida del comportamiento sexual y sus consecuencias.

Cualquier intervención o medidas públicas en materia de sexualidad y reproducción deben contemplar por tanto los factores biológicos, psicológicos, culturales y sociales que determinan las pautas sexuales y reproductivas de las mujeres y de los hombres, y deben ir dirigidas a posibilitar el disfrute del máximo nivel de salud.

Los Indicadores son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos (especialmente sucesos biodemográficos).

Los Indicadores más utilizados en salud reproductiva son:

- Indicadores sociodemográficos:
 - Esperanza de vida
 - Pirámide de edad por sexo
 - Movimiento natural de población
 - Movimientos migratorios
 - Tasas de natalidad, de fecundidad y de fertilidad
- Indicadores de salud reproductiva:
 - Morbimortalidad materna
 - Mortalidad infantil
 - Embarazos
 - Partos
 - Abortos e IVE
 - Utilización métodos anticonceptivos
 - Infertilidad
 - Cáncer de mama, cérvix, endometrio y ovario
 - Estructura sanitaria y nivel de acceso a los recursos

- Indicadores de salud sexual:
 - Infección por VIH y otras ITS.
 - Violencia sexual.
 - Nivel de acceso a los recursos.
 - Impacto de enfermedades crónicas y discapacidades físicas en la salud sexual.
 - Nivel de satisfacción sexual, de placer.
 - Disfunciones sexuales.
 - Mutilación genital femenina.
 - Situación normativa respecto a la sexualidad y la reproducción.

Fue a partir de los trabajos de comparación intercultural de los diferentes sistemas de parto que hicieron Margaret Mead y Niles Newton en 1967, cuando se empiezan a producir muchas etnografías sobre el tema y se pone en evidencia que aún siendo el embarazo y el parto, procesos universales dada la igual fisiología del cuerpo de la mujer, nunca ocurren como un proceso biológico, siempre se encuentran culturalmente moldeados, y de forma diferente en cada sociedad, estableciéndose un modelo de atención basado en una ideología de la reproducción propia que da un significado a todos sus elementos (embarazo, parto, puerperio), produciendo determinadas ideologías de la maternidad y la paternidad. La cultura, las prácticas tradicionales y las percepciones individuales constituyen los principales factores en el momento de tomar decisiones referentes a la reproducción.

“En todas las culturas el nacimiento, así como la muerte, está modelado para expresar los valores fundamentales de la sociedad. Los rituales que rodean el nacimiento proporcionan pistas sobre el significado de la vida, la naturaleza de la familia y de la sociedad, los papeles de las mujeres y de los hombres, y el poder relativo de los funcionarios especiales y de los profanos. Las maneras de tratar a los problemas y los intentos de evitarlos también revelan las creencias sobre la relación de los seres humanos con el universo.” (Sheila Kitzinger costumbres y creencias culturales sobre el nacimiento. (www.sheilakitzyinger.com/MiM/2B.htm).

Cada año más de medio millón de mujeres mueren en el mundo por razones relacionadas con la salud sexual y reproductiva, es la primera causa de la mortalidad de las mujeres en la edad fértil.

La salud sexual y reproductiva es un tema de interés para toda la humanidad puesto que sus complicaciones tienen repercusiones tanto a nivel económico como social.

Las acciones efectuadas para mejorar la salud sexual y reproductiva no siempre han tenido éxito, no se daba importancia a la influencia que ejerce el entorno cultural, los cuidados no son válidos para todas las culturas, cada persona, cada grupo, requiere de sus cuidados, un ejemplo: parir es un acto físico, pero también social y cultural con diferentes creencias, formas y prácticas, donde existen muchos rituales, costumbres y símbolos culturales que están relacionados con él.

Otro error era que cuando en los servicios sobre salud reproductiva se incluía la planificación familiar, el objetivo principal era disminuir el número de embarazos, pero en pocas ocasiones se incidía en el cuidado individual de la salud de la mujer.

En los últimos años se están modificando estas actuaciones y se hace una aproximación a la salud individual de las mujeres teniéndose en cuenta los factores culturales, el interés está en que las mujeres participen y que sean puntos clave para alcanzar un nivel satisfactorio de la salud sexual, reproductiva y materna.

Giger y Davidhizar, identificaron una serie de fenómenos culturales que son impactantes para la salud, comunicación, espacio, tiempo, organización social, el entorno y las variables biológicas. Estos fenómenos han sido útiles como herramientas para organizar una atención culturalmente apropiada que puede estar presente en todos los niveles tanto en primaria como en especializada.

B. Cultura y sociedad

Geertz afirma que *“sin hombres no hay cultura, pero igualmente, sin cultura no hay hombres”*.

La cultura influencia nuestro desarrollo como seres humanos desde lo biológico, lo psicológico, lo social y, por supuesto, lo cultural en sí mismo.

Habitualmente, asociamos el término cultura con la forma de hablar de un grupo, con las comidas, con la forma de vestirse, con las diferentes estructuras familiares, con los comportamientos. Lipson nos define a la cultura como *“un sistema de símbolos que son compartidos, aprendidos y transmitidos a través de generaciones en un grupo social”*.

La cultura es una *“guía”* dinámica de como se debe percibir el mundo y sirve para que entendamos cómo debemos comportarnos con los otros, podemos considerarla como un elemento que condiciona el comportamiento y las decisiones de quienes están inmersos en ella.

El concepto de cultura incluye tanto los aspectos abstractos, (las ideas), como lo concreto, (comportamientos) de un grupo social y tiene gran influencia en la vida cotidiana de los seres humanos, la cultura está desarrollada por los seres humanos y a la vez ella influye en las personas en su forma de pensar y de actuar.



Fig. 1.1. Sociedad

Dentro de la cultura, las creencias orientan las prácticas; y éstas a su vez pueden modificar las creencias.

Todos los seres humanos tienen un legado de creencias y de prácticas sobre el cuidado de la salud que son transmitidas de generación en generación que se usarán, se adaptarán, se desarrollarán y se transmitirán a la próxima generación. Es la herencia cultural, la sabiduría popular que se ha desarrollado a través del tiempo. Las tradiciones culturales son resultado de las diferentes transiciones que van experimentando las culturas, que al no ser estáticas, están cambiando continuamente para adaptarse a los cambios que suceden en su entorno.

La libertad de mantener y ejercer la propia cultura es un derecho humano, ésta forma parte de los elementos fundamentales de nuestra identidad o autorrealización a través de la cual reflejamos las diferencias y nuestra relación con las realidades que nos rodean.

La libertad cultural nos permite mantener las tradiciones culturales, la pertenencia cultural, también elegir él o los entornos culturales con los que deseamos participar, y la libertad cultural también nos permite descubrir y cuestionarnos algunas tradiciones culturales que son perjudiciales, por ejemplo, las que suponen una violación contra la integridad física de la persona o las que limitan su autonomía física y/o espiritual.

Los derechos culturales como derechos humanos relativos a los elementos culturales reconocen las características distintivas de las culturas y aseguran la base normativa para que las personas sean respetadas así como a sus elecciones y formas de vivir. En la salud sexual y reproductiva esto significa el derecho de las personas que acuden a los servicios de salud de ser respetadas por sus características y elecciones culturales y la posibilidad de escoger la variación cultural de los respectivos servicios.

También es importante comprender que las culturas no están aisladas, que están dentro de un contexto global, que van cambiando y que no son internamente homogéneas y más actualmente con la expansión de la globalización y la incidencia de las tecnologías de información y comunicación que difunden modelos y estilos de vida diferentes, se va produciendo un fenómeno de hibridación cultural que pone en cuestión y transforma los valores tradicionales.

a. Importancia de la cultura en la salud

Salud y cultura están profundamente relacionadas, todas las sociedades en todos los tiempos y en todos los lugares, han generado alguna forma de respuesta dirigida a interpretar, prevenir, curar el daño de las heridas, enfermedades o la muerte.

Cada cultura se enfrenta a las enfermedades construyendo su propio sistema de salud y las diferentes interpretaciones condicionan las prácticas, los usos, las relaciones; factores individuales, económicos, sociales y culturales al confluir determinan los perfiles de salud/enfermedad, manifestándose de forma diferente según el entorno personal.

En pueblos del Amazonas “el embarazo puede complicarse si no se cumple con las costumbres establecidas ancestralmente, una de estas costumbres es no comer pirañas durante el embarazo. El nacimiento de un bebé indígena está asociado a un contexto familiar, la administración de infusiones calientes a base de plantas medicinales, el lugar del parto (su casa), la participación de la partera, los elementos que serán usados, las dietas, entre otros, además de los rituales que le dan un sentido mágico a este proceso. El alumbramiento de la placenta es considerado como un hijo más que tiene que ser atendido bajo el contexto de algunos rituales, como por ejemplo, enterrarla en la tierra, porque si se tira al río o al monte, se la pueden comer los animales y el recién nacido puede enfermar y morir”. Purnell y Paulanka plantean que una creencia es algo que es aceptado como verdad, especialmente como un principio o un cuerpo de principios aceptados por la gente en un grupo etnocultural.

Las creencias no tienen que ser demostradas, ellas son inconscientemente aceptadas como verdaderas. Agregan que las creencias pueden ser prescriptivas: “aquellas sobre lo que se debe hacer para tener armonía con la familia y un buen resultado en la sociedad”; creencias restrictivas: “hacen relación a las cosas que no deben hacer para tener resultados positivos”, y creencias tabú: “son las creencias sobre aquellas cosas que si se hacen, es probable que causen gran preocupación o resultados negativos para el sujeto, la familia o la comunidad”.

Los autores brindan los siguientes ejemplos sobre cada uno de los tipos de creencias:

- *Creencia restrictiva* en América es que las mujeres embarazadas deben abstenerse de estar alrededor de los ruidos fuertes por periodos prolongados.
- *Creencia prescriptiva* entre los americanos es que se espera que las embarazadas busquen cuidado preventivo, una dieta balanceada y tomar un adecuado descanso para tener un embarazo y un bebé saludable.
- *Creencia tabú* entre algunas poblaciones es que la embarazada no debe alcanzar cosas por encima de su cabeza porque el bebé puede nacer con el cordón umbilical alrededor de su cuello.

Las creencias nacen y evolucionan dentro del contexto social del individuo, pero individualmente cada persona elabora, acepta, conserva y utiliza un repertorio propio de creencias sobre la salud, y aquí influye la posición social. Además, las creencias no son estáticas, van evolucionando y cambiando parcial o totalmente a medida que pasa el tiempo, incluso dentro de la misma cultura.

Los componentes culturales en los sistemas de salud no son una novedad. En salud podemos hablar de dos tipos de saberes, el de los propios sistemas de salud que están culturalmente formulados con sus propios valores, formas de producción y reproducción del saber, con normas de comportamiento, y jerarquías que indican una forma particular de ver la salud, la enfermedad, la reproducción, la muerte y otro saber que viene de la esfera no profesional con un gran contenido simbólico y que se transmite oralmente en la vida cotidiana, donde existen creencias y valores de lo que significa estar sano o enfermo, y sus representantes son los curanderos, chamanes, espiritistas, clarividentes, etc. Ambos saberes el profesional y el no profesional son el resultado de procesos culturales y entre ambos existen dificultades para coexistir.

Aunque el sistema biomédico tradicionalmente no incluye los temas culturales en sus procedimientos, las aproximaciones culturales a la salud están aumentando en los últimos años, se ha demostrado su utilidad en los procesos de desarrollo y cada vez tienen más peso en los sistemas de salud de la medicina occidental, actualmente muchos servicios de salud en diferentes partes del mundo han editado guías para

los profesionales sobre multiculturalismo y los sistemas de la medicina tradicional tienden a tener una aproximación más holística que incluye la base cultural.

“La atención de los aspectos culturales en salud empezó a tener vigencia hacia los años sesenta, sin embargo, fue hasta los ochenta que la Organización Mundial de la Salud (OMS) apoyó el reconocimiento de la cultura y la diversidad cultural en el cuidado de la salud. A partir de la década de los ochenta se inician gran cantidad de estudios que intentan comprender la cultura, el multiculturalismo y su influencia en la salud, así mismo se genera el concepto de competencia cultural”. (Osorio M, López L.).

En el área de la salud reproductiva las sensibilidades culturales son especialmente importantes e íntimas y el diálogo entre las diferentes partes es esencial, una salud intercultural sexual y reproductiva debe intentar compaginar los papeles tradicionales y culturales de los miembros de la comunidad con los avances de la medicina moderna.

Es importante que se adquieran competencias culturales entendidas: como ser sensibles hacia las diferentes etnias, orientación sexual, situación social y económica, lo que significa no solo comprender la situación del otro sino tener las habilidades para intervenir apropiadamente. Se debe insistir en el concepto de ser “humano integral”, con su condición física, biológica, psíquica, cultural, social, espiritual e histórica y no limitarnos solo al aspecto biológico.

b. Desigualdades socioeconómicas y salud reproductiva

Desigualdad en salud es un término que se utiliza para referirse a cualquier diferencia en la salud en poblaciones, es decir a la distribución de enfermedades, causas de muerte, factores de riesgo y otros aspectos relacionados con la salud.

Tanto el género como la posición socioeconómica son los principales ejes en la génesis de las desigualdades en la salud ya que son transversales a todos los ámbitos de la salud. Tienen relación tanto con los aspectos determinantes de la salud y esperanza de vida, causas de mortalidad y enfermedades como los aspectos de las conductas relacionadas con la salud y la utilización de los servicios sanitarios: disponibilidad, accesibilidad y calidad. (Rohfffs I).

En cuestiones de salud reproductiva existen grandes desigualdades. El informe sobre el “Estado Mundial de las Madres” que realiza anualmente Save the Children, indica cuales son los mejores y los peores lugares del mundo para ser madre, a partir del análisis de indicadores como educación, estatus social, económico y político, salud, índice de riesgo de muerte durante el parto, las condiciones salariales de las madres trabajadoras, la situación de los permisos de maternidad donde existan, la tasa de desnutrición y mortalidad infantil.

Después de evaluar a 165 países en el año 2012, Noruega es el mejor país para las madres, de los últimos Níger, haciendo alguna comparación podemos ver que en Noruega una madre recibe como media una educación de 18 años y la esperanza de vida se sitúa sobre los 82 años, en Níger, la media de educación de las madres es de cuatro años y la esperanza media de vida está en los 56 años. La diferencia en el acceso a los servicios de salud materno-infantil es especialmente dramática al comparar Noruega y Afganistán. Hay personal sanitario cualificado presente en prácticamente todos los partos del país escandinavo frente al 14 % de los nacimientos en Afganistán. Un niño de cada siete morirá antes de cumplir los cinco años de edad, otras diferencias como el uso de anticonceptivos por un 82 % de las noruegas frente a un 5 % de las nigerianas. El informe indica que la lactancia materna podría salvar a un millón de niños al año. En los países desarrollados, las tasas de morbilidad materna y perinatal han disminuido debido a las mejoras de las condiciones de vida, a la facilidad para acceder a los servicios sanitarios, pero también existen desigualdades que afectan a las mujeres con menos recursos económicos. Los peores resultados perinatales y de salud reproductiva según diferentes estudios son para las mujeres inmigrantes en relación con las mujeres autóctonas, más embarazos en adolescentes y más prematuridad.

Estos resultados se explican por las dificultades en el acceso a los servicios sanitarios, un nivel económico más bajo y menos nivel de estudios y tenemos que añadir también la tradición cultural que influye algo en la demanda de la asistencia sanitaria.

En todo el mundo, más de 350.000 mujeres pierden la vida cada año por complicaciones en el embarazo o el parto, y millones más desarrollan algún tipo de incapacidad, sus repercusiones son grandes, cuando una madre muere, sus hijos son mucho más propensos a la pobreza, a dejar el colegio o incluso a perder la vida antes de los cinco años (informe sobre el estado mundial de las madres).

c. Indicadores del estado de salud de las mujeres:

- El riesgo de mortalidad materna.
- El porcentaje de mujeres que utilizan métodos de contracepción modernos.
- El porcentaje de nacimientos atendidos por personal cualificado.
- La esperanza de vida femenina.

d. Salud sexual y reproductiva en todos los ciclos vitales de la mujer

La salud sexual y reproductiva abarca a todos los ciclos de vida de las mujeres, desde la vida intrauterina, infancia, adolescencia, edad adulta y vejez. La salud sexual y reproductiva está muy relacionada con el entorno familiar, social y medio ambiente, y para llegar y mantener posteriormente una salud sexual reproductiva adecuada, se necesita de una atención integral y específica, tanto de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en cada una de las etapas del ciclo vital, debido a que las necesidades van cambiando con el paso del tiempo.

Aunque durante los años reproductivos los problemas de salud sexual y reproductiva son más evidentes, su aparición no se limita solo a esos años.

En la infancia el abordaje sobre la salud sexual y reproductiva debe fundamentarse en un enfoque de derechos, desde una perspectiva de género y haciendo una promoción integral de salud en la que se incluyan los diferentes vínculos, salud física, psíquica, comunitaria, social, ambiental que a su vez se relacionan con la familia, la comunidad, la escuela, la salud, lo recreativo, lo cultural, etc.. la educación para la salud sexual y reproductiva es una estrategia que permite el empoderamiento de hombres y mujeres hacia una construcción de dignidad en el plano de la sexualidad y promueve un desarrollo integral. Es muy importante insistir en la infancia en los conceptos básicos sobre la reproducción, clarificar mitos, dudas. Debemos dar información a partir del propio conocimiento de los niños dejando abierta la posibilidad para que ellos mismos planteen sus dudas.

La adolescente está en la etapa de elegir, que quiere hacer, dónde, cuando y como, es una etapa que requiere de una atención e información que le ayude en la toma de decisiones de forma libre e informada, deben conocer las medidas de prevención y autocuidado, es necesario hablarles de conductas de riesgo y de anticoncepción, de embarazos no deseados, de la pareja, del derecho a decidir en que momento quiere o no quiere tener relaciones sexuales y con quién, protección frente ITS, regulación de la fertilidad y del embarazo.

Durante los años reproductivos tendrán que decidir si tener o no hijos, pueden verse ante decisiones sobre el aborto, necesitarán continuar con cuidados ante ITS, los cuidados en la madurez con la perimenopausia y los riesgos de embarazo, la menopausia, las hormonas, la senectud, en la que algunas ancianas, que aunque han perdido su capacidad reproductiva, no han perdido su sexualidad, (al igual que el hombre) y necesitan atención ante sus cambios físicos y psíquicos.

Durante la tercera edad, la religión, los mitos, el entorno social censura y desaprueba la sexualidad asociando la vejez con una etapa asexual, todo eso influye negativamente sobre la sexualidad. La sexualidad en la vejez continúa siendo un tabú debido a que ha estado estrechamente vinculada a la reproducción y los viejos no están incluidos, los periodos humanos no reproductivos han sido considerados como carentes de manifestaciones sexuales (niños, viejos). Los prejuicios sobre la sexualidad en los mayores lleva a pensar que los mayores pierden el interés sexual al envejecer y que si lo mantienen son unos pervertidos, cuando la realidad es que el potencial sexual puede permanecer hasta el final de la vida, aunque se vaya modificando por el propio envejecimiento, cambios físicos que se manifiestan de formas diferentes tanto en los hombres como en las mujeres, cambio en el deseo sexual, descenso hormonal, menos erecciones, sequedad mucosas, dispareunia, junto con las canas, las arrugas, etc.

En el caso de la sexualidad en la tercera edad es necesaria una aptitud abierta, debe entenderse que la sexualidad es una parte fundamental del ser humano desde su nacimiento hasta su muerte y no es exclusiva de la juventud. Maslow define la salud sexual geriátrica como *“la expresión psicológica de emociones y compromisos que requiere la mayor cantidad y calidad de comunicación entre compañeros en una relación de confianza, amor, compartir y placer, con o sin coito”*.

La actividad sexual en los mayores es una expresión biológica y afectiva, erótica y moral, inherente al ser humano y es parte integrante de la calidad de vida. La desinformación respecto a la sexualidad en esta etapa, más la ansiedad que generan los cambios pueden constituirse en factores de disfuncionalidad en el ámbito sexual.

La sexualidad está presente en todas las dimensiones del ser humano y podemos obviar su importancia, está muy relacionada tanto con la calidad de vida como con el bienestar subjetivo, una persona que está sexualmente satisfecha, se siente más atractiva, competente y está más dispuesta a seguir desarrollándose intelectualmente. Master y Jhonson relacionan la sexualidad con el envejecimiento *“la actividad sexual contribuye al bienestar subjetivo de las personas cuyo efecto al mantener una actividad regular favorece a retardar el declive con la edad y que algunas pérdidas fisiológicas supuestamente inevitables del envejecimiento sean mas reversibles de lo que imaginamos”*.

La actual visión que se fomenta sobre el modelo ideal de cuerpo joven, atractivo sexualmente, mujer delgada con piel tersa hace que la vejez sea vista como nada atractiva, lo que hace que los mayores se autovaloren negativamente con respecto a su cuerpo condicionando su conducta sexual.

Es importante promocionar un estilo de vida saludable con una dieta adecuada, ejercicio físico, evitando hábitos tóxicos como el tabaquismo o el alcohol, y proporcionar la información necesaria para esta nueva etapa.

C. Significado social y cultural de la reproducción

La reproducción humana no es tan sólo un proceso biológico, está determinada tanto por las condiciones materiales como por las relaciones sociales y analizándolo nos encontramos con la naturaleza social de la reproducción, su control y medicalización. Las representaciones como un proceso fisiológico, patológico y productivo aparecen como divisiones que intervienen en la construcción del fenómeno de la reproducción: naturaleza/cultura y producción/reproducción fundamentalmente.

Desde la antropología se ha estudiado mucho el proceso del embarazo del parto y del puerperio aunque centrándose más en los aspectos sociales y culturales que en los biológicos, de ahí que estén muy documentados, tabúes, creencias y su relación con los diferentes rituales. Las etnografías de Malinowsky y Montagu fueron determinantes, pero fue después de que Margaret Mead en 1967 hiciera una comparación intercultural cuando se empezaron a producir etnografías sobre el tema, lo que puso de manifiesto que aunque el embarazo, parto y puerperio son procesos universales, no se desarrollan como procesos biológicos, sino que están culturalmente adaptados a cada sociedad y de forma diferente según los grupos sociales. El proceso reproductivo está controlado por diferentes grupos e instituciones por eso es un fenómeno que aparece con grandes diferencias, son elaboraciones culturales que se establecen en cada contexto histórico, socioeconómico y político.

Alfaro Abraham Arely resalta las maneras de pensar y actuar de las mujeres mayas con relación al ciclo vital, es decir cómo recrean las prácticas en torno al cuerpo, la maternidad, la enfermedad y el dolor y, por otra propone a los grupos y profesionales que trabajan para y con ellas un nuevo marco de enseñanza en torno al parto. Este método privilegia un modelo social de nacimiento en donde el embarazo y el parto son entendidos como eventos biosociales cotidianos, y la obstetricia, de manera particular, pueden desempeñar de manera eficaz su papel de apoyo, antes que uno dominante. “Para los mayas los patrones culturales de reproducción constituyen procesos de gran importancia social y cultural para la sociedad incluyen las creencias y prácticas relacionadas con la menstruación, embarazo, parto, puerperio, definiciones de roles masculino o femenino, reglas de matrimonio a través del cual es posible observar procesos sociales y culturales más amplios.

Son procesos entendidos como eventos biosociales cotidianos El nacimiento de un niño es considerado un acontecimiento de gran importancia social y cultural no tan sólo para la familia, sino también para la comunidad. El embarazo y el nacimiento han sido atendidos por mujeres, es decir por parteras o comadronas. El embarazo no constituye, por el solo hecho de manifestarse, un motivo de consulta médica, al menos durante los tres primeros meses. La preñez es vista como algo natural, cotidiano, coherente con la lógica de la reproducción; además de que gran parte de los cuidados los brinda la medicina doméstica con técnicas y recursos caseros.

Las enfermedades y molestias que presentan las embarazadas dependen de la etapa de la gestación. Las náuseas y los vómitos o hinchazón de los pies y pérdida de apetito e incluso el dolor de cabeza, de estómago (ch'otnak'), fatigabilidad y somnolencia. No obstante, ninguno de los malestares anteriores, ni el dolor de espalda les impide trabajar, a pesar de las recomendaciones de las parteras. Incluso los dolores de espalda o dolores de cabeza los pueden considerar como inherentes al proceso, a menos que se tornen graves o se agudicen. Al inicio del tercer mes la sobada es de vital importancia para el bienestar de la embarazada. Se aplican por todo el cuerpo con la finalidad de establecer la posición del desarrollo fetal y aliviar las molestias de la espalda. Una partera experta es capaz de subir, mediante los masajes, al niño cuya posición es demasiado baja y causa a la madre presión sobre la vejiga y dificultades para caminar.

Las sobadas tienen también la finalidad de relajar los músculos y aliviar la incomodidad. En la sesión de masaje, la embarazada se tiende bocarriba sobre un cobertor colocado en el piso con una almohada en la nuca y otra en la espalda. La partera, entonces, le palpa el vientre para localizar la cabeza del niño y determinar su posición. Si esta posición no es la correcta, trata de desplazarlo mediante un movimiento giratorio en dirección de la posición adecuada. La sobada a fines del embarazo permite a la partera establecer la fecha probable del nacimiento y detectar la posición fetal. Cuando los dolores del parto se inician se avisa a la partera. Al llegar a la casa, soba el abdomen de la mujer y le pregunta acerca del inicio de las contracciones para determinar el tiempo de nacimiento. La parturienta es acostada en la hamaca de manera perpendicular (tendida en el piso o sobre una mesa) con las piernas encogidas y extendidas en los extremos para apoyar al momento de la expulsión. La partera trata de incrementar las contracciones con la ayuda de una infusión de pixoy y otras yerbas, pues el dolor debe arreciar para facilitar la expulsión. En ocasiones, ésta se realiza en posición vertical (parada y colgada de una hamaca o cuerda atada de un okom de la casa) o inclinada; posturas adoptadas de manera instintiva por la mujer o por petición de la partera, y que favorece a ésta, a la parturienta y al bebé. La comadrona utiliza aceite verde caliente como lubricante del conducto vaginal con el fin de que la cabeza corone. Asimismo, rezan y prenden velas a algún santo benefactor como Santa Rita de Casia para librar a la parturienta de un mal parto y ésta reza para que las santas del parto la liberen.

Puede, si lo considera necesario, sobar para estimular a la parturienta. La bolsa del líquido amniótico debe reventar espontáneamente como señal de que ya se va a producir el nacimiento. Ts' u wáak'al u ja' "ya se le rompió su agua o fuente", dicen las comadronas. Sin embargo, algunas la hacen reventar rasgando la punta de la placenta.

Muchas mujeres mayas piensan que acostadas no pueden parir, pues les resulta más difícil hacer fuerza. Por el contrario, el nacimiento en la hamaca en posición semivertical (comúnmente practicada en el medio rural yucateco con la ayuda del esposo) y otras posiciones verticales (de pie tomando apoyo y fuerza en una soga o el rebozo amarrado de una viga de la casa, en el suelo en cuatro pies) les facilita el parto, aparte de aminorar el dolor. Estas posiciones son consideradas por las comadronas como las más adecuadas para facilitar la llegada rápida de la criatura.

La presencia del esposo durante el nacimiento obedece tanto para testificar el trabajo de la comadrona como para dar apoyo físico y psicológico a su mujer. Su presencia, no es una cuestión de elección sino un deber y una obligación, pues se considera que no sólo ella debe hacer todo el trabajo para el nacimiento del hijo. Además es importante que vea cómo sufre su mujer y será más apreciado por la ayuda que proporcionará. No obstante algunas prefieren que el marido permanezca fuera de la vivienda, pues su presencia puede inhibir los dolores y evitar el nacimiento por vía vaginal. Otras aseguran que lo mismo les ocurre en el hospital, más aún ante la presencia del médico varón. De hecho, no son pocas que durante el trabajo de parto sientan angustia, ansiedad y temor de ser trasladadas a un hospital. El valor que tiene el dolor es altamente estimado y muchas confiesan su temor a que se disipe y tengan que ser operadas. Vinaver, partera profesional veracruzana, señala a este respecto que los doctores no esperan que la naturaleza actúe. Ellos intervienen, ponen anestesia, hacen cesáreas y, en el mejor de los casos, la episiotomía para que todo sea rápido y eficaz. Pareciera que el parto es un mal paso y hay que darlo rápido”.

En Occidente, para comprender los motivos y las formas por lo que se controla la reproducción, debemos revisar la historia. Fue a mitad del siglo XX cuando los procesos del embarazo, parto y puerperio dejan de ser atendidos por las matronas, pasando al hospital. Dejan de ser un acontecimiento personal para convertirse en algo igual para todas las mujeres, se produce el control convirtiéndose en algo naturalizado, ya no es un fenómeno social compartido por la mujer en sus redes sociales, es el personal sanitario quién dirige, decide y está presente, y donde se utilizaban los métodos naturales, hoy se privilegia el empleo de sofisticada tecnología y medicalización (Sadler, 2003:8). Se controla a las mujeres por ser reproductoras, la reproducción se convierte en un proceso público, con un importante valor político y económico, que debe ser controlado. Para Teresa Ortiz historiadora de la Medicina, ese control y la regulación que ejercieron los médicos obstetras sobre el saber popular de la reproducción ha producido una hegemonía de su conocimiento que ha impedido que se desarrollen otras formas alternativas de normativizar el embarazo, parto y puerperio.

Al normalizarse la atención en los hospitales, por la mayor seguridad, el saber médico y la tecnología, aumentaron los partos hospitalarios.

El contexto geográfico, los valores religiosos y culturales, las decisiones políticas y económicas o el momento histórico en el que ocurre el nacimiento, determinan entre otros aspectos la compañía que tendrá la mujer en el momento del parto, la presencia de familiares o su pareja y la figura que es considerada como experta. La cultura modela la manera de entenderlo y los medios materiales para asistirlo, a través del análisis de las definiciones, prácticas, expectativas, dudas, miedos y relación con los/as profesionales. (Montes-Muñoz MJ, 2007). Este proceso fisiológico y natural va acompañado de una concepción de riesgo y eso hace que se justifique la intervención sanitaria. La mujer, tiene miedo a lo que pueda pasar y busca ayuda en otro y así se transforma en paciente. Aunque en la práctica médica se intenta no patologizar al embarazo, parto y puerperio tratándolo como un proceso fisiológico, se hacen controles exhaustivos para evitar los posibles riesgos.

Para *Focault la reproducción* es objeto de intervención médica, aunque “ni para el sujeto ni para el médico, constituye una enfermedad”.

Las mujeres desde el inicio de su gestación utilizan los servicios médicos, cuyos discursos y prácticas se imponen socialmente y construirán el eje alrededor del cual giran la casi totalidad de sus experiencias a lo largo del proceso procreativo, avalado todo con los resultados de unas bajas tasas de natalidad. El control médico en el último siglo ha logrado una reducción importante en las tasas de morbilidad, mortalidad materna y neonatal en gran parte del mundo, con grandes avances en el tratamiento de la infertilidad y demás beneficios. Aún así, sus prácticas son objeto de crítica por resaltar los aspectos fisiológicos por encima de los psicosociales y por su tendencia a medicalizar procesos biológicos normales. Esta ha significado que el parto se haya transformado en un problema médico aislado, separado del resto de las experiencias de vida de la mujer y que la mujer gestante se conciba como una pasiva y dependiente paciente. La atención médica privilegia el uso de la tecnología de forma rutinaria, así las vivencias y juicios de las embarazadas sobre su estado, se anulan mediante criterios “científicos”, de modo que las mujeres viven su embarazo a través de los médicos y sus percepciones no tienen valor, todo esto dota de autonomía y personalidad al feto y a la mujer la convierte en el entorno, lo que conduce a su invisibilización. Se establece un diálogo médico-feto, separándose a la mujer del feto, aunque éste forme parte de ella al alojarse en su cuerpo (Blázquez MI., Narotzky S).

Como hecho social, el proceso reproductivo, suele compartirse con las redes de apoyo, tanto afectiva como económicamente, por lo que el control del proceso no debe ser exclusivo de la gestante, también debe incluir el criterio de la familia y en especial el de la pareja. De modo que el protagonismo que sugiere el concepto de humanización del parto, debe extenderse hacia la figura del padre lo que favorece que

se consoliden valores y actitudes relacionados con la responsabilidad familiar ante la presencia de un nuevo miembro, condiciona la cohesión y solidaridad de la familia en función del nacimiento que se espera y las nuevas funciones que deben desarrollarse entorno a éste.

En las propuestas de la OMS, se aprecian marcadas diferencias respecto a lo que se entiende por “normal” en distintos países, se afirma que “el concepto de normalidad en el parto y en el nacimiento no está estandarizado ni universalizado” y que en ello influyen los factores económicos y culturales de cada contexto (Organización Panamericana de la Salud 1999). Se observa una concepción tendente a la complementariedad entre los saberes médicos y los otros. Se promueve el análisis crítico de las prácticas médicas sistemáticas, cuestionándose los discursos hegemónicos y se considera imprescindible la participación de las mujeres y matronas.

El proceso reproductivo constituye un momento de transcendencia en la vida personal y de la familia, en el que se desarticulan o consolidan aspectos relacionados con la feminidad/masculinidad y la maternidad/paternidad, que no solo tienen que ver con la capacidad biológica de las mujeres para engendrar y amamantar, sino también con las tradiciones históricas, políticas, económicas, sociales y culturales que se han realizado de este hecho.

1.2. Perspectiva de género. Significado social y cultural de ser mujer. Mujer y educación. Mujer y trabajo. Violencia contra las mujeres

A. Perspectiva de género

La perspectiva de género nace de la necesidad de entender las desigualdades y las relaciones que existen entre mujeres y hombres, los factores que hacen que se mantengan esas desigualdades y que puede hacerse para cambiarlo. También, incluyendo los factores biológicos, el análisis de género se interesa por las desigualdades en salud que son construidas social y culturalmente, y que al ser construcciones sociales, son cuestionables y modificables.

Hacer un análisis de sexo y género en salud beneficia a todas las personas, a las mujeres y también a los hombres, un ejemplo sería la osteoporosis, que siempre la asociamos a las mujeres postmenopáusicas (<http://genderedinnovations.stanford.edu/casestudies/osteoporosis.html>), aunque ya existen resultados desde el análisis de sexo y género que indican que una tercera parte de las fracturas de cadera que se producen tanto en Europa como en EE.UU las sufren los hombres y debemos añadir que la tasa de mortalidad masculina en ese primer año tras la rotura de la cadera alcanza el 50 %, cifras que están muy por encima de la femenina. Las actuales investigaciones han demostrado que los hombres han estado infradiagnosticados ya que la osteoporosis ha estado conceptualizada como una enfermedad de mujeres.

En el análisis de sexo y género se deben incluir las interacciones entre sexo y género y también sexo y género con otras variables biopsicosociales que son importantes, factores como edad, estilos de vida, estatus socioeconómico, etnia, apoyo familiar, etc...

Ya en el siglo XIX existieron pensadores que intentaron promover la ruptura con el pensamiento biologista respecto a la inferioridad de las mujeres pero fue en el siglo XX cuando se hace la inclusión del concepto de género como una herramienta operativa de análisis.

Simone de Beauvoir y *Margaret Mead* entre otras fueron dos mujeres importantes para la aparición de esta categoría analítica, aunque para su desarrollo teórico debemos mencionar a las feministas de las tres últimas décadas.

En el campo de la medicina en 1955, *John Money* especialista en defectos congénitos del desarrollo genital introdujo el concepto de rol de género. Estudiando el hermafroditismo se encontró con que se les designaba como neutro, pero la familia les asignaba una identidad sexual, que no siempre coincidía con la morfología de los órganos genitales ni con el sexo cromosómico o gonadal y a pesar de la falta de correspondencia que podía encontrarse con el sexo biológico, estas personas se veían a sí mismos y también los demás los veían como femeninos o masculinos cumpliendo con los roles y las expectativas que habían recibido en su primera infancia. A esta característica Money la llamó rol de género. Posteriormente en 1968 con la publicación del libro “Sex and Gender” de *Robert Stoller* se abrió un debate terminológico y filosófico que actualmente dura, se señala la diferencia entre *naturaleza y cultura* y por lo tanto *la separación del sexo biológico y del género social*.

Para Stoller como también para Money el sexo hace referencia a los componentes biológicos que determinan que una persona sea hombre o mujer, mientras que el término *género* es complementario al sexo y permite que se analicen las interacciones que se producen entre los factores biológicos que resultan del contexto social e histórico de cada persona.

En los años ochenta la posición fue denunciar que se identificaba el sexo biológico con el género social, y se insistió en la importancia que tenía que se separaran las cualidades biológicas o sea el sexo, de lo que eran las cualidades humanas, sociales, el género.

Desde el siglo XIX, los conocimientos médicos se centraban en el estudio insistente sobre la diferencia sexual; apoyados por diferentes teorías como la de la herencia de Mendel (1822) y la teoría evolucionista de Darwin (1871). En ambos modelos, el dimorfismo sexual no se conforma con señalar las diferencias relativas de los cuerpos, sino que esa diferencia biológica es también el fundamento para justificar las diferencias sociales entre mujeres y hombres, ya que se parte de una concepción negativa de la diferencia, donde la mujer es inferior o un complemento del varón. Por ejemplo, si las mujeres no podían desempeñar algunas actividades era porque su constitución femenina se lo impedía. Y de empeñarse en ello podían caer en enfermedades “exclusivas” de su sexo —como la histeria— y ser dominadas por el útero al ser mentalmente débiles, hipersensibles, pasivas y, resumiendo, inestables (Jagoe, 1999). Frente a esta posición, investigar desde una perspectiva de género implica reconocer las diferencias y las similitudes en el estado de salud de las mujeres y los hombres; partiendo de la base de que tan erróneo es buscar la igualdad en la salud donde hay diferencias, como asumir diferencias donde no existen (Esteban, 2006).

Cuando hablamos de desigualdad de género en salud nos referimos a la disparidad en materia de salud entre mujeres y hombres, sistemática, innecesaria, evitable e injusta (Braveman, 2006). La desigualdad implica no tener las mismas oportunidades para disfrutar de salud lo que condiciona la mortalidad, aumentando la posibilidad de enfermar, la discapacidad, y el acceso y la calidad de la atención sanitaria.

a. Los conceptos de sexo y género

En muchas ocasiones estos dos términos se utilizan indistintamente confundiendo género con mujeres, lo que lleva a deducir que todos los estudios de género se basan en estudiar a las mujeres o pensar que género y sexo son lo mismo.

Al usar el término sexo nos referimos a las cualidades humanas biológicas, características anatómicas incluyendo genitales, las características morfológicas del aparato reproductor y aspectos como las diferencias hormonales y cromosómicas, incluye aspectos relativos a la reproducción y a la sexualidad. Cuando se utiliza este término se distingue entre el sexo masculino y el sexo femenino, aparece como una noción binaria que nos lleva a un pensamiento dual (hombre/mujer, bueno/malo, positivo/negativo, homosexual/heterosexual, blanco/negro), nos hace aparecer como opuestos y hace difícil la construcción de identidades y roles de género que sean diferentes y que demuestren que entre el negro y blanco hay una escala de grises, puesto que existen contradicciones entre el sexo y el género; esta tendencia de conceptualizar el mundo en masculino y femenino excluye otras posibilidades de identidad de género (transexuales, gays, lesbianas y bisexuales).

El concepto del género se acuñó en los años setenta con la finalidad, primero, de resaltar las diferencias entre mujeres y hombres y, segundo, de subrayar cómo estas diferencias eran construidas social y culturalmente (Tubert, 2003). La introducción del término género (gender) en las Ciencias Sociales se hizo en la década de los ochenta a nivel internacional para referirse a la construcción social de la masculinidad y la feminidad en las diferentes culturas. Se trataba de señalar que la posición de inferioridad de las mujeres era por razones sociales y no naturales, y que incorporando pautas sociales y culturales adecuadas se podría llegar a la igualdad.

El género puede entenderse en dos sentidos diferenciados, aunque interconectados:

- *El género como sistema de relaciones sociales.* Este nivel alude básicamente a las estructuras y dinámicas de relación e interacción entre mujeres y varones; concretamente hace referencia al “sistema de

relaciones sociales, simbólicas y psíquicas en las que se sitúa de forma diferente y desfavorable a las mujeres (y todo lo considerado como femenino), respecto a los varones (y lo considerado masculino)” (Ortiz, 2006). El género implica roles, relaciones, personalidades, actitudes, comportamientos, relaciones de poder que se construyen culturalmente y que cada sociedad atribuye por las diferencias sexuales. Se trata de una construcción social que expresa lo que es para cada sociedad lo masculino y lo femenino por ser biológicamente diferentes.

- *El género como categoría analítica*, permite aprender, indagar e interpretar las diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres dentro de sus contextos sociales, económicos, culturales e históricos específicos. Como herramienta de análisis, también permite visualizar las concepciones diferentes que hombres y mujeres tienen de sí mismos y de sus actividades (Harding, 1986).

La *identidad de género* es una construcción cultural de los roles o estereotipos que en cada cultura se asignan a los sexos. Se adquiere mediante un largo proceso de socialización en el que se interiorizan las expectativas y normas sociales. Hace referencia al sentido psicológico del individuo de ser varón o ser mujer con los comportamientos sociales y psicológicos que la sociedad designa como masculinos o femeninos. Este proceso tiene un valor de adaptación social y se inicia desde la primera infancia con los modelos paterno y materno, los roles sociales que tienen los adultos de su cercanía, la escuela, los amigos, los juguetes, etc.

El análisis de género nos permite comprender por ejemplo que los movimientos corporales, los gestos y sus significados, son culturales que se aprenden y son diferentes de un país a otro.

Ray Birdwhistell, estableció que los movimientos corporales femeninos y masculinos no están programados por la biología sino por la cultura, y se aprenden en la infancia. Y Flora Davis señaló que incluso la forma de parpadear está encasillada culturalmente como marcadora de género. Precisamente por eso “puesto que no existen movimientos femeninos innatos, resulta obvio que los homosexuales no están obligados a moverse de forma femenina” [Davis, (1971,1998:29)]. De todas formas no debería ser importante que existan marcadores de género contruidos culturalmente, el problema está *cuando las características asociadas al estereotipo de género masculina se valoran como superiores.*

b. Identidad de género y estereotipos

La identidad de género de cada persona influye en sus sentimientos y en sus comportamientos (Teich, 2012), tiene que ver con el sentimiento de ser hombre o de ser mujer pero es distinta de la orientación sexual.

Los roles de género son la forma en que se expresa la identidad de género de una persona, son las normas de comportamiento que el grupo social al que se pertenece marca como adecuadas para los hombres y para las mujeres y le influyen continuamente indicando como debe vestirse, como expresarse, que gestos son los adecuados, que se debe sentir. Las relaciones de género nos indican como debemos relacionarnos entre nosotros según el género.

En la conformación de todos estos procesos identitarios, los estereotipos ocupan un lugar relevante (Martinez Benlloch, 2007). *Los estereotipos* son un conjunto rígido y estructurado de creencias que son compartidas por los miembros de una sociedad y que se refieren a características personales. Los estereotipos se interiorizan en procesos de interacción social favoreciendo la valoración positiva de pertenencia al grupo y contribuyendo en la percepción de los otros grupos. Algunos ejemplos de los rasgos típicos que definen estereotipos masculinos y femeninos pueden ser: estabilidad emocional/inestabilidad emocional, agresividad/ternura, valentía/miedo, racionalidad/irracionalidad, dinamismo/pasividad.

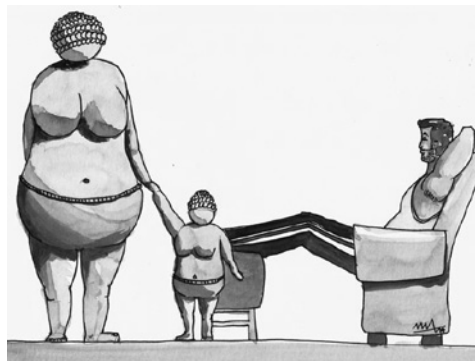


Fig. 1.2. Estereotipos

No solo se dividen las cualidades y los defectos en masculinos y niños, sino que se asume que lo femenino es menos valioso y lo peor es que las propias mujeres lo han asumido e interiorizado.

A partir de los estereotipos sobre como son los hombres y las mujeres se construye el sexismo, que impone la construcción social de los géneros masculino-femenino asociados al sexo biológico, socializando con la educación y la cultura para que se adapten a los roles que se esperan de ellos o ellas según el género que se les haya asignado al nacer por su sexo.

Simone de Beauvoir dice “uno no nace, sino que se convierte en mujer”, planteó que las mujeres no son reflejo de una realidad “natural” sino, al igual que los hombres, es resultado de una producción histórica y cultural. El sexismo también lo sufren los hombres.

c. Género y salud

El análisis de género ayuda a comprender que no solo las diferencias biológicas condicionan la salud, también existen determinantes sociales como el ambiente cultural, clase social, etnia, nacionalidad, que repercuten de forma diferente en hombres y mujeres. Lo que hace considerar que el género es uno de los ejes fundamentales que organizan la vida social, por eso es un determinante en salud. Con respecto a la salud, los roles, las identidades, las expresiones, las normas y las relaciones basadas en el género pueden constituir bien factores de riesgo o bien factores de protección (Pan American Health Organization, s.f.).

Las diversas instituciones sociales (familia, cultura, medios de comunicación, sistema educativo, leyes y poderes religiosos y políticos) influyen y determinan las expectativas, las experiencias, los roles y las relaciones basadas en el género. Estas instituciones pueden perpetuar normas sociales y culturales, imágenes e ideales de la feminidad y de la masculinidad que no necesariamente se corresponden con la realidad actual o que impiden el desarrollo de las personas; pueden, así mismo, acrecentar la presión y el estrés de los hombres y las mujeres que no encajan en ciertos roles, que no aceptan determinadas responsabilidades y que no siguen las normas prescritas (Pan American Health Organization, s.f.; Shelley, 2008).

Los roles de género presionan económica y culturalmente y repercuten de forma distinta en la salud de los hombres y de las mujeres, condicionan el tipo de trabajo o el reparto de tareas remuneradas o no remuneradas, por ejemplo el rol de género impuesto en la mujer a través de la socialización, ha servido para apartarla de la esfera pública, limitándola al ámbito familiar, al cuidado de los niños, ancianos y enfermos, esto implica mayor dificultad para desarrollarse profesionalmente pero además puede tener consecuencias negativas en la salud de las mujeres.

No sólo el sexo y el género, pero también sexo y género han mostrado ser capaces de influir sobre la vulnerabilidad o la exposición a ciertos factores de riesgo, enfermedades o problemas de salud y, a la postre, producir desigualdades en salud (Mikkonen y Raphael, 2010).

Cuando hablamos de igualdad entre varones y mujeres en materia de salud no estamos suponiendo iguales índices de morbilidad y mortalidad, pues esto sería desconocer las diferencias biológicas entre los sexos. El interés está puesto en examinar las causas de la *inequidad en salud*, entendiendo que existen desigualdades que son innecesarias, evitables e injustas. Estas pueden ser consecuencia del azar, de factores genéticos y biológicos, pero generalmente se producen por tener un desigual acceso a los principales factores que influyen en la salud, ingresos, escolaridad, empleo y apoyo social.

Cuando se consultan las fuentes estadísticas internacionales (The GBD 2010 Study, www.globalburden.org/index.html) como las nacionales (Instituto Nacional de Estadística, 2013) aparece una diferencia de mortalidad y de morbilidad diferencial entre los sexos. Entendiendo por morbilidad diferencial el conjunto de patologías, factores de riesgo y motivos de consulta que merecen una atención específica o diferente hacia las mujeres que hacia los hombres. La lectura es que las mujeres viven más pero tienen peor salud. Existen diferentes interpretaciones pero las más frecuentes son que esto tiene que ver con los diferentes estilos de vida, conductas de salud y enfermedad, las diferencias en la utilización de los servicios de salud, etc.

En cualquier caso queda demostrado que en los países desarrollados el aumento de la longevidad, no va unido necesariamente a un aumento de los años de vida vividos con salud.

Por eso, actualmente para valorar *el estado de salud* de una población se utilizan tres índices fundamentales:

- *Esperanza de vida libre de incapacidad* (en España al nacer en 2007 fue de 71,3 años para los hombres y de 73,8 para las mujeres. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad 2010).
- *Esperanza de vida libre de enfermedad crónica* (en España, al nacimiento es para los hombres de 41 años frente a los 38 años de las mujeres (Observatorio de Salud de la Mujer, 2005).
- *Esperanza de vida en buena salud* (En España en 2007, al nacimiento es de 57,3 años en los hombres y de 53,5 años en mujeres (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010).

Cuando se introducen esas matizaciones en el índice de esperanza de vida, la ventaja femenina disminuye en el primer caso y desaparece totalmente en los dos últimos índices.

d. Aplicación de la perspectiva de género en salud

Utilizar la perspectiva de género en salud no significa limitarse a recoger y evaluar unos resultados desagregados por sexo, también se cuestiona la idea de que hombres, mujeres y trans (transgéneros, transexuales y en transición, Shelley, 2008) tengan iguales resultados en salud, que sus problemas sean los mismos, y que sus acciones para resolver sus problemas sean iguales. Al no tenerse en cuenta en la mayoría de los trabajos de investigación las minorías sexuales y de género son invisibles o se excluyen en los estudios (Snyder 2011).

Un ejemplo clásico sobre la aplicación del enfoque de género es la *salud cardiovascular*, hasta hace poco y también actualmente la promoción de la salud cardiovascular ponía acento en los hombres, lo que ha tenido incidencia sobre el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad en las mujeres (Sans, 2007). Actualmente se sabe que no es cierto, que las enfermedades cardiovasculares afectan tanto a mujeres como a hombres y que afectan a las mujeres de forma diferente, en sintomatología, diagnosis, tratamiento y rehabilitación. No valorar que es la primera causa de mortalidad también en las mujeres puede llevar a producir efectos como el señalado por Ayanian y Epstein (1990) que demostraron que a igualdad de patología coronaria las mujeres no reciben el mismo tratamiento médico y quirúrgico, y puede explicar en parte el hecho de que la mortalidad posinfarto sea más elevada en mujeres (Cinca 2004) o que los ingresos hospitalarios sean menores para las mujeres por esa patología estadísticas. INE, 2011).

La investigación indica que el sexo y el género tienen influencia sobre la salud cardiovascular, el sexo puede influir sobre las diferencias en los signos, mientras que el género puede influir en el acceso a los cuidados. La poca presencia de mujeres en las investigaciones, en los tratamientos y en las medidas de prevención de la enfermedad por las percepciones equivocadas tiene efecto sobre la salud de las mujeres, esto es un ejemplo de cómo las interacciones entre el sexo y el género pueden tener una influencia sobre el estado de salud. Esto hizo que en algunos países como Estados Unidos o Canadá hayan puesto programas de sensibilización, de marketing social y promoción de la salud.

Otro ejemplo más actual, *depresión posparto paterna*: la depresión posparto no es cosa de mujeres, las investigaciones han demostrado que los síntomas de la depresión en los hombres que se manifiestan durante o después del nacimiento del hijo son también problemas importantes (Wee, Skouteris, Pier, Richardson, 2011). Los datos indican que la depresión en los hombres está relacionada con la depresión de su pareja, y si aumenta la depresión de uno aumenta la del otro, aunque las escalas de evaluación de la depresión funcionan hay datos que indican que existen diferencias en cuanto a síntomas físicos y también en cuanto a los recursos de adaptación utilizados (consumo de sustancias nocivas), pueden ser formas de intentar esconder la enfermedad o de olvidarla.

Canadá tiene bien incorporada la perspectiva de género en las políticas y en las investigaciones sobre salud y señala los objetivos que han de seguirse para integrar la perspectiva de género en la salud (Institute of Gender and Health, 2012):

- Mostrar y demostrar que el sexo y el género influyen sobre la salud y el bienestar de todos.
- Poner en cuestión y evaluar las hipótesis y los estereotipos que se refieren a la enfermedad, el sexo y género.
- Adoptar programas de intervención que tengan en cuenta el sexo, el género y otros factores de diversidad, con la finalidad de eliminar los obstáculos y reducir la estigmatización.
- Desarrollar las competencias, recoger los datos más pertinentes e integrar el sexo, el género y la diversidad en la elaboración y la evaluación de programas.

e. La salud de las mujeres

Si se analiza la salud de las mujeres bajo la perspectiva de género, la investigación se centrará en el cuerpo de las mujeres que es diferente al de los hombres en todos sus aspectos: peso, estatura, hormonas, metabolismo, resistencia biológica y se relacionará con factores genéticos, biológicos, de conducta y ambientales. También deberá tenerse en cuenta que todas las mujeres no son iguales, que existen diferentes etnias, edades, distintos niveles socioeconómicos, educación, hábitat, orientación sexual y otras muchas más variables.

Tanto las diferencias biológicas como las psicológicas y como las sociales entre hombres y mujeres afectan a la etiología, los factores de riesgo, como se presentan, los trastornos, el curso de la enfermedad y la respuesta al tratamiento.

Un enfoque integral donde influyen la biología, el contexto social y la experiencia individual vivida.

Utilizar el enfoque de género en salud permite tener en cuenta que puede haber diferencias por sexos en el estado de salud y en la atención en los servicios sanitarios pero también que existe una construcción cultural y social distinta para cada sexo.

La atención a la salud de las mujeres en sus diferentes etapas implica dar respuesta a las demandas que tienen.

Dependiendo de su ciclo de vida, niñas, adolescentes, mujeres adultas o en la vejez.

Los problemas de salud son diferentes en las distintas edades y ciclos vitales. Sus actitudes, valores y necesidades también van cambiando.

Las diferencias en la salud de la mujer no solo son biológicas, también son sociales, la inequidad de género aparece transversalmente como determinante principal de los riesgos para la salud de la mujer.

La alimentación, los modelos y estereotipos de feminidad, la delgadez extrema como modelo social actual, son factores que se relacionan directamente con problemas de salud importantes. Las mujeres jóvenes están incrementando las conductas de riesgo como rasgos de pretendida igualdad con el modelo de género masculino.

Existen situaciones de maltrato, violencia sexual y prácticas mutiladoras con la madurez sexual-afectiva y la etapa reproductiva. En la etapa de madurez, las patologías prevalentes en mujeres son cáncer de mama, cérvix y endometrio, así como las relacionadas con los cambios fisiológicos y hormonales, las alteraciones músculoesqueléticas, cardiovasculares o los problemas de salud mental. Estas mujeres son un alto porcentaje de población total y muchas necesitarán de cuidados sanitarios y sociales por las enfermedades discapacitantes y que producen dependencia: enfermedades crónicas, cánceres y trastornos de salud mental. En esta etapa, el apoyo de los sistemas de protección social es fundamental para procurar el bienestar de las personas mayores.

B. Significado social y cultural de ser mujer

La socialización se inicia al nacer y se continúa durante toda la vida, en ese proceso de socialización aprendemos las pautas de nuestro medio sociocultural, pautas compartidas socialmente justificadas desde diferentes aspectos, como por ejemplo la tradición, la religión.

La socialización es diferente para los hombres y para las mujeres, a las mujeres se les socializa para la reproducción y para que se mantengan en la esfera privada, se espera que tengan éxito en dicho ámbito, la maternidad, el cuidado de la familia, se les fomenta la afectividad, es un modelo que valora la timidez, los miedos incongruentes (miedo a las arañas, a los ratones o a las cucarachas) estos miedos se identifican como femeninos, fomentando y esperando que sea una conducta de las mujeres, “es femenina”.

Estos temores se aprenden y se interiorizan junto con el rol, temor al estigma, al rechazo social, temor a la pena de nuestros padres, de nuestros hijos, de nuestra familia si trasgredimos lo estereotipos y donde más se incide con estas interpretaciones es en la aplicación del rol materno, nuestra función (asignada y asumida) de cuidadoras universales, por lo que se considera que debemos dedicar nuestro tiempo. Estudios recientes nos muestran, por ejemplo, que el 85 % de las personas afectadas de Alzheimer son atendidas en sus domicilios, casi en todos los casos por mujeres, de las cuales la mitad son hijas, un 22 % esposas, un 8 % nueras y las demás con otros grados de parentesco, o como personal contratado (Martorell Poveda, 2009: 46). El rol familiar nos fuerza a transformarnos en cuidadoras y de no hacerlo aparece un sentimiento de culpa. La *culpa* es un sentimiento que también se construye socialmente, por ejemplo, en los países en que se hace llevar velo a las mujeres, frecuentemente la estrategia masculina no es obligar a sus esposas, sino señalar que ellos sufrirían mucho si ellas no cumplen esa norma (Seierstad, 2003). Esto también se aplica en nuestra cultura, se alude al sufrimiento familiar, a la vergüenza si se intenta transgredir alguna norma.

Como nos recuerda Nogueiras (2005), tradicionalmente, la educación de las mujeres iba dirigida básicamente a desarrollar las cualidades necesarias para desarrollar el rol de esposa, incluyendo cuidar el aspecto físico, mantener la belleza, la capacidad de seducir y el atractivo sexual, y desarrollar aquellas habilidades (prácticas o estéticas, según los casos) que pudieran servir para complacer y hacer más agradable la vida del hombre que iba a satisfacer nuestras necesidades y dar sentido a nuestra existencia.

Y junto con el matrimonio el otro proyecto vital femenino que es la maternidad, está tan arraigado en nuestra sociedad que se trasmite a través del proceso de socialización como un instinto maternal. Badinter (1981), apoyar el amor maternal solo en un instinto que implica aceptar que este comportamiento se encuentra afianzado en la naturaleza de la mujer, no importando el tiempo y lugar que la rodeen, y que la maternidad es de algún modo una condición necesaria e inherente a la condición femenina.

Se viene socializando a las mujeres transmitiéndoles la creencia de que el amor brindado por una madre es diferente, sin dudas, sin errores, sin la ambivalencia característica de todo sentimiento y obviando evidencias tales como que el amor materno está ligado a la tradición y al deber, que no siempre se presenta de modo espontáneo (o que, incluso, podría no llegar a presentarse) con lo que desencadenaría la culpa (Rodríguez, 2005).

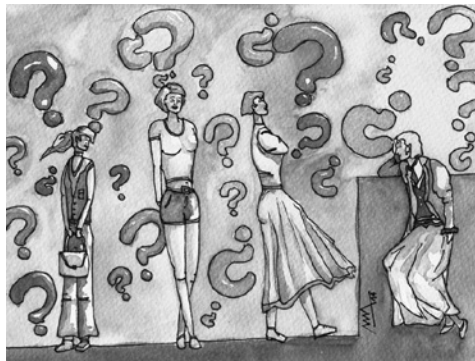


Fig. 1.3. Significado social y cultural de ser mujer

En nuestros días todavía está la creencia social de que una mujer sin hijos es una mujer incompleta.

Y que para reafirmarse como mujer hay que tener hijos. Durante la socialización, los diferentes agentes socializadores: la escuela, los medios de comunicación, la familia no cesan de enviarnos indicaciones de cómo deben ser nuestras relaciones interpersonales, las de pareja, y sobre todo la maternidad, puesto que son los valores dominantes en las relaciones de hombres y mujeres de la sociedad que nos rodea.

Los modelos formales de lo que es ser un hombre y una mujer propuestos por el patriarcado y aprendidos durante el proceso de socialización, Marcela Lagarde (1999, 2005) los llamó mandatos de género. Los varones se definirían como “ser-para-sí” y las mujeres, se definirían como “ser-para-otros” y entre los mandatos de la feminidad estarían: su papel como cuidadora y responsable del bienestar de otros/as (hasta el punto de que éste se convertiría en su rol central y su capacidad de entrega y servicio a los demás en la medida de su valía), desarrollando unas tareas de un cuidado que, además, se realizan sin reciprocidad, sin esperar nada a cambio e incluso renunciando a las propias necesidades o deseos. Su (supuesta) predisposición al amor (hasta el punto de considerarlas completas sólo cuando “pertenecen” a alguien), su papel como madres (hasta considerar que su plenitud y satisfacción sólo puede alcanzarse a través de la maternidad), y su aspecto físico (hasta considerar que es la belleza lo que las hace visibles y aceptadas y valoradas socialmente) (Lagarde, 2000).

Como resumen, escribe Clara Coria (2005): *“la organización de nuestra sociedad patriarcal ha preparado durante siglos al género femenino para transitar por la vida al servicio de las necesidades ajenas. Desde pequeñas, las mujeres aprenden a entrenarse para descifrar los deseos de quienes las rodean, primero los padres y las personas de su entorno, luego sus compañeros amorosos y finalmente sus hijos/as. De tanto profundizar en los deseos ajenos, suelen perder la habilidad para descifrar los propios y, de tanto acomodarse para satisfacer aquellos, terminan haciendo propios los deseos de otros (...) no son pocas las mujeres que ven desplegarse ante sí un enorme desierto intransitable a la hora de buscar los deseos dentro de ellas”*. (p. 29).

Así pues, la consideración social de qué es ser y sentirse mujer viene determinada, entre otros rasgos, por dar una enorme importancia a las emociones, los afectos, el cuidado o las relaciones interpersonales, y ello tanto en lo relativo a la atribución de responsabilidad en la creación y mantenimiento de esos vínculos, como en la consideración de esas relaciones como esenciales para la felicidad, lo que supone una sobredimensionalización de las relaciones, del amor y, en su caso, de su pérdida (Antunes Das Neves, 2007; Romero, 2004; Tavora, 2007).

En el proceso de construcción de esta identidad femenina, en el marco de una sociedad patriarcal, se han fijado una serie de comportamientos como propios de las mujeres (los roles femeninos tradicionales: madre y esposa y, en definitiva, cuidadora) y una serie de características de personalidad y actitudinales que guían y acompañan a esos roles y entre las que destacan de modo particular, como ya se ha comentado, el anteponer las necesidades de otros a las propias, la sumisión, la pasividad o la falta de iniciativa. En definitiva, este proceso da cuerpo y forma a lo que se ha dado en llamar la *“ideología del altruismo femenino”*.

Cuando las mujeres no cumplen con estos mandatos, corren el riesgo de ser tachadas de egoístas, de malas madres o esposas, es uno de los reproches más duros y difíciles de asumir, tanto si quien lo hace es la sociedad (que las cuestiona o rechaza por no cumplir el mandato de género) como si lo hace la propia persona (dando lugar al tan temido y temible sentimiento de culpa) (Ferrer, 2010).

En este sentido la educación tradicional recibida por las mujeres ha ido dirigida a desarrollar las cualidades necesarias para desempeñar esos roles de esposa y madre. Así, aprender a cuidar el aspecto físico, mantener la belleza, la capacidad de seducir, el atractivo sexual, saber agradar y complacer con objeto de atraer y mantener la atención del hombre que iba a satisfacer las necesidades, y dar sentido a la existencia, formaban parte de esa instrucción, y todo ello desde la abnegación y la alegría (Nogueiras, 2005).

La socialización diferenciada tradicional ha marcado el modo en que las mujeres (también para los hombres) afrontamos las relaciones de pareja y la maternidad que en nuestra sociedad patriarcal son el eje de nuestras vidas.

En todas las culturas la función reproductora de la mujer ha condicionado su género, la crianza de los hijos e hijas, el cuidado de los enfermos, la preparación de los alimentos, la entrega y a partir de vincular a la mujer con la reproducción biológica y la producción doméstica se desarrolla el género femenino, la maternidad se convierte en centro de la vida de la mujer y es una exigencia social. Al asociar como natural la maternidad se crea un conflicto cuando una mujer no quiere ser madre, se le tacha de antinatural, puesto que culturalmente la valoración de las mujeres está vinculada a su capacidad reproductiva, y de paso su vida privada va asociada al cuidado, a lo emocional, a lo rutinario, al trabajo no retribuido.

En la segunda mitad del siglo XX cada vez mas mujeres trabajan fuera del hogar, pasan a ser proveedoras o a mantener ellas solas a su familia independizándose económicamente. El aumento de la participación de la mujer en la vida pública ha influido en que se amplíen sus intereses, conocimientos y cultura y la adquisición de pautas y exigencias de la vida pública, lo que ha generado que lo doméstico y privado deje de ser el centro de la mujer actual. Hoy las mujeres trabajan no exclusivamente por razones económicas, sienten que es una forma de realizarse, de independizarse. En el ámbito privado además se auto exige mantener muchas de las pautas tradicionales de la sociedad patriarcal. El reconocimiento social de los derechos de las mujeres también ha sido determinante para modificar el rol que la sociedad asigna a la mujer en base a la tradición y a la costumbre. Las transformaciones ideológicas y sociales que se están produciendo en las sociedades desarrolladas afectan a la estructura social, y aquí incluimos la reproducción y la función de la maternidad, que ha dejado de ser su meta. Meta que se asocia más a las mujeres de países menos desarrollados.

“Como colectivo las mujeres tienen dificultades para darse un lugar como sujetos. Esto viene condicionado por razones históricas, sociales y culturales muy antiguas. La primera mujer que accedió a la universidad en España se tuvo que vestir de hombre, el voto femenino es una conquista reciente, debida a las luchas de las sufragistas del siglo XIX, hasta hace poco las mujeres precisaban de la autorización de sus maridos para determinadas gestiones, e incluso en los años cincuenta, las mujeres funcionarias recién casadas debían abandonar su trabajo debido a lo que se denominaba excedencia forzosa por matrimonio. Actualmente en determinados países, se ve normal que un marido pueda pegar a su mujer e incluso, en algunos lugares, la normalidad social permite que las mujeres sean lapidadas por infidelidad o llevadas a la pira en el caso de las viudas, se cree que su vida ya no tiene sentido. Los mensajes no son ajenos a los procesos subjetivos. Cada mujer es un mundo, no existen decálogos para ser mujer, aunque algunos lo pretendan; por tanto, el camino que hay que recorrer es la búsqueda del propio estilo” (Gema Cánvas Sau 2010).

C. Mujer y educación

No existe peor amenaza para la salud de la mujer y de la familia que la ignorancia; y la mejor medicina preventiva es la educación. Organización Panamericana para la Salud, 1984.

El progreso en la educación de las mujeres es uno de los cambios sociales más grande que se ha producido en España en las últimas décadas, los datos del censo de 2001 muestran que menos del 5 % de las mujeres nacidas a finales de los años treinta tuvieron acceso a la educación universitaria. Sin embargo, casi un tercio de las nacidas al inicio de los años setenta fue a la universidad, superando incluso a los hombres en 10 puntos porcentuales, según datos de Eurostat, en 2011 el porcentaje de mujeres españolas entre 25 y 34 años con título universitario no sólo era superior al de hombres (44,1 % frente a 34,4 %), sino también a la media femenina para ese grupo de edad en la UE-25 (39,5 %), la rápida difusión de la educación universitaria entre las mujeres ha modificado las pautas tradicionales de homogamia/heterogamia en la formación de parejas, ya que las mujeres con mayor nivel educativo buscan parejas con un nivel educativo similar (Esteve et al., 2012), hay quienes sostienen que la inversión del desequilibrio de género en la educación dificulta el emparejamiento y afecta la probabilidad, el calendario y la estabilidad en la formación de parejas, con consecuencias sobre la fecundidad (Van Bavel).

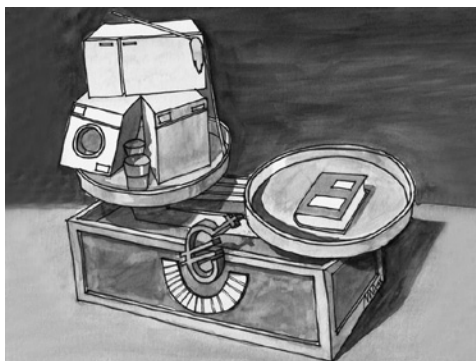


Fig. 1.4. El peso

La educación influye en la participación económica de la mujer, en su poder adquisitivo, así como en sus actitudes y prácticas relacionadas con la salud y el comportamiento reproductivo, modifica sus actitudes hacia el tamaño ideal de la familia, el inicio de la vida reproductiva se retrasa, los periodos entre un hijo y otro son más largos, aumentan los índices de escolaridad para las siguientes generaciones, la nutrición, salud, bienestar, mejoran y la utilización de la planificación familiar también influye positivamente en la situación económica, y ésta influye en la demanda de servicios de salud y planificación familiar, participa más en la toma de decisiones tanto en el hogar como en el entorno social. La educación de la mujer ha contribuido a promover cambios de valores y percepciones que han permitido que se reconozca socialmente su contribución en la producción y en la cultura. La educación desarrolla el potencial humano. *La educación es el mejor medio para mejorar las condiciones de vida de la mujer y de su familia.* Christopher Colclougt, director del informe (Dakar, 2000).

En el campo de la demografía, las mujeres constituyen un factor básico; las decisiones sobre fertilidad tienen gran importancia para la evolución de la población. La educación de la mujer esta muy relacionada con una baja mortalidad infantil y con reducción de la fecundidad, aspectos que a su vez están asociados, con una valoración elevada de los hijos.

En esta toma de decisiones se puede ver que ha habido un cambio en el sistema de valores de las mujeres, se le da prioridad a los proyectos personales, lo que lleva a que el casarse o tener hijos no sea la meta principal en la vida de muchas mujeres.

El aplazamiento de la maternidad fue un fenómeno inicialmente encabezado por las mujeres de alto nivel educativo. En la nueva economía de la familia, Becker (1981) sostiene que los costes de oportunidad de la maternidad son más elevados para las mujeres con más educación y mejores perspectivas profesionales, ya que las interrupciones de sus trayectorias laborales imponen penas superiores en cuanto a los ingresos y la devaluación del capital humano, por eso no extraña que el aplazamiento de la maternidad fuera un fenómeno inicialmente encabezado por las mujeres de alto nivel educativo (Mills, 2011).

En los países donde las mujeres tienen dificultades para alcanzar un buen equilibrio entre trabajo y familia, como los del sur de Europa, las diferencias de fecundidad por nivel educativo son mayores (Solera y Bettio, 2013), por otra parte, se ha constatado que el tipo de educación tiene también una influencia en la edad de inicio de la maternidad y en el número total de hijos (Lappegard y Ronsen, 2005; Hoem, Neyer y Andersson, 2006; Van Bavel, 2010).

Las condiciones de competencia en el mercado de trabajo exigen día a día un mayor nivel de preparación. Por otra parte, está reconocido que en un proceso de cambio la educación es determinante para poder salir de una posición marginal. Aún así, en muchas sociedades los obstáculos y prejuicios sociales y culturales se mantienen impidiendo que la mujer acceda a los servicios educativos. En el mundo hay más mujeres analfabetas que hombres. La UNESCO calcula que en los países en desarrollo el 41 % de las mujeres son analfabetas, y un 20 % de los hombres. En las zonas rurales de algunos países, las tasas de analfabetismo entre las mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años, son dos o tres veces más altas que en las áreas urbanas. En particular en el sector rural, las niñas abandonan la escuela en mayor proporción que los niños, ya que ellas deben ayudar en los quehaceres domésticos, además de colaborar en el trabajo productivo. Por otra parte, la falta de transporte unida a la carencia de servicios educativos próximos al lugar de residencia, hace que los padres no autoricen a sus hijas a ir a la escuela pues temen por su seguridad personal. En algunas sociedades las reglas sociales y los patrones culturales son tan rigurosos para las mujeres que sus salidas de la casa están muy condicionadas. Si bien en muchas regiones, la inscripción de las mujeres a niveles de educación superior aumentó y en algunos países su número supera incluso el de los hombres (Caribe y Asia Occidental). Existen profundas diferencias en los campos de estudio a los que se dedican uno y otro sexo. Las tradiciones culturales, los prejuicios, los estereotipos y las limitaciones familiares, hacen que, a menudo, se excluya a las mujeres de la educación científica y técnica y por lo tanto ellas seguirán fuera de estas áreas en el mercado laboral. Muchas de las mujeres que pueden alcanzar una educación superior son inducidas a estudiar carreras etiquetadas como “femeninas” que por lo general tienen poca demanda o son mal retribuidas.

La dinámica educativa conduce, de esta forma, a perpetuar la segregación de las mujeres en cuanto a oportunidades en el mercado laboral.

En nuestro país se calcula que un 40 % de cada generación de mujeres accede a la Universidad esto va a repercutir en la estructura de la sociedad y en las estructuras de las instituciones como la familia. La tasa de natalidad de España ha disminuido y junto con la italiana es la más baja de Europa.

Este descenso tiene repercusiones sociales, la renovación generacional no se garantiza. En estos cambios también ha influido decisivamente el descenso de la mortalidad que ha cambiado la necesidad de tener muchos hijos; el aumento de la esperanza de vida que permite otra distribución de la vida; la responsabilidad social sobre la educación y cuidado de los niños y mayores han llevado a que diversos servicios salgan del ámbito doméstico.

Hasta los años sesenta muchas mujeres tenía como objetivo principal la familia, y al casarse dejaban el trabajo o al nacer su primer hijo, su educación era menor que la de los hombres. Se ha reducido la tasa de natalidad y los hijos que se desean se tienen en un periodo más corto, eso hace que la mujer tenga más tiempo para formarse tanto antes como después del matrimonio. Pero no solo se ha reducido el número de hijos, también se casan más tarde y cada vez hay menos; los estudios, la competitividad en la vida laboral que exige cada vez mas preparación y la dificultad para el acceso a una vivienda van prolongando la decisión de casarse. La independencia económica de la mujer hace que no sea una necesidad casarse y cada vez aumenta más el número de mujeres que viven solas. La tendencia al cuidado de los hijos se ha modificado, disminuye el tiempo entre uno y otro, el primero se tiene tarde y el último pronto, muchas veces la mujer no quiere seguir trabajando pero no puede dejarlo si desea tener un buen nivel de vida. También el descenso de la mortalidad deja decidir cuantos hijos quieren tenerse. Antiguamente dada la elevada mortalidad infantil forzaba a los matrimonios a tener más hijos de los deseados para asegurarse que algunos sobrevivieran, los hijos trabajaban pronto y participaban apoyando la economía familiar. Hoy tener un hijo supone un coste elevado y cada vez se independizan más tarde.

Factores tan importantes como la educación, la equiparación legal, la incorporación progresiva al trabajo y a la esfera pública son realidades de los progresos que han conseguido las mujeres a lo largo de estas últimas décadas y estos procesos han cambiado y siguen cambiando el entramado social; pero al hablar de cambios también se debe matizar, aún perduran conductas y elementos que mantienen a las mujeres en dinámicas sociales que pertenecen al pasado, se mantienen estereotipos de género, aunque no existe la misma exigencia sobre mantener a la mujer en la esfera

privada mientras los hombres están en la vida pública, todavía están arraigadas las pautas culturales que vinculan a las mujeres a determinadas tareas. Las mujeres siguen llevando principalmente el trabajo doméstico lo que tiene efectos sobre el resto de las facetas de su vida, su trabajo, su tiempo. A pesar de los derechos a una educación igual que la de los hombres, la sociedad, la escuela, sigue reproduciendo patrones diferenciados comparando, tomando datos de los alumnos de formación profesional, las mujeres elijen los estudios que tradicionalmente son roles femeninos, (belleza) y los considerados masculinos tradicionalmente los elijen los hombres (mecánica).

Resumiendo las grandes transformaciones de estas últimas décadas:

- Modificación de las pirámides demográficas causadas por un alargamiento de la vida y la caída de la natalidad.
- La extensión de los sistemas educativos. La importante aunque aún insuficiente incorporación de la mujer en el mercado de trabajo después de alcanzar un nivel de estudios.
- Transformación de las estructuras familiares.
- Cambios de pautas en el consumo, en la interrelación con el entorno y el tiempo.
- Cambios en los estilos de vida, las familias consumen más, se organizan de forma diferente y se han modificado los sistemas de valores, donde se incluye más la demanda de un crecimiento económico sostenible que combine actividad y protección del medio ambiente.
- Desarrollo de las nuevas tecnologías de la información y comunicación que han modificado las pautas de consumo.
- La mayor formación de la mujer ha obligado a cambios en los modelos de masculinidad tradicional, con lo que se hace necesario redefinir los roles sociales en base a unas relaciones entre iguales.

La educación que estuvo considerada hace décadas como un gasto ha pasado a ser una inversión económica y hoy más que nunca se considera una inversión humana, personal y social.

D. Mujer y trabajo

El siglo XX se caracterizó por la incorporación masiva de las mujeres al mundo laboral. Las dos guerras mundiales fueron un factor desencadenante, las mujeres se hicieron cargo de mantener la producción como obreras asalariadas, las estructuras sociales empezaron a cambiar, cambió la moda con faldas y pelo mas cortos, aparecieron las guarderías, las mujeres entran en los sindicatos. Después de la Segunda Guerra Mundial en los países capitalistas las mujeres representaban un tercio de los trabajadores, en la posguerra las mujeres se resistían a abandonar sus trabajos para volver a encerrarse en el hogar o trabajar en el servicio doméstico. Supuso un cambio significativo en la concepción del trabajo femenino: se empieza a considerar su necesidad, y que además, dignificaba a la mujer. Las mujeres de clase media, accedían cada vez más a trabajos más cualificados y mejor retribuidos.

La estructura social clásica de mujer reproductora relegada al espacio privado pierde legitimidad con las transformaciones sociales que han tenido lugar a lo largo de los últimos años. La industrialización de la economía, la transformación de la institución familiar, el acceso de la mujer a la educación y la incorporación de la mujer al mercado de trabajo han determinado un cambio en los roles que antes eran puramente masculinos. La igualdad cada vez está más próxima.

La incorporación de la mujer al ámbito público pone en evidencia la falta de corresponsabilidad con la que se encuentra en el hogar, lo que repercute negativamente en sus posibilidades de incorporarse al mercado laboral, la falta de disponibilidad de tiempo condiciona el puesto que puede ocupar. Está claramente diferenciado, las mujeres que ocupan cargos directivos y de subdirección lo hacen con una jornada completa, mientras que las que ocupan puestos técnicos o administrativos hacen un mayor uso de una jornada parcial que sirve como una medida de conciliación con la vida laboral, familiar y personal.



Fig. 1.5. Mujer y trabajo

Una medida utilizada de conciliación es la excedencia, está influida por el mayor nivel de estudios y por el sueldo. La excedencia, dependiendo del puesto laboral que se ocupe, repercute indirectamente sobre la continuidad de la trabajadora dentro del mercado laboral, limita sus posibilidades de desarrollo profesional, tiene desventaja con sus compañeros en formación y actualizaciones en situaciones de competitividad. Las mujeres que ocupan puestos de dirección y solicitan excedencia o reducción de jornada laboral posteriormente tienen más dificultades para reincorporarse, situación que no suele presentarse a otros niveles de trabajo.

Los estudios realizados a nivel internacional sobre los usos del tiempo, evidencian que las mujeres han reducido progresivamente el tiempo dedicado al trabajo doméstico en paralelo a su progresiva incorporación al mercado laboral y al mismo tiempo los hombres se han ido incorporando al trabajo doméstico (Bianchi et al., 2006).

Sin embargo, la implicación del hombre en las tareas domésticas dista mucho de ser equiparable al trabajo realizado por la mujer en el hogar, observándose además diferencias sustantivas entre países. De hecho los datos recogidos en las distintas encuestas internacionales destaca el hecho de que la mujer dedica en todos los casos y en todos los países más tiempo a las tareas domésticas que el hombre, lo cual está indicando que permanece una clara pauta de desigualdad de género en lo que se refiere a la corresponsabilidad familiar.

Estos análisis refuerzan una vez más por una parte, lo perjudicial que es para la mujer desligarse del mercado laboral y sobre todo cuando ésta ocupa algún puesto de responsabilidad, puesto que como hemos comentado con anterioridad, la no presencia continuada en el contexto laboral conlleva al retraso del desarrollo y actualización laboral de la mujer, así como a que las redes laborales de la misma se hagan cada vez más laxas, perdiendo cualquier capacidad de influencia o toma de decisión a nivel micro o macro (Perelló, T., 2009).

Se define como “*doble jornada*” al conjunto de tareas que las mujeres trabajadoras asalariadas tienen que desarrollar en el ámbito doméstico al finalizar su jornada laboral.

Este fenómeno se da en todo tipo de profesiones y status, aunque evidentemente el tipo y cantidad de las tareas serán diferentes. Se puede hablar de doble jornada tanto en el caso de una alta ejecutiva que organiza la vida de su casa y su familia, como en el caso de una obrera del textil que, además de organizar, ejerce estas tareas.

Las necesidades de cuidado que se generan dentro de la unidad familiar siguen siendo un elemento determinante para la inserción laboral de las mujeres en países como España, donde hay una carencia manifiesta de servicios públicos de atención a la infancia y a la tercera edad, carencias que se relacionan con la evolución de la fecundidad en relación con el empleo femenino y que en España tiene una tendencia a la baja.

En términos generales, la mujer dedica más tiempo que el hombre a las tareas domésticas en todos los países de referencia, pero las diferencias entre hombres y mujeres son más acusadas en el régimen de bienestar mediterráneo que, por ejemplo, en los países escandinavos. También destaca el hecho de que en España e Italia el tiempo dedicado por las mujeres al trabajo doméstico es comparativamente mayor que en el resto de los países. Instituto de la Mujer (2009). Según estos datos la media diaria de tiempo dedicado por los varones de todas las edades a tareas domésticas básicas y rutinarias ha pasado de 28 a 41 minutos, mientras que las mujeres han reducido esta dedicación de 4 horas y 46 minutos a 3 horas y 35 minutos. En lo que se refiere al tiempo dedicado al trabajo doméstico según nivel educativo, destaca el hecho de que en todos los países de referencia cuanto mayor es el nivel educativo de la mujer menor es el tiempo dedicado al trabajo doméstico.

Las responsabilidades familiares no tienen un carácter voluntario para las mujeres, por lo que la prolongación excesiva de la jornada laboral tiene un coste, tanto físico como psicológico. El conflicto entre el rol laboral y los roles tradicionales femeninos, desencadena frecuentemente fuertes sentimientos de culpa por estar desatendiendo las responsabilidades familiares.

Las mujeres se han encargado tradicionalmente del cuidado de los niños y de los miembros que lo necesitan, ancianos, enfermos, discapacitados, al igual que del entorno o ambiente familiar, la alimentación, el hogar, la salud, y cada una de esas tareas requiere un esfuerzo, una inversión temporal y emocional.

Yee y Schulz (2000) señalan que las mujeres que tienen dificultades para compaginar trabajo y familia tienden a experimentar un mayor conflicto de roles que los hombres, tienen más riesgo de abandonar su trabajo para dedicarse enteramente a los cuidados y tienden a ocupar el rol de cuidador principal, mientras que los hombres ocupan el rol como secundarios. El rol de cuidador principal que asumen las mujeres tiene repercusiones negativas sobre la salud y calidad de vida. Ser cuidador implica posponer el propio cuidado, en muchos casos exclusión de la vida laboral, falta de tiempo y dificultad para organizar la propia vida, a lo que se añade, sobre todo en el caso de las mujeres, una falta de reconocimiento y reciprocidad, que generaría una reducción de la autonomía y del control de la propia vida (Rohlf's et al, 2000). En la salud de las mujeres cuidadoras se evidencian más niveles de ansiedad (Anthony-Begstone et al..1988), depresión (Lutzky y Knight, 1994) y una peor salud mental en general.

En el tercer mundo las mujeres llevan el peso de las tareas y no tienen ningún servicio público que les ayuden, la sobrecarga que les produce provoca el fenómeno designado como feminización de la pobreza.

Se trata de que todas las personas participemos de las actividades que consideremos humanamente necesarias para nuestra reproducción como especie en condiciones de bienestar y seguridad. Lo que se debemos de hacer es educar tanto a hombres como a mujeres en esos cuidados desligando el género.

E. Violencia contra las mujeres

La Declaración, ratificada en la IV Conferencia Mundial sobre Mujeres (Beijing, 1995) define la violencia contra la mujer como *“todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener por resultado un daño o sufrimiento físico, psicológico o sexual para las mujeres, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”, señalando que esta violencia incluye “la violencia física, psicológica y sexual que se produce en la familia incluidos los malos tratos, la violación por el marido, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la mutilación genital femenina, y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia referida a la explotación; la violencia física, psicológica y sexual perpetrada dentro de la comunidad en general: la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexual en el trabajo o instituciones educacionales, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada, y la violencia física, psicológica o sexual perpetrada o tolerada por el Estado dondequiera que ocurra”, también se reconoce en la Declaración que la violencia contra la mujer “es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre los hombres y mujeres, que han conducido a la dominación de la mujer por el hombre, a la discriminación contra la mujer y a la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo y que es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto al hombre”.* Se utiliza el concepto de violencia en un sentido amplio.

En nuestro ordenamiento nacional se define la violencia de género de una manera más específica, como *“la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o haya sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia”.*

La violencia contra las mujeres es un problema tan grave como antiguo. En muchas culturas pegar a la mujer es un acto aceptado dentro del matrimonio; las mujeres son consideradas propiedad de los hombres.

La violencia contra las mujeres constituye un problema social y de salud pública tanto por su magnitud como por las repercusiones que conlleva para la seguridad colectiva, la salud de las familias y de la sociedad. Es una manifestación de la relación desigual entre mujeres y hombres, que se ha ido legitimando como forma de resolver los conflictos. La violencia es un fenómeno transcultural que está en todos los países y en todas las clases sociales, presentándose con diferentes características violencia física, sexual y psicológica, y en muchos casos nunca llegaremos a enterarnos.



Fig. 1.6. Violencia contra las mujeres

Muchas mujeres experimentan situaciones de violencia: mutilación genital, obligación de casarse en contra de su voluntad, malos tratos, explotación sexual, coacción y violencia doméstica. Dependiendo de los países entre el 10 % y el 69 % de las mujeres sufren malos tratos físicos por parte de un hombre con el que tienen o han tenido relaciones íntimas en algún momento de su vida, la mitad de las mujeres que mueren por homicidio son asesinadas por su marido o por su pareja anterior o actual; esta cifra se aproxima al 70 % en algunos países. A lo largo de su vida una de cada cuatro mujeres será víctima de violencia sexual por parte de su pareja.

La violencia contra las mujeres ha estado permitida y justificada, quitándosele importancia, legitimando la situación de inferioridad de la mujer con el fin de mantener la estructura y el orden social establecido. Estos aspectos socioculturales constituyen las bases de las agresiones a las mujeres. Es por esta razón por lo que, cuando se habla de violencia contra las mujeres, se le denomina violencia de género, para señalar la importancia que en ello tiene la cultura, incidiendo en la distinción entre concepto de sexo y concepto de género, producto de una construcción puramente social y utilitaria y sobre el que se sustenta una cultura machista que ha contribuido a legitimar la violencia, el abuso y la discriminación de las mujeres (Alberdi y Matas, 2002).

Se considera que este tipo de violencia, aplicada de manera sostenida, constituye un instrumento de dominación, cuyo objetivo único es lograr el sometimiento de la mujer a la voluntad de sus agresores (Observatorio de violencia, 2007).

En nuestro país las formas de violencia de género más extendidas son: maltrato en el seno de las relaciones de pareja, agresión sexual en la vida social y acoso en el medio laboral.

La reacción de la sociedad ante este tipo de violencia ha ido desde considerarla como algo normal dentro de las familias e incluso alguna vez recomendable para mantener la autoridad del marido, hasta negarla por pensar que pertenece al ámbito privado; la ha justificado, quitándole importancia muchas veces y considerándola como intrascendente y excepcional. La aceptación histórica de este tipo de violencia complica la lucha contra ella, pues las leyes pueden cambiarse, pero es más difícil cambiar las mentalidades.

(Montero, 2008) dice que la violencia de género es un crimen por convicción, en el que el agresor cree tener derecho a someter a su pareja a su voluntad y utilizar la violencia para ello hasta sus últimos extremos. Sobre la base de estos factores, puede considerarse que los hombres que abusan física, psicológicamente o sexualmente de las mujeres, lo hacen fundamentalmente, porque creen tener derecho a hacerlo, quieren hacerlo y sienten que pueden hacerlo, pues su entorno social y cultural tradicionalmente ha legitimado, invisibilizado o tolerado tales prácticas (Patrón Hernández R, 2007).

La violencia en las relaciones de pareja se puede ejercer de diversas formas, maltrato físico, sexual y psicológico.

Lo habitual es que cuando los malos tratos se mantienen durante tiempo, se combinen varias formas o incluso todas las formas de violencia.

Se considera que una vez que ha empezado el maltrato en la relación de pareja, éste va en aumento en tanto en frecuencia, como en severidad y diversidad de tipos de maltrato; es frecuente que empiece con formas de control y agresión verbal, para continuar con una progresión hacia conductas de maltrato psicológico y manifestaciones de violencia física.

Según Morillas, Patrón y Aguilar (2011) puesto que una de las principales características de este tipo de violencia es su aparición sutil y progresiva dentro de una relación interpersonal afectiva, es importante considerar la dificultad que puede conllevar el identificarla como tal en las fases iniciales de una relación sentimental, especialmente cuando la persona considera que el maltrato consiste exclusivamente en conductas de violencia física o grave.

Muchas veces la mujer no se da cuenta de cómo el proceso de violencia va aumentando hasta que ya ha alcanzado sus niveles más severos y evidentes, con agresiones psicológicas graves o violencia física, progresivamente y a la vez se va produciendo un deterioro de la autoestima y de la autonomía de la mujer como consecuencia del maltrato, cada vez se encuentra con menos recursos tanto psicológicos como sociales para poder terminar con esa relación.

Estrategias de control, Luis Bonino (2005) en los años 90 puso el nombre de “micromachismos” a las maniobras cotidianas que los hombres realizan para conservar, reafirmar o recuperar el dominio sobre sus parejas. Maniobras invisibles pero dañinas. Asegura Luis Bonino que si el modelo clásico se definía con las tres p, la obligación de los varones de ser proveedores, protectores y procreadores; “ahora hay muchos hombres que ni proveen ni protegen ni procrean, son más afectivos, incluso encantadores pero ¿qué aportan a las mujeres? ¿Están construyendo relaciones igualitarias o simplemente mejorando aún más su status? Es decir, van dejando sus obligaciones tradicionales pero no dejan de ejercer su poder.”

Bonino agrupa en cuatro categorías los micromachismos:

- *Micromachismos utilitario*

Tratan de forzar la disponibilidad femenina aprovechándose de diversos aspectos “domésticos y cuidadores” del comportamiento femenino tradicional. Se realizan especialmente en el ámbito de las responsabilidades domésticas. (No responsabilización sobre lo doméstico, aprovechamiento y abuso de los roles tradicionales que asignan el cuidado a las mujeres).

- *Micromachismos encubiertos*

Intentan ocultar su objetivo de imponer las propias razones abusando de la confianza y credibilidad femenina: creación de falta de intimidad, silencio, aislamiento y mal humor manipulativo, puesta de límites, engaños y mentiras, desautorizaciones encubiertas, paternalismo (tratarla y hacerle sentirse como una niña), abuso de confianza, manipulaciones emocionales con dobles mensajes afectivo/agresivos, autojustificación sobre sus propias conductas abusivas).

- *Micromachismos de crisis*

Intentan forzar la permanencia en el “statu quo” desigualitario cuando éste se desequilibra, ya sea por aumento del poder personal de la mujer o por disminución del poder de dominio del varón: incluyen comportamientos de hipercontrol, resistencia pasiva y distanciamiento, rehuir la crítica y la negociación, prometer y hacer méritos, victimismo, darse tiempo y dar lástima.

- *Micromachismos coercitivos*

Sirven para retener poder a través de utilizar la fuerza psicológica o moral masculina: incluyen comportamientos de coacción en la comunicación (con la mirada o con el tono de voz); uso expansivo-abusivo del espacio físico y del tiempo para sí; apelación a la superioridad de la lógica varonil; coacciones a la comunicación, e insistencia abusiva para lograr fines.

Repetiendo estas conductas que son violencias o micromachismos se va estableciendo una relación de asimetría de poder en la relación, apareciendo conductas como (Soria, 2009): degradación; estrategias defensivas donde el agresor traslada la responsabilidad de su conducta a la víctima; distorsión de la realidad subjetiva; sobrecarga de responsabilidades; privación, limitando la posibilidad de satisfacer las necesidades básicas personales, sociales o laborales; intimidación; cosificación, tratándola como un objeto sin considerar sus deseos o elecciones propias. Estas estrategias continua Soria se relacionan con consecuencias psicológicas para la mujer por ejemplo: la destrucción de la autoestima, creación de sentimientos de culpabilidad, la asunción de creencias distorsionadas, la sensación de confusión y dudas, la deconstrucción de su identidad personal, la negación de su autonomía y libertad personal, la inexistencia de un espacio privado o seguro, la creación de un estado de alerta constante ante agresiones impredecibles o incontrolables y de una tensión cotidiana que agota y debilita, la hiperactivación de la respuesta fisiológica de estrés y el desarrollo de trastornos de ansiedad.

a. Los ciclos de la violencia

Los ciclos de la violencia de género fueron formulados por la antropóloga Leonor Walker en su libro “Las mujeres maltratadas” en 1979.

Según su teoría, este ciclo comprende tres fases:

- *Fase de acumulación de la tensión*

En esta fase los actos o actitudes hostiles hacia la mujer se suceden, produciendo conflictos dentro de la pareja. El maltratador demuestra su violencia de forma verbal y, en algunas ocasiones, con agresiones físicas, con cambios repentinos de ánimo, que la mujer no acierta a comprender y que suele justificar, ya que no es consciente del proceso de violencia en el que se encuentra involucrada. De esta forma, la víctima siempre *intenta calmar a su pareja, complacerla y no realizar aquello que le moleste*, con la creencia de que así evitará los conflictos, e incluso, con la equívoca creencia de que esos conflictos son provocados por ella, en algunas ocasiones. Esta fase seguirá en aumento y en intensidad.

- *Fase de agresión*

En esta fase el maltratador se muestra tal cual es. Se producen de forma visible los malos tratos, tanto *psicológicos, como físicos y/o sexuales*. Ya en esta fase se producen estados de ansiedad y temor en la mujer, temores fundados que suelen conducirla a consultar a alguna amiga, a pedir ayuda o a *tomar la decisión de denunciar a su agresor*.

- *Fase de reconciliación*

Más conocida como “*fase de luna de miel*”: tras los episodios violentos, el maltratador suele pedir perdón, mostrarse amable y cariñoso, suele llorar para que estas palabras resulten más creíbles, jura y promete que no volverá a repetirse, que ha explotado por “*otros problemas*”, siempre ajenos a él. Jura y promete que *la quiere con locura* y que no sabe cómo ha sucedido. Incluso se dan casos en los que puede llegar a hacer creer a la víctima que esa fase de violencia se ha dado como consecuencia de una actitud de ella, que “*ella la ha provocado*”. Con estas manipulaciones el maltratador conseguirá hacer creer a su pareja que “*no ha sido para tanto*”, que “*sólo ha sido una pelea de nada*”, *verá la parte cariñosa de él* (la que él quiere mostrarle para que la relación no se rompa y seguir manejándola). La mujer que desea el cambio, suele confiar en estas palabras y en estas “*muestras de amor*”, creyendo que podrá ayudarlo a cambiar. Algo que los maltratadores suelen hacer con mucha normalidad “*pedirles a ellas que les ayuden a cambiar*”. Por desgracia ésta es sólo una fase más del ciclo, volviendo a iniciarse, nuevamente, con la fase de acumulación de la tensión.

Estos ciclos suelen conducir a un aumento de la violencia, lo que conlleva a un elevado y creciente peligro para la mujer, quien comienza a pensar que no hay salida a esta situación. Esta sucesión de ciclos a lo largo de la vida del maltratador es lo que explica porqué muchas víctimas de malos tratos vuelven con el agresor, retirando incluso, la denuncia que le había interpuesto. Como vemos se trata de una secuencia repetitiva, que también explica en muchas ocasiones, los casos de maltratos crónicos. Con el tiempo y la repetición de los episodios la fase de luna de miel o de amabilidad tiende a desaparecer y la de acumulación de tensión y el uso de la violencia es continuo y habitual. En esta fase es cuando la mujer decide con mas frecuencia pedir ayuda o abandonar la relación. No siempre la violencia sigue el ciclo.

b. Factores que hacen difícil la ruptura

- La *dependencia emocional* previa será un factor que a las mujeres con maltrato le hará difícil la ruptura definitiva, y será un riesgo para reanudar la relación, esa dependencia está provocada por factores de tipo cultural, roles de género.

- *Historia personal de la mujer*, abundante bibliografía coincide en la influencia del contexto sociocultural en el que han vivido alguno de los miembros de la pareja en la que se desarrolla violencia de género, la experiencia de vivir en la infancia en hogares con estructuras marcadamente patriarcales basadas en la desigualdad, especialmente en las situaciones donde la violencia fuera una pauta habitual entre padres/hijos, entre hermanos, y sobre todo del padre sobre la madre, parece que genera nueva tolerancia a la violencia cuando esas personas son adultas. El psiquiatra Luis Rojas Marcos señala: “La violencia es una conducta aprendida en los primeros años de vida (...) Nadie nace con un comportamiento hostil o cruel. La experiencia que mejor adiestra a los seres humanos a recurrir a la fuerza bruta o despiadada para aliviar sus frustraciones o resolver relaciones conflictivas es haber sido objeto o testigo de degradaciones y abusos brutales repetidamente durante la niñez. Las criaturas maltratadas tienen más probabilidades de volverse insensibles a los horrores de la crueldad que quienes crecen en ambientes seguros y acogedores. (...) tipo de apego y asunción de papel receptivo sumiso derivado de una autoestima precaria.
- *La dependencia económica* de la pareja con falta de apoyos sociales, y más si existen hijos y una falta de cualificación profesional.
- *El no reconocimiento del maltrato* debido a su aparición progresiva y por ciclos, implica que la mujer puede creer al agresor y confiar en que no volverá a repetirse.
- *Justificación de la violencia*, justificando con factores externos al agresor como: estrés, drogas, alcohol. Confianza en el cambio por las características del ciclo de la violencia, la mujer puede llegar a creer que va a ser un hecho puntual, confiando que el amor lo solucionará.
- *Trauma crónico y disminución de la capacidad de afrontar* la acumulación de hechos traumáticos por las sucesivas agresiones; esto restringe la capacidad de afrontar la situación y de relacionarse con el mundo de forma activa, hay una tendencia al aislamiento y también el maltratador la aísla, de esa forma tiene poco acceso a apoyo externo.
- *Miedo al agresor* que suelen consistir en quitarle a los hijos, agredirla, matarla.

c. Influencia de la violencia en la salud de las mujeres

La violencia contra las mujeres fue reconocida como un problema de salud pública por la OMS en 1996. Numerosos estudios demuestran que las mujeres que sufren violencia demandan un mayor número de consultas. La OMS (2005) ha identificado a la violencia contra las mujeres como un factor esencial en el deterioro de la salud, ya que las agresiones físicas, psíquicas y sexuales, sean puntuales o repetitivas, de alta o baja intensidad, implican pérdidas a veces irreparables en la esfera biológica, psicológica y social de las mujeres. El impacto de la violencia de pareja sobre la salud puede durar durante mucho tiempo después de que el maltrato haya cesado.

- *Consecuencias físicas*

Contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras... que pueden producir discapacidad, deterioro funcional, síntomas físicos inespecíficos (cefaleas, dolores lumbares, abdominales, etc., que no responden a los tratamientos habituales), dolor crónico, síndrome de intestino irritable.

- *Consecuencias en salud sexual y reproductiva.*

Por relaciones sexuales forzadas: pérdida de deseo sexual, fobias, anorgasmia, vaginismo, trastornos menstruales, enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA, sangrado, fibrosis dispareunia, dolor pélvico crónico, infecciones vaginales, infección urinaria, embarazos no deseados, exploraciones difíciles. Durante el embarazo: hemorragia vaginal, amenaza de aborto, aborto, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer.

- *Consecuencias en la salud psíquica*

Depresión, ansiedad, trastornos del sueño, trastorno por estrés postraumático, trastornos de la conducta alimentaria, intentos de suicidio, abuso de alcohol, drogas y psicofármacos.

- *Consecuencias en la salud social*

Aislamiento social, pérdida de empleo, absentismo laboral, disminución del número de días de vida saludable.

- *Consecuencias en la salud de las hijas e hijos*

Riesgo de alteración de su desarrollo integral, sentimientos de amenaza, dificultades de aprendizaje y socialización, adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros y compañeras, mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas. Con frecuencia son víctimas de maltrato por parte del padre, violencia transgeneracional con alta tolerancia a situaciones de violencia. La violencia puede también afectar a otras personas dependientes de la mujer y que convivan con ella.

- *Consecuencias mortales*

Homicidio y suicidio, algunas mujeres ven que las posibilidades de salir de la situación es tan imposible que atentan contra sus propias vidas.

d. *Violencia en mujeres embarazadas*

La violencia emocional es el tipo más prevalente sufrido por las mujeres embarazadas, seguida de la física y la sexual. Este tipo de violencia se incrementa de manera significativa en comparación a antes de estar embarazada.

Los motivos que pueden inducir a la pareja de la gestante a la violencia suelen ser los celos por la atención que la mujer presta a su embarazo, el enfado porque la mujer no manifieste interés en mantener relaciones sexuales, los cambios de la figura de la mujer, pero sobre todo, reacciona de manera agresiva, ante las dificultades y malestares (nauseas, vómitos, cansancio, dolores) que acompañan al embarazo.

La violencia de pareja hacia la mujer embarazada sobre todo la de tipo físico, puede ocasionar rotura uterina, de hígado o bazo, fractura de pelvis, hemorragias, aumento del riesgo de aborto, desprendimiento de placenta, corioamnionitis, amenaza de parto prematuro, bajo peso al nacer, y complicaciones en el posparto, incluso la muerte.

La violencia contra la gestantes no sólo involucra la dimensión física de la salud de la mujer, está demostrado que las gestantes desarrollan un cuadro de estrés que se acompaña de síntomas de depresión, ansiedad, temor, angustia; disforia caracterizada por mal humor, agresividad verbal o física sin estímulo que lo desencadene, dirigido especialmente a los hijos; autopercepción inadecuada de su salud y la de su hijo, tanto durante el embarazo ausentándose del programa de control prenatal, como después del parto. Tienden a aislarse, presentan una baja autoestima y un alto riesgo de desarrollar adicción a drogas, alcohol o ambos. Le surgen dudas sobre la capacidad personal para ejercer los cuidados que el recién nacido precisa, lo que determina una mayor predisposición para que haya estrés psicológico, que a su vez la hace vulnerable a la aparición de ansiedad y depresión posparto.

La violencia hacia las mujeres embarazadas repercute no sólo en la salud de las mujeres, también en la de los recién nacidos, ya que conduce al bajo peso al nacer afectando negativamente al recién nacido, con incremento de la morbilidad y de la mortalidad, y tiene efectos sobre el desarrollo de las capacidades físicas, cognitivas y sociales. Es importante que recordemos que las lesiones físicas no son la única prueba de la violencia (Rodríguez, V.; Navío, C.; Miranda, M.D. (2013). *Violencia de género en gestantes*. 370 Trances, 5(4):365-372.).

e. Violencia contra las mujeres con discapacidad

Cada vez son más los estudios que reconocen que las mujeres y las niñas con discapacidad están más expuestas ante la violencia. Según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) elaborada por el Instituto Nacional de Estadística en el 2008, 3,5 millones de personas tenían discapacidad en España, de las que el 60 % son mujeres. Según el informe anual de Naciones Unidas elaborado por la Alta Comisionada sobre Derechos Humanos sobre la violencia contra las niñas y mujeres con discapacidad, da como resultado que es un colectivo mucho más expuesto a la violencia. El magistrado vocal del Consejo General del Poder Judicial (CGPJ) y representante del Foro Justicia y Discapacidad, Pío Aguirre Zamorano, ha subrayado que el 5,9 por ciento de las mujeres con discapacidad ha sufrido algún tipo de maltrato, frente al 3 por ciento del resto de mujeres, según datos de un informe con cifras correspondientes a 2010, lo que significa que “las mujeres con discapacidad sufren el doble de malos tratos que el resto”. Por su parte, la magistrada secretaria del Foro Justicia y Discapacidad, Rocío Pérez-Puig, ha denunciado la falta de datos estadísticos que recojan el número de mujeres con discapacidad, física o intelectual, que sufren algún tipo de violencia o abusos por parte de sus parejas o exparejas, así como por parte de sus cuidadores, de las personas de su entorno, de su familia y de las instituciones. Estas mujeres además pueden ser víctimas de violencia relacionada con sus condiciones específicas de discapacidad. Los datos encontrados confirman que en nuestro contexto cultural, las mujeres con discapacidad sufren con mayor intensidad la violencia de género. Además, ponen de manifiesto la necesidad del uso de instrumentos específicos para su detección y señalan como factores de riesgo a ciertos condicionantes vinculados con la propia discapacidad. Igualmente, ha permitido identificar toda una serie de consecuencias en la salud de las mujeres atribuibles exclusivamente a la situación de violencia y no a la condición de discapacidad.

f. Ablación genital femenina. A/MGF

La violencia contra las mujeres se ejerce de diversas formas y una de ellas es la ablación/mutilación genital.

La ablación o mutilación genital femenina es una realidad poco conocida en nuestro entorno, aunque la globalización y los medios de comunicación y el aumento de los flujos migratorios han contribuido a que conozcamos cada vez más esa práctica.

Existen argumentos que defienden una justificación cultural, pero desde mediados del siglo XX existe un consenso sobre los Derechos Humanos y la dignidad de las personas; no dejan de reconocerse las especificidades identitarias y culturales aunque dentro de un respeto de derechos humanos fundamentales como son la vida, la integridad física y la posibilidad de llevar una vida saludable y digna.

Tal y como lo define la Organización Mundial para la Salud la “Mutilación Genital Femenina (MGF) comprende todos los procedimientos que, de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales femeninos” (OMS, Nota descriptiva n° 241, Febrero 2010). Existen diferentes opiniones que recomiendan el uso del término ablación en lugar de mutilación por las posibles implicaciones peyorativas y penosas para las mujeres a las que se lo han practicado; pero no debería compararse este término con denominaciones como la circuncisión de los hombres, ya que la circuncisión masculina no genera, en ningún momento, consecuencias para la vida sexual y reproductiva de los hombres, ni los determina a una serie de secuelas físicas y psicológicas, violando su derecho a vivir una vida plena, sana y alejada del sufrimiento.

g. ¿Cultura o violencia de género?

Aunque actualmente esta práctica la consideramos como cruel, con riesgos para la salud y que viola los derechos humanos de las mujeres, hasta hace pocos años se justificaba como una práctica cultural.

Habitualmente es una práctica que se hace en el contexto social de la comunidad, y que está legitimada por las creencias diferentes según el tipo de etnia y localización geográfica.

- *Creencias sociales* en las que se incluyen en un rito de iniciación de las niñas a la edad adulta, un paso para la integración en la comunidad, y para el sostén de la cohesión e identidad social del grupo. Este argumento ha perdido fuerza, según la OMS, hoy día se ha disminuido la media de edad para realizarla, y parece que es para evitar complicaciones legales, (estas prácticas ya están prohibidas en muchos países) y también para que las niñas opongan menos resistencia.
- *Sexuales*: Intenta controlar la sexualidad de las mujeres (virginidad, fidelidad) que está ligada al honor de la familia. En otras etnias argumentan que una mujer mutilada incrementa el placer sexual masculino.
- *Por salud*: se cree que las mujeres son más fértiles, que facilita el parto, también en otras etnias se cree que el clítoris crece indefinidamente o que si en el momento del parto toca al niño éste puede morir.
- *Higiénicas*: algunos pueblos consideran a las mujeres no mutiladas impuras, y se les prohíbe la manipulación de alimentos y bebidas.
- *Estéticas*: También existen argumentos que consideran los genitales femeninos faltos de belleza, y otros afirman que pueden crecer excesivamente poniendo en peligro al propio pene masculino al que fagocitarían.

- *Motivos religiosos*: En general, y de manera especial en Occidente, se equipara la A/MGF con el Islam, bajo la falsa creencia de que es un precepto religioso. Sin embargo, es practicada entre la población musulmana, cristiana y judía así como por animistas, lo cual descarta cualquier asignación religiosa.

Y aunque los argumentos esgrimidos varíen de una sociedad a otra, lo que parece claro es que esta práctica determina el rol de las mujeres dentro de sus comunidades, y este rol les sitúa en una posición desigual e inferior a la de los varones, donde el control de los cuerpos de las mujeres y de su sexualidad constituye uno de los ejes centrales para su existencia y mantenimiento.

Esta violencia hacia la mujer está asumida por el conjunto de la población, las mujeres la ejercen y la defienden, considerándolo como una cuestión de mujeres. Eso ha contribuido a ocultar su naturaleza y la violencia de género que reside en su práctica “cultural” y “privada”, realizada con el consentimiento de las propias mujeres, identificadas con unos roles y valores de género determinados.

Hasta la segunda mitad del siglo XX los Estados y las Naciones Unidas (NNUU), como consecuencia de la presión y demanda de las mujeres, no se reconoció que se trata de un atentado contra los derechos humanos.

h. Tipos de Ablación/Mutilación y Consecuencias:

La OMS identifica cuatro tipos de A/MGF según mayor o menor amplitud y se clasifican de la siguiente manera:

- Tipo I. Clitoridectomía. Eliminación del prepucio del clítoris, con o sin escisión parcial o total del clítoris.
- Tipo II. Escisión. Ablación del clítoris total o parcial de los labios menores, dejando los labios mayores intactos. Infibulación.
- Tipo III. Extirpación del clítoris, labios menores, labios mayores y sutura de ambos lados de la vulva. Se deja una pequeña abertura posterior para la evacuación de la orina y del flujo menstrual.
- Tipo IV. Prácticas de severidad variable sobre el área genital: piercing, dry sex, stretching, cauterización del clítoris.

Generalmente se realizan en condiciones precarias y poco salubres, puesto que existen leyes que prohíben su práctica. Así, se realiza en el entorno familiar, llevado a cabo por mujeres ancianas, que ven mal (produciendo más lesiones), además ejercen de comadronas o curanderas, que están muy valoradas reconocidas socialmente.

El tipo, la edad y la manera en que se practica varía dependiendo de diversos factores, entre ellos el grupo étnico al que pertenezca la mujer o la niña, el país en el que viva, si se encuentra en un área rural o urbana y su origen socioeconómico. Las edades oscilan entre el nacimiento (habitual en el caso de Malí y Eritrea) y el primer embarazo, aunque predomina la práctica entre los cinco y los quince años. Al realizarse mayormente en entornos poco higiénicos y con instrumentos no desinfectados, el riesgo de hemorragias, infecciones y complicaciones es elevado, incrementando los daños de la propia intervención.

Son muchas las posibles complicaciones de la A/MGF. Los efectos más conocidos son los que se derivan de las complicaciones sobre la salud de niñas y mujeres, mientras que los efectos sobre el estado psicológico y social permanecen menos estudiados.

i. Algunas de las consecuencias de la A/MGF incluyen:

- *Efectos inmediatos* como dolor, hemorragia, conmoción e infecciones por el uso de instrumentos cauterizados (cristales, cuchillos, latas...). No es raro que algunas niñas entren en un estado de colapso a causa del intenso dolor.
- *A largo plazo*, se pueden producir: infecciones del aparato reproductor, enfermedades inflamatorias de la región pélvica, infertilidad, dismenorrea. La menstruación puede durar 10 o más días, el cierre de la vulva produce retención de la sangre menstrual (hematocolpos). La menstruación acostumbra a ser dolorosa, y es habitual el mal olor de esta sangre menstrual. Son frecuentes las infecciones vaginales y uterinas, salpingitis, inflamación pélvica, obstrucción crónica del tracto urinario, incontinencia urinaria. Una mujer sometida a infibulación rigurosa debe orinar gota a gota, de forma que llega a tardar 15 minutos en vaciar la vejiga urinaria. Debido a que la micción resulta dolorosa, es posible que la mujer sea reacia a beber líquidos. El resultado son infecciones frecuentes de las vías urinarias, insuficiencia renal por infecciones urinarias de repetición, además de un incremento de la vulnerabilidad a las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y el VIH/SIDA.
- Sexuales: estenosis introito-vaginal, dispareunia, disminución del deseo sexual, anorgasmia, modificación de la sensibilidad sexual, vivencias anómalas de la sexualidad.
- *Reproductivas*: infertilidad.

- *Obstétricas*: dificultad en el trabajo de parto, desgarros, episiotomías, fístulas, sufrimiento fetal, partos prolongados y un incremento del riesgo de sufrir hemorragias e infecciones durante el parto; resulta difícil sondar a las pacientes en el parto y una retención urinaria en el posparto facilita las infecciones urinarias y las hemorragias por atonía uterina.
- *Salud mental*: sentimientos de humillación, vergüenza, terrores nocturnos, trastornos de ansiedad y depresión.
- *Impacto sobre la sexualidad de las mujeres*, con coitos dolorosos, en ocasiones dependiendo del tipo de mutilación, se necesitará volver a cortar para facilitar la penetración. En el momento del parto también será necesario hacer una episiotomía con un posible trauma a causa de la repetición y recordatorio de la mutilación.

El listado de las posibles consecuencias derivadas de la A/MGF nos vuelve a remitir a las posibles denominaciones de esta práctica. Frente a los que defienden la nominación de “circuncisión femenina” equiparándolo a la masculina, se debe señalar que son dos prácticas bien diferentes, con motivaciones y consecuencias para la salud desiguales. Es por ello, que los organismos internacionales como NNUU y el propio Comité Interafricano han adoptado el término de MGF. No se trata de un fenómeno exclusivamente africano, ya que se lleva a cabo aproximadamente en unos 40 países, siendo África dónde más se practica con 28 países. El número de casos en Europa, Australia y Norte de América va en aumento debido a las tendencias migratorias, se hace de forma clandestina por la familia y /o comunidad o se trasladan a sus países de origen para hacerlo.

En el caso de España, existe una realidad étnica (mayoritariamente del África Occidental), una distribución geográfica (básicamente Cataluña, Aragón, Andalucía y Canarias), y un número accesible de población, que deberían permitir una sensibilización privilegiada. La Ley Orgánica 11/2003 introdujo un nuevo apartado en el artículo 149 del Código Penal para incluir el supuesto de la A/MGF, y la Ley Orgánica 3/2005 de 8 julio, incorpora modificaciones con el fin de permitir la persecución de este delito aunque sea cometido en los países de origen, como es habitual.

A pesar de conocerse casos en España y el marco legal existente, no se ha desarrollado ningún protocolo estatal de actuación, aunque a nivel autonómico, Cataluña, Aragón y Navarra cuentan con protocolos y guías de prevención dirigidos, sobre todo, a profesionales de la salud. Algunas de las medidas preventivas se centran en la prohibición de viajar a los países de origen de las niñas en caso de riesgo y el establecimiento de un seguimiento médico de los órganos sexuales de las niñas.

Sin embargo, las organizaciones de mujeres denuncian que se trata de medidas escasamente sensibles con la cultura y los cuerpos de niñas y mujeres, por lo que demandan un tratamiento más respetuoso centrado en un enfoque más social.

La prevención de la MGF debe incluirse como parte importante en *protocolos de prevención en la infancia, teniendo un apartado específico*.

j. Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra las Mujeres (2013-2016)

La Estrategia tiene su encaje conceptual en la declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (Resolución 48/104, 20 de diciembre de 1993), adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas y en el artículo 1 de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Con esta estrategia se pretende contribuir a la eliminación de la violencia contra la mujer entendida en ese sentido amplio y, de forma particular, abordar la violencia de género en sentido estricto, dada su magnitud e incidencia social.

Objetivos generales:

- El primero objetivo promueve la “ruptura del silencio cómplice del maltrato”, tanto de las mujeres como de sus familias, su entorno y la sociedad en general.
- El segundo objetivo consiste en la mejora de la respuesta institucional, planes personalizados y avance hacia la “ventanilla única”.
- El tercer objetivo consiste en atención a los menores y a las mujeres especialmente vulnerables a la violencia de género.
- El cuarto objetivo visibilización y atención a otras formas de violencia contra la mujer.
- Tres ejes trasversales que responden a objetivos concretos cuya consecución repercute en la del logro de los cuatro generales:
 - Primer eje transversal: formación y sensibilización de agentes.
 - Segundo eje transversal: coordinación del trabajo en red y excelencia operativa.
 - Tercer eje transversal: calidad, evaluación, conocimiento y mejora continua.

Las estrategias de prevención de la violencia, surgen de los estudios y análisis de las causas primarias y de los factores que influyen en su aparición y mantenimiento, Según Naciones Unidas (2006) la prevención primaria requiere del empoderamiento político y económico de las mujeres para superar su posición subordinada en la sociedad, a la vez que exige que se cambien las actitudes y se cuestionen los estereotipos existentes en la sociedad.

La ley 1/2004 de Protección Integral contra la Violencia de Género indica que la prevención sobre la violencia debe hacerse dirigiéndose hacia sus causas primarias, con información y sensibilizando a toda la sociedad para que no se tolere, desde una educación no sexista. También destaca la importancia de los medios de comunicación, principalmente la publicidad como creadora de estereotipos, y en la necesidad de formación del profesional tanto en el ambiente jurídico como sanitario, para detectar precozmente la violencia de género.

1.3. La familia y formas familiares. Estructuras familiares tradicionales. Estructuras familiares en evolución. Las familias monoparentales. Funciones de la familia. Los roles familiares. Atención de la matrona

A. La familia y formas familiares

En el texto Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar (2004), encontramos la definición del concepto de familia desde el punto de vista de sistema: *“es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizada en roles fijos con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. Con un ciclo vital de vida familiar y una finalidad: generar nuevos individuos a la sociedad”*.

Coloma Medina (1993) define a la familia como una *“institución social, y es el núcleo de soporte y apoyo para sus miembros, en donde se da y se recibe el amor tan necesario para el desarrollo saludable de los individuos; en donde se intercambian y se adoptan mensajes, valores, tradiciones, costumbres, deseos, mitos y creencias; en donde también se resuelven y comparten aspectos de convivencia, responsabilidades, información, opciones de decisiones que afectan a todo el grupo familiar, se ve seriamente lesionada cuando se instaura el abuso, la violencia y el maltrato como sistema de relación entre sus integrantes”*.

El concepto *“familia”* resulta complejo, ya que es un sistema interrelacionado entre el individuo y la sociedad.

Las diferencias sobre el significado del término varían no sólo por razones de carácter ideológico, sino también en función de la tradición, la historia, la cultura y la vida religiosa de una sociedad. La interpretación del término en África, Europa, América y Asia son diferentes, pero en todos los casos, *la familia se considera como institución básica de toda sociedad*. Al menos, así se ha aceptado prácticamente en todos los documentos aprobados por la comunidad internacional.

El término familia en un sentido amplio, es un conjunto de personas emparentadas que viven juntas y más concretamente padre, madre e hijos. Desde un punto de vista histórico este concepto es relativamente nuevo, hasta el siglo XIX en la definición no se incluía de forma concisa ni coresidencia, ni parentesco. Hasta bien entrado el siglo XX familia se utilizaba para designar a las personas que constituían el entorno privado de un personaje principal, como por ejemplo un obispo, los que vivían bajo su mismo techo.

La familia nuclear, la formada por padres e hijos es una creación conceptual del siglo XX. De todas formas aunque no se llamara así, ya existía desde mucho antes, según Pillorget el cristianismo favoreció este tipo de familia al desarrollar una doctrina muy detallada en cuanto a las relaciones conyugales y paterno-filiares.

A lo largo del siglo XIX la familia experimentó grandes cambios influenciados por la industrialización, la urbanización, y la evolución de los transportes que la llevaron a la que hoy conocemos como familia tradicional, que alcanzó su punto culminante en el siglo XX.

Los cambios del siglo XIX hacen que se encuentren en tensión formas antiguas y formas nuevas.

Los cambios en la familia más acentuados repercutieron sobre el tamaño, la estructura, el descenso de la mortalidad, el aumento de la esperanza de vida y una nueva dinámica en las relaciones entre marido y mujer y entre padres e hijos. Con respecto a la infancia se limitó el trabajo infantil y progresivamente se introdujo la escolarización obligatoria.

A lo largo de la historia han habido muchas formas de articular a un grupo de personas unidas por matrimonio, parentesco, afinidad, consanguinidad; durante la etapa preindustrial predominaban en la sociedad occidental un tipo de familia rural extensa donde convivían varias generaciones, abuelos, padres, hijos. Los lazos de sangre los unía y les daba estatus y soporte, eran familias más numerosas que las actuales aunque la mortalidad era más elevada, no existía control de la natalidad y muchos niños morían al nacer o en los primeros años de vida; para la mujer el parto era la principal causa de mortalidad.

La familia era el contexto social más importante ya que además de ser el lugar de residencia constituía *la unidad de producción*. Era una unidad económica autosuficiente, la familia trabajaba junta, se apoyaba entre ella y no tenía ningún tipo de interferencias externas, criaba a sus hijos, los educaba, cuidaba a sus enfermos y a los ancianos. Lo común era que los matrimonios se basaran en la propiedad y en la tierra, el interés de la familia era más importante que el amor entre los esposos.

Los roles tradicionales del hombre y de la mujer se aceptaban y eran difíciles de cambiar. Antes del siglo XIX eran pocas las necesidades de los adultos y de los niños, que a partir de los siete años eran pequeños adultos y se esperaba que trabajaran como los demás.

La industrialización del siglo XIX produjo cambios en la sociedad y también en la familia occidental, comenzó a generalizarse la familia nuclear (matrimonio y los hijos), separándose el hogar del lugar de trabajo, delimitándose más el espacio privado del público.

La valoración de la privacidad de la familia primero apareció en las clases medias urbanas y gradualmente se fue extendiendo a las familias obreras, se acortó la distancia entre padres e hijos y se revalorizó la función de la mujer como esposa y madre.

El Estado también interviene más en la familia, empieza haciendo registros de los nacimientos, defunciones y matrimonios y después da ayudas sociales y económicas a quienes lo necesitan.

a. Demografía y familia

En el siglo XIX empieza un cambio demográfico que afecta profundamente a la familia, la emigración, el progresivo descenso de la mortalidad, los cambios en la nupcialidad, la ilegitimidad y la fecundidad influyen muy directa y profundamente sobre el tamaño, la estructura y la vida de las familias.

La *mortalidad* refleja entre otras cosas el grado de desarrollo socio-sanitario de una población y depende de factores socioeconómicos, políticos, sanitarios, medio ambientales, siendo los principales determinantes las enfermedades, el hambre y la guerra; por eso la mortalidad a principios del siglo XIX era muy elevada, también en esa época había grandes epidemias, viruela, tifus y cólera. A lo largo del siglo la mortalidad fue descendiendo progresivamente y se relaciona con la mejora en la alimentación, con el cultivo de la patata y el maíz, avances médicos, dieta, higiene, saneamiento, etc.

La reducción de las tasas de mortalidad fue la consecuencia del aumento de la esperanza de vida, también la mortalidad infantil descendió, lo que favoreció una mayor valoración de los niños.

La *nupcialidad* también es un fenómeno demográfico, muy relacionado con la natalidad con incidencia en los movimientos migratorios y ayuda a comprender los procesos de formación y disolución de la familia y se relaciona con otros fenómenos como la disponibilidad y la elección de la pareja.

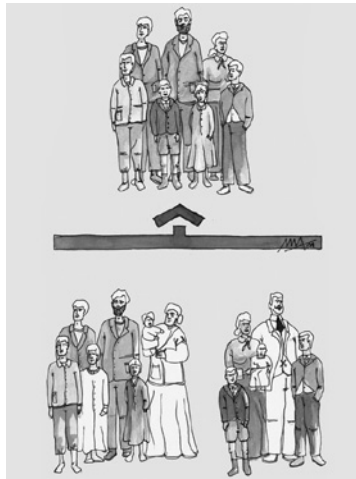


Fig.1.7. Demografía y familia

En Europa la edad de casarse variaba mucho, en función de factores económicos, sociales y culturales. Sobre principios del siglo XIX los hombres se casaban en la mayoría de los países entre los 27 y 29 años y las mujeres entre los 23 años en Italia, 24 en España, 25 en Portugal, 26 en Inglaterra, Francia, Alemania y Países Bajos y 28 en Suecia. Durante los primeros años de matrimonio la mortalidad de las mujeres era más elevada que la de los hombres por los embarazos y partos, después cambiaba y era más alta la mortalidad en los hombres. Eso hacía que hubiera una elevada cantidad de viudos y viudas, lo que hacía que los segundos matrimonios fueran frecuentes; los hombres lo hacían pronto (frecuentemente a los seis meses) para que cuidaran a sus hijos y las viudas a los tres o cuatro años siendo su edad un determinante para hacerlo, ya que determina la fecundidad.

Los grandes cambios económicos y sociales que se produjeron a lo largo del siglo XIX no influyeron uniformemente sobre la nupcialidad.

A finales del siglo XIX en toda Europa noroccidental hay un descenso generalizado de la *fecundidad*, debido a un control voluntario de los nacimientos, siendo habitual que el matrimonio dejara de tener hijos antes de que terminara la edad fértil de la mujer, mediante coitus interruptus o abstinencia, ya que preservativos o pesarios vaginales no se utilizaron hasta bien entrado el siglo XX. El aborto estaba prohibido por las leyes, pero su práctica aumentó mediante una red clandestina.

El cambio de mentalidad con respecto a la sexualidad y la fecundidad matrimonial fue progresivo y diferente de unos lugares a otros, pero sí hubo un cambio universal, iniciándose generalmente primero en las zonas urbanas y en países más cultivados; posteriormente otros países con más baja industrialización y urbanización y con niveles altos de mortalidad infantil y de analfabetismo alcanzaron en pocas décadas las mismas tasas de natalidad incluso sin el mismo desarrollo económico y social que los otros, lo que hace pensar que las causas son de tipo cultural y no por la reducción de la mortalidad infantil como se ha definido clásicamente.

Los nacimientos ilegítimos (fuera del matrimonio) antes del siglo XIX eran excepcionales en toda Europa, esto cambió a lo largo del siglo XIX donde aumentaron los embarazos prematrimoniales, aunque en los países católicos eran más raros; en las zonas urbanas había más que en las rurales. Las causas son complejas, la presión económica de la industrialización, la urbanización, la posibilidad de dejar a los niños recién nacidos en los hospitales que llevaba a las mujeres del campo a parir allí, nuevos conceptos del matrimonio donde en la clase obrera comienza a ser normal primero cohabitar unos años.

La ilegitimidad desciende sobre la segunda mitad del siglo XIX, también aumentó el nivel de vida y había una cierta estabilidad en la clase obrera. A pesar de todos los cambios en este siglo se continúa pensando que el matrimonio es el estado más adecuado para tener y educar a los hijos.

La *emigración* fue otro fenómeno demográfico que afectó a la familia del siglo XIX. La industrialización y los cambios socioeconómicos impulsaron una emigración desde el campo hacia las ciudades y hacia otros países.

b. Economías familiares

Con la revolución industrial la familia dejó de ser autosuficiente, ya no era una unidad de producción sin influencias externas, se convierte en una economía de salario, y en el caso de una mala situación, como enfermedad o muerte del cabeza de familia, las estrategias familiares usadas eran primero el trabajo de los niños, después acogida de inquilinos en la casa y lo último el trabajo de la mujer. Mientras los salarios de los hombres subían conforme llevaban trabajando más tiempo, las mujeres no pudieron ascender profesionalmente y su sueldo era similar al de los adolescentes sin variar con el tiempo, esto influía en que las mujeres abandonaran su puesto de trabajo al casarse.

En el siglo XIX se consolida una sociedad de clases en la que existe mayor movilidad social (facilidad para ascender o descender social y económicamente). Aumentan las familias de clase media y aparecen las nuevas familias obreras. En todos los estratos sociales es normal una movilidad geográfica, el cambio de los estilos de vida y una estructuras familiares mas cercanas. Y este cambio se acentúa más a finales del siglo XIX con el aumento de las familias nucleares a expensas de la desaparición de los sirvientes domésticos.

c. El matrimonio

El matrimonio en el siglo XIX continua siendo parte del orden moral social y económico y culturalmente está valorado y aceptado y se mantiene intacto hasta finales de siglo; su carácter de institución estable que dura hasta la muerte, a pesar del aumento de la cohabitación y del aumento de hijos ilegítimos (fuera del matrimonio) durante la primera mitad del siglo. El matrimonio tanto en las clases altas como en las bajas dependían de los padres (la herencia, la dote) y se sigue considerando lo adecuado para la actividad sexual y para procrear. Pero en este siglo, los condicionantes económicos y sociales que pesaban tanto dejan paso a los sentimientos y las preferencias personales, al amor romántico.

Desde finales del siglo XVIII y a lo largo del siglo XIX, van apareciendo leyes que transfieren el control del matrimonio de la Iglesia al Estado. Filósofos y legisladores se ocuparon del aspecto del “contrato”. Se consideraba que contrato y sacramento eran dos cosas diferentes, una civil y otra religiosa. La concepción del matrimonio como un contrato llevó al debate sobre el divorcio.

Hasta después de la Segunda Guerra Mundial (1939-1945) sólo contaban las familias legítimas, la cohabitación se rechazaba mayoritariamente, y algunos reformadores sociales pensaban que si se autorizaba el divorcio disminuirían, pero ocurrió lo contrario, las uniones libres continuaron aumentando en los diferentes estratos sociales y su tolerancia y reconocimiento fue aumentando vinculándose a la desacralización del matrimonio; se introduce el matrimonio civil, el trabajo asalariado en algunos casos fomenta el matrimonio temprano pero también los salarios insuficientes provocan el aumento de uniones libres, y salvo en los países católicos, se empieza a reconocer el derecho al divorcio, aunque restringido a los casos de adulterio.

A las mujeres se les excluye de la docencia, de poder ejercer la medicina, del saber lo que les lleva a no poder tener acceso a determinadas profesiones, puesto que se requieren estudios que les son negados, esa situación permanece hasta el siglo XX, “la mejor salida es el matrimonio”, por eso la mujer de clase media, la burguesa, es una mujer de su casa, madre, esposa, sin vida social y que se define por su vida familiar.

d. Familias de clase media y alta

Las familias de clase media (sus ingresos no proceden de rentas, ni del trabajo como artesanos u obreros industriales, donde ni la madre ni las hijas hacen trabajos remunerados y cuentan con servicio doméstico) crean a lo largo de todo el siglo XIX un modelo de familia y de cultura familiar en toda Europa, donde se separa profundamente la esfera privada de la pública, hay una exaltación del hogar y una separación de los roles entre hombre y mujer. El hombre es el sostén económico, la mujer se dedica a sus hijos.

Este modelo se fue extendiendo a todos los grupos sociales desde finales del siglo XIX. Para las clases sociales medias y altas el matrimonio tiene entre otros objetivos, la adquisición, mantenimiento o transmisión de patrimonio, se trataba de formar alianzas familiares, la tendencia más común tiende a la endogamia social. Los matrimonios se concertaban entre fortunas parecidas, con dos tendencias, los comerciantes y los hombres de negocios aportaban haberes con frecuencia mayores que su esposa; los funcionarios y los profesionales liberales tendían a casarse con mujeres más ricas que ellos. Un hombre sin fortuna pero con porvenir profesional podía conseguir un casamiento burgués, una mujer no, aunque tuviese estudios, si se ganaba la vida trabajando perdía su posición social. Las alianzas matrimoniales y los sentimientos no tenían necesariamente que estar en conflicto, los jóvenes se movían en determinados círculos sociales, fiestas, celebraciones familiares, balnearios, eventos planeados por los padres de gran coste económico. La cultura burguesa otorga un nuevo estatus a la infancia y descubre la adolescencia, y establece un progresivo debilitamiento de la figura del padre, el servicio doméstico además de ser imprescindible para su organización es un símbolo de prestigio social para la familia.

e. Siglo XX

Durante la primera mitad del siglo se produjo una gran transformación debida a la evolución demográfica, el crecimiento económico, la nueva estructura social, las crisis del sistema parlamentario y la modificación de los valores filosóficos y morales. El aumento de obreros especializados introdujo cambios en las clases trabajadoras, se transformaron los hábitos económicos, se dio menos importancia al ahorro y se introduce el ocio como nuevo elemento, cine, baile; también se desplazan aspectos de la organización familiar a organizaciones y relaciones que no se basan en el parentesco (guarderías).

La emancipación de la mujer afectó a las costumbres sociales, descenso de la natalidad, relaciones sexuales independientes de la procreación, la libre elección del cónyuge, también sobre 1918 se extiende la idea de que las mujeres deben descansar entre parto y parto para evitar daños psíquicos y físicos al niño. Fue una influencia del eugenismo que deseaba una mejora de los bebés.

El matrimonio tradicional se va transformando a un “matrimonio de compañeros”, donde los roles se determinan mediante acuerdo entre ambos; al principio de este modelo el marido era el soporte económico y la mujer era quien llevaba la casa, aunque trabajara fuera. Los principios de esta unión eran el amor, la posibilidad de elección y la igualdad, algo desconocido hasta entonces a causa de una esperanza de vida corta y también a la falta de oportunidades económicas y educativas para la mujer.

El feminismo, el descenso de la natalidad, la crisis de la autoridad patriarcal y la pérdida de algunas funciones tradicionales de la familia empezaron a preocupar a los poderes políticos, económicos y militares, que consideraban que eran factores negativos que estaban debilitando a la familia. Las razones eran básicamente cuatro: la primera era el *auge del feminismo* y la *tendencia de las mujeres a buscar empleo* para conseguir una independencia personal; la segunda la falta de religiosidad que estaba llevando a la familia a la desestructuración y al individualismo; la tercera al *aumento del coste de la vida* y al *coste elevado del mantenimiento de los hijos*, al haber legislado contra el trabajo infantil y la educación obligatoria; la cuarta por el *control de la natalidad* con el uso de los métodos anticonceptivos. Pensaban que debía haber una intervención económica y moral del Estado para apoyar a la familia. Visión que desde Estados Unidos sociólogos como Parsons negaban y consideraban que la familia sabría adaptarse a los nuevos tiempos, a pesar de los cambios.

La introducción de leyes contra la contracepción y el aborto en la mayor parte de los países, debido al miedo a la despoblación y al declive de la familia, constituyó en esta etapa una de las primeras muestras de la intervención directa del Estado en la vida familiar.

Antes de la crisis de los años sesenta la familia tradicional disfrutó de un gran momento, hasta 1964 la etapa dorada del facilismo, que se refleja en el interés por casarse, por el hogar, por los hijos y la gente empezó a casarse más joven, a tener más hijos y a divorciarse menos y a valorar el modelo tradicional de separación de roles, las mujeres con estudios superiores también dejaban el trabajo para dedicarse a sus hijos y a su marido.

El aumento de matrimonios y de nacimientos “baby boom” se acercó a la de comienzos de siglo. Las cifras más espectaculares fueron en Estados Unidos subieron de 2,19 hijos en 1936 a 3,77 en 1957. En Inglaterra y Gales el número de hijos era 1,75 en 1941 subió a 2,69 en 1947. En España igual que en otros países menos desarrollados del sur de Europa el aumento de la natalidad se produjo a mediados de los años cincuenta, con otra diferencia, que el aumento de la natalidad se mantuvo hasta los setenta para después caer brusca y rápidamente.

El niño fue el centro de muchas atenciones, resaltándose la importancia de la relación madre-hijo y de la familia como institución más idónea para socializar a los niños. La educación se hizo más permisiva y poco a poco van desapareciendo las distinciones sexuales tradicionales, educación similar que lleva a que muchas mujeres estudien carreras superiores.

El auge de la familia tradicional entró pronto en crisis, aparece una progresiva insatisfacción en las mujeres que estaban educadas igualitariamente y en los jóvenes. La generalización de los electrodomésticos dio más libertad a las mujeres para incorporarse a la vida laboral; el trabajo extradoméstico favorece el equilibrio de poderes en la pareja y la división del trabajo doméstico. Pronto el trabajo de la mujer deja de ser una ayuda a la familia para convertirse en fundamental tanto para la economía familiar como para su realización personal.

f. La crisis

Descenso de la nupcialidad que podría atribuirse a la crisis económica, el matrimonio se retrasa (en 1969 los hombres con 26,9 y 24,1 las mujeres), es más inestable (aumenta la tasa de divorcios en Inglaterra se pasa del 10 % de 1960 al 32 % de 1975); esas rupturas matrimoniales y de las parejas de hecho dan lugar a nuevos tipos de familias (en el sur de Europa no hubo prácticamente cambios).

Los cambios demográficos fueron tan importantes a partir de 1960 que se hablaba de una “*Segunda Transición Demográfica*”, caracterizada por la caída de la nupcialidad y la fecundidad, que benefició a las madres y a los hijos, pero que ha llevado a muchos países a un envejecimiento de la población.

En España según la socióloga Alberdi el modelo patriarcal entró en crisis tras la transición a la democracia, el feminismo cuestionó las relaciones vigentes de género y se produjo la revolución sexual. Desde ese momento, los principios de libertad, autonomía personal y democracia se incorporan al igual que en la vida pública a la familia y poco a poco durante décadas se van transformando los valores que rigen la familia.

g. Familias tardías

Los procesos implicados en la Segunda Transición Demográfica constituyen el contexto sociodemográfico en el que se generalizan las *familias tardías* en las sociedades contemporáneas, unidades familiares que se inician a edades relativamente avanzadas del ciclo vital y que las posibilidades de reproducción biológica ha descendido por la edad, las causas fundamentalmente son la prolongación de la juventud, por la tardanza en la emancipación de los jóvenes, la duración de la

formación, la intensa caída de la fecundidad y la ruptura matrimonial. España tardó en incorporarse a la corriente de los cambios y no converge en todos los aspectos con los cambios sociodemográficos de otros países europeos. La expansión de los sistemas educativos y la dificultad para encontrar trabajo junto con el desarrollo de un régimen de bienestar orientado a la familia, y con las relaciones familiares que constituyen para los jóvenes un ambiente favorable, tolerante, cómodo y permisivo, todo ello contribuye a que se alargue el periodo en el hogar.

Las pautas de formación de las parejas no solo se hacen más tarde, también han aumentado los hijos fuera del matrimonio y la ruptura se ha ido generalizando también en España. La caída de la fecundidad es muy alta. Las trayectorias más frecuentes por la que se forman estas familias son parejas heterosexuales que forman una familia tardíamente, con o sin el uso de Técnica de Reproducción Asistida, la adopción; parejas homosexuales, hombres o mujeres solas.

El retraso de la maternidad es uno de los factores que cada vez hacen que se utilicen más las Técnicas de Reproducción asistida; con los años disminuye la reserva ovárica y cada vez cuesta más conseguir un embarazo. Actualmente, la calidad de vida de las mujeres occidentales hace que estén en buen estado físico comparándolas con mujeres jóvenes del tercer mundo, además de poder contar con la donación de óvulos, que permite que mujeres muy mayores puedan quedarse embarazadas.

“El calificativo de tardío depende del contexto social y cultural en el que nos situemos. Treinta y cinco años es la edad a partir de la cual las mujeres califican el embarazo como, *embarazo de riesgo*, y se le empieza a informar sistemáticamente de la posibilidad de someterse a pruebas de diagnóstico prenatal, destinadas a detectar posibles enfermedades o malformaciones fetales. También treinta y cinco años es la edad límite para ser donante de óvulos. Pero las definiciones médicas de lo que es tardío o no tardío no tienen por qué ser un referente para el análisis sociológico, ya que las mismas son en gran medida producto de una construcción social”, (R. Sampedro, V.Gomez y M. Montero, 2002).

B. Estructuras familiares en evolución

La familia es una realidad cambiante, hemos visto como se han ido articulando diferentes formas de convivencia que han dado lugar a diferentes tipos de familia, pero todas tienen características que nos hacen identificarlas como familia.

La crisis económica y social, la modificación de los roles tradicionales y la adaptación de la familia a las nuevas situaciones sociales presentan un panorama complejo, pero todos estos factores no han cambiado la base de lo que constituye un elemento fundamental de la familia a lo largo del tiempo, la idea de pertenencia a algo que trasciende al individuo.

Divorcios, separaciones, nuevos casamientos, padres y madres solteras, parejas sin hijos, hijos e hijas fuera del matrimonio, parejas sin vínculo formal, familias homosexuales, varias generaciones conviviendo en la misma casa, abuelas criando nietos, mujeres fuera del hogar, familias recompuestas, personas que viven solas, que comparten la residencia sin tener vínculos de filiación ni alianza, migraciones, familias transnacionales, adopciones internacionales, son unas cuantas realidades actuales que hacen pensar que el concepto de la familia nuclear tradicional está cambiando.

La globalización, acelerada en las últimas décadas, hace que crezcan los flujos globales de personas e ideas y que se visibilicen e interactúen diversos modos de entender la familia y la reproducción, cuestionando visiones tradicionalistas o unitarias sobre la sexualidad o la familia a través de la diversidad y la diferencia (Maquieira, 2006). Los modelos emergentes van incorporando nuevos significados y nuevos valores, nuevas relaciones y tipos de relaciones; estos cambios no implican que se rompan las relaciones de parentesco o familiares, la familia sigue desempeñando un papel fundamental en la sociedad española de apoyo material, económico y de cuidado.

El hecho de tener hijos es importante a la hora de formar una familia, pero se desvincula del matrimonio, la procreación no es el objetivo último de la vida familiar, tenerlos o no es una elección y si es necesario se recurre a la adopción o a las técnicas de reproducción asistida. Las técnicas de reproducción asistida permiten el nacimiento de niños sin coito heterosexual, lo que implica que la sexualidad se separa de la reproducción y deja de relacionarse necesariamente a la heterosexualidad. Estas transformaciones han permitido a personas con prácticas homosexuales pensar en su relación en término de matrimonio o familia, solicitando una igualdad de derechos. Por la adopción o la creación de familias reconstruidas y por las técnicas de reproducción asistida las parejas homosexuales han accedido a la paternidad y maternidad sin que sea necesaria una relación coital heterosexual.

C. Familias monoparentales

La denominación de familias monoparentales ha sido polémica, en general varía según el contexto en función de factores culturales, socioeconómicos o costumbres, y se ha visto modificado a lo largo de la historia al igual que la sociedad, además hay que añadirle también la propia dificultad de la definición de familia, ya que no existe un concepto único de ésta que contemple la gran variedad de relaciones, contenidos, estructuras, experiencia y funciones que están asociadas a ella.

El concepto de “familia monoparental” fue incorporándose con éxito al corpus teórico en los años setenta tras la publicación de la obra de Schlesinger (1969), una traducción al castellano del término en inglés lone parent family (Jociles et al. 2008). La expresión tuvo buena acogida ya que sustituía expresiones con connotaciones peyorativas asociadas al fracaso, como “familias incompletas”, “padre solo”, “madre sola cabeza de familia”, “familias rotas”, “familias descompuestas”, “familias desunidas”... (Iglesias de Ussel, 1998). Pero también, porque plasmaba, en parte, las demandas del pensamiento feminista destinadas a diferenciar entre la estructura familiar de la persona sustentadora de la familia, lo que permitía a los hogares a cargo de una mujer ser considerados como familia.

Las *familias monoparentales* son hogares nucleares habitados por un solo adulto, generalmente la madre, con hijos a su cargo. Las causas son heterogéneas, después de una separación o divorcio, maternidad en soltería o viudedad, adopciones en soltería, por situaciones especiales (emigración, cárcel, etc).

Existen diversas razones de ausencia tangible del padre: la muerte, la deserción del hogar, la paternidad ilegítima, la separación o el divorcio. La desaparición del progenitor es siempre traumática para el hijo. Mientras que la muerte del padre tiene, generalmente, un carácter natural o irremediable e inflige penosos sentimientos de duelo, de pérdida y de tristeza, la ausencia paterna por otras causas, incluyendo la ruptura de la pareja, es considerada por los niños un rechazo evitable, y produce confusión, angustia, culpa, rabia y emociones profundas de desprecio o de abandono (Rojas Marcos, 1994).

La monoparentalidad se halla claramente feminizada del total de hogares monoparentales, ascienden al 80,1 % del total, son familias monomarentales. Las causas que explican esta mayor feminización de la monoparentalidad son variadas, desde la diferencia entre la esperanza de vida entre mujeres y hombres que deja a muchas mujeres con responsabilidades familiares, el peso de los roles tradicionales de género, que responsabiliza más fuertemente a la mujer en el cuidado de los hijos e hijas que conlleva a que las mujeres tiendan a asumir, en mayor medida que los

hombres, la custodia de los hijos e hijas, en casos de separación y divorcio, o la tendencia más pronunciada de los hombres a contraer matrimonios o establecer una convivencia posterior a la separación, divorcio o viudedad e incluso a contraer nuevas nupcias con otras mujeres.

En definitiva, el concepto de monoparentalidad tiene un origen sociológico y comprende una diversidad de situaciones en función de las causas que la origina, así como de los distintos proyectos de convivencia que presentan. Cabe señalar que en los últimos años se está produciendo un considerable aumento de formas voluntarias de monoparentalidad, como es el caso de las mujeres sin pareja que recurren a la adopción o a las técnicas de reproducción asistida (que en España son un tercio de las solicitantes).

D. Funciones de la familia

Aunque los cambios de estas últimas décadas han repercutido en la configuración de las familias, en los roles, en la incorporación de la mujer al mercado laboral y la mayor convicción de que el hombre debe asumir un papel más activo en las responsabilidades y cargas familiares, el descenso de la natalidad, el envejecimiento de la población y la dificultad para construir nuevos hogares, la familia sigue siendo una institución social que desempeña unas funciones imprescindibles para la sociedad.

Desde una función *demográfica*, puesto que es en ella donde se desarrolla la reproducción humana y se produce la supervivencia de sus miembros. Una función *educativa y socializadora*, funciones de solidaridad y de seguridad, protección de los hijos y de los demás miembros de la familia, aunque existan instituciones (sanidad, servicios sociales, etc) son funciones específicas de la familia, la solidaridad entre la familia nuclear y la familia extensa que se manifiesta muy especialmente en épocas de crisis, asegurando la cohesión social y el desarrollo de la solidaridad intergeneracional. Una función *económica* la familia constituye una unidad de consumo que crea riqueza y es un mecanismo de transmisión y conservación del patrimonio.

“La familia es el elemento que aglutina a las sociedades, y las relaciones entre las generaciones perpetúan este legado en el curso del tiempo” (secretario General de las Naciones Unidas en el Día Internacional de la Familia 2013). La ONU considera a la familia como la célula base de la sociedad, y su papel en el cumplimiento de importantes funciones socioeconómicas está ampliamente reconocido.

En definitiva la familia actúa como una red de protección primaria que alcanza a muchas personas.

La familia ha sido y sigue siendo uno de los pilares de la sociedad, y es muy sensible a los cambios y las tendencias sociales y económicas. Casi todo lo que sucede en la sociedad, le afecta directa o indirectamente, tendencia en el consumo, cambios económicos, mercado laboral, incidencia del Estado, estilos de vida... La familia continúa siendo una institución social fundamental que desempeña unas funciones imprescindibles e insustituibles para la sociedad.

E. Los roles familiares

Cada familia va a tener unos roles que se configuran dentro de ella y que cada miembro asume según las características y las relaciones de la propia familia.

Los roles familiares son construcciones sociales y particulares de cada familia, que dependerán de diversos factores como la historia familiar, la relación intergeneracional, los valores culturales, la sociedad donde se vive la situación y las relaciones que se tienen. Los roles son asignados pero también hay que asumirlos. *El rol familiar puede definirse como la forma de actuar del individuo ante una situación específica en la que están involucradas otras personas, implica las funciones que se han asumido dentro de su grupo familiar.*

Los papeles de marido, esposa, madre, padre, abuelo, hijo, hija adquieren un significado propio en cada familia y en una cultura específica, la familia moldea a sus componentes en función de las necesidades que tienen que cumplirse dentro de ella y que están muy relacionadas con su estilo de vida.

Al principio de los años *sesenta* a las mujeres se las representaba con roles tradicionales de ama de casa, esa era su ocupación, proporcionándole una satisfacción igual o superior a la de otros trabajos; en los años ochenta esto cambia, y especialmente es a partir de los años *noventa* cuando ya se las representa en la esfera del trabajo remunerado como forma de realizarse personalmente y que además contribuye en la economía familiar.

Los roles evolucionan: disminuye la casa como la esfera productiva de la mujer, una mayor participación de la mujer en los ingresos familiares y en las decisiones, unas relaciones más igualitarias de pareja en contextos de amistad, una mayor reducción de la vida de la mujer a la vida familiar como núcleo de su vida, una mayor unión entre el trabajo y la realización personal de las mujeres, un incremento en el uso de las nuevas tecnologías, una mayor visión de la inteligencia de la mujer y un enfoque menos tradicional de los roles, disminuyendo el tratamiento de “mujer objeto” y de estereotipos como mujer sinónimo de debilidad y hombre de fuerza.

La incorporación de la mujer al mercado laboral da una nueva visión sobre la dinámica de las familias, sus roles se modifican al compararlos al modelo tradicional de familia, asume un rol productivo además del rol de cuidadora y pone de manifiesto un nuevo modelo de familia, y también la capacidad de adaptación de las mujeres para asumir la vida laboral por un lado y por otro el antiguo orden social.

La incorporación de la mujer al mercado laboral es un hecho positivo, pero también al asumir ese rol de proveedora, la hace más susceptible a tener conflictos trabajo-familia. Coexisten un nuevo y viejo orden social con respecto al rol de la mujer, donde la familia como principal institución social se ve afectada incluso con la propia desconfiguración de la familia, separaciones, menos hijos, relaciones poco sólidas entre hijos y padres, retraso de la maternidad, son hechos frecuentes actualmente.

También están modificándose actuaciones con respecto a la crianza y el cuidado de los hijos, nuevas formas de asunción de la paternidad, especialmente entre los jóvenes. La crisis del padre como representación de la autoridad de la familia a dado lugar a nuevos modelos de paternidad, aunque la división tradicional de los roles de género sigue prevaleciendo y el reparto del trabajo doméstico todavía recae fundamentalmente sobre las mujeres.

F. Atención de la matrona

Las matronas han estado en todas las culturas, ocupándose de los cuidados de la mujer y de la familia, una compañera durante todas las etapas y procesos de vida. Primero con un saber popular, ahora también científico. Somos conscientes del peso que tiene la cultura en cuestiones de salud y podemos proporcionar una atención específica a las mujeres, orientada al empoderamiento de la mujer con respecto al cuidado de su propia salud. Una atención integral en todas las facetas, preventiva, de promoción y de atención y de ayuda a la recuperación de la salud, incluyendo la atención hacia la madre: en el diagnóstico, control y asistencia del embarazo, parto y puerperio normal y la atención al hijo recién nacido sano, hasta los veintiocho días de vida. Está demostrado que la presencia de la matrona favorece la normalidad en el proceso fisiológico del embarazo, parto y puerperio.

La matrona no solo está en los paritorios, va más allá del embarazo y del parto proporciona una atención integral a la salud de la mujer en todos sus ciclos vitales, durante la adolescencia, en su etapa fértil, en la perimenopausia, la menopausia y la vejez, citologías, etc., su ámbito de actuación incluye los centros de salud, la comunidad, la familia y el domicilio, y también está el hospital u otros dispositivos dependientes del mismo.

Las matronas deben participar activamente en los programas de atención a la mujer en todas las etapas de la vida y en la salud materno-infantil.

Al estar en estrecha relación con la mujer, al intervenir en procesos de gran trascendencia para ella, como son su salud reproductiva, también se convierte en un profesional idóneo para la atención a la inmigración cada día más frecuente y detección de la violencia doméstica.

1.4. Antropología de la maternidad. Factores socioculturales que afectan la maternidad-paternidad. La nueva dimensión de la paternidad y maternidad

A. Antropología de la maternidad

Desde la antropología la maternidad se analiza como una construcción sociocultural, con asignaciones imaginarias, relativas por tanto a tiempos y espacios concretos, que se sustenta en un hecho biológico general y universalizable. Al construirse mediante variables y elementos sociales, conlleva una serie de tareas y responsabilidades, y un conjunto de sentimientos que suelen naturalizarse en las mujeres hasta el extremo de creerse que son parte de la propia naturaleza, se piensa que la mujer no hace nada más que cumplir con lo que le viene dado por naturaleza, y de no hacerlo se interpreta como una carencia, generando modelos de mala madre y de mala mujer. Al contrario si el hombre carece de esos sentimientos maternales no pasa nada ya que culturalmente no se le exigen, y si los tiene se conceptualizan como un añadido que le da más valor a su persona.

Los textos de Margaret Mead (1973), Yvonne Kniebihler (1996) o Elisabeth Badinter (1991), plantean cómo lo femenino, lo maternal y la mujer no son un trinomio de términos obligatorios e inexcusables, cómo la crianza de los niños puede profesionalizarse hasta traspasar la díada madre-hijo e implicar no sólo a sujetos, sino a diferentes poderes, instituciones y clases sociales y cómo el tan traído y llevado discurso del “*instinto materno*” queda en entredicho a nada que lo sometamos a una mirada crítica a través de la historia.

No hay duda, además, que otra serie de fenómenos ponen en evidencia que la representación de la maternidad dominante ligada, como veíamos, a lo femenino, al cuidado, la bondad, al sacrificio y la naturaleza; (nodrizas, internados, el abandono de los niños en manos privadas e institucionales, apartar a los hijos).

Todo esto nos llevaría a plantearnos las variables que en la maternidad (modelo que parece homogéneo y sin fisuras) tiene el hecho de la legitimidad o ilegitimidad de los hijos o el contexto en el que se puede o no realizar los cuidados y las consecuencias que ello acarrea tanto a la madre como a la representación de la maternidad en sí.



Fig. 1.8. Diosa madre, Tell-Halaf, V.IV milenio a.C. Louvre, París

De esa construcción cultural de la maternidad, se han derivado una serie de obligaciones, las tareas del hogar, la crianza de los hijos, mientras que educación, cultura, ciencia, arte, fueron campos alejados para las mujeres.

Su función era la maternidad y los trabajos derivados de ella.

“Buena parte de las opiniones de las mujeres giran alrededor de la maternidad entendida como un instinto, como una esencia, y de la creencia en que la maternidad no sólo es diferente de la paternidad, lo que sin duda es cierto, sino que tiene más peso específico, en tanto que las mujeres se encuentran involucradas y más integralmente en la procreación (debido al embarazo y parto sobre todo) que los hombres.” Beatriz Moncó (2009).

Los conceptos no son meras definiciones neutras, son construcciones sociales e históricas, que no son inamovibles, ni son naturales, su significado está más o menos compartido por una determinada, sociedad y en una época determinada puesto que van evolucionando con el tiempo. Esto es importante a la hora de tratar sobre *conceptos que han sido naturalizados* como la maternidad, que induce a pensar que la maternidad o la paternidad, ser mujer o ser hombre, la feminidad o la masculinidad es algo que se nos ha dado naturalmente, cuando la realidad es que son creaciones, construcciones culturales que varían según la sociedad y el momento histórico, fruto del poder y del desarrollo histórico y que el modelo está reforzado mediante el lenguaje.

Si pensamos en la división tradicional del trabajo donde a la mujer se le atribuía la responsabilidad de la reproducción, el trabajo doméstico y la crianza de los hijos, mientras que los hombres debían ocuparse del sustento de la familia y tener autoridad en el seno de la “familia tradicional”, nos damos cuenta que no es una categoría

universal, que alude a una forma específica de las relaciones de género, que se generalizó con la industrialización. La mujer, es el ángel del hogar, el eje de la familia y la guardiana de las buenas costumbres; un ser doméstico, delicado, dependiente de la protección de un padre o un marido (McDougall, 1984:91), que se considera como ser asexual, siendo su impulso a la maternidad análogo al impulso sexual del varón. De esta manera, el hogar y la maternidad se configuran fundamentalmente como referente de la femineidad.

Nuestra comprensión cultural de la maternidad tiene una larga historia, pero alcanza su punto máximo en el siglo XIX. Ese siglo fue testigo del crecimiento de una división sexual de esferas que materialmente fundamentó el aislamiento madre-hijo y nos legó la imagen de la madre ideal que garantizaría tanto una descendencia moralmente perfecta como un mundo moralmente deseable (Chorodow y Contratto, 1982:62-63).

A lo largo de la historia la maternidad no se ha cuestionado, la madre lo era a consecuencia de su propia naturaleza biológica y los roles de madre estaban perfectamente definidos.

El ideal burgués de la maternidad se constituye como hegemónico en el contexto occidental y se expande a la clase trabajadora (Brullet, 2004). Como consecuencia, la imagen de maternidad aparece con una mitificación de la relación íntima entre la madre y los hijos. Ann Oakley (1974) describe el mito moderno de la maternidad refiriéndose a tres creencias que considera falsas: - todas las mujeres desean ser madres; - todas las madres necesitan a sus hijos; - todos los hijos necesitan a sus madres.

Esta imagen idílica de las madres no concuerda con actuaciones como el abandono de recién nacidos, infanticidio, o en entornos con extrema pobreza en los que muchas madres prestan menos atención y les dan menos alimentos a los niños que ven más débiles y con posibilidades de enfermar y morir (Scheper-Hughes, 1997) o que respecto a la paternidad que los pigmeos de África Central se implican profundamente en la crianza de los hijos o que otros padres no quieren saber nada como los beduinos Rwala del Medio Este (Coltrane, 1996). Hay gran diversidad de prácticas asociadas a la maternidad y a la paternidad, que no son exclusivamente naturales o biológicas, que incluyen experiencias que se forman a través de la clase social, el contexto social, el entorno físico, la cultura, etc., las personas somos productoras y productos de la cultura, por lo que participamos en la construcción de la maternidad pero también estamos condicionados por los significados que ya existen y que son compartidos por la sociedad a la que pertenecemos.

Estos comportamientos diferentes nos demuestran cómo el contexto social, histórico, económico moldea el comportamiento de las madres.

El hecho de que no exista un patrón único de conducta para las madres, cuestiona la visión de la maternidad que tenemos, que se sostiene en la idealización y naturaleza de la maternidad como conducta universal e innata en las mujeres.

La maternidad así construida sustenta una serie de estereotipos sobre la “buena” y la “mala” madre que pueden generar numerosos conflictos psicológicos. Para Swigart (1991) la “buena madre” es la mujer que solo quiere lo mejor para su prole, y que intuye sus necesidades sin esfuerzo alguno. Inmune al aburrimiento, vive la crianza como una fuente de placer que no requiere sacrificio. Por el contrario, la “mala madre” se aburre con sus hijos, narcisista, sin empatía, centrada en sus propios intereses y problemas, por lo que es insensible a las necesidades de su prole, que acaba padeciendo trastornos psicológicos de los que la madre no es consciente. Resultaría pues que una madre que no sigue el patrón establecido es *una madre desnaturalizada, un monstruo* (Donapetry, 2002:52). En la misma línea, el estereotipo de las mujeres que deciden no ser madres describe a mujeres anormales, egoístas, inmorales, irresponsables, inmaduras, no felices, no realizadas y no femeninas (Osborne 1993:139) y frecuentemente son caracterizadas como *personas sin capacidad de vincularse afectivamente a otras o sólo interesadas en triunfar en su carrera profesional* (Moreno 2000:2).

Estos estereotipos afectan a la mujer porque en el colectivo, la maternidad está vinculada estrechamente a la identidad femenina. A través de los siglos, el patriarcado se ha servido de la capacidad biológica de las mujeres para la reproducción, para fundamentar la unidimensionalidad del ser femenino y la permanente identificación entre feminidad y maternidad (Cid, 2002:11). En nuestra sociedad las características psicológicas positivas que se asocian a las mujeres como sería ser cuidadosa, afectuosa, sensible, amable, comprensiva, atenta hacia los demás, coincide con lo que socialmente se espera de una madre. Los términos mujer, madre, feminidad aparecen así irremediable y necesariamente vinculados, a la vez que el ideal de feminidad imperante en nuestra cultura nos persuade de que tener descendencia equivale a realizarnos como mujeres (Tubert, 1991:95).

Estableciendo esta relación y asumiendo el ideal “todas las mujeres son madres”, el patriarcado ha relegado a las mujeres de la vida pública y política (Vegetti, 1992).

Cid López destaca la importancia que los modelos griegos y romanos de la antigüedad tienen en nuestra cultura, como los primeros exponentes del valor extraordinario concedido a la maternidad, que sirvió para la reclusión de las mujeres al espacio doméstico y para la afirmación del dominio masculino. La llegada del cristianismo consolidó este status quo y lo reafirmó desde la sociedad feudal hasta el presente (Cid, 2002:15).

Se debe considerar que en ocasiones fenómenos que desde la antropología social se analizan como una construcción cultural, son vistos e interpretados de otro modo por parte de los actores sociales, y naturalizar la maternidad es fácil dada su base biológica. De ahí que en muchas investigaciones se refleje que la vida y las opiniones de las mujeres giran alrededor de una maternidad entendida como un instinto natural y que es diferente de la paternidad, lo que termina por asumirse como algo real, ya que las mujeres se han involucrado más en la procreación que los hombres debido al embarazo, parto y lactancia.

En otros aspectos menos tangibles como amor, generosidad, sacrificio, etc., el lenguaje del modelo dominante y esencialista refuerza esa visión sobre la maternidad que es centro de crítica de la antropología de género, que resalta que no existe una maternidad sino muchas maternidades diferentes.

Como escribe Beatriz Moncó, “la maternidad es tanto el hecho de la procreación como el embarazo, el parto, la lactancia, el cuidado, la educación y los sentimientos hacia sus hijos. Maternidad es también su historia, su vida y su recuerdo. Maternidad es su presente, su futuro y hasta su pasado en la mención de sus madres o en sus propios recuerdos de hijas”. Si hay algo en sus discursos que sobresale por encima del resto es saber que la maternidad es “algo” que deja huella, que identifica, y que las mujeres madres, aún con sus diferencias, forman una *communitas* experiencial con iguales o parecidos sentimientos y vivencias. Estas mujeres parecen tener claro que la maternidad las define no sólo personal sino colectivamente. De hecho, hasta bien entrado el siglo XVII todos aquellos procesos relativos a la maternidad estaban en manos de mujeres y eran ellas las que acompañándose las unas a las otras, cuidando las unas de las otras, traían al mundo a los hijos y velaban por la salud de la parturienta y el bienestar del recién nacido. De este modo las mujeres, con la excusa de la maternidad, establecían redes femeninas de ayuda y solidaridad con las que cubrían un buen número de carencias higiénicas, sanitarias, médicas y personales.” Estas mujeres a partir del siglo XVII van siendo sustituidas por los varones médicos y el instrumental quirúrgico quedándose así relegadas hasta que la matrona vuelve a entrar en la historia de la mano de la ciencia. Pero a pesar de su desaparición oficial, de modo oficioso y a escondidas tras la maternidad y sus necesidades, las relaciones entre mujeres siguieron su curso transformándose en redes de cuidado dirigidas o centralizadas, por lo general, en las manos de expertas, es decir, mujeres que habían sido madres y que como tales saben en qué consiste, para bien y para mal, la maternidad, los partos y la crianza. Son por tanto mujeres que se encuentran unidas por el hecho en sí de compartir una experiencia física y social, escogiendo a ésta como señal de identidad, de ser y de hacer.

Una idea que sigue vigente a través de los siglos.

B. Factores socioculturales que afectan a la maternidad Paternidad

La maternidad al igual que la paternidad como construcciones culturales que son, no están determinadas por la biología ni tienen carácter natural, el lugar que se les asigna a los padres, sus funciones, su responsabilidad y las vivencias que acompañan al ejercicio de ser padres son diferentes y están condicionadas por los efectos de las variables socioculturales, incluso en la misma sociedad se encuentran diferencias en función de la clase social, edad, religión, etc.

La *paternidad* adquiere diferentes significados en los diferentes contextos sociohistóricos, a lo largo del tiempo ha ido enfatizando determinadas características o roles, por lo que diversos autores distinguen entre la fase premoderna y la moderna para definirlos. Antes de la revolución industrial, el trabajo productivo lo hacía en el hogar, era el jefe ya que la familia era la unidad económica de producción y se consideraba, que el padre era responsable de las actuaciones de la prole debiendo educar e imponer disciplina a unos menores que se concebían como naturalmente inclinados al pecado (Coltrane, 1998:86). La industrialización provocó cambios tanto en las relaciones de género como en las relaciones entre padre e hijos. El padre trabaja fuera del marco físico del hogar y sus funciones dentro de la familia cambian, siendo primariamente el encargado de la provisión económica, mientras a las mujeres se les asigna el cuidado de la casa y la prole (Scott y Tilly, 1984).

Por lo tanto, el rol paterno en el cuidado de su descendencia se entiende como esencialmente indirecto, mediante la función primaria de proveedor familiar y apoyo emocional para la madre (Barnett y Baruch, 1988:66). Además, la percepción de la paternidad tradicional remite a una figura autoritaria y disciplinadora (Moss, 1959).

Rich (1996:391) piensa que la naturaleza simbólica de la paternidad da al hombre derechos y privilegios sobre la prole, mientras que las responsabilidades que asume son mínimas, un claro ejemplo es la actitud de indignación que provoca el abandono de un hijo por parte de la madre que no es comparable a lo que se siente hacia el padre, aunque realmente también es su hijo y es igualmente responsable.

Los atributos tradicionales de la paternidad, ser padre (en nuestra cultura) está asociados al acto de engendrar, al mantenimiento, pero se le distancia más que a la madre de lo afectivo y de las actividades diarias de crianza.

En el siglo XX el acceso masivo de las mujeres al trabajo hizo que la división de los espacios y roles se suavizaran. Paralelamente, se ha producido una modificación del estatus de la mujer en la familia, así como una pérdida de autoridad paterna en un contexto de cambios de los valores familiares (Flaquer, 1999; Castells, 1997).

Al analizar los procesos de desinstitucionalización e individualización de la vida familiar, se advierte de los cambios producidos en las relaciones de pareja, la democratización de las relaciones han influido en la maternidad y en la paternidad.

Aparece una desvinculación de la maternidad/paternidad y el emparejamiento, que está asociada a una serie de factores y de procesos sociales. Una vez más aparece el trabajo de la mujer como factor clave y también debe señalarse el aumento del nivel educativo, aunque las oportunidades educacionales no se han correspondido en igualdad con las expectativas profesionales, ni tampoco en la distribución equitativa de las tareas del hogar y de cuidados, y persiste la falta de posibilidades de conciliar la vida laboral con la familiar. Esto ha influido negativamente sobre el empleo femenino, su retribución y la fecundidad. Supone que el nacimiento de los hijos se aplaza hasta encontrar el mejor momento tanto profesional como económico.

En España existe una disociación entre la fecundidad deseada y la real: el ideal sigue siendo la parejita pero por término medio se tienen 1,36 hijos por mujer en edad fértil (2011).

A pesar de los cambios sociales y de las dificultades asociadas a tener hijos, se mantiene el deseo de ser madre tanto dentro del matrimonio como fuera, sí han cambiado los valores que se asociaban a la maternidad y ésta cada vez se planifica más.

Los valores asociados a la vida en pareja como la felicidad y la autorrealización se han trasladado también a la maternidad/paternidad, aunque eso implique hacerlo en solitario. Esto también conlleva un cambio en la concepción de los hijos, anteriormente los hijos daban sentido a la familia, sin ellos no estaba completa, actualmente los hijos son concebidos como un proyecto individual, se traslada la centralidad de la pareja, lo que justifica su mantenimiento a la centralidad de los hijos en tanto que éstos llenan a la persona.

C. La nueva dimensión de la paternidad y maternidad

Desde el punto de vista histórico, la paternidad al igual que la maternidad han sido cambiantes. Actualmente, estamos en un momento de transición entre viejos y nuevos perfiles: la incorporación de la mujer al mundo público, el aumento de los divorcios, la llamada decadencia, declinación o eclipse del padre, culminando con el discurso de grupos que consideran cada vez menos relevante a la figura paterna, y acepta cada vez más a la familia monoparental. A la vez comienza a emerger un fenómeno que suele llamarse el renacimiento del padre o la aparición de los nuevos padres.



Fig. 1.9. Maternidad/Paternidad

A diferencia de los padres tradicionales, que se centraban más en las potencialidades de los hijos para ser adultos productivos, comienzan a surgir nuevos ideales de paternidad que son correlativo a nuevas formas de ejercicio de la maternidad, al ideal social de la igualdad de derechos y deberes entre mujeres y varones, y al de la jerarquización de la autonomía individual. Nuestro sistema de valores actual fomenta un vínculo padres/madres-hijos en el que cobra importancia la interacción frecuente y temprana que proporciona el crecimiento en el día a día. Este tipo de vínculo dota de nuevos contenidos a la figura del padre actual y permite reformular la paternidad.

El fenómeno de los “nuevos padres” se debe a la aparición y valorización en los últimos años de una figura parental alejada de los modelos de padre distante y autoritario, y que ejerce una paternidad alejada de los modelos tradicionales de familia, la monoparentalidad masculina, parejas homosexuales, etc., modelo de padre cuidador, que transmite ternura, cuidados y enseñanza.

Los aspectos vinculares toman la delantera. La relación paternal no sólo se maneja en términos de autoridad, distancia y educación/límites, sino que existe también un aspecto afectivo-emocional, de disfrute mutuo. El contacto corporal tiene aquí un papel preponderante que permite la transmisión de la ternura corporal.

Va definiéndose la figura de padre que no se ajusta al rol propuesto por la división sexual del trabajo, con un vínculo cotidiano, más allá de su intervención disciplinaria o su protección económica. No es un tercero que separa madre e hijo, sino otro adulto que está a disposición. No una función, sino una presencia que requiere un trabajo emocional. No opuesto a la madre, sino desde sí para el hijo (esté o no en pareja con la madre).

Este nuevo modelo de padre (que en el modelo de familia nuclear tradicional también podemos llamar igualitario/participativo) está promovido por diferentes políticas de igualdad en muchos países y comienza a ser incorporado por algunos varones que generalmente pertenecen a sectores sociales desde los cuales se generan costumbres y hábitos que es posible que vayan impregnando el tejido social.

El capital cultural y el nivel educativo son variables decisivas en la producción de este padre, que sigue existiendo en muchos casos, incluso después del divorcio, porque ha creado un vínculo directo con hijos y no indirecto o a través de la función. Por ello, encontramos este modelo en jóvenes, de estudios superiores, con trabajos que les permiten tiempo libre, e igualitarios en su relación con las mujeres”. (Bonino L.)

Russen 2001:54, resalta que con relación a la paternidad, el cambio más llamativo ha sido la emergencia del “nuevo padre”, aunque esto no significa que exista una maternidad y una paternidad con la misma participación, también existen muchas conductas paternas en las que persisten las diferencias de género.

El *ideal cultural* del nuevo padre activo ha cambiado mucho más rápidamente (especialmente en la clase media) que los comportamientos paternos (Hochschild, 1995).

La *paternidad activa* se asocia con muchas consecuencias positivas, las relaciones de género son más equitativas tanto a nivel social como interpersonal, influyen en el desarrollo psicosocial de los hijos, que desarrollan más habilidades emocionales y comunicativas y también enriquece a los padres.

Todos estos cambios están sucediendo también en un contexto nuevo, los hijos son una elección personal, la vida de las mujeres ya no se define tanto como antiguamente en función de su vida familiar, aparecen maternidades menos

intensivas, que se producen a edad más avanzada o al margen de la estabilidad de la pareja, de forma que, la maternidad como único elemento definitorio de la identidad femenina se va desplazando por la importancia que otorga el empleo (Alberdi, Escario y Matas 2000), de todas formas la igualdad no es real, generalmente son las mujeres quienes tienen más obstáculos para desarrollarse profesionalmente con la llegada de los hijos, porque persiste aún la creencia de que las mujeres son más responsables de su cuidado.

Carolina del Olmo (2013) en su último libro *“Dónde está mi tribu”*, apuesta por: *“un mundo de madres, o un mundo de cuidadores y cuidadoras, es intolerable la identificación de mujer-madre, eso de que si no eres madre no eres una mujer completa, pero también es intolerable lo contrario: que te empaqueten el mito de la mujer trabajadora una vez más como la única salida posible. En realidad lo que habría que cuestionar es que alguien sea persona sin ser madre (sea hombre o mujer), es decir, sin cuidar, sin comprender la red de dependencias que nos unen, sin entender a fondo la vulnerabilidad, ni que los cuidados son la base misma de la organización social y que es algo que está permanentemente amenazado. La ética del cuidado es el punto cero de la sociabilidad”*.

1.5. Mujer e inmigración. La diversidad. Multiculturalidad. Duelo migratorio. Atención de la matrona en las diferentes culturas

A. Mujer e inmigración

El fenómeno de las migraciones ha estado presente desde los orígenes de la humanidad, la decisión de buscar un lugar donde encontrar una vida mejor de la que dejan, ha estado condicionada por múltiples factores externos y siempre ha sido modulada por el entorno social.

La conjunción de factores determinantes de la movilización de grupos numerosos ha tenido repercusiones históricas trascendentales tanto a nivel individual como colectivo en las sociedades emisoras y en las receptoras. El final del siglo XX se ha descrito como “*la era de la migración*” porque la coincidencia de estos factores múltiples han determinado que ingentes cantidades de personas se desplacen, con lo que prácticamente todos los países han adquirido la condición de *multiculturales*.

El Consejo de Europa explica la importancia y constancia de los movimientos migratorios actuales desde los siguientes factores predisponentes:

- La mundialización de la economía que implica una mundialización de los flujos migratorios.
- El desequilibrio de las perspectivas del desarrollo económico en el mundo. Las desigualdades de los países del Norte y del Sur son evidentes.
- Diferencias con respecto a los Derechos Humanos.
- La presión demográfica. La baja natalidad de los países del Norte contrasta de forma importante con el crecimiento demográfico de los países del Sur.
- La mundialización cultural.
- La porosidad de las fronteras.

En España tradicional país de emigrantes, en el período que va de 1960 a 1975, tuvo lugar un importante desarrollo industrial que ocasionó la urbanización a gran escala, en torno a los núcleos de desarrollo industrial, la mecanización de las tareas agrícolas con un excedente de mano de obra campesina, motivó que más

de cinco millones de españoles emigraran desde las zonas rurales hacia los lugares de más desarrollo nacional o hacia países de la Europa industrializada. Asentada la población española, tras la integración en la CEE, España se ha convertido en país de arribada de inmigrantes que se establecieron durante la época de bonanza económica, llegando a constituir más del diez por ciento de la población de nuestro país, o que lo utilizan como puerta de entrada a Europa. La inmigración en España es un reto de gran envergadura.

Después de la crisis del petróleo de 1974, los países receptores de inmigración, restringen las entradas y empiezan a diseñar políticas de retorno. Las nuevas leyes dificultaban la vuelta a los que salieran del país, lo que provocó el asentamiento de un número importante de la población inmigrante temporal que pasó a establecerse definitivamente. El perfil del inmigrante, era el de un hombre soltero y joven de origen rural y extracción social humilde. Las mujeres en menor proporción por reagrupación familiar.

La emigración no debe considerarse únicamente como un proyecto individual, sino como parte de un espacio amplio y global cuyas consecuencias revertirán en los planos económicos, sociales y culturales de todo el planeta. Desde esta perspectiva podemos diferenciar entre la persona que emigra, el proyecto migratorio, los flujos migratorios y las modernas migraciones.

Hace años que ha perdido vigencia el modelo clásico del varón joven como prototipo del migrante, actualmente las mujeres alcanzan prácticamente la mitad del conjunto de personas desplazadas.

La importancia de la participación de las mujeres en los flujos migratorios, no sería relevante si, como en el resto de dimensiones sociales, tales flujos no estuvieran influenciados y explicados por las relaciones de género. Las relaciones de género afectan a la hora de explicar quiénes y por qué razones emigran, cómo se toma la decisión de hacerlo, así como las consecuencias sobre las propias personas migrantes y los impactos tanto en las comunidades de origen y de destino (Jolly y Reeves, 2005).

Hasta hace relativamente poco, las teorías y modelos migratorios no daban cuenta del papel y la participación de las mujeres, o bien aparecían reflejadas como meras acompañantes de sus homólogos masculinos (Camacho, 2010). Habrá que esperar a la denominada “*feminización de las migraciones*”, caracterizada por un aumento del volumen de mujeres iniciadoras de la cadena migratoria en algunos flujos (Martínez, 2007; Orozco, Paiewonsky y García, 2008), para que comience a visibilizarse y ponerse en valor su participación.

Al hablar de la inmigración femenina existen muchos estereotipos, y a los tópicos y prejuicios generales referentes a la inmigración hay que sumar aquellos específicos hacia la mujer inmigrante, que se visualiza como colectivo poco preparado profesionalmente, sin estudios, y naturalmente a remolque del hombre cuando no subordinada a éste. Las mujeres inmigrantes no son un colectivo homogéneo, sino múltiple, con itinerarios y opciones propias e individuales.

La feminización de la inmigración es un hecho constatado: hay países emisores de inmigración donde la mayoría de los ciudadanos que emigran son mujeres, en otros casos la población femenina emigra a partir de las reagrupaciones familiares.

La demanda de empleo en determinados sectores que la población autóctona no cubre, se convierte, en nicho de ocupación para personas extranjeras procedentes de países con inferiores o escasas oportunidades laborales. Un peso singular de la concentración sectorial del empleo de estas mujeres lo acapara, precisamente, el sector del cuidado y el servicio doméstico. Y es que el protagonismo de las mujeres dentro de los flujos migratorios se contextualiza, también en una dinámica global de transferencia de cargas reproductivas desde los países más desarrollados a los menos desarrollados, en un momento de incorporación masiva de las mujeres al trabajo productivo y de necesidad de cubrir las tareas domésticas y de cuidado, que salen al mercado y son satisfechas, en las “naciones centrales”, por mujeres procedentes de otros países. La migración internacional de las mujeres revela así una emergente internacionalización del trabajo reproductivo (Parella, 2003) y el surgimiento de las cadenas globales de cuidados, uno de los fenómenos más paradigmáticos del actual proceso de feminización de las migraciones en el contexto de la globalización (Orozco, 2007). La mujer inmigrante principalmente está en el sector doméstico, cubre roles que la mujer autóctona ha ido abandonando para incorporarse al mundo laboral: cuidado de ancianos, hijos y limpieza del hogar.

Decía Simone de Beauvoir que, en la mayoría de las culturas, las mujeres están acostumbradas a asumir el “papel del otro”, a “empatizar”, a adaptarse a las necesidades o a las circunstancias.

Mientras que muchos hombres que llegan a los países de acogida viven ese cambio como traumático, las mujeres se adaptan mejor a su nuevo entorno por su mayor facilidad para las relaciones y sobre todo para crear nuevas relaciones, eso es una ventaja tanto para la mujer como para su propia supervivencia. Esa mayor disposición de las mujeres a incorporarse a la cultura mayoritaria del país de destino no se hace, sin que experimenten un sentimiento de identidad dual: La cultura de procedencia y la nueva cultura con la que se encuentran (Martínez, 2003).

Es frecuente que las mujeres inmigrantes reproduzcan durante los primeros años de estancia en el país de destino la misma forma de vida que tenían anteriormente, a veces la falta de estudios, que les hace depender de los varones en todo lo relacionado con el espacio público, (falta del idioma del país y diferente idioma de procedencia) les hace caer en situaciones de aislamiento dentro del propio grupo cultural. Cuando la cultura es claramente patriarcal es más fácil que se les recluya al espacio privado imitando en el país de acogida los modelos de discriminación que ya vivían en su país de origen.

En muchos casos, la situación de discriminación y de dependencia del núcleo familiar masculino y su incapacidad para relacionarse con el exterior, les hace caer en una doble invisibilización. Como ejemplo europeo, en los primeros años de la inmigración magrebí y turca, en Bélgica era habitual que las mujeres reprodujeran su modo de vida, sin entrar en contacto con la sociedad de acogida, para nada. Muchas mujeres procedentes de zonas rurales, eran analfabetas en su propia lengua y a veces incluso apenas hablaban un dialecto de su región. En estas condiciones, les era imposible comunicarse no sólo con sus vecinas europeas sino que también entre personas de origen similar, la relación era improbable. Dependían por lo tanto de sus compañeros para todo lo relacionado con la vida cotidiana y los asuntos legales.

La defensa a ultranza de los valores tradicionales supone a menudo una justificación encubierta de la vulneración sistemática de derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales de la mujer, basada fundamentalmente en la desigualdad de género y las relaciones de poder que mantienen las sociedades patriarcales. *Debemos recordar que en base a conceptos como “la tradición o la cultura” se intentan justificar situaciones de subordinación de la mujer.*

También se debe pensar que la mera capacidad para la mujer de poder decidir inmigrar puede ser un indicador de estatus social privilegiado, aunque si para emigrar es necesario tener buena salud y asumir unos costes económicos, en el caso de las mujeres se debe añadir que tal decisión le conlleva unos costes morales. Existen diferentes variables, biográficas, familiares, políticas y vitales, que se sopesan en el momento de tomar tal decisión. La comprensión de los motivos de la emigración de las mujeres debe realizarse teniendo en cuenta el contexto cultural y social del país del que proceden. No puede equipararse el proyecto migratorio de una mujer procedente de la República Dominicana a otro de una mujer de Marruecos, por ejemplo, donde tanto legal como culturalmente, la estructura familiar y el papel desempeñado por la mujer es diferente. Pero sí se puede asegurar que el país de acogida tiene un papel determinante en la medida en que les ofrece expectativas de empleo, aunque en un principio sea de forma irregular y en sectores poco definidos como el trabajo doméstico, el sector servicios o la explotación sexual.

Asumiendo que la mujer es el eje de estabilidad de la familia, su decisión de emigrar repercutirá en varias generaciones; que tenga que irse y dejar a sus hijos implica evidentemente una ruptura de la estructura institucional más importante de transmisión de los valores culturales; los niños crecen con sus abuelos les faltan las figuras elementales que son el padre y la madre. Que se vaya la madre tiene efectos importantes para el bienestar de los hijos ya nacidos en el país de destino y que en muchos casos podrán identificarse con las expectativas y aspiraciones de sus progenitores en el intento de ocupar una situación mejor en la sociedad de acogida.

Todo flujo migratorio tiene unas consecuencias en el país emisor, así como en el de acogida. El papel de la mujer en estos aspectos es fundamental. En aquellos países donde la emigración es predominantemente masculina, las mujeres se han organizado para ocuparse de la familia y del trabajo que hacían los hombres. Cuando son ellas las que emigran, sus hijos se quedan a cargo de familiares e intentan llevar a distancia el rol de la maternidad a la vez que el mantenimiento económico de la unidad familiar y se convierten en una fuente de ingresos para el país emisor (casos de muchas mujeres latinoamericanas).

Igual que no podemos hablar de la inmigración en general como un bloque homogéneo, tampoco podemos hacerlo de la mujer inmigrante. Por tanto, se trata de una realidad heterogénea, de un colectivo que agrupa realidades diferentes no solo en cuanto a procesos migratorios sino en cuanto a aspiraciones, motivaciones, etc. Es lógico, estamos hablando de personas que tienen en común ser mujeres e inmigrantes pero que su dimensión humana va más allá de estos ítems.

Cada vez hay mas mujeres que inician un proyecto de migración individual, mujeres que deciden buscar mejores condiciones de vida y la posibilidad de ampliar sus horizontes profesionales en Europa.

También existen mujeres que no han elegido emigrar y que por motivos de reagrupación familiar cambian de país, lo que implica un gran cambio en su vida más cuando son adolescentes, rompen con su entorno social y en muchos casos también hay una ruptura emocional, su adaptación a una nueva sociedad les planteará la construcción de una nueva identidad.

Las rutas migratorias no son seguras pero el peligro es mayor para las mujeres tanto por las condiciones en las que emigran, como por su vulnerabilidad ante los peligros que amenazan tanto su integridad física, psicológica como emocional. Es cierto que desde un punto de vista estrictamente material si encuentran una mejor calidad de vida, pero no, desde el punto de vista psicológico y emocional. Llegan a un lugar donde inicialmente son rechazadas por la población, con prejuicio sutil y manifiesto.

Lo expuesto anteriormente se recoge en Derechos Humanos: Mujer e inmigración Martínez Ten, Tusts M., Instituto de la Mujer:

- Los cambios sociales que se producen en todas las sociedades por el acceso de la mujer a la educación, los procesos de urbanización, por la creciente globalización de las comunicaciones y de la información, así como el cambio de valores está empujando cada vez a un mayor número de mujeres a inmigrar.
- Los motivos del proyecto migratorio femenino ya no se basan exclusivamente en la complementariedad de la emigración masculina: cada vez un mayor número de mujeres inicia por su cuenta el proyecto migratorio con el fin de lograr una mayor independencia, escapar de las normas a las que se ven sometidas en algunos de sus países de origen, como matrimonios convenidos, repudio, violencia de género, o simplemente normas morales y religiosas que las cohiben en su proyecto de vida.
- El colectivo de mujeres inmigrantes es tan heterogéneo como las sociedades de las que forman parte. No puede existir una mirada única, sino diversificada y alejada de estereotipos.
- No todas las mujeres son sujetos de prácticas tradicionales. Cada historia de vida es única y forma parte de un proyecto individual de progreso personal.
- Los espacios de participación laboral admitidos para las mujeres inmigrantes son extremadamente reducidos: servicio doméstico, asistencia domiciliaria a personas dependientes (niños/as, enfermos/as, ancianos/as) y hostelería son las ocupaciones que en Europa se reservan para este colectivo.
- Uno de los temas públicamente más comentado es el aumento de redes de prostitución que se están extendiendo por todo el mundo. Lo más terrible de esta situación es que se convierta en una vía de “incorporación” a los países de acogida. La situación de miles de mujeres condenadas a trabajar como prostitutas por extorsiones, deudas contraídas o como única forma de supervivencia, es una realidad que está siendo denunciada como moderno fenómeno de esclavitud y que se acrecienta día a día sin que se estén tomando las medidas oportunas.

- El hecho migratorio femenino se ve alentado por las nuevas relaciones de género en los países de acogida. Las mujeres europeas que trabajan fuera del hogar se encuentran con una doble jornada laboral difícil de sostener. El envejecimiento de la población, el retroceso o ausencia de políticas sociales y la lenta toma de conciencia de la importancia de la corresponsabilidad por parte de los hombres, son algunos de los factores causantes de la fuerte demanda de trabajadoras extranjeras. Como consecuencia, detrás de una mujer que trabaja fuera del hogar hay otra mujer que ocupa su lugar en las tareas domésticas.

B. La diversidad. Multiculturalidad

“La cultura debe ser considerada como el conjunto de los rasgos distintivos espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o a un grupo social y que abarca, además de las artes y las letras, los modos de vida, las maneras de vivir juntos, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias” (Prefacio de la Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural, 2001).

La defensa de la diversidad cultural se enfoca por un lado a garantizar que halla una coexistencia armónica entre personas y grupos de orígenes culturales diversos que viven en un mismo país y por otro también a defender la diversidad, o sea las numerosas formas en que las diferentes culturas se expresan, se defiende el pluralismo cultural que es la respuesta al fenómeno de la diversidad cultural.



Fig. 1.10. Diversidad

“El reconocimiento de la diversidad significa el reconocimiento de lo humano mismo en toda la amplitud de sus integrantes y de su despliegue histórico, dado que lo que sucede con cada hombre en realización o negación afecta al género, nos pertenece y repercute sobre todos” (Picotti, 2006: 343).

Actualmente la mayoría de los países son culturalmente diversos, diferencias lingüísticas, religiosas, culturales, etc., un mundo multicultural e interdependiente con una creciente globalización en las relaciones económicas, y cada vez con mayores dependencias entre unos y otros países, donde no existen regiones que puedan aislarse.

Los flujos migratorios son fuente de diversidad cultural, traen idiomas, costumbres, vestimentas, y visiones distintas del mundo al lugar donde llegan: *“El ‘inmigrante’ es un explorador, un naturalista que analiza la conducta de los que toma por indígenas, y a quienes intenta imitar para que le acepten como uno de los suyos. De alguna manera, se deja “colonizar” por quienes lo reciben. Ahora bien, como explorador de comarcas que desconoce, también es un colonizador, una especie de contrabandista de productos culturales, con el destino indefectible de modificar las condiciones que ha encontrado al llegar. El inmigrante que se presenta como ‘aculturado’, es también un ‘culturizador’”* (Delgado, 1998/1999:17).

Los contactos interculturales han existido en todas las épocas, la diferencia actual es que los contactos se han llegado a normalizar, haciéndose permanentes y en que la diversidad cultural es muy evidente.

Las manifestaciones de la diversidad son muchas y no se presentan aisladas, favorecen un enriquecimiento cultural mutuo y el desarrollo de valores (solidaridad tolerancia...), profundización en la democracia (interculturalismo, participación, coeducación...), pero también hace que aparezcan problemáticas como resultado del desarraigo, de la barrera lingüística, de la situación legal, etc.

Como consecuencia de estos aspectos negativos aparecen los choques culturales derivados del desconocimiento mutuo, la exclusión social, la tendencia a la asimilación cultural, la existencia de guetos y nichos económicos, la baja autoestima individual o grupal, el rechazo, la xenofobia, el racismo, etc...

La diversidad cultural, que existe y existirá, se explicará mejor no como multiplicidad de culturas cerradas cada una sobre su estructura singular (enfoque ideográfico), sino como rasgos y estructuras integrantes de la cultura humana. El fenómeno migratorio sitúa a la especie entera en un mismo contexto, en el que la integración de la diversidad cultural redundará en un enriquecimiento mutuo. También debe existir una toma de conciencia y aceptación, por parte de la sociedad receptora, de que a medida en que van incorporándose números crecientes de inmigrantes, ella misma se transforma y se hace más diversa (Pietsch, 2007).

“Todas las sociedades son heterogéneas culturalmente, ninguna cultura se desarrolla sin intercambios e interacciones culturales” (Perlo, 2006:141).

La identidad cultural en el sentido que nace de las interacciones con otras culturas sería un concepto flexible y plural, que no solo está marcado por la diferencia, sino por la complementariedad con lo diferente. Así, por ejemplo, una persona puede sentirse española, europea, según la relación que se establezca, la circunstancia y el ámbito en que se determina esta relación.

Lo que se tiene en claro es que la identidad no es algo unitario, porque necesita otra referencia, ni es algo estable y fijo, por encima del tiempo, porque toda identidad evoluciona con la historia y con el contexto. Es importante tener presente también la distinción entre *identidad cultural* como las características que una persona o un grupo se atribuye para sentirse partícipe de una cultura concreta, y la *identidad de la cultura* como referencia a las particularidades que se le podrían asignar a una cultura determinada; es una cuestión sutil, pero la distinción es importante, porque a partir de allí surgen las diferencias para hablar del derecho a la identidad cultural y el derecho a participar en la cultura. Es decir, el derecho a la propia identidad cultural, al propio patrimonio y herencia cultural; y por otro lado el derecho al acceso y participación en la cultura como un bien primario, en el sentido de acceso, participación y disfrute de la cultura y la vida cultural. En la primera, lo importante es la diferencia, y en la segunda, el objetivo es que todos tengan la misma igualdad (De Prado, 2001).

La UNESCO reconoce a la diversidad cultural como “*la herencia común de la humanidad*”, cuya defensa considera un imperativo ético y práctico, inseparable del respecto por dignidad humana.

En este sentido, las campañas en defensa de la multiculturalidad sirven para advertir del peligro de la intolerancia hacia los recién llegados y para hacer causa común con los más desfavorecidos. Al mismo tiempo obliga al conjunto de la sociedad a reflexionar sobre el sentido de sus costumbres y la inalterabilidad de los principios morales sobre los que se fundamentan, y sobre las razones que les hacen aceptar unos valores y unas prácticas, en detrimento de otras (Delgado 1998/1999).

En la construcción de un espacio común diverso, con la presencia de inmigrantes, es imprescindible incorporar la perspectiva multicultural a todos los servicios públicos (atención salud sexual y reproductiva de las mujeres), esta perspectiva multicultural, no trata de elaborar programas de inserción para inmigrantes, lo que trata es de replantear la organización desde las necesidades de todos los miembros que la conforman, para garantizar los derechos a la dignidad y al bienestar de las personas.

C. Duelo migratorio

Al hablar de duelo migratorio, se utilizan distintas denominaciones para hacer referencia a la pérdida que sufren las personas que abandonan su país emigrando a otro: “Síndrome de Ulises”, “Duelo Migratorio”, “Mal del Inmigrante”, “Síndrome del Emigrante”, “Morriña”, “Melancolía”, “Nostalgia del Extranjero”, “El bajón de los seis meses”... Realmente este tipo de duelo es aplicable no sólo a situaciones de emigración motivadas por precariedad económica y condiciones de subsistencia, sino también a aquellas personas que tienen que salir del territorio donde habitan por motivos de violencia, guerras, persecución... En todos los casos, junto con los problemas inherentes al proceso migratorio (condiciones del desplazamiento, precariedad, rechazo en el país de destino...) se suman la pérdida extraordinariamente significativa de los vínculos con la tierra y con las gentes que les vieron crecer. (Gonzalez Calvo V.2005).

Este proceso de duelo ya fue descrito en el siglo XVII por Harder y por Zwinger que relacionaron el fenómeno migratorio con la nostalgia. Observaron esta nostalgia y desarraigo en diferentes situaciones, soldados que tras prolongadas campañas militares sin regresar a su país se sumían en el decaimiento y la tristeza, o en campesinos que migraban a las ciudades...(Tizón,1993).

La migración implica un cambio brusco, lleno de pérdidas y ganancias, de riesgos y beneficios y para poder asimilarlo se requiere hacer una reorganización interna. Este proceso de duelo, de reorganización interna no se soluciona con unas buenas condiciones de trabajo, ni con la regularización de la situación en el nuevo país. Sin duda, si los beneficios superan las pérdidas, el duelo resulta menos dificultoso por cuanto el individuo se inclina a sopesar y reduce sus sufrimientos con aquello que está logrando (Achoategui, 2002). En ocasiones el inmigrante idealiza su país y esa nostalgia hace que tarde en reestructurar su nueva vida, prolongando el duelo que puede llegar a convertirse en duelo crónico. Cuando su situación es mala, la nostalgia va aumentando y su objetivo inicial, que era una vida nueva va disminuyendo, pensar en el regreso cada vez se hace una idea más fuerte y presente por lo que le aumenta el sufrimiento día a día.

El duelo cada persona lo vive de manera diferente, influyen diversos factores, los recursos personales, el apoyo de las redes sociales, el nivel de integración social, las condiciones de vida que ha dejado en su país...

Las pérdidas psicológicas y sociales que supone la migración desencadenan diferentes procesos de duelo, que pueden clasificarse en “*duelo simple*” que aparece cuando la migración se realiza en buenas condiciones para la persona, un entorno favorable que lo acoge y le facilita la inclusión y le ayuda a desarrollar su proyecto

inicial, y otro tipo de duelo más frecuente, el “*duelo complicado*” donde la situación personal y social dificulta la elaboración de las pérdidas. Este duelo es el que puede poner en peligro la salud de la persona desplazada pudiendo llegar a desarrollar el llamado “*Síndrome de Ulises*”.

a. Etapas del duelo según Brink y Saunders

- Etapa de luna de miel
- Etapa depresiva
- Etapa de adaptación
- Etapa de rechazo de la cultura original

En la etapa de “luna de miel”, las expectativas son muy elevadas, la intención de mejorar las condiciones de vida, el éxito, pero cuando éstas no se cumplen aparece la frustración, el desánimo, el resentimiento. La etapa “depresiva” que no todo el mundo la vive, ni se vive de la misma forma, incorpora diversos factores, la adaptación al idioma, el cambio de status social, la depreciación de su imagen social respecto de terceros, “disminución del nombre”, y una de “inestabilidad del status”. Todos estos son elementos que contribuyen a la aparición de la etapa de “depresión reactiva”. La cuarta etapa descrita por Brink y Saunders, la del “rechazo de la cultura original”, implica un empobrecimiento personal, es como si realmente la persona hubiera nacido en el momento de emigrar.

El duelo migratorio es *transgeneracional*, muchos hijos de los inmigrantes no se sienten ni de aquí, ni de allí y no solo sufre el duelo quien se marcha, también los que se quedan que viven la separación con dolor, los hijos crecen, los padres envejecen y también para quienes los reciben, puesto que se requiere integrar cambios. La intensidad depende de muchos factores, como la persona afronta las vivencias, la personalidad, las circunstancias, las redes sociales, pero sí existen una serie de circunstancias personales y sociales que al reunirse varias actúan como “*predictores de Duelo Migratorio*”: desorientación temporoespacial prolongada, incomunicación con la población autóctona y asilamiento, aferrarse a la cultura de origen de manera rígida, cuando el trabajo no es el soñado, cuando hay dificultad para encontrar vivienda, vivir en condiciones insalubres o hacinados, condiciones de vida insanas, dificultad para establecer un ritmo de vida normalizado, soledad, sentimiento de fracaso, sentimiento de miedo, sentimiento de tener que luchar para sobrevivir por estar sometido a condiciones de explotación o humillación. (González Calvo V. 2005).

Junto a lo ya señalado hay que destacar otras *expresiones sintomáticas características*: fatiga, cansancio, falta de fuerza o incapacidad para seguir adelante, pérdida o aumento del apetito, influye sobremanera el cambio de los hábitos alimentarios, la dificultad para encontrar los mismos productos, no disponer de los recursos económicos suficientes, pero sobre todo tiene que ver con la ansiedad. Síntomas característicos de la tensión excesiva son frecuentes cefaleas y en menor grado migrañas. Ideas de muerte y suicidio no son síntomas frecuentes, aunque en ocasiones son pensamientos recurrentes. Sensación de soledad, aun en compañía.

Alteraciones frecuentes del sueño: problemas para conciliar el sueño, el despertar precoz, el sueño entre-cortado y jalonado de pesadillas... son síntomas frecuentes en el duelo migratorio. Pérdida de memoria es poco frecuente, en ocasiones se asocia a situaciones de estrés postraumático, en este caso cuando el viaje migratorio es especialmente peligroso.

El apoyo es fundamental para el bienestar y la salud, las redes familiares y sociales pueden proporcionar refuerzo emocional, relaciones, trabajo e integración.

b. Clasificación de los *siete duelos de la emigración y de la interculturalidad* descritos por el psiquiatra Joseba Achotegui:

- *El duelo por la familia y los amigos*. La separación de unos hijos pequeños que reclaman muchas veces dramáticamente su presencia o la distancia respecto a unos padres ancianos y enfermos producen en las mujeres inmigrantes sentimientos de culpa difícilmente superables.
- *El duelo por la lengua*. La lengua, la cultura, las tradiciones, la tierra, representan el entorno en el que la niña y el niño desarrollan su inteligencia y su capacidad emocional. Los asocia con los recuerdos de felicidad de la infancia y al perderlos, sienten que pierden a la vez su pertenencia a ese mundo.
- *El duelo por la cultura*. En el concepto de cultura, incluiremos también una forma determinada de ver el mundo, y de cómo comportarse en él. Lo que en un país es cortesía en otro puede no serlo. Y muchas veces, la confrontación de dos sociedades distintas produce más fricciones que la propia necesidad de acomodación en sí. La alimentación, los olores, la forma de vestir, los colores o el sentir del tiempo de unas sociedades no basadas en la productividad entran en contradicción con las de los países europeos.

- *El duelo por la tierra.* La tierra representa simbólicamente a los padres, a los antepasados. Las mujeres inmigrantes, apegadas afectivamente a la tierra en la que han crecido, y en la que siguen viviendo a veces sus hijos e hijas o sus padres, viven intensamente los cambios climáticos: temperatura, humedad, luminosidad, colores, olores, etc. Su tendencia a idealizar los recuerdos al mismo tiempo que su deseo de formar parte de una sociedad con más oportunidades les produce ansiedad y desconcierto.
- *El duelo por el estatus.* Cuando se plantea la posibilidad de emigrar, la mayoría de las personas lo hacen con perspectivas de mejorar su estatus social o personal. La realidad es bien distinta y muchas mujeres inmigrantes con estudios medios o superiores en su país de origen se ven abocadas a aceptar trabajos de estatus social muy inferiores a los que ostentaban en su tierra.
- *El duelo por el contacto con el grupo étnico.* Si bien la identidad étnica no es más que un elemento más de los que conforman la identidad, como el género, la identidad generacional, la identidad de religión, de clase social, etc., ésta tiene que ver con la pertenencia a un grupo claramente definido. Tanto por parte de la población de la sociedad de acogida como por parte de ciertos sectores de la población inmigrante, este rasgo de identidad puede chocar frontalmente y dar pie al conflicto. La pertenencia a una comunidad étnica determinada para la mujer inmigrante supone de nuevo un obstáculo más a su participación en la sociedad de destino.
- *El duelo por los riesgos físicos.* Los riesgos para la integridad física o la salud mental de la mujer inmigrante son numerosos: el propio viaje de salida, como en el caso de las mujeres subsaharianas o magrebíes que entran al país en pateras, las que son captadas por redes mafiosas para la prostitución, las condiciones de vivienda una vez en el país de destino, una alimentación deficiente y unos riesgos laborales extremos son sólo una muestra. Los casos de violencia sexual contra mujeres que viven en condiciones de hacinamiento o promiscuidad no deseada, la propia violencia racista o de género que derivan en desarreglos mentales son frecuentes.

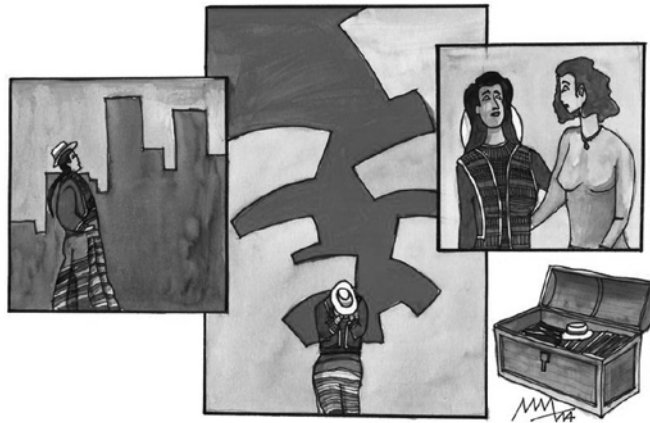


Fig. 1.11. Inmigración

D. Atención de la matrona en las diferentes culturas

La “*feminización de la migración*” es un hecho actual, son mujeres jóvenes, que mayoritariamente se encuentran en edad fértil, que llegan de diferentes países, y la atención al parto constituye para ellas una demanda prioritaria, y muchas veces se encuentran con barreras tanto lingüísticas como culturales, puesto que la reproducción y la maternidad son fenómenos bioculturales donde se reflejan valores, sentimientos y creencias.

Las matronas son de las primeras especialistas del sistema de salud con las que se ponen en contacto las mujeres inmigrantes para la asistencia prenatal, la mayoría trabajamos en un contexto plural y diverso, y nos encontramos con problemas tanto de comunicación debido a las barreras lingüísticas, como con barreras de tipo cultural, que son muchas y de diferente naturaleza, estas mujeres tienen sus propias ideas sobre que es la salud/enfermedad y una cultura propia sobre los cuidados materno-infantiles, además de unos estilos de comunicación propios. Desconocer su cultura y valores, nos lleva a una mala comunicación y compromete la relación profesional en las actividades de prevención y de promoción de la salud. Los patrones tradicionales de cuidados materno-infantiles de su país, pueden tenerlos profundamente arraigados y sus ideas respecto al embarazo, parto, puerperio, cuidados prenatales, papel del padre, cuidados del recién nacido, etc. son diferentes.

Diferentes pautas de comportamientos en la asistencia al parto, principalmente de origen cultural actualmente bien documentadas y conocidas por las matronas; muchas de las mujeres que llegan a nuestro país y que tradicionalmente en su cultura son asistidas por parteras empíricas en su domicilio, al llegar a nuestro país se encuentran con que los partos se atiende en el hospital y aunque para nosotros es lo normal, a muchas mujeres inmigrantes esa diferencia les crea conflictos entre sus creencias culturales interiorizadas y los cuidados que se le proporcionan en el país de acogida.



Fig. 1.12. Miradas

Ejemplos de algunas diferencias culturales que se manifiestan en diferentes aspectos podrían ser: *el sentido del pudor* que a muchas mujeres (norteafricanas) les lleva a negarse a ser atendidas por hombres, y en ocasiones también prefieren que tampoco esté el marido; *percepción y actitud ante el dolor durante las contracciones de parto*. La percepción y expresión del dolor está construida socio-culturalmente (Otegui R). En algunas culturas se educa a la mujer para que permanezcan en silencio, mientras que otras chillan continuamente. Generalmente las mujeres procedentes de Europa del Este y del África Subsahariana silenciosas, las africanas demuestran el dolor mediante muecas faciales y sonidos guturales y chasquidos con los dedos. En el lado opuesto aunque no se puede generalizar, las mujeres norteafricanas que manifiestan el dolor sin inhibiciones, ruidosamente con movimientos corporales muy activos, repitiendo continuamente una monótona letanía o llamando a su madre. Incluso muchas mujeres a las que se les ha puesto la epidural siguen quejándose igualmente; con respecto al *acompañamiento durante el parto* también hay matices culturales en general, los hombres musulmanes son los más reticentes para acompañar a su mujer, si se les insiste se mantienen físicamente alejados de su mujer, sin hablar y nada más terminar el parto quieren marcharse rápidamente del paritorio.

También hay mujeres africanas que no quieren que les acompañe el marido, el parto es cosa de mujeres, prefieren una amiga o un miembro de su familia femenino. Se produce así un fenómeno de solidaridad de género y de grupo. Este fenómeno se observa entre las mujeres norteafricanas y las europeas del Este; sin embargo, prácticamente no se da entre las mujeres subsaharianas, que normalmente van a parir solas; otra diferencia cultural que provoca inquietud en la atención al parto es la diferencia en *interacción de la madre* con el recién nacido, todos esperamos manifestaciones de alegría y cariño, sin embargo hay muchas mujeres que no quieren tocar ni mirar al recién nacido, insistiendo en un “quítamelo”. Algunos autores insisten en que para entender estos comportamientos hay que recordar que las manifestaciones de las emociones y sentimientos son construidas culturalmente, y que en países donde la mortalidad perinatal es muy elevada, la vinculación con el recién nacido es más tardía. A las pocas horas o antes, el vínculo se produce habitualmente lo que demuestra que los sentimientos existen pero se manifiestan en distintos tiempos.

Esto nos demuestra que detrás de cada mujer y dependiendo de su lugar de origen hay concepciones diferentes sobre la vida, la salud, diferentes lenguas y creencias que forman parte de lo “normal” para ellas. La cultura del país de origen se sigue manteniendo en el país de acogida, aunque poco a poco se van haciendo modificaciones en los valores, creencias religiosas, sociales, de salud, costumbres, ritos, tabúes, etc.

Es positivo tener perspectivas culturales, para una buena intervención profesional, y superar e incorporar nuevos elementos tanto en la vida personal como en la profesional.

Existen unas implicaciones prácticas para las matronas en general:

- Detección de embarazos mal controlados, debido a una captación tardía (principal factor de riesgo hallado en las gestantes inmigrantes).
- Embarazos no controlados.
- Infecciones maternas.

Los resultados de diferentes estudios indican que las mujeres inmigrantes presentan más factores de riesgo en el embarazo que las mujeres autóctonas. Podemos pensar que este hecho pone de manifiesto una serie de barreras en el acceso a los servicios sanitarios, aunque éstas parecen no estar justificadas sólo por el menor nivel socioeconómico de esta población, debe añadirse una utilización variable en función de la procedencia y de la nacionalidad. También la incidencia de ETS son más frecuentes, y considerando los problemas sociales como factor de

riesgo, no es extraño que se observen diferencias con las mujeres autóctonas. Para las inmigrantes, estos factores sociales, bien de índole económica (bajo nivel de ingresos, irregularidad administrativa y difícil acceso a la asistencia perinatal) o cultural y de tipo de vida (bajo nivel de estudios, falta de apoyo familiar, estrés físico y psíquico), son variables que debemos tener en cuenta, puesto que tienen repercusiones en los resultados perinatales.

Las matronas deben incluirse en todos los programas específicos orientados a la captación temprana de gestaciones en mujeres inmigrantes, es preciso garantizar y facilitar la accesibilidad de los colectivos de inmigrantes a los dispositivos sanitarios, las mujeres inmigrantes presentan patrones o modelos reproductivos diferentes, reflejo de su cultura y de los niveles de desarrollo de sus países, de ahí la necesidad de una asistencia específica (un punto de atención especial: la mutilación genital femenina, muy extendida en países subsaharianos a pesar de estar prohibida. Se ha de informar claramente que es un delito y tener un protocolo de actuación para evitar que se repita con las niñas).

Esta etapa reproductiva afecta directamente al personal sanitario y a las matronas que atienden el embarazo, parto, puerperio y recuperación; los problemas de comunicación dificultan la realización de una actividad asistencial de calidad, para la que se necesita conocer la diversidad; la interculturalidad se convierte en un tema de especial importancia por el que las matronas han mostrado una especial sensibilidad incorporando conocimientos sobre las conductas que más colisionan con sus creencias y que al adaptarse en lo posible a su cultura, modificando prácticas diarias hace que se consigan una vivencias del parto más positivas.

La intervención hacia las mujeres inmigrantes debe desarrollarse de forma integral, atendiendo a las necesidades que las propias mujeres manifiestan al acudir al servicio de salud, para favorecer su bienestar y promover conductas y actitudes hacia el cuidado de la salud sexual y reproductiva, evitando estereotipos en temas tan sensibles como la reproducción, la maternidad, la sexualidad, las relaciones afectivas y la familia. (El hecho de que el varón tenga un considerable peso en la toma de decisiones, especialmente en la población musulmana, sobre todo en los casos de desconocimiento del idioma de la mujer, al ser transmisor de las indicaciones del personal sanitario, deja dudas sobre el grado de comprensión de la mujer o el valor de su consentimiento).

Temas a veces ocultos, ideas erróneas sobre anticoncepción o la influencia de la cultura en la sexualidad, actitud hacia los embarazos, el cuidado de los hijos, la maternidad y paternidad responsables, aspectos como los derechos sexuales, la igualdad de género, la prevención de enfermedades de transmisión sexual y el empleo

de métodos anticonceptivos, son temas en los que se debe incidir para contribuir a cambiar la realidad de la mujer. La sexualidad es un tema de difícil abordaje, más cuando debemos incorporar la variable cultural, pero debe ser una meta mirar la sexualidad en clave cultural desde una perspectiva de salud, más allá de la ausencia de enfermedad, contribuyendo en lo posible al derecho de todas las personas a recibir información y al respeto de sus derechos sexuales y reproductivos.

2. Sexualidad

2.1. Conceptos generales. Concepto de sexo y sexualidad. Sexología: evolución histórica. Salud sexual. Nomenclatura sexológica. Obtención de la información en la historia clínica

A. Conceptos generales

La sexualidad es un concepto multidimensional, es polisémico puesto que tiene muchos significados. Polivalente, ya que se utiliza para muchas cosas como reproducción: placer, controlar, dañar o poder entre otras más. Poliédrico, porque tiene muchas caras, es dinámica, va cambiando conforme nos vamos desarrollando y también ha ido evolucionando a lo largo de la historia. Diversa, pues es entendida de forma diferente por las diferentes culturas, religiones, ideales político-sociales, modelos sociales y los modelos educacionales o niveles de instrucción. Es individual, vivida y entendida de modo diferente por cada persona y es compartida con quien cada cual quiere. Polémico, debido a la segregación por género o como herramienta de control social y de poder.

La sexualidad engloba una serie de condiciones culturales, sociales, anatómicas, fisiológicas, emocionales, afectivas y de conducta, relacionadas con ella, que caracterizan al ser humano en todas las fases de su desarrollo. Por ello, al igual que la educación, la sexualidad es todo y no se puede ver de forma aislada, pues las personas son seres holísticos en si mismos e indivisibles, de modo que estas tres dimensiones están íntimamente relacionadas y condicionadas unas por otras, por lo que no podemos separar el cuerpo físico de la mente, de las creencias o de la educación recibida.

Somos seres sexuados y no podemos no serlo, tenemos sexualidad desde que nacemos hasta que morimos y se moldea según nuestras propias experiencias. Al igual que como la gelatina, la sexualidad no tiene más formas que la de su recipiente, en este caso, en el receptáculo socio-histórico de significaciones y normas, y como la gelatina una vez que ha cobrado forma ésta es definitiva y difícil de alterar.

Al estudiar las dimensiones de la sexualidad, nadie ha sido capaz de hacer un corpus teórico de la sexualidad. La sexualidad sería un sistema de sistemas. Un sistema biológico con cuerpos sexuados con componente biológico o una dimensión, un sistema psicológico o dimensión psicológica, somos una mente, el córtex solo está en los humanos. La dimensión cultural y social también interacciona con el histórico y con nuestro bio-psico-social. No podemos olvidar en este aspecto que las culturas controlan todas las manifestaciones de la sexualidad.

En la vida diaria, la sexualidad cumple un papel muy importante, ya que desde el punto de vista emocional, afectivo y social, va mucho más allá de la finalidad reproductiva y compromete la vida de pareja, de familia y los lazos afectivos interpersonales, las relaciones sociales que se establezcan contribuirán en buena medida a alcanzar la felicidad de las personas.

Las biografías están en un contexto social, en un contexto histórico, las consecuencias se convierten en antecedentes. La sexualidad es parte integral del individuo, todo ser humano es un ser sexuado, la forma de asumir y potenciar este hecho lo denominamos conducta sexual, la tenemos antes de nacer y es el resultado de experiencias acumuladas a lo largo de la vida, no es solo genitalidad, o reproducción, o amor, sexualidad son todos, juntos o separados.

El mundo está dividido en dos grandes grupos, hombres y mujeres, los roles de género diferencian la diferenciación sexual genética y la hormonal, tiene que ver con la cultura y con una interiorización de los roles de género, atribuciones diferentes, dos mundos que se han construido de forma diferente.

La sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción, de las necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor. La sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales. El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social.

La sexualidad se refiere a una dimensión humana que incluye sexo, género, identidad sexual y de género, orientación sexual, erótica, sentimientos, afectos y reproducción. Esto es experimentado y expresado en fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales y aunque la sexualidad puede incluir todos estos aspectos no es necesario que todas estas dimensiones sean experimentadas o expresadas. No obstante, nuestra sexualidad es experimentada y expresada en todo lo que somos, en todo lo que sentimos, en todo lo que pensamos, y en todo lo que hacemos.

La sexualidad expresa toda nuestra personalidad como parte de la dimensión humana, es algo que se es, y más que una cosa, un algo que se tiene, o una tendencia naciendo y haciendo a medida que la persona se va haciendo, no es buena o mala, todo depende de cómo se viva y nos relacionemos con nuestra propia sexualidad y con la de los demás.

B. Concepto de sexo y sexualidad

Estos conceptos básicos han sido tomados de la OMS, en su informe técnico de 1975 y que la OPS, los estados y otras asociaciones de profesionales expertos han aceptado como válidas.

a. Sexo

El término sexo se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos.

b. Sexualidad

El término sexualidad se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano. Basada en el sexo, incluye el género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos, religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten o se expresen todos. Sin embargo, en resumen, la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos.

C. Sexología: evolución histórica

Desde el principio de la humanidad, la lucha por la supervivencia del ser humano ha tenido una enorme influencia sobre la capacidad de reproducirse, tanto a nivel biológico como cultural. La forma de conseguir una pareja ha variado a lo largo de la historia dependiendo de factores biológicos, ecológicos, económicos, religiosos, políticos o culturales. Dentro de este sistema ordenado y lógico, la búsqueda de una pareja nos informa sobre las complejas redes de relaciones humanas y abarca aspectos como la estructura social, las actividades económicas y laborales, las relaciones de género y, sobre todo, las relaciones afectivas entre otras.

La forma de expresar y sentir la sexualidad humana ha ido adaptándose a lo largo de la historia según la evolución social y cultural de cada época vivida de la humanidad.

a. Las sociedades primitivas

En la prehistoria no existía una gran preocupación por la sexualidad, reduciéndose ésta a impulsos. La inseguridad de vida de los primeros homínidos y la búsqueda de frutas de los bosques y animales para cazar hacían que estuviesen en constante movimiento y cambio de refugio constantemente.



Fig. 2.1. Venus estatopígica. Venus de Willendorf. Museo de Historia Natural de Viena

Se conservan objetos y pinturas prehistóricas que ensalzan distintos aspectos de la sexualidad como las Venus estatopígicas, las pinturas rupestres de vulvas, falos, o danzas fálicas (Fig. 2.1). No se conoce con certeza su significado pero se cree que no denotaba obscenidad o erotismo, sino que eran símbolos de la fuerza fecundadora que garantizaba la vida por la descendencia. Aunque se supone que no existían normas fijas, sí se aseguraría en un principio la descendencia por la monogamia. Posteriormente evolucionaría hacia la poliandria, típica de sociedades matriarcales en la que la mujer ofrecía los hijos, el mayor bien de estas sociedades.

Para Sorli, la sexualidad ocupa un lugar importante en la civilización. El descubrimiento de la agricultura permitió a las tribus establecerse en territorios fijos, donde hombres y mujeres pudieron conocer el placer de reproducirse. En esta época se identifica a la mujer, la que da la vida, con la tierra, la que da los frutos, naciendo un culto a la sexualidad femenina con gran número de diosas. Poco a poco, la mujer fue perdiendo sus privilegios a favor del hombre, que se convertiría en el patriarca, apareciendo la poligamia y las sociedades patriarcales que cambiaron las diosas por dioses.

Algunas deidades como la fecundación estaban muy relacionadas con la fertilidad de la tierra, así se relacionaba la amenorrea con la fertilidad en las mujeres embarazadas, de tal manera que el sangrado catamenial se relacionaba con la esterilidad, y en muchos pueblos se creía que si se caía una gota de menstruación sobre la tierra, ésta se volvía estéril.

b. La sociedad egipcia

En el antiguo Egipto, la mujer era considerada por el pueblo objeto de culto y contemplación, y aunque las relaciones eran igualitarias entre hombres y mujeres, se esperaba de ellas la crianza de los hijos y la fidelidad. De hecho, la herencia de los faraones se producía a través de sus hijas, por lo que para poder ser faraón, el hombre debía casarse con la heredera, cuya herencia se producía por vía materna, y en muchos casos, estos hombres eran hermanos o medio hermanos que contraían matrimonio para no perder su divinidad. Al permitirse el incesto, se producía uniones entre personas con parentesco cercano que, por otra parte, involucra un problema de terminología, pues el vocabulario egipcio era reducido para nombrar a los miembros de la familia. El “padre”, por ejemplo, podía ser tanto éste, como el abuelo, o un antepasado. Lo mismo ocurría con la palabra “madre”; en tanto que “hermana” podía referirse también a la amante, a la esposa, a la concubina e, incluso, a una sobrina o una tía.

En la sociedad egipcia también se daba la homosexualidad masculina, aunque en algunas ocasiones era censurada. En cambio, la femenina no era permitida. El disfrute de la sexualidad se consideraba importante, incluso se pensaba que tras la muerte, en la otra vida, se disfrutaría del placer sexual y se enterraban con estatuillas de representaciones sexuales como amuleto. Hasta nuestros días han llegado estas estatuillas y papiros con representaciones sexuales tales como orgías, coitos, vaginas, como símbolo de virilidad y fecundidad. Al ser las relaciones igualitarias entre hombres y mujeres, se producían relaciones fuera del matrimonio y el concubinato por parte de ambos géneros, incluso las mujeres de los faraones mantenían relaciones sexuales coitales con los eunucos que no podían dejarlas embarazadas debido a la castración, pero que esto no les impedía tener erecciones.

La antigua cultura egipcia presentaba una basta diversidad en las costumbres sexuales, tanto entre los nobles como en los ciudadanos comunes y aún entre los esclavos; entre estos últimos, lo aceptable era decidido por el amo. Los súbditos libres por su parte, estaban sometidos a un régimen conyugal más estricto, existiendo una extensa variedad de castigos para quienes rompiesen las leyes.

Por otro lado, había un código moral que regulaba la vida amorosa que incluía la norma de no acercarse a una mujer durante la menstruación por considerarla contaminante e impura, de lo cual aún queda vestigios en nuestros días. Las mujeres utilizaban miel y excrementos de cocodrilo como espermicida.

En el siglo XVI A.C., en el papiro egipcio de Ebers, se encuentra la descripción de una especie de tapón vaginal conteniendo goma arábiga, que por medio de fermentación producía ácido láctico, sustancia con cierto poder espermicida. También surgieron en esta época las duchas vaginales, en cuya preparación se sugería combinar alumbre con jugo extraído de plantas de cicuta o té verde.

c. La cultura griega y romana

Según Sorlí, la religión ha estado muy vinculada al acto sexual en las culturas griega y romana, de tal forma que, como manifestación religiosa dedicada a Dionisio o Baco (divinidades masculinas de la sexualidad griega y romana respectivamente), se realizaban orgías. En un principio se trataban de rituales del amor en los que se ofrecía como ofrenda a los dioses la fertilidad femenina y terrestre, con el fin de propiciar sus favores. Con el paso del tiempo, estos actos perdieron su fundamentación religiosa y acabaron convirtiéndose en excesos hedonistas.

- Sexualidad en Grecia

Según Waissbluth, entre los griegos, sólo los varones ostentaban la calidad de ciudadanos. En las ciudades había un gran número de lugares para la vida social entre hombres, como por ejemplo, los gimnasios, en donde los asistentes corrían y jugaban partidos de lucha libre desnudos. Eran también frecuentes los symposium, que constituían encuentros exclusivos para varones en los que se comía y, sobre todo, se bebía.



*Fig. 2.2 Escena de cortejo pederasta.
Detalle de una vasija de figuras negras ática, del siglo IV a.C.*

En los relatos griegos existe un sinnúmero de testimonios de relaciones entre personas del mismo sexo. No existían prohibiciones expresas para la homosexualidad o la bisexualidad. Las relaciones entre chicos jóvenes y hombres adultos constituían una práctica aceptada (Fig. 2.2), enaltecida en la filosofía y en el arte, que se transformaron en el nexa natural de alabanzas a la armonía del eros homosexual. Tal es el ejemplo de Alcibíades (450 A.C.), el joven criado por Pericles y estudiante de Sócrates.

Para Sorli es un periodo en el que se consolidó la exaltación del potencial sexual masculino en las imágenes divinas de Zeus y Apolo. Las aventuras eróticas de estos personajes, el primero padre de los dioses y el segundo, su hijo predilecto, hicieron que se venerara a Apolo como un Dios pleno de belleza física y espiritual así como de fortaleza y valor. De este personaje surgió el concepto de belleza apolínea que ha determinado hasta hoy el ideal masculino, viril y sensual. Su repertorio de conquistas divinas y humanas solamente puede compararse a las de Zeus, su padre. Sin embargo, Apolo resulta más afín a los mortales, pues no siempre termina bien parado en sus escarceos amorosos. Un ejemplo de esto es la historia de la aventura que mantuvieron Apolo y Afrodita, esposa de Vulcano: ambos fueron descubiertos y expuestos al ridículo por el marido.

En la Antigua Atenas, las estatuas del dios Hermes se utilizaban como elementos decorativos. Representaban al dios de los viajes y de la fortuna y, adosadas a un pilar, estaban formadas por una cabeza y un pene, sin cuerpo intermedio. Se encontraban en los cruces de caminos, en los portales urbanos y para señalar diversas rutas del transporte, los atenienses lucían un vistoso Hermes en la puerta principal de su hogar.

En vísperas de la cosecha, la figura recibía multitud de obsequios consistentes en panes y ramos de flores, que los fieles colgaban del falo en erección. Sin embargo, una mañana del año 415 A.C. mientras los atenienses se preparaban para emprender una magna travesía hacia la conquista del Mediterráneo Occidental, se descubrió que las figuras habían sido destruidas, desmembradas y desfiguradas. La identidad de los posibles autores del suceso fue todo un misterio a lo largo de la historia hasta que, en 1958, Eva Keuls, reconocida autoridad en literatura y arte clásicos, enunció en su libro “El Reinado del Falo” su hipótesis que señalaba a las mujeres atenienses como posibles responsables del curioso suceso, desvelando una de las primeras manifestaciones feministas de la historia.

Anualmente se realizaban procesiones en honor a Dionisio, en las que se portaban el phalloi o réplicas de penes, que atravesaban la ciudad. Priapo, hijo de Dionisio y Afrodita, guardián de las viñas, de los jardines y de las cosechas, se representa a menudo con un enorme pene erecto. En numerosas ocasiones la figura de Priapo tenía una connotación de intensa lujuria, y era el protagonista de numerosos festivales tanto para hombres como para mujeres, en los que se comían alimentos de formas fálicas y se lucían disfraces que aludían a dicho culto. Algunos expertos aseguran incluso que numerosas manifestaciones de adoración a los dioses incluían gigantescos falos, aunque los griegos no hacían ostentación al tamaño de sus genitales en su vida cotidiana. Así por ejemplo, Aristóteles explicaba que “un pene pequeño es mejor para la concepción, pues en uno de gran tamaño el semen se enfría, haciendo difícil la fecundidad. En el templo de Afrodita en la Acrópolis, los altares estaban coronados por una diversidad de formas que recuerdan al miembro viril.

Igual que el caso de los egipcios, la figura del pene erecto simbolizaba para los griegos el poder político y militar. Las victorias eran homenajeadas con la construcción de monumentos de Hermes.

En esta época, la búsqueda de los orígenes de la vida era una cuestión muy discutida. Por un lado, Hipócrates en su obra “De la generación”, aseguraba que el esperma se generaba en el cerebro (teoría de formación del esperma) y que en la concepción intervenían el semen del hombre y de la mujer, los cuales estarían compuestos al mismo tiempo de gérmenes masculinos y femeninos, lo que explicaría el parecido de los hijos a ambos progenitores.

Por otro lado, Anaxágoras creía que el esperma se formaba en todas las partes del cuerpo y que por ello los hijos podrían “heredar” cualquier característica física de los padres.

Contradiciendo todo esto, Aristóteles negaba la existencia de un semen femenino, atribuyendo todo el mérito de la concepción al hombre. La mujer, en este caso, tan sólo sería un contenedor del nuevo ser.

A pesar de que en la cultura griega la mujer desempeñara un papel secundario, fue precisamente en esta cultura donde surgió la idea de las almas gemelas. Platón comentaba con mucha frecuencia que los amantes eran dos mitades de un todo que se buscaban mutuamente para completarse. Sobre este aspecto discurre la obra “El Banquete”, la cual constituye el primer intento conocido de explicar el amor de forma sistemática. Según la misma, Aristófanes, que era uno de los comensales, expone que en otro tiempo existían tres tipos de personas: los hombres, las mujeres y los andróginos. Sus cuerpos eran esféricos, como el de los astros que le habían dado la vida, Sol, Tierra y Luna respectivamente. Como sus cuerpos eran fuertes, decidieron escalar a los cielos y combatir a los dioses. Para castigar tal intolerancia, Júpiter decidió disminuir sus fuerzas dividiéndolos por la mitad. Una vez separados, cada mitad intentaba encontrar la otra, y si se encontraban, se abrazaban con el deseo de unirse para recuperar su antigua unidad. Pero los órganos genitales se encontraban en la parte trasera, por lo que se concebía en la tierra. Así que Júpiter los trasladó a la parte delantera de manera que la concepción se hiciera entre varón y hembra. Según continuaba contando Aristófanes en la obra de Platón, los hombres procedentes de los seres andróginos buscan una mujer, las mujeres procedentes del ser primitivo mujer se inclinan por otras mujeres y son las llamadas “tribactes” y los hombres surgidos del hombre primitivo aman a jóvenes o a otros hombres.

Esta obra no sólo intenta explicar el amor de forma general, sino que además en esta parte da una explicación también de la conducta homosexual. No obstante, a pesar de ser un texto que considera a la mujer con un papel diferente al que era habitual entonces, se observa una exaltación de los valores masculinos de la época, fortaleza y virilidad, así como una justificación de la superioridad de los hombres, especialmente de aquellos que amaban a otros hombres.

La mujer griega debía ser virtuosa y dedicarse a criar a sus hijos, no le estaba permitido participar en encuentros sociales con su cónyuge, para salir a la calle debía ir acompañada de un esclavo o un asistente, no podía aprender a leer y escribir, y muchas veces era encerrada cuando el esposo salía de la casa y debía compartir a su pareja con prostitutas o esclavas dentro de su misma casa. Algunas eran asesinadas, y la violación era una práctica común, al igual que el infanticidio de las recién nacidas de sexo femenino.

Una costumbre de aquellos tiempos fue la prostitución sagrada. Con la que las mujeres atraían favores de las diosas protectoras de su pueblo. La mujer debía ofrecer su virginidad y fertilidad a la diosa Venus o a alguno de sus equivalentes, a través de la unión con un sacerdote o un extranjero; el forastero, en este caso, debía pagar a su vez con una ofrenda en especie o en metálico para costear los cuidados del templo de la diosa. Esa costumbre ritual degeneró en la simple venta del cuerpo femenino.

Aristóteles alude al uso de anticonceptivos en su obra “historia de los animales”. Según él, éstos se utilizaban para impedir que el esperma se introdujera en el cuello del útero. Los métodos pretendían endurecer las paredes uterinas, usando el aceite de cedro, el ungüento de Saturno, o una pomada a partir de aceite de oliva o de incienso. Además, las mujeres de la época mostraban preferencia por los eunucos como medio para no procrear y disfrutar de la sexualidad.

En la antigua Grecia se estimaba que el feto carecía de alma. Platón declaró en su obra “La República” que el aborto debía prescribirse en caso de incesto o cuando los padres fueran muy mayores para tener un hijo. Aristóteles y otros filósofos lo sugirieron como una manera de evitar el exceso de población junto con los métodos anticonceptivos. Se consideraba que el embrión pertenecía al cuerpo de la madre, y era ella quien podía disponer de él.

Entre los múltiples descubrimientos e invenciones de estas culturas no podía faltar la educación sexual, donde los niños eran instruidos. La cultura romana no cambió esta visión, pues muchos romanos la adoptaron gozosamente para excitar sus rutinarios placeres. Pero la introducción de la moral estoica, en plena época del Imperio, condujo a varios pensadores y gobernantes a condenar las conductas homosexuales.

- **Sexualidad en Roma**

El Imperio Romano se desarrolló a partir de un grupo de agricultores, la ambición de poder le convirtieron en un pueblo guerrero, lo que se manifestó también en su vida erótica. La sexualidad de los romanos recibió diversas influencias, la mayoría de las cuales tenían en común el sentido de dominio del hombre sobre la mujer. El desarrollo de su sexualidad habría ido en paralelo a su propia evolución histórica. El miembro viril constituía para los romanos un verdadero asunto de Estado. El carácter de los romanos era eminentemente práctico, pasaron de agricultores a soldados y hombres de Estado, creando la cúspide de su cultura, el Imperio. Otto Kiefer, historiador y autor de “Sexual Life in Ancient Rome”, encuentra un paralelismo entre esta evolución y el desarrollo de su vida sexual. Según este autor, ésta se habría restringido al principio a las relaciones entre marido y mujer, para luego desarrollar formas más complejas que habrían degenerado en un sadismo manifiesto. Prueba de ello son las justas de gladiadores y bestias salvajes como expresión del espíritu romano. Estos torneos se complementan con los excesos sexuales de la nobleza, que finalmente condujeron a la caída del Imperio.

Uno de los relatos que mejor muestra el espíritu de los romanos es el episodio de “el rapto de las sabinas”, el cual se ve justificado en la necesidad de garantizar la continuidad del Imperio. Durante la fundación de Roma, para conseguir una cantidad suficiente de mujeres para emparejar a sus huéspedes, Rómulo decidió enviar legados hacia el pueblo de los sabinos para desposar a sus mujeres, pero no obtuvo respuesta. En una engañosa maniobra, los convocó a participar en concursos en nombre de Neptuno Ecuestre, y al llegar todos los invitados e invitadas, dio una señal para que los jóvenes romanos se apoderasen de las doncellas. La fundación del Imperio rebosó de crueldad, y sus ciudadanos no entendían el sexo como disfrute o placer, sino que lo relacionaban con la conquista y la expresión de poder, la dominación de los más “débiles”.

El matrimonio en cambio representaba una institución intocable como fundamento de la República. En ninguna sociedad anterior había adquirido tanto arraigo el concepto de patria potestad, según el cual el padre poseía el completo dominio sobre los hijos y su mujer, lo cual no garantizaba la frecuencia en las relaciones sexuales entre los esposos, que debido a la extendida afición de los romanos hacia las cortesanas y prostitutas podían ser escasas. Sin embargo, la matrona romana proveniente de familias nobles no cocinaba, no realizaba tareas domésticas vulgares, dedicándose sólo a mandar sobre los criados y a educar a los niños. A diferencia de los hogares griegos, en los cuales la mujer poseía aposentos privados para no ser vista, la esposa romana compartía la mesa y los encuentros sociales con su marido.

En el ágora, a cambio de favores sexuales, los hijos aprendían, era una forma de pago en Roma. Galeno decía que la falta de orgasmo produce alteraciones de la personalidad.

En la práctica de la prostitución, las mujeres que la ejercían pertenecían a distintas capas de la sociedad. Las Delicatae, damas mantenidas por los varones ricos y prominentes; las Famosae, provenientes de familias venerables cuya afición por el sexo era conocida; las Dorae, que caminaban desnudas por la ciudad; las Lupae, que desarrollaban sus actividades bajo las arcadas de los templos, los puentes, y las estructuras del Coliseo; las Copae, que servían en las tabernas, podían desempeñarse como acompañantes sexuales de los viajeros por una noche; las Noctiliae, quienes ejercían su oficio en horas de la noche; además de las Butiariae, las Blitidae, las Florariae y las Gallinae.

Las Vírgenes Vestales, sacerdotisas de la diosa Vesta y encargadas de cuidar su templo, surgieron con el nacimiento de Roma. Se trataba de seis jóvenes elegidas de las más nobles familias romanas, cuando sólo tenían diez años para asegurar así su virginidad. Las jóvenes debían permanecer al servicio de la diosa y de su templo durante los siguientes treinta años. Cualquier desgracia acaecida a Roma se consideraba responsabilidad de ellas y de su incapacidad de mantener la virginidad entregada a la diosa.

Otro tipo de rituales relacionados con las divinidades romanas era el dedicado a la diosa Cibele, que sentía un amor desproporcionado hacia su hijo Attis. En un arrebato de locura, que se atribuye al éxtasis religioso, el muchacho decidió castrarse para escapar de la malsana pasión de su madre. El ritual se denominaba “Día de la Sangre” y consistía en la extirpación de los testículos de un grupo de sacerdotes, quienes después de atravesar la ciudad, empuñaban un cuchillo de piedra consagrada y llevaban sus órganos al hogar de alguna familia honorable. Sus miembros debían sentirse afortunados, y estaban obligados a vestir al sacerdote con ropas de mujer, las cuales debía de llevar por el resto de su vida. Conocidos como galli, aquellos eunucos ataviados como mujeres cuidaban el templo de Cibele, que permaneció hasta el siglo IV en el lugar que hoy ocupa la Basílica de San Pedro. Los eunucos eran despreciados por los varones romanos, en cambio, las mujeres los preferían como amantes, pues si bien conseguían erecciones, no presentaban riesgo de embarazo.

Fueron los romanos los primeros en emplear el preservativo como método de barrera contra las enfermedades venéreas. En la Roma antigua e imperial se empleaban las tripas y las vejigas de los animales para cubrir el pene, pues esos tejidos tenían la apropiada finura y una gran capacidad de tensión.

El divorcio estaba permitido y las mujeres divorciadas recobraban parte de su dote, desposándose después con otros hombres. La información acerca de la contracepción era accesible para quien la requisiera. Plinio el viejo, en su obra “Historia Natural” aconsejaba la abstinencia y, para reducir el deseo, proponía que se aplicara una pomada de excremento de ratón o que se ingeniara una pócima de excremento de caracol o paloma, mezclado con aceite y vino.

Otra recomendación consistía en esconder los testículos y la sangre de un gallo bajo la cama, así la mujer sufriría una aversión al coito, lo cual resultaba más efectivo si se frotaba la espalda con sangre de un toro negro salvaje. Para los hombre proponía que eliminasen aguas sobre la orina de un perro.

El médico Sorano de Éfeso, sugería como método anticonceptivo en el libro primero de su obra “Ginecología”, el uso de una mezcla realizada a partir de aceite rancio de oliva, miel y bálsamo o resina de cedro, que debía introducirse dentro del útero. Del mismo modo defendía el uso de un procedimiento que resultó ser bastante eficaz. Consistía en introducir una bola de lana en la vagina que era empujada hasta la entrada del cuello del útero, previamente impregnada de vino u otras sustancias de textura gomosa. Este último método se asemeja a los encontrados en el papiro egipcio de Ebers.

Como resultado de lo anterior, se produjo una crisis demográfica, ya que muchas parejas evitaban la concepción. Para solucionar este problema, el emperador Augusto estableció en año 16 A.C. un cuerpo legal conocido como *lex Julia et Papia*, que disponía un conjunto de normas para fomentar los nacimientos, como por ejemplo decretar mayor carga impositiva para solteros y solteras, y procurar incentivos a los matrimonios y a la concepción de hijos. Fue en esta época cuando también comenzó una represión sobre la práctica del aborto pues, además de impedir el crecimiento demográfico, aparecieron sustancias nocivas para la salud de la mujer sometida a estos métodos (mayormente “pócimas” abortivas), que incluso podían causarle la muerte.

Al mismo tiempo que se promulgaron las leyes que favorecían el crecimiento demográfico, se instauraron normas para penar el adulterio. De esta forma, si un padre sorprendía –en su casa o en la de su yerno- a su hija con un adúltero, podía quitar a éste la vida con sus propias manos. De no ser así, se debía exponer al culpable durante veinte horas al escrutinio del vecindario. Por su parte, un marido engañado no podía quitar la vida a su esposa ni a su amante, salvo que éste fuese un esclavo. Si de todos modos el esposo procedía a matar a su mujer, el castigo era menor, pues el crimen había sido cometido “por sufrimiento o impaciencia”. Sí debía en cualquier caso expulsar a su esposa, pues de no hacerlo, sería considerado como su proxeneta. Podía acusarse también a dos amantes de una misma mujer, aunque no más que esa cantidad, y finalmente, se castigaba con la muerte a quien tuviese relaciones sexuales con un hombre libre contra su consentimiento.

Además de las pócimas anticonceptivas, los romanos elaboraban otras para aumentar el deseo y considerarlas como potentes afrodisíacos, como el liquamen del tracto urinario, el ajo, las alcachofas, las infusiones de mandrágora o las alubias negras eran consideradas afrodisíacos.

En la última etapa del Imperio Romano aparece la decadencia de éste como consecuencia de excesos, el caos familiar y sexual se apodera del Imperio. Aparece entonces una nueva corriente filosófica proveniente del estoicismo y del neoplatonismo que ensalza una nueva espiritualidad, afectando a la vida sexual de las personas; se reconocen las prácticas sexuales dentro del matrimonio, de tal forma que Marco Aurelio (emperador y filósofo) afirmó no haber intimado sexualmente con ninguno de sus esclavos (tanto hombres como mujeres). Dentro de este movimiento que se propagó a lo largo del siglo II, los médicos recomendaban la práctica de ejercicio físico, la lectura y el estudio de la filosofía, pues aunque reconocían que el sexo no era nocivo para la salud, si que se consideraba que pudiera provocar un desarrollo sexual precoz. (Fig. 2.3).



*Fig. 2.3. Monedas que ilustran la sexualidad en la Antigua Roma.
Colección de sprintias del Hunterian Museum de Glasgow*

d. Sociedades orientales

En Oriente y en la India, la sociedad buscaba la sexualidad, en cuanto al conocimiento y el desarrollo de las funciones sexuales. En el Kama Sutra, uno de los libros sagrados del erotismo hindú se enseña la manera de convertir el goce de la sexualidad en una experiencia casi mística.

En los templos se tallaban figuras con posturas eróticas y sexuales. Gran Imperio Mongol, conoció a una princesa persa-musulmana de 19 años llamada Mumtaz Mahal, de quien se enamoró perdidamente. Vivieron un gran año de amor, pero Mumtaz murió después de dar a luz a su decimocuarto hijo. Antes de morir le pidió a su esposo que cumpliera cuatro promesas: debía construir una tumba para ella y visitarla cada año en el aniversario de su muerte, que se casara otra vez y que fuera bueno con sus hijos.

Con gran esfuerzo, trabajo y sacrificio de miles de trabajadores se construyó la tumba, la ruina económica originada por la obra originó la pérdida del trono. El príncipe pasó el resto de su vida prisionero, contemplando desde las rejas la maravillosa obra a la cual dedicó su vida y su imperio, y que es aún hoy. El monumento más importante de la India, el Taj Mahal, cuyo nombre traducido generalmente como Palacio de la Corona, no es más que la versión abreviada del nombre de la emperatriz Mumtaz Mahal. Hoy es una de las Siete Maravillas del Mundo y símbolo para muchos occidentales del amor. (Fig. 2.4).



Fig. 2.4. Taj Mahal. India

Esto no quiere decir que en estas culturas el desarrollo de la sexualidad triunfara. Las conveniencias políticas y las concepciones machistas mantenían gran número de costumbres atroces y represivas contra las mujeres y las clases más humildes. Entre los peores aspectos de sus ideas sexuales, por ejemplo, se encuentra la costumbre del *suti*. Por ella, la viuda de un hombre debe incinerarse viva en la pira funeraria de su esposo. Esta práctica, afortunadamente, fue virtualmente erradicada por los cambios sociales que este país experimentó en este siglo.

e. Los primeros siglos de nuestra era

El declive del Imperio Romano dio paso a un oscurantismo en el que apareció y se implantó el cristianismo. En el Antiguo Testamento, la función de la mujer era procrear, perpetuar la especie, servir al marido y a los hijos. Éste se convirtió en la religión oficial del Imperio Romano y en una fuerza política y represiva. El cristianismo consideró la sexualidad como algo impuro y carnal, y con fines reproductivistas, considerándose también a la mujer menstruante como impura. No en vano, era heredera de la religión judía, una de las primeras en reprimir la sexualidad y considerar a la mujer como objetos sexuales.

En esta época revestía de vital importancia los estudios del espermatozoides masculino y la existencia o no del espermatozoides femenino, no carentes de concepciones filosóficas, conocimientos clínicos y polémicas sobre todo en la imagen e importancia de la mujer en la relación sexual y en la procreación. La sexualidad humana y la sexología de la época se encuentran en libros de Medicina, Filosofía y en el saber popular; la preocupación es la procreación humana, por ello, está íntimamente unida a la obstetricia y a la ginecología en general.

f. De la cultura medieval a la modernidad

Vamos a estudiar desde la Edad Media hasta el siglo XVIII pasando por el Renacimiento y la Edad Moderna.

- La Edad Media

En la Edad de las luces y las sombras controlada por el poder eclesiástico, la influencia de la doctrina cristiana es determinante a la hora de abordar la sexualidad. Los padres de la iglesia basan sus doctrinas y dieron por supuesto que Aristóteles tenía razón. (Aristóteles decía que la mujer representa el mal y el hombre el bien), por lo que se contempla a la mujer como la causa de todos los males. Es la representación de la lujuria, pues incita al hombre. San Agustín dice que la mujer es un animal insaciable, la sexualidad como el infierno es como un río negro de lujuria; habla de la suciedad y el veneno de la menstruación. Hay que distinguir que el placer es legítimo fuera del matrimonio, no dentro de él, ya que el matrimonio está destinado a la concepción de los hijos. El 90 % de los instrumentos de tortura estaban dedicados a la mujer. La brujería, el mal, el demonio, el sexo estaban unidos, y la mujer, por supuesto (Fig. 2.5).



Fig. 2.5. Sexualidad en la Edad Media

Durante la edad Media las costumbres sexuales de las personas fueron muy estrictas. La iglesia regulaba las normas morales y de vida cotidiana, que debían estar consagradas fundamentalmente a Dios. El amor a Dios era el patrón moral que regía al hombre durante esta época. El clero establecía lo que era o no pecado, los tipos de caricia que se pueden o no hacer, las posiciones de los amantes en el lecho... La anticoncepción era calificada como un pecado grave merecedor de severos castigos.

Las mujeres que querían controlar la natalidad sólo disponían de amuletos, leyendas, supersticiones, hechizos, brebajes, etc. Esta situación se mantuvo durante siglos.

Algunos escritos de Santo Tomás de Aquino eran en contra de la práctica contraceptiva y al carácter pecaminoso de ésta. El obispo Alberto Magno, su maestro y revisor de dos enciclopedias médicas, antes que él proporcionó recomendaciones para evitar los embarazos.

El clero reprimía toda práctica sexual cuyo objetivo no fuese la reproducción, con afirmaciones como que durante la eyaculación no salía sólo líquido espermático, sino también parte del alma del hombre. La disfunción eréctil se convirtió en una preocupación clerical y un motivo legal para la anulación del casamiento. Las disfunciones eréctiles debían ser examinadas concienzudamente, pues muchos centros religiosos se convirtieron en centros de diagnóstico, donde se practicaban métodos para determinar la impotencia. Una de aquellas pruebas, por ejemplo, consistía en la exhibición ante el sujeto de una “mujer honesta” que, sin ropas, lo besaba y acariciaba para estimular la erección. El experimento se efectuaba delante de la esposa del implicado.

La homosexualidad, como consecuencia de lo anterior, no estaba permitida, y aunque el informe Kinsey (1948) reveló que tiene una prevalencia entre el cinco y el diez por ciento de la población, y es probable que ocurra en todas las épocas y en todas las culturas, ésta ha estado proscrita por la iglesia en todos los tiempos, recomendando la virginidad y el celibato como abstinencia sexual, ya que son dones y sacrificios más altos que el matrimonio.

La prostitución era imprescindible para depurar la vida social, aunque las mujeres que la ejercían eran vistas como seres inmorales. Santo Tomás de Aquino escribió que si se suprimiese la prostitución, la lujuria se apoderaría de los individuos.

En la ciudad de Aviñón se creó un burdel donde se atendía a los clientes igual que en otros, con la diferencia que dedicaban el tiempo libre a la oración y a los servicios religiosos. Se dice que el Papa Julio II montó una organización similar en Roma.

El régimen de trabajo de las prostitutas en la Edad Media era controlado por las autoridades feudales. Una de ellas, Rosa Vanozza, se estableció con el Papa Alejandro VI, a quien dio cuatro hijos, entre ellos, los famosos César y Lucrecia Borgia. En otros casos menos agraciados, las prostitutas quedaban a merced del populacho y de la ley. Era común que en Europa las encerraran, las ahogaran, o se les amputara una mama. A partir del siglo IV los curas son célibes.

Como en la época antigua, en la Edad Media los conocimientos de la sexualidad se encuentran en diversos materiales de índole muy diferente y dispersa. Aunque fuertemente deudora de la antigüedad, la Edad Media no responde a una pura repetición de los conocimientos clásicos y sería errónea una concepción simplista de los planteamientos acerca del sexo y la procreación.

El estudio de la anatomía y la fisiología sexual y los métodos empleados, adquieren gran importancia, lográndose mayor precisión en la descripción de los órganos sexuales. Las relaciones sexuales comienzan a ser objeto directo de estudio que se centra en el análisis de la sexualidad masculina, aunque sobre el fondo de la sexualidad de la mujer, estimada como peligrosa por sus intensas necesidades. Las enfermedades y los problemas vinculados a la práctica sexual comienzan a ser objeto de atención más particular.

En la Edad Media, al igual que existían recetas con fines anticonceptivos, también encontramos algunas con fines afrodisíacos, que más bien podrían calificarse de supersticiosas y absurdas: el Medievo también aportó recetas, que pese a las garantías de sus autores, difícilmente aparecerían como afrodisíacas en el mundo moderno. Así por ejemplo, en el Libro Negro de Pasatiempos Venéreos se recomienda pulverizar semillas en un mortero de piedra, agregando el testículo izquierdo de un macho cabrío con tres años de edad y una pizca de polvo de la crin de un cachorro blanco. El tratado aconseja extraer los componentes animales durante el primer día de la luna nueva y quemarlos al séptimo día. Luego se deben introducir los ingredientes en una botella de licor, descorchada durante tres semanas para recibir los influjos astrales. Pasado este tiempo, se pone al fuego, y cuando la consistencia espesa, es necesario agregar cuatro gotas de semen de cocodrilo y filtrar.

El cinturón de castidad es considerado un mito sin fundamento, y cuestionado en la actualidad, aunque se cree que las mujeres lo usaban para evitar violaciones y embarazos si el castillo era saqueado, y no como instrumento de protección de la castidad de la mujer, pues eran las cónyuges las que se encargaban del cuidado de las tierras cuando los Cruzados partían para la guerra, y resultaron ser bastante valerosas.

No obstante, a pesar de todas las estrictas normas que regían la vida cotidiana, la edad Media implicó un cambio radical en la concepción del amor y de las relaciones de pareja, pasando de hacer hincapié en el amor unilateral, al amor mutuo entre hombre y mujer. Evidentemente, esto constituía una idea peligrosa para la Iglesia de la época, que predicaba el amor a Dios como el único legítimo.

Juglares y trovadores iban por la comarca pregonando y cantando el nuevo sentimiento cortesano, que también se cantaban en los torneos y en los salones palaciegos. Se trataba de un tipo de relación cercana al juego, con sus propias reglas y recompensas. Lo habitual era que el caballero escogiese a la dama de sus amores, que podía estar casada.

- **El Renacimiento**

El Renacimiento es una especie de revolución. En 1499 aproximadamente aparecen las primeras novelas de amor cortés, se justifican a través de la pasión, aparecen los primeros anatomistas y los primeros ginecologistas.

El Renacimiento se caracteriza por su enfoque abierto de los temas relativos a la sexualidad humana que es considerada como una actividad más del hombre y la mujer. Arte y exploración anatómica se dan la mano para explorar la anatomía sexual. Durante esta época comienzan a publicarse los primeros tratados tanto de Obstetricia como de Ginecología y los estudios de médicos como Fernel, Paré y Fallopio, que establecen de forma más clara la anatomía y fisiología de la sexualidad y la reproducción.

El romance y el deseo sexual comenzaron a ganar terreno a partir del Renacimiento. Desde entonces hasta la instauración de las estrictas normas victorianas, la sociedad europea se debatió entre la permisividad y el pudor.

La mujer era vista como un ser puro, virtuoso y admirable que sostenía la unión familiar. Esto ocurrió en el plano social y también en el biológico, debido al descubrimiento de los espermatozoides y del papel en la concepción humana. Se asienta la noción de lo femenino como madre, como ente receptivo y protector.

El escenario legítimo para la vida sexual era el matrimonio, aunque los reformadores dieron cauce a ésta como la expresión de sentimientos, y no sólo para la procreación. Se estableció que cumplía una doble función, la formación de la familia por un lado y evitar la fornicación por otro, aliviando de esta forma los pesares de la vida dándose afecto mutuo.

La homosexualidad de la época era controvertida, considerándola pecaminosa porque no conducía a la procreación.

El primero en proyectar un profiláctico con declarados fines anticonceptivos y sanitarios para prevenir enfermedades venéreas fue el médico italiano Gabriel Fallopio. Estaban hechos de material de lino.

Surgieron también durante el Renacimiento las damas de la noche, algunas gozaban de gran prestigio social y obtenían importantes ingresos económicos; no estaban obligadas a vestir velos de borde amarillo, denominado espejo de ramera, que las prostitutas debían llevar para salir a la calle. El precio que se pagaba por sus servicios sólo era asequible a los poderosos de la época, ya que un beso de estas mujeres equivalía al sueldo de seis meses de un sirviente.

Las enfermedades de transmisión sexual eran estudiadas con detenimiento. El desarrollo de la sífilis dio lugar a una atención más especializada y a formas de prevención y tratamiento. El miedo inicial generado por las enfermedades fue desapareciendo con el tiempo dando lugar a una actitud de preocupación y prevención.

- **Edad Moderna**

A comienzos de la Era Moderna coexistían dos clases de conducta sexual, una enfocada a la producción de un heredero varón que se obtenía a través del matrimonio, y otra suponía la pasión y el romance, que se daba fuera del matrimonio. Algunas prácticas de cortejo estaban permitidas haciendo que las parejas se conocieran antes del matrimonio, reconciliando finalmente los conceptos de amor, sexo y matrimonio. Surgieron manifestaciones literarias y artísticas llenas de galanteos y picardías como las “Memorias de Casanova”, sus métodos consistían en observar a la dama elegida para descubrir sus carencias y satisfacerlas. Él descubrió que pocas mujeres se resistirían a alguien que conoce sus deseos, que sabe cómo hacer realidad sus fantasías si se tiene la paciencia y la capacidad para captar los detalles que le permitiría seducirlas y ser un buen amante, dándole aquello que cada una necesitaba.

Casanova usaba el preservativo como método para evitar el embarazo y exponía a sus amigos las ventajas de lo que él llamaba el capote inglés.

A partir del siglo XVII se habló de la conveniencia de que las mujeres estuvieran satisfechas sexualmente. La única forma de masturbación autorizada por el clero era la automanipulación femenina que tenía como función preparar el coito o lograr orgasmos que liberarían el semen femenino abriendo el útero.

La idea galénica respecto a que Dios debía haber tenido un propósito al dar a la mujer dicha fuente de placer. Y frente a aquellas voces que afirmaban que era posible quedar encinta aun sin gozo, se decía que la función del semen femenino era producir hijos más hermosos. La condición era que el fluido fuese producido al mismo tiempo que el del hombre.

Se promulgaba que los hombres no debían imponer sus necesidades animales sobre su cónyuge. Sólo lo estrictamente necesario, una vez al mes preferiblemente o una vez a la semana si los deseos del marido eran irreprimibles, pero de ningún modo durante la menstruación o el embarazo.

En los siglos XVII y XVIII, los temas propios de la sexología tuvieron una amplia repercusión científica y social. Los tratados más directos sobre la sexualidad como los de Sinibaldi y Vedette mezclan creencias populares y conocimientos científicos. La preocupación por la esterilidad, por la generación de niños varones, y por la procreación del sexo a voluntad es una de las características de la época.

La creciente liberalización que comenzó en el siglo XVI se vió detenida con la llegada de la moral victoriana, no solo debido al carácter de la soberana inglesa, sino debido a una corriente social de puritanismo que se extendió por todo el mundo desde Estados Unidos a China, que vivió un movimiento represivo en lo sexual, debido al espíritu neoconfucionista y a la oposición frente al imperialismo occidental que dominaba la época.

En este cientifismo aparecen dos corrientes, espermáticos y ovócicos. El primer microscopio vió los cabezones de los espermatozoides, vieron que se movían, que estaban vivos, pintaban el espermatozoide con un niño dentro y cuando llegaban al óvulo se engordaban.

La disputa entre el ovismo y el spermismo ilustra claramente la importancia de las ideas filosóficas y de las resistencias sociales en el desarrollo de los conocimientos científicos respecto al sexo. Los problemas de una sociedad industrial emergente generan una nueva concepción de la familia, del niño, de la sexualidad y de las prácticas anticonceptivas. La alianza entre normas sociales y morales respecto al sexo y la medicalización de la sexualidad crea una forma de comprender la sexualidad que la reducen estrictamente a la práctica matrimonial dirigida a la procreación.

En el siglo XVI hay referencia al nacimiento del protestantismo que pone en cuestión una serie de normas de la iglesia, por ejemplo la virginidad de la “Virgen María”.

- Edad Contemporánea

Hasta mediados del siglo XIX, el sistema reproductivo de la mujer era prácticamente desconocido.

Se pensaba que era el hombre quien “creaba” la vida a través de su simiente, y que el cuerpo femenino sólo proporcionaba el refugio apropiado para anidar al nuevo ser.

Es el tiempo de la sexología: los curas marcaban normas de la sexualidad, después son los médicos; es fácil hilar pecado con la sexualidad, los peligros de la sexualidad. Tisot escribe el Onanismo, una norma moral se convierte en una norma científica; se afirmaba que la masturbación de la mujer era un trastorno mental.

Durante este siglo, la sexualidad comenzó a estudiarse con mayor serenidad. La represión de las sociedades puritanas, como la de Inglaterra en la época de la reina Victoria, continuó. La sociedad victoriana ostentaba varias contradicciones morales. Por ejemplo, exigía continencia sexual a las mujeres y al mismo tiempo toleraba la prostitución como un vertedero inevitable de las necesidades de los hombres. Lo peor fue que el concepto victoriano sobre sexualidad marcó los años posteriores con una serie de creencias equivocadas.

En el siglo XIX se inició la sexología como tal, y su origen fue rigurosamente médico y psicopatológico. Los primeros enunciados provinieron de la teoría de la degeneración, y su afirmación más clara se encuentra en la obra “Psicopatía Sexual” de Kraft-Ebing, en la que se incluyó la homosexualidad entre sus listas de psicopatologías. La sexología, a partir de este momento, se orientó inicialmente en dos direcciones: en primer lugar trató de reducir la importancia de los aspectos patológicos en el estudio de la sexualidad, y por otro lado, pretendía que se aportaran otros enfoques de la conducta sexual desde perspectivas más interdisciplinarias como la sociología, la antropología y la psicología.

Los hombres y las mujeres de esta época comenzaron a interesarse en comprender mejor el desarrollo de sus capacidades y habilidades sexuales. Las dos guerras mundiales provocaron un incremento en la permisividad sexual en la sociedad, que a corto plazo propiciaría la liberación conceptual sobre el sexo.

Después de estas guerras se dieron a conocer las investigaciones de William H. Masters y Virginia Johnson, Helen S. Kaplan, Shere Hite, Lafred Kinsey y Wilhelm Reich, entre otros, que permitieron el nacimiento de la sexología como ciencia. En los años 60 se produce una transformación política, económica y ética, los movimientos juveniles de estos años producen un cambio decisivo. Se abrieron debates en torno al poder de lo erótico, se plantean críticas y alternativas a la monogamia, se cuestiona el placer vaginal, el machismo, la heteronormalidad y se acepta la homosexualidad como las relaciones cuyo objeto de deseo es una persona del mismo sexo, y no como una patología.

La sexualidad es considerada como una cualidad única del ser humano, cambiando la actitud de la sociedad hacia el conocimiento de la sexualidad y sus manifestaciones. Éstas ocupan en nuestros días un lugar importante dentro de la vida cotidiana.

A finales del siglo pasado, los preservativos hechos de cuero de animales y tejidos finos lubricados comenzaron a ser sustituidos por la goma obtenida del árbol *Herves Brasilensis*, vulcanizada después de ser elaborada con solventes a base de petróleo.

Ya en el siglo XX, en Europa y América del Norte se comenzó a trabajar el látex de goma proveniente del sudeste asiático, siendo sustituido cada vez más por el poliuretano, que ofrece mayor seguridad con un mínimo de espesor y que es utilizado, además de como anticonceptivo, para prevenir las enfermedades de transmisión sexual, principalmente el virus del SIDA.

Margaret Sanger (1879-1966) era enfermera y fue la precursora norteamericana de los movimientos feministas. Luchó a favor del control de la natalidad y el uso libre de anticonceptivos. Esta mujer cambió el curso de la historia, debido a su concienciación e ideas progresistas. Su lucha por el derecho al aborto y legalización del control de natalidad estimuló el movimiento feminista y de liberación de la mujer, convirtiéndose en la mayor influencia de todos los tiempos.

La lucha de Sanger por las injusticias sociales, principalmente en las clases más desfavorecidas, y de las mujeres, la llevó a enfrentarse a la Iglesia y al Estado. Su madre murió lentamente después de 18 embarazos y 11 partos, vió mujeres denigradas en salud, en su sexualidad y en su capacidad de cuidar de sus hijos mientras trabajaba como enfermera. La información sobre anticonceptivos era nula debido a la represión eclesiástica, mientras que las personas que tenían un mayor nivel de instrucción accedían a la información y podían comprar tanto productos franceses para la higiene femenina, como condones y otros métodos anticonceptivos.

En 1912 en Nueva York, ocurrió un hecho que cambiaría radicalmente la situación. Una mujer, madre de tres hijos se sometió a un aborto ilegal con la consecuencia de una gravísima hemorragia. El médico que la atendió, le informó que un nuevo embarazo u aborto podrían ser fatales. Ante la pregunta de la mujer sobre qué podía hacer, el médico respondió que su marido debería dormir en la azotea. La tristeza de la mujer fue grande, pero mayor la indignación de la enfermera ayudante del médico, Margaret Sanger, la cual ante la gravedad del problema decidió intervenir y fundar en 1916 en Brooklyn la primera clínica contraceptiva en EE.UU.

Publicó una serie de artículos llamados “Lo que cada mujer debería saber”; creó su propio periódico “La mujer rebelde” (1914) y, finalmente, a través de clínicas de barrio que repartían a las mujeres elementos de control de natalidad, Sanger puso en manos de las mujeres información y poder.

Es la fundadora de la planificación familiar en el Mundo, en 1927 organizó en Ginebra la primera Conferencia Mundial de Población, y en 1952 fundó la “International Planned Parenthood Federation” (IPPF). “Federación Internacional de Planificación de la Familia”. Esta organización se ha desarrollado y tiene sedes en la mayoría de los países del mundo, la lucha de Margaret Sanger ha dado sus frutos y hoy llega también a los países más desfavorecidos del planeta gracias a los esfuerzos de este proyecto.

Huyó a Londres tras recibir una citación judicial y evitar condenas por actos criminales severos. Conoció al sexólogo Havelock Ellis, que se convirtió en su amante y consejero. Un año después, de regreso a los Estados Unidos, Sanger continuó dando un empuje legal a su cruzada e inició una campaña social fundando una consejería sexual.

Al abrir su clínica de Brooklyn, durante los primeros nueve días tuvo 464 pacientes. Fue arrestada y sentenciada a 30 días de encierro en un asilo, pues la ley prohibía la difusión de métodos anticonceptivos. El juez le ofreció clemencia a cambio de que no los difundiera.

Los años de lucha, cárcel y sufrimiento fueron grandes, pero al final en la mayoría del mundo se ha impuesto el consejo contraceptivo, según la idea de Margaret Sanger, gran mujer y casi desconocida en España. Jugó además un papel importantísimo en el desarrollo de la contracepción hormonal, ya que fue ella la que en 1954 se dirigió a Gregory Pincus, el descubridor de la píldora junto a M. C. Chang, John Rock y Ramón García, y le preguntó si no sería posible desarrollar un método contraceptivo seguro y moderno. Margaret Sanger consiguió la primera ayuda para el proyecto, que culminó en 1956 con la publicación de los primeros estudios sobre la píldora.

Sanger tenía 80 años cuando al fin salieron al mercado los anticonceptivos que ella ayudó a desarrollar. Un año antes de su muerte, la Corte Suprema de Connecticut derogó la ley que prohibía el uso de contraceptivos para parejas casadas.

Debemos a la actividad de Margaret Sanger, que un gran número de gobiernos aceptasen la planificación familiar como una medida de prevención de salud, y como derecho de libertad de elección de la pareja sobre cuando formar su familia y el tamaño de la misma.

La aparición de la píldora anticonceptiva, la influencia de las obras de Wilhem Reich, entre otras, y el movimiento hippie, hicieron que los jóvenes utilizaran el sexo como una bandera en su lucha frente a generaciones anteriores. Desde entonces la sociedad ha sufrido cambios radicales, con la aparición de las nuevas tecnologías o el VIH y el SIDA, que han vuelto a modificar las costumbres de la vida cotidiana íntima.

Las mujeres también se involucraron en movimientos de liberación. Con la aparición de la píldora podían ser dueñas de su propio cuerpo, posponer la maternidad para consolidar sus carreras profesionales, cuestionar la autoridad de los maridos, los padres y los doctores. Las nuevas ideas estimularon la creación de este movimiento feminista.

Cuando se habla de revolución sexual, se hace referencia al cambio ocurrido en el mundo occidental respecto a la idea de moral sexual y el comportamiento sexual humano en general. La revolución consistió en la aceptación pública de actitudes y prácticas que eran consideradas como tabú, y no tanto en una variedad de comportamientos sexuales. El término se identifica con una liberalización de las costumbres y una creciente igualdad entre los sexos.

Gracias a estos movimientos se produjeron cientos de cambios en las legislaciones de los distintos países, en la estructura de la familia y en las condiciones de trabajo. La situación de la mujer ha ido cambiando, pero no en todos los ámbitos ni en todos los países de la misma manera y aunque en algunos casos las modificaciones en la cultura y el discurso han sido pocas, no por ello son menos importantes. Estos movimientos se mantienen en la actualidad, pues todavía falta mucho por conseguir en la actualidad la igualdad entre hombres y mujeres.

Los movimientos de gays y lesbiana también hicieron sus reivindicaciones principalmente con el nombre, ya que “homosexualidad” u “homosexual” enfatiza el acto sexual, omitiendo todo lo referente a la atracción, las relaciones románticas y sobre todo la cultura gay. La mayoría de los gays americanos y europeos rechazan el uso de este término porque tiene connotaciones clínicas, en las que las relaciones entre personas del mismo sexo se consideraban una enfermedad psiquiátrica y que se ha mantenido en los manuales diagnósticos de psiquiatría hasta bien avanzado el siglo XX. Posteriormente, la comunidad gay internacional adoptó el término tratando la palabra como un acrónimo de “Good As You” que significa “bueno como tú”. Defendiendo sus derechos sexuales como personas libres y responsables, han motivado en muchos países un cambio de legislación, como ha ocurrido en nuestro país con la unión matrimonial de personas del mismo sexo.

La creencia de que la sexualidad humana y de los animales era básicamente de tipo instintivo, sirvió de base para las teorías de las formas no naturales de la sexualidad, entre las que se incluían todas aquellas prácticas no dirigidas a la procreación. Sin embargo, sabemos, que también algunos mamíferos y aves tienen comportamientos aparentemente homosexuales, masturbatorios e incluso de violación. Por ello, la sexualidad puede o debe ser aprendida y en consecuencia debe ser enseñada.

Poco a poco los gobiernos de los distintos países han ido concibiendo programas de educación sexual dirigidos a la población juvenil, principalmente para evitar errores conceptuales, corregir los existentes y prevenir riesgos, aunque en estos momentos los programas están enfocados a la promoción de la salud sexual.

La aparición del SIDA introdujo un factor de temor que constituye un freno importante para el erotismo espontáneo.

Durante los últimos años han surgido nuevas formas de relación erótica y de intercambio sexual: se trata del ciberespacio.

En una hora de chat en este medio, dos personas pueden intercambiar mucha intimidad, acelerando la atracción y la adicción amorosa que, normalmente lleva meses alcanzar.

Las relaciones forjadas a través de internet representan nuevos retos tanto para padres como para especialistas. La oferta pornográfica en la red es la estrella del negocio electrónico, y entre sus usuarios se encuentran respetables personalidades cubiertas tras apodo cibernético. Guarecidos tras su pantalla, muchos teclean la palabra que más se repite en la red: sexo. Las compañías de erotismo por internet ofrecen desde damas de compañía hasta columpios anatómicos para poner en práctica las mil y una poses del kamasutra. La gran mayoría de dichas empresas ofrece sus juguetes a clientes que jamás darán la cara. La red abunda también en prostíbulos virtuales que, en oportunidades, embaucan a los clientes al punto de usar sin autorización fotografías veraniegas de las revistas de actualidad o promocionar como “dama de compañía” a la estrella televisiva de turno sin que ella lo sepa. El fenómeno ha desatado un sinfín número de polémicas.

Este medio puede permitir a los individuos tímidos o con fobias, entablar una relación sin contacto físico, alentado por el anonimato que brinda internet. Se calcula que alrededor del 85 por ciento de los individuos que utilizan estos servicios son hombres, pero el número de mujeres aumenta cada día. Este tema ya ha causado polémica produciéndose gran cantidad de escritos al respecto, al mismo tiempo que se van creando nuevos conceptos como el de adulterio electrónico.

También hay un aumento de menores en la red que caen o pueden caer potencialmente en chantajes sexuales, algunos caen en redes de pederastas o pedófilos.

Pero por otro lado, el espacio virtual puede ser también un recurso muy beneficioso para personas con discapacidad, favoreciendo así el acceso a información o contribuyendo a suplir carencias a las que las restricciones del entorno les someten, con apoyo de ayudas técnicas si las necesitaran, y ofreciendo mayor oportunidad de incrementar relaciones sociales satisfactorias.

En el siglo XXI los avances tecnológicos han evolucionado y siguen evolucionando como consecuencia de la expansión tecnológica. Han cambiado las formas anteriores de ver la sexualidad y las relaciones afectivas que de ésta se derivan. El tabú de la sexualidad en personas mayores ha desaparecido o está en vías, los objetos sexuales

de última generación ha disparado el mercado, han aparecido nuevas fórmulas de pornografía on-line, se ha desarrollado la sexualidad mediática, se puede acceder por internet a un mundo virtual de interacción social, han ido aumentando las llamadas interfaces hápticas o conjunto de sensaciones no visuales y no auditivas que experimenta un individuo. Las conexiones que permiten el contacto a distancia han transformado considerablemente la sexualidad, en especial de aquéllas que cubren el cuerpo entero.

D. Salud sexual

La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social.

No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen.

E. Nomenclatura sexológica

Vamos a describir unos conceptos los cuales son muy importantes y debemos conocer bien al hablar de sexología.

- Género

El género es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. El género, tal como ha existido de manera histórica, transculturalmente, y en sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer.

- Identidad de género

La identidad de género define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un autoconcepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género. La identidad de género determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia.

- Orientación sexual

La orientación sexual es la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual. La orientación sexual puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseo sexuales, o una combinación de estos elementos.

- Identidad sexual

La identidad sexual incluye la manera de cómo la persona se identifica como hombre o mujer, o una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona. Es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual, y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales.

- Erotismo

El erotismo es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo, y que por lo general, se identifican con placer sexual. El erotismo se construye tanto a nivel individual como social con significados simbólicos y concretos que lo vinculan a otros aspectos del ser humano.

- Vínculo afectivo

La vinculación afectiva es la capacidad humana de establecer lazos con otros seres humanos que se constituyen y mantienen mediante las emociones. El vínculo afectivo se establece tanto en el plano personal como en el de la sociedad, mediante significados simbólicos y concretos que lo ligan a otros aspectos del ser humano. El amor representa una clase particularmente deseable del vínculo afectivo.

- Actividad sexual

La actividad sexual es una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente. La actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan el erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual.

- Prácticas sexuales

Las prácticas sexuales son patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia como para ser predecibles.

- Relaciones sexuales sin riesgo

La expresión “relaciones seguras sin riesgo”, se emplea para especificar las prácticas y comportamientos sexuales que reducen el riesgo de contraer y transmitir infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH.

- Comportamientos sexuales responsables

El comportamiento sexual responsable se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar. La persona que practica un comportamiento sexual responsable no pretende causar daño y se abstiene de la explotación, acoso, manipulación y discriminación. Una comunidad fomenta los comportamientos sexuales responsables al proporcionar la información, recursos y derechos que las personas necesitan para participar en dichas prácticas.

F. Obtención de la información en la historia clínica

La evaluación sexológica plantea importantes diferencias con respecto a la evaluación exclusivamente psicológica o médica:

- Dificultad para la obtención de datos. Muy marcada por lo general en hombres, que presentan serios problemas para hablar de su intimidad sexual.
- Necesidad del manejo de parcelas de conocimiento muy variadas.

En este sentido se han establecido 4 áreas de estudios para hacer la evaluación: área médica, área psicológica, área de la sexualidad y área de la pareja.

a. Qué evaluar

Hay que evaluar los estímulos sexuales, el sujeto receptor de dichos estímulos en su triple vertiente biológica, psicológica y social, las respuestas dadas por el sujeto receptor y las consecuencias que acarrearán. Todo ello cubriendo los siguientes objetivos de partida:

- Verificar el diagnóstico que presenta el paciente. Una característica habitual de la terapia sexual es que el demandante rara vez manifiesta no saber lo que le pasa. De entrada sugiere “soy eyaculador precoz”, o bien “soy anorgásmica”.
- Constatar si es la terapia sexual lo que el paciente necesita.
- Realizar un diagnóstico diferencial entre problemática física y psíquica.
- Determinar los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores del proceso.
- Valorar el tipo de intervención que puede ser más efectiva en cada caso.
- Estudiar la personalidad del sujeto para optimizar la intervención.
- Evaluar el grado de motivación que lleva a consulta.
- Contrastar sus actitudes sexuales.

b. La historia sexual

Constituye la herramienta más importante. Se corresponde con la denominada entrevista en el campo de la psicología.

En la historia sexual, la determinación precisa de las situaciones estímulares no es tan importante, ya que en muchas ocasiones, el tratamiento es eficaz sin llegar a conocer tales eventos. Resulta más positivo obtener una descripción detallada de las actividades diarias de los pacientes para identificar los refuerzos que mantienen la situación.

Dado el apremio que se dá habitualmente en las personas que presentan trastornos de la sexualidad, la primera entrevista debe terminar dando alguna respuesta y marcando pautas. Todo ello, intentando motivar al paciente, que por lo general, ha intentado todo tipo de fórmulas “caseras” antes de acudir al especialista, y llega hasta él desanimado por los sucesivos fracasos. Tanto es así, que la mayoría de los sujetos consideran que su problema no tiene ninguna posibilidad de solución, de ahí la necesidad de animar y motivar desde el principio aunque sin dar falsas expectativas.

No hay que olvidar que bajo ningún concepto se deben hacer consideraciones éticas.

En el instituto Andaluz de Sexología y Psicología se emplea un modelo que tiene como objetivo conseguir la hipótesis explicativa de cualquier caso en 3 sesiones.

- Primera sesión

En este modelo, durante la primera sesión, además de los datos demográficos se recoge la siguiente información:

- Problemática actual. Aparte de la descripción del problema, éste se debe dimensionar averiguando si el trastorno es primario o secundario. Si la aparición ha sido brusca o paulatina y si se da en todas las ocasiones (generalizado) o sólo en situaciones concretas (situacional).
- Conductas sexuales. En este apartado se investiga la frecuencia y periodicidad de las relaciones sexuales, el tiempo dedicado a los juegos eróticos, las posturas y las secuencias sexuales que son más satisfactorias o menos problemáticas para el paciente. En suma, se investiga todas las pautas y hábitos sexuales para determinar qué cuestiones pueden resultar reforzantes o, por el contrario, a qué situaciones hay que hacer frente.
- Antecedentes médicos. Desde la primera visita es necesario formular una serie de preguntas para averiguar qué factores de carácter orgánico pueden estar interviniendo en el proceso. Se hace imprescindible preguntar acerca de antecedentes familiares, enfermedades padecidas o padeciendo en la actualidad, ingesta de fármacos, hábitos tóxicos... Es imprescindible preguntar acerca del método contraceptivo empleado. En el caso de la mujer se debe interrogar acerca de las dificultades menstruales.
- Aspectos cognitivos. En este apartado se debe interrogar acerca de las atribuciones del problema. Pensamientos antes, durante y después de la relación, expectativas sobre la sexualidad ideal, etc.

- Segunda sesión

En la segunda sesión se prestará atención a los siguientes apartados:

- Historia psicosexual. Se investiga todo lo relacionado con el erotismo a lo largo del ciclo vital de la persona, como el inicio de la atracción sexual, la realización de juegos eróticos infantiles, el descubrimiento del placer sexual, el inicio y la evolución de las fantasías eróticas, el inicio de la masturbación, etc.
- Es fundamental en este apartado determinar las circunstancias de las primeras relaciones sexuales. Asimismo, resulta de forma importante analizar los comportamientos con las distintas parejas.

- Relación de pareja. En este momento de la sesión se hace un análisis sobre la situación de la pareja actual. Se investiga la comunicación, los motivos frecuentes de discusión, el nivel de acuerdo en las tareas, etc.

También en este apartado se revisan las metas que comparten, la regulación del ocio, las intromisiones familiares, etc.

- Tercera sesión

En esta sesión se prestará atención a las siguientes cuestiones:

- Educación de la sexualidad. Se indagará en las fuentes de conocimiento, las expresiones afectivas de los padres, la relación con los amigos y las aportaciones que reciben de ellos, etc.

No se debe olvidar en este punto verificar la religiosidad y las influencias de carácter esotérico.

- Historia familiar. En algunas ocasiones no es necesario llevar a cabo una profunda investigación sobre la historia familiar, pero como mínimo se deben conocer los datos demográficos de los padres y los hermanos, el tipo de relación y comunicación con los padres, así como las actitudes sexuales de los padres y hermanos.

Resulta fundamental el estudio del estilo de apego, que como es sabido, va a determinar el tipo de relación con las figuras de apego, los amigos y las parejas; además, en algunas ocasiones, estudiar el estilo de apego, predice el tipo de comportamiento sexual.

- Acontecimientos vitales. En este apartado se investigan las situaciones pasadas que hayan podido generar un trauma. Para ello se examinan, entre otras cuestiones, las circunstancias vitales que cambiaría, si se han sufrido problemas económicos, problemas familiares, abusos o agresiones sexuales, etc.
- Estilo de vida. Este apartado, pasado por alto en otros modelos de entrevista, es de vital importancia. De hecho, algunos estilos de vida son prácticamente incompatibles con una vida sexual saludable, por tanto, es necesario indagar y estructurar el sistema de vida. No se puede pasar por alto indagar sobre la situación profesional, el tiempo libre, el ocio, la relación con las amistades, etc.

- Antecedentes psiquiátricos. Resulta obvia la necesidad de investigar si ha habido o persisten trastornos de ansiedad, episodios depresivos y otros cuadros patológicos.

El lenguaje debe ser todo lo técnico que el paciente pueda asimilar, es decir, si se habla en términos que todo el mundo entiende, con expresiones coloquiales del tipo: “echar un polvo”, “correrse”, etc., la comprensión será perfecta, pero puede haber una pérdida de autoridad y desconfianza del paciente. Es conveniente, usar un lenguaje técnico, traducir aquellas palabras que no sean entendidas y dar facilidades al paciente desde el principio para que se exprese en los términos que utiliza habitualmente.

2.2. Socioantropología de la sexualidad. Influencia de la cultura en la sexualidad. Perspectivas culturales en sexualidad. Fines de la sexualidad. Mitos y tabues. Mutilación genital femenina

A. Socioantropología de la sexualidad

Las diferencias bioquímicas y genéticas entre el Homo Sapiens y los antropoides son pequeñas. Las diferencias anatómicas son un tanto mayores, pero son más ostensibles sus semejanzas. El atributo verdaderamente distintivo de la humanidad es la cultura. El desarrollo del neocórtex dota al ser humano de una capacidad excepcional para percibir y utilizar la información del mundo circundante, integrándola, coordinándola y reaccionando con variedad de criterios ante lo que se percibe, pudiendo llegar a controlarlo. Este gran desarrollo cerebral ha dotado a los seres humanos de poderes intelectuales que hacen posible la abstracción y reflexión, con la objetivización del sujeto pensante o la posibilidad del sujeto de percibirse a sí mismo como objeto. Todo esto capacitará al hombre para prever las consecuencias de sus acciones, para formular y formularse juicios de valor sobre estas acciones y para elegir las entre diferentes alternativas.

La especial capacidad de percepción del mundo circundante le planteará al Homo Sapiens interrogantes y lagunas de conocimiento, que por un lado van a dar lugar a la aparición de la ciencia y la metafísica, y por otro a la religión, en un intento de llenar estas lagunas y resolver esos interrogantes. Con el conocimiento de la ignorancia, el ser humano comienza un lento y laborioso camino hacia la sabiduría, o un cómodo y rápido llenado de esta ignorancia con la explicación religiosa.

No existen pueblos, por primitivos que sean, que carezcan de religión o magia. Tampoco existe, ha de añadirse de inmediato, ninguna raza de salvajes que desconozca ya la actitud científica, y la ciencia, a pesar de que tal falta les ha sido frecuentemente atribuida. En toda comunidad primitiva, estudiada por observadores competentes y dignos de confianza, han sido encontrados dos campos claramente distinguibles, el sagrado y el profano; dicho de otro modo, el dominio de la magia y la religión y el dominio de la ciencia. Realmente, estos son hechos universales en todas las culturas humanas y las características diferenciales entre ellos son los principales indicadores de cada una.

Estas características diferenciales, podrían estar determinadas por diferentes circunstancias sociobiológicas que darán lugar a distintas interpretaciones científicas y metafísicas de la realidad, y a distintas interpretaciones religiosas de la ignorancia de lo inexplicable. Tanto unas como otras fundamentarán una determinada ética con sus códigos de normas y valores morales y legales.

Siendo la sexualidad una dimensión fundamental en la existencia humana, se verá ineludiblemente influida por esos códigos, y de forma muy diferente según las culturas. Las distintas morales sexuales culturales han incidido decisivamente en la evolución del hecho sexual. La herencia sociobiológica del Homo Sapiens le confiere una sexualidad amplia y polimorfa, capaz de liberar una energía cuya utilización ha puesto al ser humano en la cumbre de la evolución. Pero esta energía es de tal magnitud que las sociedades humanas se han visto desbordadas por ella y ante posibles consecuencias funestas para la supervivencia, ha tenido que ser controlada. Una sexualidad que trasciende lo procreador y lo meramente cooperativo puede ocupar un espacio demasiado absorbente, haciendo olvidar las principales tareas de todo ser vivo: la de conservación de la especie e incluso la conservación individual. Por eso, muchas sociedades humanas han tenido que ponerle freno, con morales sexuales restrictivas. Serán las circunstancias ecológicas, político-económicas, demográficas, etc., las que determinen el tipo de restricción. Construir el puzle del proceso evolutivo cultural, que desde las primeras sociedades humanas de cazadores-recolectores hasta las culturas actuales han ido determinando los distintos modelos de comportamiento sexual, resulta tanto o más complicado que la construcción del que ha propiciado el largo camino hacia la sexualidad humana.

Por tanto, también entra en el terreno de la elucubración, con el apoyo de los pocos datos que nos ha dejado la prehistoria del paleolítico, y unos pocos más del mesolítico y del neolítico, y también con otros pocos datos que nos aportan la historia y los estudios transculturales de sociedades humanas actuales, en distintos estadios de evolución cultural. Por ejemplo, la descripción que se hace de las primitivas sociedades humanas de cazadores-recolectores, se funda en investigaciones etnográficas llevadas a cabo entre las diferentes representaciones de este tipo de sociedad que aún subsisten en la actualidad (esquimales, bosquimanos, amazónicos, etc.).

Estas sociedades humanas suelen vivir en grupos de entre veinte y ochenta individuos, en aldeas que no tienen estabilidad, desplazándose al término de cada estación, incluso diariamente como ocurre con los pigmeos y los bosquimanos. Varias aldeas comparten una misma cultura, con intercambio de individuos, que son casi siempre mujeres. Hay procesos de fusión-fisión entre aldeas demasiado pequeñas o demasiado numerosas. Estas dos últimas características recuerdan las comunidades de chimpancés.

La caza es en todas estas sociedades una actividad masculina, aunque excepcionalmente puedan participar las mujeres. La recolección es la principal tarea femenina. Viven por lo general en familias monógamas. Sólo algunos jefes y buenos cazadores pueden tener tres o cuatro mujeres. Estas estructuras sociales son relativamente uniformes en todas estas sociedades. Sería precipitado extrapolar todo esto hasta los primeros tiempos de la evolución humana, aunque si nos podemos hacer una cierta idea de cómo eran las primitivas sociedades humanas.

La sexualidad humana se hipertrofió de tal forma que podía eclipsar la fuerza instintiva primaria de conservación individual y de conservación de la especie. Ante esta posibilidad, las comunidades humanas tuvieron que poner restricciones y diques a este instinto. También serán las circunstancias que rodean a cada tipo de sociedad las que determinen la intensidad y la forma de restricción. Al hablar de restricción, nos referimos tanto a vínculos sexuales limitantes de la sexualidad, como a normas morales y legales coercitivas que impida la actividad sexual fuera de estos vínculos, o fuera del esquema tipo de una actividad sexual oficialmente admitida. Al hablar de circunstancias nos referimos a las formas de presión demográfica, al ecosistema y los factores históricos, socioeconómicos, religiosos y políticos.

En los datos reelaborados por J. Luis García García, catedrático de Antropología de la Complutense de Madrid, a partir de la muestra de Bruode y Greene, vemos que:

- Las relaciones prematrimoniales admitidas y aprobadas para las mujeres, existen sólo en el 24,1 % de las sociedades y en cambio son de hecho casi universales en el 49,1 % de éstas.
- Las relaciones extramatrimoniales está permitidas para los hombres en el 54,3 % de las sociedades y para las mujeres en el 11,2 %.

Uno de los caracteres más propios de las relaciones sexuales entre los humanos es la intimidad. Este carácter es casi general en todas las culturas humanas, salvando cierto tipo de rituales o fiestas, durante lo que ocasionalmente se establecen relaciones en grupo o ante el grupo.

Otra peculiaridad de la sexualidad humana es la no existencia de una época determinada para las tareas procreadoras, como ocurre en todas las demás especies animales. En la hembra humana no hay un periodo de celo visible, el cual es una constante en todos los mamíferos. Todos los animales sexuados, por una simple razón de economía, tienen un periodo procreador, dedicando el resto del tiempo a las tareas de supervivencia: alimentación, defensa, etc.

Cuando este periodo no está exactamente determinado en el tiempo, los animales han de dotarse de una serie de mecanismos avisadores, que indicarán su disponibilidad para la procreación, siendo por tanto este periodo de celo, evidente, mediante signos visuales, olorosos, sonoros, etc.

Por último, las estructuras nerviosas sexuales del Homo Sapiens, con todas las posibilidades de elaboración de razonamientos complicados y fantasías, dota a la sexualidad humana de unas características especialísimas, que van a tener importantes consecuencias en sus formas de relación y en el establecimiento de vínculos sexuales, siendo la consecuencia más importante su gran versatilidad. Es decir, el ser humano no tiene una forma rígida en el establecimiento de los vínculos sexuales y sus formas de relación sexual son muy variadas.

B. Influencia de la cultura en la sexualidad. Perspectiva cultural

Durante mucho tiempo se ha hablado de la moral judeocristiana al hacer referencia a la moral sexual occidental. Michael Foucault piensa que carece de sentido hablar de ello. Posiblemente sea un encorsetamiento demasiado rígido, y no cabe duda que en la conformación de la moral sexual occidental han influido otras tendencias ideológicas y filosóficas, como la de los estoicos o los neoplatónicos. Pero la moral judaica ha impregnado poderosamente en ciertos aspectos la moral occidental, a través del cristianismo, siendo el factor determinante de unos valores, unas actitudes y unos comportamientos, que prácticamente definen a la moral occidental, frente a otras culturas. Por eso, para comprender la evolución de nuestra sociedad nos remontaremos a los orígenes del judaísmo. La influencia decisiva de esta moral fue posible, al asumir el cristianismo parte de la moral judaica, y extenderse posteriormente por todo el mundo occidental, pasando a ser la moral dominante.

Entonces dijo Elohim: *“hagamos al hombre a imagen nuestra, a nuestra semejanza, para dominar en los peces del mar y en las aves del cielo, y en los ganados y en todas las bestias salvajes y en todos los reptiles que reptan la tierra”* (Génesis, 1, 26.) *“Dijose después Yahveh Elohim: no es bueno que el hombre esté sólo: voy a hacerle una ayuda similar a él. Entonces Yahveh Elohim habiendo formado de la tierra todos los animales del campo y todas las aves de los cielos, les condujo ante el hombre para ver cómo los llamaba y que toda denominación que el hombre pusiera a los animales vivientes, tal fuera su nombre. El hombre impuso pues nombres a todos los ganados, a todas las aves del cielo y a todas sus bestias salvajes, mas para el hombre no se halló ayuda similar a él. Así pues Yahveh Elohim infundió un sopor sobre el hombre, que se durmió. Entonces le tomó una de sus costillas cerrando con carne su espacio. Luego Yahveh Elohim transformó en mujer la costilla que había tomado del hombre y la condujo al hombre. El hombre exclamó entonces: esta sí que es hueso de mis huesos y carne de mi carne. A ésta se llamará varona, porque del varón ha sido tomada”.* (Génesis, 2, 18-23). (Fig. 2.6).

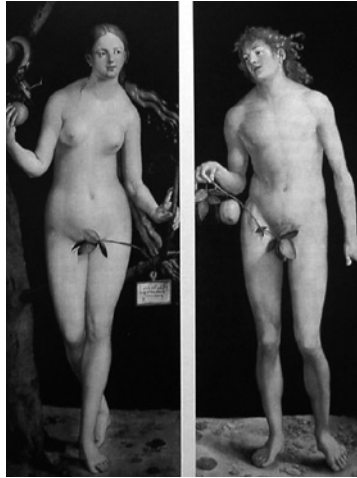


Fig. 2.6. Adán y Eva. Alberto Durero. 1507.
Óleo sobre tabla. Renacimiento. Museo del Prado

“Luego Elohim los bendijo y dijóles: Procread y multiplicaos y henchid la tierra y sojuzgadla y dominad en los peces del mar y en las aves del cielo y en todo animal que bulle sobre la tierra”. Génesis (1, 28).

En los versículos del Génesis anteriormente expuestos podemos ver como esta moral es claramente definida por un monoteísmo antropomórfico y andromórfico, una visión antropocéntrica del mundo, una concepción machista del dismorfismo sexual y los primeros inicios de una sexualidad de orientación totalmente procreadora. Asegurar la descendencia es un aspecto determinante en la moral sexual judaica.

La institución del levirato muestra el aspecto dominante del afán de descendencia. El levirato era costumbre en otros pueblos vecinos de Israel y consistente en el deber que un hombre tenía de casarse con la viuda de un hermano o un pariente próximo, que no hubiera dejado descendencia. Se perpetuaba así la descendencia del difunto y se aseguraba la propiedad familiar. De modo que la familia bíblica es endogámica, patrilínea, patriarcal, ampliada y poligínica.

“Más tarde, Judá tomó esposa para Er, su primogénito, y el nombre de ella era Tamar. Pero Er, primogénito de Judá, fue perverso a los ojos de Yaveh y Yahve le hizo morir. Entonces Judá le dijo a Onán: Llégate a la mujer de tu hermano y cástate como cuñado con ella, para que suscites a tu hermano descendencia. Pero Onán, sabiendo que la sucesión no debía ser suya, cuando se llegaba a la mujer de su hermano, lo

maltrataba por tierra para no proporcionar a su hermano descendencia. Desagradó a Yahveh lo que hacía y también le hizo morir”. (Génesis 38, 8-11).

El onanismo se traduce a veces por masturbación, pero es el coito interrumpido lo que se corresponde más exactamente con ese término. De todas formas tanto masturbación como coito interrumpido son prácticas sexuales no procreadoras, y como hemos visto, Yahveh castigó a Onán por desperdiciar el semen tirándolo a la tierra, con lo cual a sus ojos ambos son punibles, pues tienen el mismo resultado. Esta moral férreamente procreadora es debida a una necesidad fundamental de desarrollo demográfico. Necesidad que fue constante en el pueblo judío desde que eran pastores nómadas que llegaron al país de Canaán asentándose en él y formando una especie de liga sagrada, después de que un grupo de hombres sacados de Egipto y conducidos a través del desierto por Moisés, atravesaron el río Jordán. Así comenzó a fraguarse Israel como pueblo. Al salir de Egipto sus características culturales diferenciadoras y a la vez cohesionantes, no eran fuertes.

Urgía un código moral y legal que definiera el marco de sus relaciones sociales. Este código surge a partir del primer discurso en el Sinaí de Moisés al pueblo israelita, al otro lado del río Jordán, después de haber tenido la revelación divina en el monte Horeb. Es claro que un pueblo que busca un lugar de asentamiento (la tierra prometida), para consolidar un territorio propio, necesitará posteriormente un rápido desarrollo demográfico para su desarrollo político y económico. Por eso en el código judío se explicitó una moral sexual fuertemente procreadora.

Las relaciones sexuales extramatrimoniales y prematrimoniales también son castigadas duramente. Esto lo podemos ver en el capítulo 22 del Deuteronomio, sobre todo en lo que se refiere a la mujer: *“Pero si tal hecho fuera cierto, que no se halló doncellez en la muchacha, sacarán a la joven a la puerta de su casa paterna y los hombres de su ciudad la lapidarán con piedras hasta que muera”* (Deuteronomio 22, 20-21).

“Si un hombre es hallado yaciendo con una mujer casada, morirán ambos dos, el hombre que yacía con la mujer y la mujer misma. Así extirpará el mal de Israel” (Deuteronomio 22,22).

“Si una muchacha virgen está prometida a un hombre y otro hombre la encuentra en la ciudad y yace con ella, sacaréis a los dos a la puerta de esa ciudad y los lapidareis con piedras, de suerte que mueran; a la muchacha en razón de que no pidió socorro estando en la ciudad, y al hombre por el hecho de haber desflorado a la mujer de su prójimo. Así extirparás el mal de en medio de ti”. (Deuteronomio 22, 23-24). (Fig. 2.7).



Fig. 2.7. Grabado de lapidación.
La lapidación de San Esteban. Grabado de Jan Luyken (1649-1712)

a. Cristianismo y sexualidad

La doctrina cristiana asume en lo esencial esta moral procreadora, pero en una forma exclusivamente monogámica y con un carácter de indisolubilidad en el vínculo establecido. *“Por eso dejará el hombre a su padre y a su madre, y se unirá a su mujer y serán los dos una sola carne. De manera que ya no son dos, sino una sola carne. Así que lo que Dios ha unido, que no lo separe el hombre”, “el que repudie a su mujer y se case con otra, comete adulterio contra su esposa. Y si ella, después de repudiar a su esposo se casa con otro, comete adulterio”.* (Marcos, 10, 2-12).

Cuando el cristianismo se extiende por Occidente, inundará con esta moral la vida de todos los pueblos occidentales.

La actitud del cristianismo se centró por una parte, en una restricción total hacia todas las formas de expresión sexual que no sean de ese débito conyugal, y por otra parte en dos preocupaciones esenciales: la protección de la vida y el respeto a la naturaleza. La primera lleva a oponerse rotundamente al aborto y al infanticidio, y la segunda conducirá más tarde a prohibir los métodos anticonceptivos, que entiende como no naturales.

b. La moral sexual burguesa

Hasta finales del siglo XVIII la economía de los países de Europa, había estado basada casi exclusivamente en la agricultura y el comercio, en el mercantilismo y en las manufacturas. Entre el último tercio del siglo XVIII y la primera mitad del XIX iban a modificarse profundamente las formas de producción, iniciándose el cambio en Inglaterra, por dos razones fundamentales: un extenso imperio colonial con gran desarrollo del comercio y una serie de eventos que hicieron aparecer las fábricas.

Hacia mediados del siglo XIX los cambios industriales pasaron de Inglaterra al Continente y a Estados Unidos. Es la revolución industrial, con la instauración del capitalismo y la aparición de una nueva clase social, los obreros industriales. El sistema capitalista asume la moral sexual procreadora, que le va a suponer una mano de obra abundante y barata. En muchas ocasiones las familias obreras, incapaces de mantener a sus hijos los metían en orfanatos y hospicios, desde donde muchas veces pasaban a las fábricas, en las que trabajaban en condiciones casi de esclavitud. Así, las ciudades de Europa crecieron y se modernizaron, pero alrededor de ellas se extendían suburbios de chabolas y de miseria. La explotación del proletariado era favorecida por la necesidad y demanda de trabajo. Las horas laborales eran ilimitadas y los salarios ínfimos. La producción era abundante y barata, con lo que la burguesía se enriqueció.

La moral sexual procreadora no solo proporcionó una población suficiente para la producción, sino que logró la desexualización del cuerpo socialmente necesaria: la libido llega a estar concentrada en una sola parte del cuerpo, dejando casi todo el resto libre, para ser utilizado como instrumento de trabajo. Es decir, que una moral sexual procreadora limita la sexualidad a formas de expresiones exclusivamente procreadoras y por tanto genitales. De esta forma se logran dos objetivos valiosos para el capitalismo de la época: mano de obra barata, a base de un aumento de la población trabajadora, y eficacia productiva, a base de una represión sexual cualitativa y corporalmente selectiva.

En la Inglaterra del siglo XIX, sobre todo durante la tutela de la reina Victoria, vamos a encontrar otro rasgo característico de esta época: un puritanismo moral, traído por las clases medias ascendentes y de una burguesía que trataba de imponer su versión de lo que creían que eran los usos y costumbres de la aristocracia. Así surge la moral sexual victoriana, que nace de la burguesía y que será apoyada por las iglesias cristianas, tanto por la católica como por la reformista. Ambas son hijas de la misma madre, y con matices distintos van a ser uno de los más fuertes pilares de esta moral procreadora, con un cariz fuertemente sexofóbico. La sociedad británica victoriana tuvo una verdadera obsesión puritana, que se traducía en un deliberado silencio acerca de todo lo que se refiere al sexo. Fue la época de las cigüeñas, que traían al mundo a los niños, o de los bebés encontrados debajo de las coles.

Pero no solamente la iglesia y el poder político fueron los artífices de esta moral. Los médicos también contribuyeron de forma muy destacada, encargándose de la misión que los clérigos habían desempeñado en generaciones anteriores. Ya que las penas del infierno no bastaban para contener a los humanos dentro de la castidad y la continencia, la ciencia médica se dedicó a amenazarles con todo tipo de enfermedades que, según ellos, tenían su origen en los excesos sexuales. Así en el curso de dos generaciones, una de las obsesiones negativas de estos médicos higienistas, la masturbación, que hasta entonces había sido catalogada como pecado, se convirtió en causa de locuras, impotencias, esterilidades, tuberculosis, anemias, trastornos neurológicos y otros muchos tipos de desgracias físicas.

C. Fines de la sexualidad

Hubo quien definió al hombre como un animal que come sin estar hambriento, que bebe sin estar sediento y que hace el amor durante todas las estaciones del año. También hay quien ha dicho que el hombre es el primate con el pene más largo y la mujer, la primate con los senos más grandes. Todo esto es cierto y para todo puede existir una pequeña explicación: el instinto de comunicación. Muchas veces el hombre come y bebe no sólo para satisfacer el instinto de conservación individual, sino con un sentido social.

También muchas veces el ser humano tiene relaciones sexuales, no sólo para satisfacer el instinto de conservación de la especie, siendo el acercamiento sexual fruto de una fuerte necesidad de comunicarse con el otro. Es decir, el instinto de conservación del Homo Sapiens trasciende lo meramente procreativo.

La sexualidad humana se enriquece también en calidad. Una capacidad sensorial tan especial durante la relación sexual, unida a la profunda sincronía interaccional que puede llegar a establecerse en ella, hace que su desarrollo se vea favorecido por la intimidad, la cual protege a los individuos de elementos perturbadores, aislándolos.

Se entiende la sexualidad como una vivencia comunicativa e interaccional, que trasciende lo meramente procreador y que a la vez lo incluye. Esta sexualidad inunda la vida del hombre, pasando a ser la dimensión fundamental de su existencia y una de sus más importantes características diferenciadoras del resto de los seres vivos. La sexualidad, junto al lenguaje y a la habilidad manual, contribuyó poderosamente al desarrollo del neocórtex, que tiene la capacidad para la elaboración de procesos intelectuales complejos y de fantasías, para imaginar, inventar, etc., lo que influirá decisivamente sobre esta sexualidad, siendo su gran enriquecedor.

Por tanto, los fines de la sexualidad son varios:

- Sexualidad con fin procreativo, para mantener la supervivencia de la especie.
- Sexualidad con el fin de satisfacer el instinto de comunicación, el cual hace que interactuemos con otras personas.
- Sexualidad con el fin de obtener placer.

D. Mitos y tabues en sexualidad

Los mitos sexuales se extienden como los rumores y tienen tanto fundamento como éstos. Una opinión no fundada sobre algo, relacionada con el sexo, y expresada con la convicción que suele acompañar a la ignorancia, se convierte fácilmente en la creencia de toda una comunidad o generación. Esta falsa creencia comienza a divulgarse como algo comprobado y real, convirtiéndose en un mito. Los mitos se desarrollan a veces precisamente porque parece que tienen sentido o porque deseamos que sean verdad.

Los mitos y tabúes en sexualidad desgraciadamente son bastantes. Esto se debe al ocultismo que desde la antigüedad se ha tenido hacia la sexualidad, viéndola como algo malo o sucio.

Estos mitos van a estar más o menos arraigados dependiendo de la cultura en la que se desarrolle el individuo, de la edad, la información y la actitud que tenga hacia la sexualidad entre otros factores.

A continuación se enumera una lista de afirmaciones erróneas sobre sexualidad. Todas son mitos y tabúes.

a. Mitos sobre la sexualidad masculina

- “Un hombre con un pene muy grande tiene mayor potencia sexual que otro que tiene un pene más pequeño.” (Fig. 2.8).
- “La satisfacción sexual de la mujer depende del tamaño del pene”.
- “Un pene pequeño no puede proporcionar placer a la mujer”.
- “Un hombre siempre tiene que estar dispuesto a mantener relaciones sexuales”.
- “Un hombre debe llevar la iniciativa en las relaciones sexuales”.
- “Si un hombre no se excita en una situación sexual es anormal o no funciona bien”.

- “Un hombre nunca dice no al sexo”.
- “El hombre que funciona bien sexualmente tiene erección siempre que ve a una mujer”.
- “La práctica sexual requiere siempre una buena erección y cuanto mayor sea ésta mejor”.
- “Un hombre debe tener una erección total para tener orgasmo y eyacular”.
- “Cuando un hombre pierde su erección es porque su pareja no le resulta atractiva”.
- “Los hombres de raza negra gozan de un mayor impulso y potencia sexual”.
- “Un hombre siempre sabe de sexualidad y de cómo llevar las relaciones sexuales”.
- “Un verdadero hombre no llora ni expresa sus sentimientos”.
- “Un hombre debe aguantar penetrando hasta que la mujer haya tenido su orgasmo”.
- “Cuando el hombre eyacula termina la relación sexual”.
- “Por naturaleza, los hombres tienen mucho más deseo sexual que las mujeres”.
- “No hay mujer frígida sino hombre inexperto”.



Fig. 2.8. Fresco de Priapo pesando su miembro en una balanza contra la ganancia obtenida de sus campos. Casa de los Vettii, Pompeya

b. Mitos sobre los problemas sexuales

- “Sólo tiene eyaculación precoz el hombre que eyacula antes de penetrar”.
- “La eyaculación precoz la padecen sólo los hombres jóvenes”.
- “Todo hombre que tiene un fuerte impulso sexual tiene eyaculación precoz”.
- “La eyaculación precoz desaparece con el tiempo”.
- “Un remedio contra la eyaculación precoz es tener pensamientos desagradables mientras se tienen relaciones”.
- “Los problemas de erección en los hombres mayores se deben siempre a factores orgánicos”.
- “La disfunción eréctil es irreversible en el hombre de edad”.
- “Disfunción eréctil significa pérdida de virilidad”.

c. Mitos sobre la sexualidad femenina

- “Existen dos tipos de orgasmos diferentes en la mujer, uno vaginal y otro clitoridal”.
- “La vida sexual de la mujer termina con la menopausia”.
- “La satisfacción sexual de la mujer depende del tamaño del pene del hombre”.
- “No está bien visto que la mujer tome la iniciativa en la relación sexual”.
- “La mujer que lleve la iniciativa en la relación sexual es inmoral”.
- “La ausencia de himen prueba que una mujer no es virgen”.
- “La mujer llega al orgasmo al sentir la penetración del hombre”.
- “La extirpación del útero o los ovarios hace que la mujer deje de sentir y gozar sexualmente perdiendo el deseo sexual”.
- “Toda mujer llega al orgasmo, pero algunas no lo sienten”.
- “Un pene pequeño no puede proporcionar placer a la mujer”.
- “La mujer que lleva preservativos en el bolso es una buscona”.
- “La mujer debe esperar a que el hombre le proporcione el orgasmo”.
- “Hay vaginas demasiado anchas para algunos penes”.
- “La primera vez que se realiza el coito se siente dolor y se sangra”.

- “Por naturaleza, las mujeres tienen menos deseo sexual que los hombres”.
- “Soy frígida porque no siento nada”.
- “Una mujer adulta y madura debe tener siempre un orgasmo durante la penetración”.
- “La mujer tarda más en alcanzar el orgasmo que el hombre”.
- “Para que la relación sea satisfactoria, la mujer y el hombre deben de tener el orgasmo a la vez”.
- “Las relaciones sexuales durante la menstruación tienen el peligro de infección o contaminación”.
- “Durante el periodo menstrual, la mujer no está preparada para tener relaciones sexuales”.

d. Otros mitos sobre sexualidad.

- “El deseo y la potencia sexual disminuyen considerablemente a partir de los 40 o 50 años”.
- “Los médicos en general están preparados para tratar los problemas sexuales de sus pacientes”.
- “Una buena relación sexual requiere siempre un orgasmo”.
- “Las relaciones sexuales deben de acabar con el coito para que sean completas”.
- “Existen normas que establecen lo que es normal o no en sexualidad”.
- “La relación sexual es siempre natural y espontánea. Planear tener relaciones implica que no se disfrute igual”.
- “El coito debe evitarse durante el embarazo”.
- “Es una desviación tener fantasías sexuales durante la relación sexual con otra persona”.

e. Mitos sobre la masturbación

- “La masturbación durante la pubertad disminuye la potencia sexual durante la adultez”.
- “La masturbación es físicamente dañina”.
- “La masturbación tanto en el hombre como en la mujer indica que algo no va bien en su vida sexual”.
- “La masturbación es un hábito propio de las personas jóvenes e inmaduras”.
- “La masturbación muy frecuente conduce a la homosexualidad”.
- “Las mujeres no se masturban”.

f. Mitos sobre la homosexualidad

- “La homosexualidad es un enfermedad”.
- “Casi siempre se debe a un desequilibrio hormonal”.
- “Un travesti y un transexual son la misma cosa, y ambos son homosexuales”.
- “A los homosexuales se les reconoce normalmente por su aspecto externo”.
- “Los gays no son masculinos y las lesbianas no son femeninas”.
- “La mayor parte de los abusos sexuales son realizados por homosexuales”.
- “Las personas son heterosexuales u homosexuales, pero no existen las medias tintas”.
- “Los homosexuales son unos pervertidos”.
- “Los homosexuales son muy promiscuos y les cuesta mucho tener una pareja estable”.

E. Mutilación genital femenina

Mutilación genital femenina es el término utilizado para referirse a la extirpación total o parcial de los órganos genitales femeninos. Su forma más severa es la infibulación, también conocida como circuncisión faraónica. Aproximadamente el 15 por ciento de todas las mutilaciones que se practican en África son infibulaciones.

El procedimiento incluye:

- La clitoridectomía (por la que se extirpa parcial o totalmente el clítoris),
- La escisión (extirpación de la totalidad o parte de los labios menores) y
- La ablación de los labios mayores para crear superficies en carne viva que después se cosen o se mantienen unidas con el fin de que, al cicatrizar, tapen la vagina.

Se deja una pequeña abertura para que pueda salir la orina y el flujo menstrual. En algunas formas menos convencionales de infibulación, se extirpa menor cantidad de tejido, dejándose una abertura más grande.

La gran mayoría (el 85 por ciento) de las mutilaciones genitales que se practican en África son clitoridectomías o excisiones (Fig. 2.9).

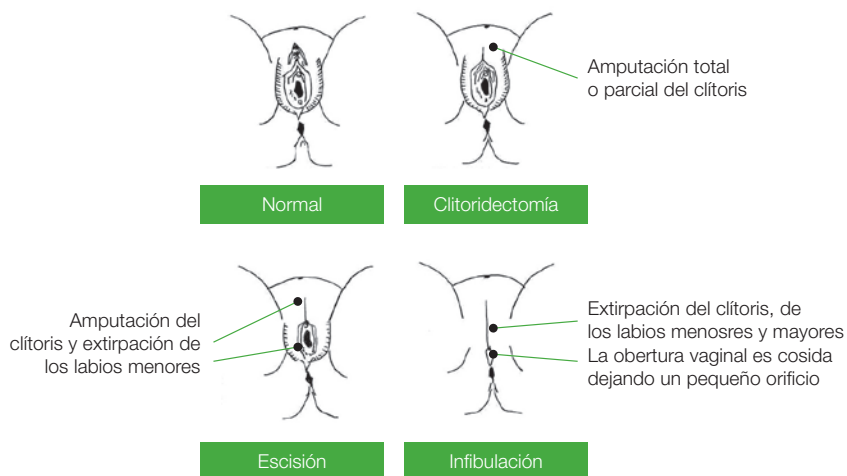


Fig. 2.9. Tipos de mutilación genital femenina

El procedimiento menos extremo consiste en la ablación del prepucio del clítoris. En algunas tradiciones se celebra una ceremonia pero sin que tenga lugar la mutilación de los genitales. El ritual puede consistir en empuñar un cuchillo junto a los genitales, pinchar el clítoris, cortar algo de vello púbico o realizar una ligera escarificación en la zona genital o en la parte superior de los muslos.

El tipo de mutilación, la edad y la manera en que se practica la mutilación genital varían conforme a diversos factores, entre ellos el grupo étnico al que pertenezca la mujer o la niña, el país en el que viva, si se encuentra en un área rural o urbana y su origen socioeconómico.

El procedimiento se lleva a cabo a muy distintas edades, que oscilan entre poco después del nacimiento y el primer embarazo, pero generalmente la mutilación genital femenina se practica entre los cuatro y los ocho años. Según la Organización Mundial de la Salud, la media de edad está descendiendo. Eso indica que la práctica está cada vez menos asociada con la iniciación a la edad adulta, al parecer especialmente en las zonas urbanas.

Algunas niñas sufren la mutilación genital individualmente, pero con más frecuencia se lleva a cabo en grupo, por ejemplo grupos de hermanas o de mujeres unidas por otro parentesco cercano, o grupos de vecinas. Allí donde la mutilación genital femenina forma parte de un ritual de iniciación, como es el caso de las sociedades de África occidental, central y oriental, es más probable que se practique a todas las niñas de un grupo de edad de la comunidad a la que pertenecen.

El procedimiento puede llevarse a cabo en el domicilio de la niña o en el de algún pariente o vecino, en un centro de salud, o bien, especialmente si está asociada a la iniciación, en un lugar designado al efecto, por ejemplo junto a un árbol o río determinado. La persona que practica la mutilación puede ser una anciana, una partera, o una curandera tradicional, un barbero o una comadrona o un médico cualificado.

El grado de conocimiento de las niñas que son objeto de la mutilación sobre lo que les va a ocurrir varía. A veces el acontecimiento se asocia con festividades y regalos. Se exhorta a las niñas para que sean valientes. En los casos en los que la mutilación forma parte de un rito iniciático, las festividades pueden ser grandes acontecimientos para la comunidad. Generalmente, durante la mutilación, sólo se admite la presencia de mujeres.

A veces se recurre a una comadrona con conocimientos para que administre un anestésico local. En algunas culturas, se ordena a las niñas que previamente se sienten en agua fría para entumecer la zona y reducir la probabilidad de que sangren. Sin embargo, lo más frecuente, es que no se tome ninguna medida para reducir el dolor.

La niña es inmovilizada, generalmente por ancianas, con las piernas abiertas. La mutilación se lleva a cabo utilizando un cristal roto, la tapa de una lata, unas tijeras, la hoja de una navaja u otro instrumento cortante. Cuando se trata de una infibulación, se utilizan espinas o puntos para unir ambas partes de los labios mayores, y las piernas pueden permanecer atadas hasta cuarenta días. A veces se aplican polvos antisépticos, o bien, con mayor frecuencia, ungüentos que contienen hierbas, leche, huevos, ceniza o estiércol y que se consideran cicatrizantes. Es posible que a la niña la lleven a un lugar elegido al efecto para su recuperación, donde, si la mutilación se ha practicado como parte de una ceremonia iniciática, se imparten enseñanzas tradicionales. En el caso de las muy ricas, es posible que la mutilación sea realizada por un médico cualificado en un hospital y utilizando anestesia local o general.

a. Efectos físicos y psicológicos de la mutilación genital femenina

Toda mujer que sufre una mutilación genital está expuesta a riesgos tanto físicos como psicológicos.

- Efectos físicos

La mutilación genital puede provocar la muerte. En el momento en que se lleva a cabo, pueden presentarse dolores, conmoción, hemorragias y daños en los órganos que rodean al clítoris y los labios. Posteriormente puede producirse retención de orina y desarrollarse infecciones graves. La utilización del mismo material en varias muchachas sin esterilizarlo puede provocar la propagación del virus del VIH.

Más a menudo, las infecciones crónicas, las hemorragias intermitentes, los abscesos y los pequeños tumores benignos del nervio que pueden provocar la clitorredectomía y la excisión producen malestar y un dolor extremo.

La infibulación puede tener efectos a largo plazo más graves: infecciones crónicas del tracto urinario, piedras en la vejiga y en la uretra, trastornos renales, infecciones del tracto genital a consecuencia de la obstrucción del flujo menstrual, infecciones de la pelvis e infertilidad, tejido cicatricial excesivo, queloides y quistes dermoides.

El primer acto sexual sólo puede realizarse después de la dilatación gradual y dolorosa de la abertura que ha quedado tras la mutilación. En algunos casos es necesario practicar una incisión previa. En un estudio llevado a cabo en Sudán, el 15 % de las mujeres entrevistadas informaron de que fue necesario practicarles una incisión para hacer posible la penetración. Algunas recién casadas sufren graves heridas a causa de incisiones mal realizadas por sus esposos. Un problema adicional que pueden ocasionar todos los tipos de mutilación genital femenina, es que la herida duradera que se produce en la zona genital puede aumentar el riesgo de transmisión de VIH durante el contacto sexual.

En el parto, el tejido cicatricial de las mujeres que han sufrido la escisión puede desgarrarse. A las mujeres sometidas a la infibulación, cuyos genitales apenas disponen de apertura, es necesario practicarles un corte para permitir la salida del niño. Si no hay nadie asistiendo al parto, es posible que se produzcan desgarros perineales u obstrucción del parto. Tras el alumbramiento, a menudo, a las mujeres vuelven a practicarles la infibulación para que queden “estrechas” para sus maridos. Las constantes incisiones y suturas de los genitales de una mujer con cada nacimiento pueden provocar la formación de un fuerte tejido cicatricial en la zona de los genitales.

El secreto que rodea la mutilación genital femenina y la protección de quienes la llevan a cabo dificulta la recopilación de datos sobre las complicaciones derivadas de dicha práctica. Cuando surgen problemas, raramente se atribuyen a la persona que realizó la mutilación. Es más probable que se achaque a la presunta “promiscuidad” de la niña, o al hecho de que los padres no llevaran a cabo los rituales o los sacrificios de forma apropiada. La mayor parte de la información se recoge a posteriori, a menudo mucho después de ocurridos los hechos. Esto implica que hay que fiarse de la memoria de la mujer, de su propia valoración de la gravedad de las complicaciones y de su percepción sobre si los problemas de salud estuvieron relacionados con la mutilación.

Algunos datos sobre los efectos médicos a corto y largo plazo de la mutilación genital femenina, entre ellos los asociados al embarazo, se han recopilado mediante estudios realizados en hospitales o clínicas, lo que ha sido útil para adquirir conocimientos sobre el tipo de problemas de salud que pueden derivarse de la mutilación. Sin embargo, no puede estimarse de manera fiable la incidencia de estos problemas y de las muertes ocurridas a causa de la mutilación. Los partidarios de esta práctica sostienen que las complicaciones y problemas graves ocurren raramente, mientras que quienes se oponen a ella aseguran que son frecuentes.

- Efectos sobre la sexualidad

La mutilación genital puede hacer que el primer acto sexual sea una terrible experiencia para las mujeres. Puede ser extremadamente doloroso e incluso peligroso si a la mujer se le debe practicar una incisión. Para algunas mujeres, el acto sexual sigue siendo siempre doloroso. Aunque no sea así, la importancia del clítoris para experimentar placer sexual y conseguir orgasmos sugiere que la mutilación que ocasiona la amputación parcial o total del clítoris debe afectar negativamente a la satisfacción sexual. Las consideraciones clínicas y la mayoría de los estudios sobre el disfrute sexual de la mujer sugieren que éste se ve perjudicado por la mutilación genital. Sin embargo, un estudio demostró que el 90 por ciento de las mujeres infibuladas a las que se entrevistó dijo experimentar orgasmos.

- Efectos psicológicos

Los efectos psicológicos de la mutilación genital femenina son más difíciles de investigar científicamente que los físicos. Se han recibido informes de pocos casos clínicos de enfermedades psicológicas relacionadas con la mutilación genital. Pese a la falta de pruebas científicas, los relatos personales de mutilaciones revelan sentimientos de ansiedad, terror, humillación y traición, todos los cuales tendrán efectos negativos a largo plazo. Algunos expertos sugieren que la conmoción y el trauma causados por la operación pueden contribuir a perfilar un comportamiento descrito como “tranquilo” y “dócil”, que se consideran positivos en las sociedades que practican la mutilación genital femenina.

Las celebraciones, los regalos y las atenciones especiales que tienen lugar en el momento de la mutilación pueden mitigar en cierta manera el trauma experimentado, pero el efecto psicológico más importante que sufre una mujer que ha sobrevivido es la sensación de ser aceptada en su sociedad, al respetar las tradiciones de su cultura, y la de reunir los requisitos para contraer matrimonio, a menudo el único papel que se le permite desempeñar. Es posible que una mujer que no se sometiera a la mutilación genital sufriera problemas psicológicos a causa del rechazo social. Se creen que las mujeres que pertenecen a comunidades minoritarias que practican la mutilación genital femenina son especialmente vulnerables a los problemas psicológicos, al estar atrapadas entre las normas sociales de su comunidad y las de la cultura mayoritaria.

b. Causas por la que se practica la mutilación genital femenina.

La mutilación genital femenina se puede realizar por diferentes causas como pueden ser por temas culturales, por temas de identidad sexual, para controlar la sexualidad y las funciones reproductivas de las mujeres, por creencias sobre la higiene, estética o salud o bien por temas religiosos.

- Identidad cultural

La costumbre y la tradición son, con diferencia, las razones más invocadas para explicar la mutilación genital femenina. Junto con otras características físicas o de comportamiento, la mutilación genital femenina define quien pertenece al grupo. Esto es más evidente cuando la mutilación se lleva a cabo como parte de la iniciación a la edad adulta.

Muchas personas que pertenecen a sociedades que practican la mutilación genital femenina, especialmente en comunidades rurales tradicionales, consideran que es un hábito tan normal que no pueden imaginarse a una mujer que no haya sido sometida a mutilación. Según informes, otros dicen que sólo las marginadas o las extranjeras no están mutiladas generalmente. En una sociedad que practica la mutilación genital femenina, una niña no puede considerarse adulta a menos que se haya sometido a esta práctica.

- Sexualidad

A menudo la mutilación genital femenina se estima necesaria para que una niña sea plenamente considerada como mujer, y la práctica marca la diferenciación de sexos en lo que atañe a sus futuros papeles en la vida y en el matrimonio. Se cree que la ablación del clítoris y de los labios incrementa la feminidad que a menudo es sinónimo de docilidad y obediencia. Es posible que el trauma de la mutilación tenga este efecto en la personalidad de una niña. Si la mutilación forma parte de un rito iniciático, entonces va acompañada de enseñanzas explícitas sobre el papel de la mujer en su sociedad.

En muchas sociedades, una razón importante que se esgrime en favor de la mutilación genital femenina es la creencia de que mitiga el deseo sexual de la mujer, y por tanto, reduce las posibilidades de que haya relaciones sexuales fuera del matrimonio. Se pone en duda la capacidad de las mujeres no mutiladas de ser fieles por propia voluntad. En muchas sociedades que practican la mutilación genital femenina es extremadamente difícil, si no imposible, que una mujer se case si no se ha sometido a la mutilación. En el caso de la infibulación, a la mujer la “cosen” y la “abren” sólo para su esposo.

Las sociedades que practican la infibulación son marcadamente patriarcales. Es de importancia vital impedir que la mujer tenga contactos sexuales “ilegítimos”, ya que es posible “abrir” y “cerrar” de nuevo a la mujer.

En algunas culturas, el incremento del placer sexual del hombre es una razón que se invoca en favor de la mutilación. Sin embargo, testimonios meramente anecdóticos sugieren que los hombres prefieren a las mujeres sin mutilar como compañeras sexuales.

- Creencias sobre la higiene, la estética y la salud

De forma sistemática se invocan la limpieza y la higiene como razones que justifican la mutilación genital femenina. Los términos populares para referirse a la mutilación son sinónimos de purificación o de limpieza. En algunas sociedades que la practican, a las mujeres no mutiladas se las considera poco limpias y no se les permite manipular alimentos ni agua.

Piensan que los genitales no mutilados son feos y voluminosos. En algunas culturas existe la creencia de que los genitales femeninos pueden crecer y resultarle incómodos colgando entre sus piernas, a menos que se extirpe el clítoris. Algunos grupos creen que el clítoris de la mujer es peligroso y que si toca el pene del hombre, éste morirá. Otros creen que si la cabeza del niño toca el clítoris durante el parto el niño morirá.

Las ideas acerca de los efectos benéficos que tiene la mutilación genital femenina no se dan únicamente en África. En la Inglaterra del siglo XIX hubo debates sobre si la clitoridectomía podía curar a la mujer de enfermedades como la histeria y la masturbación “excesiva”. En Estados Unidos la clitoridectomía continuó practicándose hasta por estas razones hasta bien entrado el siglo XX. Sin embargo, los beneficios para la salud no son el motivo que más se esgrime para justificar la mutilación en las sociedades en las que aún se practica. Pero allí donde sí lo son, se debe a que la mutilación forma parte de un rito iniciático en el que se enseña a las mujeres a ser fuertes y resignadas ante la enfermedad. Algunas sociedades en las que se practica la mutilación genital femenina creen que ésta aumenta la fertilidad, e incluso algunos piensan que las mujeres no mutiladas no pueden concebir. En algunas culturas se cree que la clitoridectomía hace que el parto sea más seguro.

- Religión

La práctica de la mutilación genital femenina es anterior al Islam y no es habitual entre la mayoría de los musulmanes, pero ha adquirido una dimensión religiosa. Allí donde es practicada por musulmanes, a menudo se invoca la religión como una de sus razones. Muchos de los que se oponen a la mutilación niegan que haya relación alguna entre su práctica y la religión, pero los líderes islámicos no se muestran unánimes al respecto. El Corán no tiene ningún llamamiento en favor de la mutilación genital femenina.

La mutilación ha persistido entre algunos conversos al cristianismo. Algunos misioneros cristianos han tratado de frenar esta práctica, pero han caído en la cuenta de que está demasiado arraigada. En algunos casos, con el fin de no perder a los conversos la han pasado por alto e incluso la han aprobado.

El resto de comunidades que practican la mutilación genital femenina practican religiones animistas tradicionales.

2.3. Componentes de la sexualidad.

Componentes biológicos. Componentes psicosociales. Identificación de género. Roles sexuales. Orientación sexual. Afectividad y sexualidad. Forma de expresión

A. Componentes de la sexualidad

La sexualidad está compuesta por el factor biológico, el factor psicológico y el factor social.

El factor biológico de la sexualidad es relativo a las características somáticas del cuerpo, es decir, al sexo, que es el conjunto de características que diferencian a los hombres de las mujeres; esto se hace en base a los aspectos anatómicos y fisiológicos del individuo. El sexo se designa a través de tres elementos: los cromosomas, las gónadas y los genitales.

El factor psicológico se refiere a todos los procesos psicoemocionales del individuo que interfieren en su adecuación y asunción de los componentes propios de su sexo. Esta adecuación se construye a partir del desarrollo de una identidad sexual y de género; el desempeño del rol sexual, así como el esclarecimiento de la orientación sexual.

Los componentes de la sexualidad son: el sexo, la identidad de género, el rol de género y la orientación del deseo.

B. Componentes biológicos

Los componentes biológicos de la sexualidad son: los cromosomas, las gónadas y los genitales.

a. Cromosomas sexuales

Los cromosomas sexuales constituyen la primera estructura del sexo. Con el punto de partida del proceso de sexuación. Como todos los seres pluricelulares sexuados, el ser humano comienza su vida y su historia en el momento de la unión de los gametos: el espermatozoide y el óvulo. Ellos son los verdaderos protagonistas del punto cero del proceso de sexuación.

Ambas dos células diferenciadas sexualmente la una de la otra.

Cada una de ellas tiene la mitad del material genético que portan las células normales del organismo.

Son diferentes entre sí genéticamente, incluso las que proceden de un mismo individuo.

Los óvulos siempre portan un cromosoma X. Los espermatozoides pueden portar un solo cromosoma X o un solo cromosoma Y.

Cuando un espermatozoide que porta un cromosoma sexual X se une a un óvulo, el sexo de la célula resultante será femenino: XX.

Cuando un espermatozoide que porta un cromosoma sexual Y se une a un óvulo, el sexo de la célula resultante será masculino: XY.

- Cromosoma “Y” humano

El mapa genético del cromosoma Y se conoce mucho mejor desde el año 1987, y sabemos que sólo contiene unos pocos genes. Entre ellos, un gen que controla la diferenciación testicular (ZFY), un gen que contribuye al crecimiento estatural (GcY), un gen que codifica una proteína expresada por las espermatídes (TSPY), el gen AZF cuya ausencia determina una azoospermia, un gen que codifica un antígeno del grupo sanguíneo (MIC2), y el gen HY, que controla la expresión del polémico antígeno HY, al que durante mucho tiempo se consideró el responsable de la diferenciación testicular. Más tarde, el llamado gen ZFY se descartó como el gen determinante del sexo y apareció un nuevo candidato: el gen SRY, que con la colaboración de otros determina la formación de un testículo a partir de la progónada.

- Cromosoma “X” humano

Está lleno de genes responsables de funciones vitales. Las mutaciones o alteraciones de estos genes pueden hacer inviable el desarrollo del huevo fecundado o producir multitud de enfermedades congénitas: daltonismo, hemofilia, diabetes insípida, etc... De hecho, este cromosoma es indispensable para la vida, y el cromosoma Y no. Podemos encontrar fórmulas genéticas X0 (síndrome de Turner), pero en el ser humano una fórmula Y0 no se puede encontrar porque sería inviable.

Los cromosomas sexuales constituyen las primeras estructuras que aparecen en la conformación del sexo y son el punto de arranque dentro de todo el proceso de sexuación, dentro del cual, tienen un importante protagonismo.

b. Gónadas

En un segundo paso del proceso de sexuación humano, y como consecuencia de la influencia directa de los cromosomas sexuales, se diferencian a partir de la progónada, los ovarios o los testículos, dependiendo en gran medida de la presencia o no del cromosoma Y.

Aproximadamente hacia las 4 o 5 semanas de vida embrionaria se han desarrollado las crestas genitales, recubriendo el mesonefros o riñón embrionario. Estas crestas son idénticas en los dos sexos en esta fase del desarrollo. La gónada primitiva estará ya formada entre las 5 y las 7 semanas de vida embrionaria. En ese momento las células germinales indiferenciadas migran desde el saco vitelino a la cresta germinal, mediante movimientos ameboides. La gónada primitiva tiene una región cortical y otra medular. Si se va a desarrollar un ovario, lo hará a partir de la zona cortical. El testículo se desarrolla a partir de la zona medular. (Fig. 2.10).

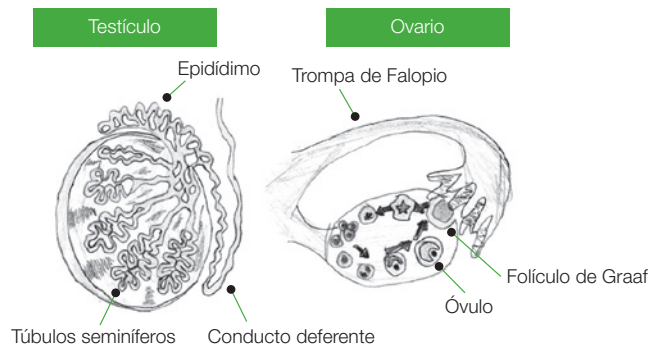


Fig. 2.10. Esquema de las gónadas

- Ovarios

Los ovarios humanos son dos glándulas ovaladas que se encuentran alojadas en la pelvis femenina, adhiriéndose por su borde anterior a la cara posterior, del ligamento ancho, mediante un corto repliegue peritoneal: el mesovario. A través del mesovario llega al ovario la inervación y la vascularización, penetrando en este a nivel del hilio.

El ovario tiene una doble función:

- Producir hormonas femeninas (estrógenos y progestágenos) y
- Proporcionar los gametos femeninos (óvulos)

Ambas funciones se realizan dentro de unas estructuras que son esenciales en el ovario: los folículos de De Graaf.

- Testículos

Los testículos son las gónadas masculinas y tienen una forma ovoidea. Están cubiertos por una túnica fibrosa, dura, de color blanco. Llamada albugínea. De la albugínea parten hacia el interior del tejido testicular tabiques incompletos que lo dividen en lobulillos en cuyo interior se encuentran los túbulos seminíferos. Los túbulos seminíferos confluyen en una red de canales, la rete testis. En el polo superior del testículo está situado el epidídimo, que es una estructura constituida por el apilamiento de los conductillos eferentes testiculares, que van a desembocar a un conducto único, el conducto deferente.

La espermatogénesis es la principal función que se desarrolla en el interior de los túbulos seminíferos, los cuales presentan en su interior un epitelio poliestratificado, de 4 a 8 filas de células redondeadas, y una luz central. Estas células pueden ser:

- Células germinales: se distribuyen de forma estratificada, a partir de la periferia del tubo seminífero, en la que se encuentran las menos diferenciadas: las espermatogonias. Las capas más internas son las más diferenciadas, de tal forma que desde fuera hacia dentro podemos encontrar espermátidos primarios y secundarios, las espermátides, y por último, después de un proceso de transformación llamado espermiogénesis, los espermatozoides, que caen en el interior de la luz tubular.
- Células de Sertoli: hasta hace poco tiempo, a las células de Sertoli se les atribuía una única función, la de sostén de las células germinales; pero en los últimos años se ha comprobado la importancia de estas células para el control de la espermatogénesis, su participación en la regulación del eje hipotálamo-hipofiso-testicular, y su destacado papel en el proceso de sexuación de los genitales.

- Células de Leydig: mediante su función endocrina el testículo desempeña un importante papel en el proceso de sexuación. En el testículo adulto, actúa en el desarrollo y el mantenimiento de los caracteres sexuales masculinos. En el testículo fetal, en la masculinización de los genitales internos y externos, y en las estructuras neurológicas.

En estas células se produce la biosíntesis y la secreción hacia la sangre de la testosterona.

c. Genitales

En un tercer paso del proceso de sexuación, se diferencian los genitales.

Es en este nivel del proceso de sexuación donde se evidencia claramente que los cimientos del sexo son femeninos. La gónada femenina, el ovario, produce dos hormonas: los estrógenos y la progesterona. Pues bien, estas hormonas no son en absoluto determinantes en la diferenciación genital. Es decir, que con ellas o sin ellas, con ovarios o sin ovarios, la diferenciación femenina del feto tendrá lugar espontáneamente, si no hay interferencias de hormonas masculinas. Si no hay testículos, independientemente de la presencia o no de ovarios, todas las estructuras tendrán diferenciación femenina. Esto reafirma el carácter básicamente femenino de la naturaleza. Los cimientos y los pilares a partir de los cuales se produce la diferenciación sexual son femeninos.

Con la presencia del cromosoma Y se producirá la diferenciación testicular. El testículo, una vez diferenciado, producirá todos los factores decisivos y necesarios para la masculinización fetal: la testosterona, la 5- α -dihidrotestosterona y el factor de inhibición mülleriana. Las células de Sertoli de los túbulos seminíferos del testículo fetal producirán la hormona antimüllerinana, que actuará sobre los canales de Müller (precursores embriológicos de los genitales femeninos) impidiendo que se desarrollen. Estos canales no necesitan ningún estímulo para desarrollarse y, por el contrario, sí precisan de un freno cuando no tienen que hacerlo.

Las células de Leydig del tejido intersticial del testículo producirán testosterona, que actuará sobre los canales de Wolff, que son los precursores de los genitales masculinos. Los canales de Wolff tienen una tendencia a la regresión espontánea. Es decir, que sin testosterona no se desarrollan. Para todo ello es necesaria la presencia en las células de la proteína receptora de andrógenos, que introducirá las hormonas en ellas, para producir así proteínas masculinizantes.

- **Genitales femeninos**

Los dividiremos en genitales internos y genitales externos.

Genitales internos

Los genitales internos femeninos incluyen todas las estructuras derivadas del desarrollo de los conductos de Müller: las trompas de Falopio, el útero y el tercio superior de la vagina. Los genitales internos tienen una función procreativa, y es en su interior donde se produce el encuentro entre el espermatozoide y el óvulo, y donde anida y se desarrolla el huevo fecundado.

- **Útero**

El útero es un órgano muscular hueco y con forma de pera, situado en la parte media de la excavación pélvica, entre la vejiga urinaria, por delante, y el recto, por detrás. Del útero se suelen describir 4 partes diferenciadas:

- El cérvix tiene una forma cilíndrica, con una dilatación en su parte media. Presenta en su parte inferior un orificio externo que se abre a la vagina y en la superior un orificio interno que se abre a la cavidad uterina. Entre estos dos orificios hay un canal en forma de huso que suele contener en su interior un tapón de moco cervical, que protege al interior del útero, y que cambia su estructura según el momento del ciclo menstrual, de forma que está mucho más filante y permeable durante la ovulación.
- El istmo es una pequeña y estrecha porción que separa el cuerpo del cérvix.
- El cuerpo tiene una amplia cavidad aplanada y de forma triangular, con una pared interna llamada endometrio, que presenta una intensa actividad durante el ciclo menstrual, y que cumple un importante papel en la anidación o implantación del huevo fecundado.
- La pared uterina está constituida por cuatro capas: la serosa peritoneal, la subserosa, miometrio y endometrio. El endometrio es la capa interna del útero, y está constituido por una mucosa de color gris rojizo, adherida fuertemente al miometrio, que es la capa muscular del útero.

El endometrio recubre completamente la cavidad interior del útero. Desde la pubertad y la menarquia hasta la menopausia, el endometrio sufre distintas variaciones morfológicas, en relación con las fases

del ciclo menstrual y que están determinadas por los niveles de progestágenos y estrógenos producidos en los ovarios. En el espacio de 4 semanas es capaz de sufrir modificaciones morfológicas profundas que culminan en su destrucción casi completa, seguida de una rápida reconstrucción. El desarrollo y la maduración completa del endometrio en la mitad del ciclo menstrual permiten la implantación del huevo fecundado y el desarrollo del embarazo.

- Vagina

La vagina es un conducto músculo membranoso de paredes muy extensibles, cuyos dos tercios superiores proceden embriológicamente de la fusión de los canales de Müller en su parte distal. Es por tanto esa porción de la vagina la que podemos considerar como parte de los genitales internos.

El tercio inferior procede de la diferenciación femenina de los genitales externos. Se podría decir que la vagina es el enlace de los genitales internos y los externos. En su extremidad superior termina formando un fondo de saco anular que rodea la porción vaginal del cérvix uterino y en su extremidad inferior desemboca en el vestíbulo vulvar. En condiciones normales la vagina es un canal virtual, ya que normalmente sus paredes anterior y posterior están en contacto. Naturalmente se convierte en una canal real cuando, por el coito o por el parto, se hace necesario. La vagina tiene una longitud de unos 8 cm en su pared anterior y unos 12 cm en su pared posterior. Esta diferencia de longitud es debido a la oblicuidad anteroposterior del canal vaginal, que hace que el cérvix uterino no se inserte en el fondo del canal, sino en su pared anterior acortándola.

Un dedo, un instrumento o el pene, introducidos en la vagina, tropiezan con el fondo del saco vaginal posterior y no directamente sobre el cérvix. Este fondo de saco posterior, verdadero fondo vaginal, presenta una resistencia excepcional debido al espesor de su pared y a su complaciente flexibilidad. La pared interna de la vagina está recubierta por un epitelio pavimentoso y poliestratificado, y presenta arrugas transversales, que abundan sobre todo en el tercio inferior. La pared vaginal contiene una rica vascularización, proveniente de ramas de la arteria pudenda interna que penetran en ella.

Genitales externos

El conjunto de genitales externos femeninos se designa con el nombre de vulva, la cual está constituida por las siguientes formaciones:

- Monte de Venus: se trata de una protuberancia redondeada, más o menos marcada, situada en la sínfisis del pubis. Esta protuberancia está constituida por una masa de tejido celular grado que está recorrido por múltiples trabéculas elásticas. A partir de la pubertad se recubre con pelos largos y contorneados. Típicamente, el pelo púbico femenino es triangular, con límite superior horizontal, pero en el 10 % de las mujeres normales se extiende hacia el ombligo, como en el varón.
- Labios mayores: son dos pliegues cutáneos de gran tamaño, situados detrás y debajo del monte de Venus, que se extienden desde el borde superior de la sínfisis del pubis hasta el periné, bordeando exteriormente la vulva. Por su parte externa están separados de los muslos por el surco genitocrural, mientras que su cara interna está separada de los labios menores por el surco labial. En las mujeres vírgenes y no obesas están en contacto entre sí, de tal manera que recorren completamente las demás partes de la vulva.

Los labios mayores se reúnen en la parte anterior, a la altura del monte de Venus, formando la comisura anterior, que es ligeramente prominente. Posteriormente se hayan unidos entre sí por una cresta cutánea algo elevada, que revive el nombre de comisura posterior. Entre la comisura posterior y el orificio vaginal se encuentra una depresión de escasa profundidad, que recibe el nombre de fosa navicular. Se trata de la superficie externa, convexa, sombreada de pelo, muchas veces de color oscuro, con muchas glándulas sudoríparas y sebáceas, de olor característico. En los labios mayores se producen modificaciones durante la repuesta sexual: con el estímulo sexual, a medida que aumenta la tensión sexual los labios mayores se adelgazan y aplastan contra el periné. Al mismo tiempo se elevan hacia arriba y hacia afuera, alejándose del orificio vaginal. Esto ocurre en las nulíparas. En las multíparas y, en especial, en las mujeres con varicosidades en los órganos genitales, la respuesta al estímulo sexual es diferente: en lugar de aplastarse y elevarse en sentido anterolateral, se distienden de forma acentuada con sangre venosa, pudiendo llegar a alcanzar 2 o 3 veces su diámetro.

- Los labios menores; son dos pliegues cutáneos de aspecto mucoso llamados también ninfas, porque se creía que, al igual que las ninfas de la leyenda que dirigen la salida del agua de las fuentes, dirigían la orina. Son aplanados transversalmente, móviles, sin pelos, de volumen variado; algunas veces están ocultos entre los labios mayores y otras sobresalen de la hendidura vulvar. La cara externa, de color marrón oscuro, como la areola de la mama durante el embarazo, está separada de la cara interna del labio mayor por el surco interlabial, en el cual se deposita una capa sebácea. El borde libre está igualmente pigmentado; es convexo, delgado, irregular festoneado y flota libremente. La superficie interna, de color rosa, se aplica contra el labio del lado opuesto y colabora así en la oclusión del conducto vulvar. En su extremidad superior, los labios menores se dividen en dos ramas. Las ramas externas de ambos labios menores se unen entre sí por encima del glande clitorideo, formando el prepucio del clítoris. Las ramas internas se unen entre sí al nivel de la cara inferior del glande, formando el frenillo clitorideo. Los labios menores disminuyen de tamaño a medida que se acercan a la fosa navicular. En los labios menores se producen modificaciones durante la respuesta sexual: con el estímulo sexual, a medida que aumenta la tensión sexual, los labios menores se expanden considerablemente, pudiendo aumentar su tamaño 2 y 3 veces. Este aumento condiciona su protusión a través de los adelgazados labios mayores. Todas estas transformaciones de tamaño producen la apertura del orificio vaginal, y eliminan la protección anatómica natural de éste.

También se producen cambios en la coloración, pasando de un color rosado a un rojo brillante al rojo vinoso en la múltipara. Este cambio de color ha sido denominado “piel sexual”.

- Vestíbulo: el espacio que queda entre los labios menores se denomina vestíbulo y aparece como una hendidura anteroposterior, en la que se hallan de adelante a atrás:
 - a. El meato uretral, donde desemboca la uretra femenina, que es mucho más corta que la masculina. El meato se encuentra situado en una elevación a unos 2 cm por debajo del clítoris.
 - b. Los canales de Skene, que provienen de las glándulas parauretrales y periuretrales, y desembocan a ambos lados del meato uretral.
 - c. El orificio vaginal, que en la mujer virgen se encuentra cerrado parcialmente por una membrana más o menos delgada y vascularizada, recubierta en sus dos caras por un epitelio escamoso estratificado, de tipo mucoso. Esta membrana que se llama himen presenta una gran variabilidad de espesor, tamaño, forma, vascularización e

inervación. Entre los diversos aspectos que puede presentar el himen se pueden observar hímenes anulares, septado, cribiformes o imperforados. También podemos encontrar hímenes muy fibrosos, difíciles de romper o hímenes complacientes, que dejan pasar el pene sin romperse.

- d. Los orificios de la desembocadura de la glándula de Bartholino que están situados a ambos lados, en la hendidura que separa el himen de los labios menores, y al nivel del punto medio de unión entre el tercio medio y el tercio posterior del orificio vaginal.
- e. La fosa navicular, situada por debajo del orificio vaginal y que consiste en una depresión de escasa profundidad, que contiene un gran número de pequeñas glándulas, que están repartidas también por todo el vestíbulo, denominadas glándulas vestibulares menores.
- Clítoris: es un órgano eréctil, cilíndrico, de pequeño tamaño, situado en el borde inferior de la sínfisis del pubis. El tamaño del clítoris es de unos 2 cm de longitud y unos 6 mm de anchura, por término medio, ya que el tamaño del clítoris varía considerablemente de unas mujeres a otras. Algunos autores lo consideran como el homólogo reducido del pene masculino, pero el común origen embriológico y el paralelismo de algunas de sus estructuras no es razón suficiente para suponer una identidad anatomofisiológica. Por ejemplo, el glande femenino prolonga solamente los cuerpos cavernosos, mientras que el glande masculino es una prolongación del cuerpo esponjoso. El clítoris fue descrito por primera vez en la literatura médica por Hipócrates, que lo definió como una zona de excitación sexual. Y es que realmente el clítoris es el único órgano humano capaz de focalizar y acumular sensaciones sexuales. En el tegumento del glande del clítoris se encuentran los corpúsculos de Krause-Finger, los cuales cumplen un importante papel en el proceso neurológico de la respuesta sexual, tanto de la mujer como del hombre. Durante el estado preorgásmico inmediato resulta muy difícil observar el clítoris debido a un enderezamiento del ángulo clitoridiano y a su borramiento debido a la hinchazón del prepucio.
- Bulbos vestibulares: son dos formaciones ovoides, alargadas y puntiagudas en su parte anterior, y redondeadas en su porción posterior, de estructura esponjosa y situadas a cada uno de los lados sobre las caras laterales del canal vulvar. Sus caras externas están cubiertas por los músculos bulbocavernosos. Sus extremos anteriores afilados se reúnen debajo del codo del clítoris, unidos por la importante red venosa de Kobelt.

- Glándulas uretrales y parauretrales de Skene: representan lo que se ha llamado la próstata femenina. Están dispuestas en filas alineadas longitudinalmente y se abren al canal en el canal uretral en una serie de 3 a 10 orificios por cada fila. Algunas glándulas ocupan la región del vestíbulo y se abren alrededor del meato uretral por los conductos de Skene; éstas son las que constituyen las glándulas parauretrales.
- Glándulas vulvovaginales de Bartholino: son las homólogas de las glándulas de Cowper masculinas. También se llaman glándulas vestibulares mayores y aparecen como dos pequeñas masas de 4 o 5 g, aunque casi nunca tienen el mismo volumen en una misma mujer. Poseen un canal excretor de 15 a 20 mm de longitud, que se abren en un orificio redondeado en el surco que separa los labios menores del introito. Las glándulas de Bartholino segregan 1 o 2 gotas de material mucoide, al final de la intumescencia sexual.

- **Genitales masculinos**

Para poder estudiarlos, vamos a dividir los genitales en genitales internos y genitales externos.

Genitales internos

Los genitales internos masculinos tienen la función fundamental de conducir al exterior los espermatozoides producidos en los túbulos seminíferos de los testículos, y producir las secreciones necesarias para su vehiculización. Estos genitales internos están constituidos por dos estructuras principales: las vías espermáticas propiamente dichas y las glándulas anejas.

- Vías espermáticas

Dentro de las vías espermáticas nos encontramos la rete testis, los conductos o los conos eferentes y el canal epididimario.

- Tubos rectos y rete testis: constituyen la porción intratesticular de las vías espermáticas y son simples vías conductoras de los espermatozoides, que a este nivel aún no tienen movimiento propio. El paso del tubo seminífero al tubo recto es brusco, con una desaparición total del epitelio germinal. La zona de conjunción de ambos está marcada por un anillo de células de Sertoli. Estas vías espermáticas están tapizadas de epitelio cúbico simple.

- Conductos o conos eferentes: la rete testis desemboca en el epidídimo, en una serie de 10 a 20 tubos que se enrollan sobre sí mismos en forma de hélice, y que constituyen los conos eferentes. Los conos eferentes tienen un epitelio de aspecto festoneado con tres tipos de células, que reposan sobre una membrana basal.
 - Canal epididimario: comienza como una continuación del primero de los conos eferentes, que posteriormente recibe como afluentes a todos los demás conos deferentes. Por supuesto, a medida que va recibiendo conos eferentes, el canal epididimario va aumentando de diámetro. Después se vuelve flexuoso y termina en una porción dilatada, antes de seguir por el canal deferente. La longitud total de este canal es de unos 6 o 7 mm. Es en el canal epididimario donde los espermatozoides van a acabar de madurar.
 - Canal deferente: es la continuación del canal epididimario. El canal deferente tampoco es una simple vía de conducción para los espermatozoides, y cumple una función muy parecida a la del canal epididimario. Por otra parte, y gracias a su desarrollada capa muscular, ayuda a la progresión del esperma, mediante movimientos peristálticos. La ampolla del canal deferente, con una mucosa anfractuosa, es como un reservorio de esperma.
 - Canal eyaculador: comienza en la desembocadura de la vesícula seminal. Tiene por término medio 2 cm de longitud. La función de este canal es simplemente la de conducción del esperma.
- Glándulas anejas
 - Vesículas seminales: están situadas detrás de la vejiga, entre ésta y el recto. Están formadas por alveolos tubulares, separados entre sí por una fina capa de tejido conectivo. Las células glandulares del epitelio de las vesículas seminales elaboran un líquido claro y viscoso. Esta secreción es alcalina, rica en lípidos, proteínas y sales minerales, con ácido ascórbico y fructosa, un azúcar que constituye un metabolito esencial para los espermatozoides. Para su normal funcionamiento, las vesículas seminales necesitan el aporte androgénico testicular.
 - Próstata: es un órgano musculoglandular, impar y medio, de tacto firme y de unos 20 g de peso medio, situado en el espacio que se encuentra por debajo de la vejiga, adhiriéndose a su cara inferior, por detrás de la cara inferior de la sínfisis del pubis, por encima del

diafragma urogenital y frente a la ampolla rectal. La próstata rodea a la uretra prostática, que es la primera porción de la uretra, por debajo de la vejiga. Las células glandulares de la próstata elaboran el líquido prostático. La próstata adulta se encuentra en actividad continua y, según el grado de estímulo androgénico, genera de 0,5 a 2 ml de líquido prostático, que son expulsados por la orina. El líquido prostático es de aspecto lechoso y contiene ácido cítrico, colina, cefalina, colesterol, algunas proteínas, diversas enzimas y electrolitos. Su Ph es aproximadamente 6.6. También contiene elevadas concentraciones de fosfatasa ácida, cuya producción es andrógenodependiente y aumenta considerablemente en la pubertad.

- Glándulas bulbouretrales o de Cowper: son pequeñas masas glandulares, del tamaño de un guisante, situadas en la parte lateral y posterior de la uretra membranosa, por debajo de la próstata y en relación con el diafragma urogenital. El producto de secreción de las glándulas de Cowper recuerda al líquido prostático. Estas glándulas son también sensibles a los andrógenos. Durante la intumescencia sexual se produce una emisión preeyaculatoria de 2 o 3 gotas de secreción mucóide, que proviene de estas glándulas.

Genitales externos

Los genitales externos son los que se encuentran fuera del cuerpo y podemos verlos o palparlos.

- Escroto

Las gónadas masculinas tienen una ubicación extraabdominal y se hallan alojadas en la cavidad escrotal. La pared escrotal y sus envolturas (músculo dartos y fascia cremastérica) desempeñan un importante papel como elemento termorregulador, y mantiene una temperatura inferior a la temperatura corporal (aproximadamente 2 °C por debajo). Cuando la temperatura exterior es inferior a la corporal estas envolturas se retraen acercando los testículos al abdomen para proporcionarles calor. Ocurre lo contrario cuando es necesario disminuir la temperatura. Este hecho es fundamental para el normal desarrollo de la espermatogénesis.

- Pene

Es el órgano copulador. En su estructura se hallan básicamente un conjunto de dispositivos eréctiles y un conjunto de capas que lo rodean (Fig. 2.11):

- Tegumento o piel de revestimiento: constituido por epitelio epidérmico, a veces pigmentado. Este tegumento se continúa por la parte inferior con el escroto y en la región superior con la epidermis del monte de vello púbico. En su raíz se observan algunos folículos pilosos y glándulas sebáceas. Estas faneras desaparecen en todo el tegumento restante. En su extremidad anterior, el tegumento forma un repliegue más o menos marcado: el prepucio. La hoja externa del prepucio tiene la misma composición que el resto del tegumento: epitelio de tipo epidérmico. La hoja interna del prepucio, tiene un epitelio de tipo epidermoide, el cual se va a continuar directamente con el epitelio del glande. La zona de conjunción entre la hoja interna del prepucio y el epitelio del glande constituye el surco balanoprepucial. En este surco se abren las desembocaduras de las glándulas de Tyson, que elaboran una variedad de sebo, que unidas a los restos de orina y al líquido seminal constituye el esmegma. El prepucio está unido a la cara inferior del glande por un frenillo, que en algunas ocasiones proporciona problemas por su escasa longitud.
- Fascia superficial o de Colles: está compuesta de tejido conjuntivo y algunas fibras de músculo liso; se halla contigua a la capa escrotal del dartos.
- Fascia profunda o de Buck: es una fuerte membrana que rodea ambos cuerpos cavernosos y el esponjoso, y es una continuidad de la fascia perineal profunda. Se pliega en los extremos distales de los cuerpos cavernosos y no cubre el glande.
- Túnica albugínea: es una vaina fibrosa que desempeña el papel más decisivo en el mecanismo de erección. Está constituida por un tejido de colágeno que contiene poco tejido elástico y forma la pared externa de los cuerpos cavernosos y el cuerpo esponjoso, cubriéndolos fuertemente en toda su extensión. La naturaleza fibrosa de la túnica albugínea explica que se permita cierta distensión, pero alcanzando siempre el límite de su expansión, lo cual hace posible conseguir la rigidez del pene. De esta túnica albugínea parten los tabiques que separan las cavernas. El grosor de la túnica albugínea disminuye con la edad.

- Cuerpo esponjoso: es una formación cilíndrica y alargada que se encuentra rodeando a la uretra esponjosa o peneana. El cuerpo esponjoso está situado en el plano ventral del pene. Está rodeado de una capa fibrosa elástica, la albugínea, que envía tabiques hasta el corion de la uretra. Estos tabiques separan las cavidades del cuerpo esponjoso, las cuales al ingurgitarse de sangre tornan al cuerpo esponjoso turgente. Parece claro que el cuerpo esponjoso, como órgano eréctil, no es indispensable para la erección. El cuerpo esponjoso presenta dos ensanchamientos en sus extremos:
 - Bulbo: está situado en el extremo proximal, tiene forma de avellana y está muy vascularizado. Se halla recubierto por los músculos bulbocavernosos, los cuales ejercen una acción importante durante la eyaculación.
 - Glande: está situado en el extremo distal y forma la cabeza del pene; en muchas ocasiones está recubierto por el prepucio. El glande está formado por una porción de cuerpo esponjoso especial, en la que desemboca la uretra, formando el meato urinario. Tiene una inervación tica, con gran riqueza de corpúsculos sensitivos, sobre todo de Krause-Finger, que terminan en un abultamiento en forma de maza y actúan a modo de acumuladores. El glande actúa durante el coito como almohadilla amortiguadora para los fondos de saco vaginales, así como las puntas de ambos cuerpos cavernosos.
- Cuerpos cavernosos: son 2 medios cilindros afilados en sus extremos que ocupan la cavidad dorsal que limita la fascia de Buck. Están funcionalmente unidos, pero están separados entre sí por un tabique incompleto, que permite la comunicación entre ambos. Son comparables morfológicamente a una esponja formada por trabéculas fibrosas de distribución irregular, y en su interior se encuentran numerosas lagunas revestidas de un endotelio vascular, con gran abundancia de fibras musculares lisas, numerosos vasos y terminaciones nerviosas de naturaleza adrenérgica y colinérgica. Las cavidades y cavernas de los cuerpos cavernosos y sus correspondientes trabéculas constituyen el tejido eréctil por excelencia del pene. Los cuerpos cavernosos apenas contienen sangre cuando el pene está flácido. La arteria cavernosa o profunda atraviesa cada uno de los cuerpos cavernosos, y proviene de la arteria pudenda interna, rama de la arteria hipogástrica. La arteria cavernosa da numerosas ramas, que corren aplicadas a las trabéculas,

y siguen un trayecto fuertemente ondulado, por lo que se las denomina arterias helicinas. Cada arteria helicina se resuelve en un ramillete de arterias precapilares (ramilletes eréctiles de Eckhard). Se trata de vasos de pequeño diámetro que desembocan en las cavidades y cavernas del tejido eréctil. La sangre que hay en las cavidades y cavernas sale a través de las venas eréctiles, las cuales también están dotadas de fibras musculares longitudinales, hecho que les proporciona la posibilidad de abrirse y cerrarse de forma activa. Estas venas desembocan en las venas emisarias, las cuales tienen también un importante papel en el mantenimiento de la erección.

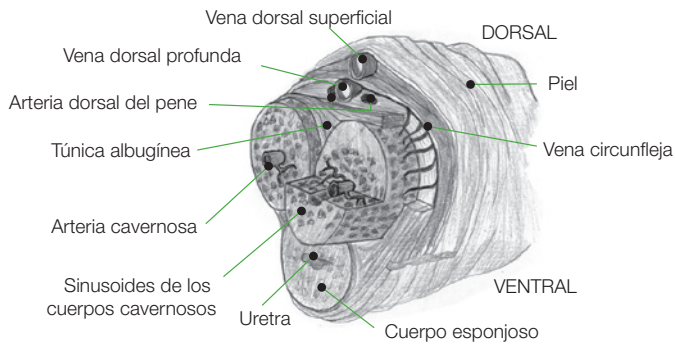


Fig. 2.11. Corte transversal del pene

C. Componentes psicosociales. Identificación de género. Roles sexuales. Orientación sexual

El factor psicológico se refiere a todos los procesos psicoemocionales del individuo que interfieren en su adecuación y asunción de los componentes propios de su sexo. Esta adecuación se construye a partir del desarrollo de una identidad sexual y de género; el desempeño del rol sexual, así como el esclarecimiento de la orientación sexual.

Los componentes de la sexualidad son: el sexo, la identidad de género, el rol de género y la orientación del deseo.

a. El sexo

El término sexo se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos.

b. La identidad de género

La identidad sexual hace referencia a la conciencia de pertenecer a un sexo en función de los atributos corporales, en especial los genitales, mientras que la identidad de género hace referencia a los contenidos de la identidad que provienen de las atribuciones que una cultura determinada hace al hecho de ser mujer u hombre, respecto a actitudes, valores, comportamientos, etc.

c. El rol de género

En cuanto a los roles y estereotipos hay varias teorías que explican el desarrollo de la identidad de género:

- Teoría del aprendizaje: sostiene que la determinación del género está condicionada por los modelos personales y las influencias socioambientales a los que los niños se hayan expuestos. En los primeros años de vida, los modelos a observar e imitar son ante todo los padres. El niño aprende a “copiar” la conducta del progenitor del mismo sexo porque su imitación es recompensada. Los padres tratan de distinta forma a los niños y a las niñas desde el momento mismo del nacimiento, en función de la expectativa diferente con que se les contempla. Se piensa que esta actitud, conocida como socialización diferencial, repercute tanto en la identidad como en el rol de género.

- Teoría cognitivo-evolutiva: el desarrollo del género corre paralelo al progreso intelectual del niño. Los niños de muy corta edad tienen una visión exageradamente simplificada del género. Hasta los 4-5 años de edad, los niños no comprenden que el género es una constante y sólo entonces están en condiciones de configurar una sólida identidad de género. El niño comprende mediante la observación y la imitación, que hay determinadas conductas que convienen mejor a un sexo que a otro. Contrariamente a la teoría del aprendizaje, esta teoría sostiene que el niño copia el comportamiento de los adultos no tanto para obtener una recompensa como para lograr una identidad propia.
- La interacción biosocial: contemplan el surgimiento de la incipiente identidad de género como una sucesión de influencias recíprocas entre los factores biológicos y los psicosociales. En otras palabras, la programación genética en la fase prenatal, los elementos psicológicos y las reglas sociales influyen a un tiempo en las pautas futuras que el recién nacido desarrolla durante la niñez y la adolescencia.

Es importante dejar claro que la identidad de género y sexual es un proceso que tiene que ver con factores de carácter biológico, cultural y de historia personal de cada individuo.

Los modelos de socialización del rol de género en nuestra sociedad suministran numerosos ejemplos de los modos en que los niños y las niñas se encuentran expuestos a las diferentes pautas sobre roles, y reciben mensajes distintos sobre lo más adecuado para cada género. La vestimenta, los juguetes, los libros, la televisión y la escuela forman parte de esas influencias. Desde la asignación de nombres se les trata de forma diferente.

d. La orientación del deseo

La orientación del deseo es la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual. La orientación sexual del deseo puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos. La orientación puede ser heterosexual, homosexual o bisexual.

D. Afectividad y sexualidad. Formas de expresión

La afectividad es considerada un ámbito íntimamente relacionado con el desarrollo sexual. La siguiente clasificación propuesta por López y Fuertes recoge los aspectos relacionados con la sexualidad:

- Afectos sexual-afectivos: deseo-placer, atracción, enamoramiento, experiencia amorosa, inhibición, rechazo, dolor, etc...
- Afectos socio-afectivos: empatía, apego, amistad, hostilidad, ira, etc.

Si entendemos que los afectos pueden ser considerados como indicadores de necesidades básicas, en el terreno de la dimensión afectiva y sexual deben ser reconocidas esencialmente dos: la necesidad de satisfacción sexual, y la necesidad de seguridad emocional. Desde nuestro punto de vista la primera se refiere al deseo sexual y la segunda al apego.

En el acervo popular, ambas realidades se funden y se confunden, pero en el campo científico es necesario diferenciarlas. Se trata de realidades diferentes que pueden ir unidas pero no necesariamente.

Por un lado, Hazan y Shaver (1987) conceptualizan el amor romántico como un proceso de apego, es decir la adopción de la persona amada como figura de apego, que se constituye en base de seguridad y puerto de refugio. El enamoramiento puede ser interpretado como una fuerza adicional que impulsa al individuo hacia la persona amada cuyo fin es garantizar la vinculación. Por ello, el enamoramiento es un estado con una duración determinada y el amor es un sentimiento estable.

Por otro lado, el deseo sexual sin embargo es la búsqueda de satisfacción sexual. Desde este punto de vista, los antecedentes infantiles pueden ser determinantes. La génesis del vínculo afectivo donde se produce el aprendizaje de la comunicación no verbal más asociados a los intercambios eróticos. Es en la relación entre el/la niño/a y la figura de apego donde el niño aprende a tocar y ser tocado, a mirar y ser mirado, a la confortabilidad de la proximidad física y al contacto piel a piel.

En este sentido la historia familiar, en relación a la calidad de las relaciones afectivas en la infancia, predice el estilo de apego actual. A su vez, éste es un buen predictor del ajuste diádico y tendencialmente a la satisfacción sexual, en parejas adultas.

En consecuencia consideramos que el desarrollo afectivo social, en términos de vinculación afectiva, constituye un antecedente esencial, un importante soporte en la manera de configurar el deseo sexual, en tanto que el estilo de apego seguro se

relaciona con la seguridad básica, la estabilidad emocional y una manera óptima de regular las emociones, variables determinantes respecto a la capacidad de intimar.

En este sentido cada vez aparecen mayor cantidad de estudios sobre la relación del estilo de apego en adolescencia, juventud y adultez, asociándolo con variables relacionales en el ámbito de las parejas.

El origen de ambas dimensiones se haya en la supervivencia de la especie y por tanto están preprogramadas. El deseo sexual en relación a la reproducción y el amor en cuanto a los sistemas de vinculación entre las crías y los progenitores. En términos psicológicos el deseo sexual y el amor romántico son dos dimensiones diferentes; se pueden expresar de manera independiente a lo largo de los diferentes momentos vitales, aunque todo parece indicar que el deseo sexual y el amor romántico generalmente se funden en una misma persona; de hecho las teorías del amor contemplan la pasión, en tanto que atracción erótica, como un componente principal.

Finalmente, cuando en la adolescencia el deseo sexual se proyecta hacia otra persona, la interacción sexual está mediatizada por el modelo interno (internal working model). Si consideramos que el modelo interno es la interiorización del modelo de sí mismo y del de los demás, la experiencia sexual estará claramente mediada por el grado de autoestima personal, y por la confiabilidad en los otros. Podríamos así predecir que aquellas personas que desarrollen un estilo de apego seguro, las relaciones sexuales serán más satisfactorias y menos conflictivas, puesto que éstas poseerán un mayor grado de autoestima, mayor seguridad en la relación, mayor capacidad de empatía y menor miedo a la pérdida o abandono. Las personas inseguras, tanto ansioso-ambivalentes como evitativos, aunque expresado de modo diferente, la probabilidad de tener en la adolescencia un acceso dificultoso a la experiencia sexual será mayor por motivos inversos a las personas seguras. En cualquier caso la relación entre el comportamiento sexual y los afectos asociados abre importantes vías para la investigación.

A modo de conclusión, se puede considerar que un objetivo evidente del asesoramiento y en definitiva de la educación afectivo sexual, consiste en facilitar la posibilidad de que cada persona pueda reconocer su impulso sexual, integrar los motivos para la actividad sexual en el conjunto de su personalidad con una perspectiva de futuro, y valorar críticamente los anhelos o aspiraciones eróticos respecto a su propia identidad, de una manera auténtica, personal, sin tergiversaciones, que responda genuinamente a sus propias necesidades y no a otras inducidas externamente.

2.4. Psicofisiología sexual. Estímulos psicológicos y estímulos biológicos de la respuesta sexual. Fisiología de la respuesta sexual. Respuesta sexual femenina. Respuesta sexual masculina. Modelos de patrón de respuesta sexual

A. Fisiología de la respuesta sexual. Estímulos psicológicos y estímulos biológicos de la respuesta sexual. Fisiología de la respuesta sexual

Para comprender la fisiología de la respuesta sexual y para que podamos entendernos nos basaremos en el siguiente modelo: intumescencia, orgasmo y detumescencia. Este modelo resume un poco todas las fases del resto de los modelos que veremos más adelante.

Los fenómenos que ocurren durante estas fases son fundamentalmente debidos a reacciones vasculares y musculares regidas ambas por órdenes neurológicas.

Los sistemas nerviosos autónomos, simpático y parasimpático son normalmente antagonicos. En cambio, durante la respuesta sexual deben actuar en una íntima y frágil armonía.

a. Periodo de intumescencia

El periodo de intumescencia comienza cuando se produce un estímulo o inducción sexual de cualquier tipo. Esta inducción puede ser psicógena, como resultado de la excitación de centros específicos corticales cerebrales, o reflexógena, como resultado de la estimulación exteroceptiva de los órganos genitales, o interoceptiva procedente de impulsos viscerales orgánicos.

- **Inducción psicógena**

Se da como resultado de la excitación de centros específicos en la corteza cerebral.

- Interna
 - Imaginaria y fantasmática: estas imágenes y fantasmas eróticos pueden aparecer espontáneamente o ser provocados voluntariamente.

- Externa
 - Táctil: estimulación directa de receptores sensoriales epidérmicos y mucosos (genitales y extragenitales). Las regiones de la piel más sensibles han sido llamadas zonas erógenas. El ser humano tiene una gran riqueza de receptores sensitivos en su piel y en sus mucosas. Esto unido a la pérdida de pelo corporal a través de la evolución, le confiere una gran sensibilidad táctil.
 - Visual: percepción visual de objetos, colores, personas o situaciones sexualmente estimulantes. La visión binocular y tricromática, con capacidad para ver el relieve, y recibir tres colores básicos, va imponiéndose en la evolución humana al olfato, mucho más desarrollado en los demás mamíferos.
 - Auditiva: percepción de sonidos (palabras, música, gemidos, tonos de voz, etc.), que sugieren estimulación sexual.
 - Olfativa: la influencia del sentido del olfato no tiene en el ser humano la importancia que tiene en los animales, porque en los primates, y mucho más en el ser humano, el bulbo olfativo ha ido perdiendo espacio en beneficio de un desarrollo acelerado del córtex cerebral. Recientemente se ha especulado acerca de la acción de las feromonas humanas. Por ejemplo se ha observado una sincronización de los ciclos menstruales de mujeres que viven juntas, así como un acortamiento y regularización del ciclo menstrual femenino en presencia de hombres.

- **Inducción reflexógena**

Es la estimulación de los órganos genitales. Puede ocurrir de dos formas:

- De forma exteroceptiva, bien por estimulación directa de los genitales o bien por estimulación indirecta como por ejemplo la exposición al sol.
- De forma interoceptiva, son el resultado de impulsos viscerales orgánicos. Se dan por ejemplo en la fase REM del sueño, cuando hay un predominio vagal o cuando hay una congestión perineal, por ejemplo en la fase premenstrual.

- **Erección del pene**

Alguien denominó al mecanismo de la erección del pene como un triunfo de la biomecánica, que no puede ser superado por ninguna ingeniería. Este complicado mecanismo tiene que solventar todos los inconvenientes de una curiosa evolución que dotó al ser humano de un pene único en tamaño y naturaleza dentro del mundo de los primates. La mayor parte de los conocimientos sobre la fisiología de la erección se ha obtenido durante los últimos 30 años.

En la actualidad podemos considerar la erección como un proceso multifactorial que localmente puede ser comparado con un sistema hidráulico controlado electromecánicamente. La erección obedece, al parecer, fundamentalmente a dos tipos de acciones que son musculares y vasculares.

- Muscular

Esta acción muscular macroscópica está fundamentalmente ejercida por los músculos isquicavernoso y bulbocavernoso. La contracción de estos músculos encajona la sangre empujándola hacia los cuerpos cavernosos e impidiendo su salida por la vena dorsal profunda del pene.

- Vascular

La naturaleza vascular de la erección fue demostrada hace más de 300 años por el anatomista y fisiólogo holandés Regnier de Graaf (1668). Mediante la inyección de contraste en las arterias del pene de un cadáver, demostró que el fundamento de la erección es la saturación de los cuerpos cavernosos, con sangre, y no con aire como suponía Galeno. La acción vascular autónoma consiste, sobre todo, en un aumento del aporte sanguíneo por parte de las arterias helicinas a los cuerpos cavernosos.

Los músculos cavernosos y las arterias helicinas que se encuentran contraídas con estado de flaccidez, se relajan y disminuyen la resistencia periférica de la arteria pudenda interna y aumentan de 20 a 50 veces el flujo sanguíneo, de manera que se produce el llenado de los cuerpos cavernosos. Este llenado provoca a su vez una presión sobre la albugínea y ésta estrangula las venas emisarias dificultando el retorno venoso, mediante un mecanismo córporo-veno-oclusivo. En suma se da:

- Dilatación activa arterial con relleno de los cuerpos cavernosos relajados.
- Contracción activa venosa, con disminución del flujo venoso de salida.
- Autocierre de las salidas venosas de los cuerpos cavernosos:
 - Por compresión de la fascia de Buck.
 - Por estrangulamiento de las venas emisarias a cargo de las trabéculas fibrosas de la albugínea.

En la erección también hay un aumento del volumen del cuerpo esponjoso de la uretra y del glande, pero manteniéndose suave y flexible, con el fin de facilitar el paso del semen a través de la uretra. Asimismo, el aumento de volumen se produce también para proporcionar al glande el papel de un amortiguador que haga posible una penetración vaginal menos traumática, y para proteger los extremos rígidos y agudizados de ambos cuerpos cavernosos.

En la actualidad, el aspecto más atrayente y más controvertido en relación con la fisiología de la erección es el de la regulación local de la erección y de los neurotransmisores y sustancias vasoactivas que en ella intervienen y que actúan sobre el músculo liso cavernoso, el cual desempeña un papel fundamental en la flaccidez y en la erección del pene.

La noradrenalina liberada por los nervios adrenérgicos hace que se aumente la concentración intracelular de Ca^{++} y produce la contracción de músculo cavernoso, dando lugar a la flaccidez del pene. Los nervios colinérgicos inhiben la liberación de noradrenalina, disminuyendo la concentración intracelular de Ca^{++} , favoreciendo la relajación del músculo liso cavernoso y dando lugar a la erección.

El óxido nítrico (NO) es un radical libre, gaseoso, con múltiples acciones biológicas. Muchas de sus acciones tienen como efector al guanósil monofosfato cíclico (GMPc), ya que el NO es un potente activador de la guanilato ciclasa soluble. La síntesis de NO se realiza a partir de la L-arginina en un proceso complejo.

Los cambios en el flujo sanguíneo del pene están medidos bioquímicamente por la liberación de óxido nítrico (NO). El NO se une a la enzima guanilato ciclasa soluble, estimulando la conversión de guanósil trifosfato (GTP) a GMPc.

Por otro lado, el Péptido Intestinal Vasoactivo (VIP) secretado por los nervios parasimpáticos y la prostaglandina E (PGE), que es producción paracrina del tejido eréctil, activan la adenilato ciclasa (AC), que hace otro tanto para aumentar los niveles intracelulares de adenosina monofosfato cíclico (AMPc).

El aumento de los niveles intracelulares de los nucleótidos cíclicos GMPc y AMPc, abriéndose los canales de K^+ y aumentando la bomba Na^+-K^+ , cerrando los canales de Ca^{++} disminuyendo su concentración intracelular, relajando las fibras del músculo cavernoso, lo cual hace entrar sangre en los cuerpos cavernosos produciendo la erección.

La erección del pene se mantendrá en la medida que se mantenga relajada la musculatura lisa del pene, produciendo más GMPc (por liberación de nuevas cantidades de NO) o impidiendo que el GMPc y el AMPc sean hidrolizados, respectivamente por las enzimas fosfodiesterasa 5 (PDE-5) y PDE-3.

Cuando la musculatura lisa se contraiga (en ausencia de estímulo nervioso), y por la acción de la endotelina 1 y la angiotensina II, de origen endotelial, con aumento de las concentraciones intracelulares de Ca^{++} , dejará de entrar sangre arterial y el sistema de drenaje venoso ya no estará bloqueado, con lo que los cuerpos cavernosos perderán la mayor parte de su contenido en sangre, y el pene se contraerá perdiendo su turgencia. (Fig. 2.12).

Como se puede observar, el estudio de la regulación local de la erección ha tenido avances importantes en los últimos años, lo cual está posibilitando la aparición de nuevos tratamientos como el sildenafil y similares.

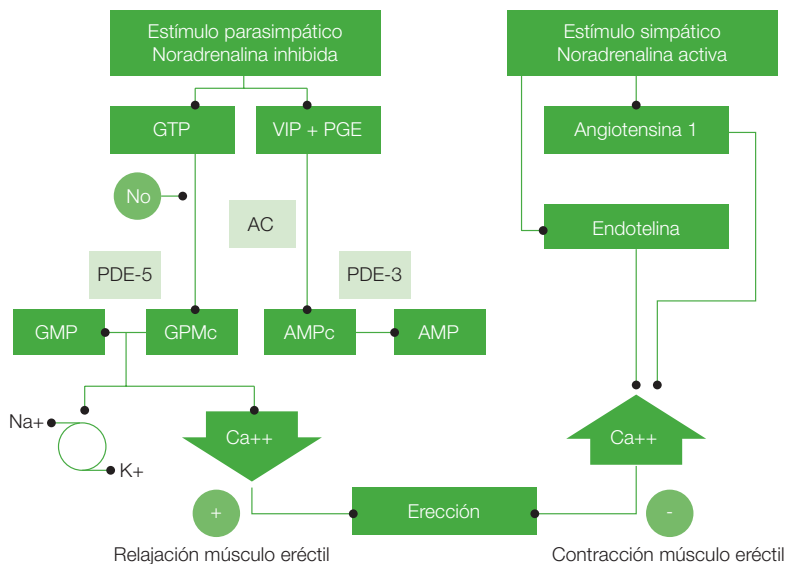


Fig. 2.12. Acción de los neurotransmisores en los cuerpos cavernosos

- **Lubricación vaginal**

El fenómeno paralelo a la erección del pene es, en la mujer, la lubricación vaginal, pese a que algunas opiniones últimamente lo cuestionen. Por órdenes neurológicas similares a las del hombre, se produce una vasodilatación refleja con intenso aumento del flujo sanguíneo y con repleción vascular que afecta sobre todo al plexo venoso circunvaginal, que rodea al tercio inferior de la vagina. Esto determina un fenómeno de trasudación de plasma en las paredes vaginales. También se produce una intensificación de color de los labios menores. Enseguida aparecen gotas aisladas, distribuidas de forma irregular sobre los pliegues vaginales. A medida que el fenómeno aumenta, estas gotas forman una capa continua y brillante en el túnel vaginal, que lo lubrica.

Por otra parte, la vagina que en su estado de reposo se halla colapsada, se expansiona y se ahueca, agrandándose. Se podría hablar de una erección interna. O más adecuadamente de una invaginación, determinada por una combinación de fenómenos neuromusculares y de vasocongestión. El daño fisiológico que interfiere estos fenómenos acarrea problemas asociados, con disminución de la libido, de la lubricación vaginal, de la sensibilidad genital y de la consecución del orgasmo.

- Otros fenómenos genitales del periodo de intumescencia

Aparte de la erección del pene y de la lubricación vaginal, durante la fase de intumescencia las reacciones vasculares y musculares determinan otros fenómenos importantes en los genitales:

- Vasculares

La vasodilatación condiciona, tanto en el hombre como en la mujer, un ingurgitamiento sanguíneo de las venas regionales de toda el área perineal. Esta congestión vascular de la intumescencia reproduce la mayor parte de las características de la reacción inflamatoria: rubor, calor y tumefacción.

Sólo falta el dolor, que en este caso está reemplazado por el placer sexual. Esto hace de la intumescencia un fenómeno realmente original entre todos los fenómenos fisiológicos.

La congestión vascular de las venas del periné afecta a:

- Venas profundas (plexos venosos que rodean los órganos pelvianos), cuya congestión afecta a: vejiga, uretra, próstata, útero, etc.
- Venas medias (plexo intermedio) cuya congestión afecta a:
 - Cuerpos cavernosos del clítoris: se dilatan.
 - Bulbos vestibulares: tienen con el clítoris conexiones vasculares (plexo intermedio de Kolbet), esencialmente venosas. Estos bulbos se dilatan hasta alcanzar el volumen de una almendra grande.
 - Vulva: los plexos intermedios contribuyen a la expansión de la vulva.
 - Testículos: aumentan la mitad de su volumen.
- Venas superficiales, cuya congestión afecta a:
 - Escroto: se espesa y se retrae, enrojeciéndose y desapareciendo los pliegues escrotales.
 - Labios mayores: se hinchan, aplanándose y remontándose hacia arriba y hacia fuera, dejando libre el introito.
 - Labios menores: se llenan de sangre, aumentando su espesor, longitud y temperatura. Su color pasa del rosa pálido al moreno, al rojo oscuro o incluso violáceo.
 - Prepucio clitorideo: se espesa y cubre el clítoris.
 - Prepucio peneano: deja libre el glande, enrojeciéndose.

- Musculares

Hay una hipertonia muscular lisa y estriada, generalizada en el periné. Esta contracción muscular en el periodo de intumescencia es tónica y afecta a:

- Dartos: su contracción encoge las bolsas escrotales y separa los labios mayores.
- Músculos anexos a los órganos eréctiles (isquicavernosos, bulbocavernosos y transversos): con su contracción contribuyen a la erección de estos órganos. Durante la erección, el hombre puede usar los isquicavernosos para imprimir a voluntad en el pene pequeños movimientos de elevación. En la mujer, abren hacia abajo y hacia atrás la horquilla y el reborde posterior del orificio vaginal.
- Elevador del ano: su fascículo pubocoxígeo contribuye a estrechar el tercio inferior de la vagina.
- Esfínteres del ano y la vejiga.
- Cremáster: eleva los testículos.

La hipertonia de los músculos genitales y perigenitales es sinérgica con la de algunos músculos estriados vecinos: erectos del abdomen, glúteos y aductores del muslo.

- Glandulares

Se observa tanto en el hombre como en la mujer, una actividad de las glándulas genitales anexas, sobre todo cuando el periodo de intumescencia está muy avanzado.

- Glándula de Cowper: emisión preeyaculatoria de 1 a 3 gotas de secreción mucóide.
- Glándula de Bartholino: emisión preorgásmica de 1 a 3 gotas de secreción mucóide.

- Fenómenos extragenitales del periodo de intumescencia

Prácticamente todo el organismo participa en este periodo de intumescencia. Veamos los fenómenos más accesibles a la observación:

- Vasculares

La oleada parasimpática produce una vasodilatación general, que se manifiesta sobre todo a nivel de la piel, con un enrojecimiento generalizado en forma de rash macopapular, que comienza en epigastrio y se extiende después, y que constituye la llamada “roséola del amor”.

- Musculares

Se produce una miotonía generalizada que afecta a:

- Músculos esqueléticos: los músculos satélites de las regiones genitales, los músculos que mantienen las posturas adoptadas, los que sostienen a la pareja, los músculos faciales y prácticamente toda la esfera motriz.
- Músculos lisos: no se conoce muy bien cómo se afectan en el periodo de intumescencia los músculos lisos. Al parecer hay una dilatación bronquial, inhibición del peristaltismo intestinal, midriasis, etc. En los senos, se contraen los músculos lisos de la areola, el pezón (theloismo) y los pericanalarios.

- Cardiorrespiratorios

Se producen modificaciones cardiorrespiratorias que van incrementándose a medida que avanza la fase de intumescencia. Estas modificaciones son:

- Taquicardia: con aumento de la frecuencia y la amplitud del latido cardíaco.
- Aumento de la presión arterial, sobre todo de la sistólica.
- Taquipnea: con aumento de la frecuencia y la amplitud de los movimientos respiratorios.

- Glandulares

Se produce un aumento de la secreción salivar y lacrimal. La actividad glandular durante la intumescencia está poco estudiada.

- Neurológicos

Curiosamente, los centros neurológicos que ponen en marcha la intumescencia, uno es de naturaleza simpática y el otro de naturaleza parasimpática. Este original entrelazamiento entre dos sistemas supuestamente antagonicos se ve también reflejado en todo el organismo. Junto a reacciones vagotónicas y parasimpáticas (vasodilatación de la piel), hay claras reacciones simpaticotónicas (midriasis, taquicardia, taquipnea, hipertensión, inhibición del peristaltismo intestinal, etc.). Al parecer, el equilibrio entre los dos sistemas lo establece el hipotálamo. La rotura de ese equilibrio neurovegetativo hacia uno u otro lado determina la detención de la reacción sexual. Mientras que se desarrollan todos estos fenómenos, y después de un periodo inicial de puesta en marcha, comienza a funcionar lo que podemos llamar el sustrato receptor primario.

A escala microscópica, este sustrato se individualizaría en los corpúsculos de Krause-Finger, también llamados corpúsculos del glande. Estos corpúsculos no se encuentran más que en el glande del pene y en el glande del clítoris.

Los corpúsculos de Krause-Finger tienen unas particularidades funcionales, químicas y eléctricas:

- Los andrógenos parecen ser necesarios para una adecuada troficidad funcional de los receptores.
- Funcionan como verdaderos condensadores de energía nerviosa.
- Necesitan una primera puesta en marcha de la intumescencia para su funcionamiento correcto. Su estimulación repentina es ineficaz e incluso desagradable.
- Mientras funcionan presentan un embotamiento de su sensibilidad extraerógena, térmica y álgica.
- Durante todo el periodo de intumescencia parece ser que estos corpúsculos actúan como verdaderos condensadores, acumulando energía nerviosa, llegando al máximo de carga al final del periodo de intumescencia.

Esto tiene una gran trascendencia en el desencadenamiento del orgasmo.

Los mensajes sensitivos sexuales siguen las vías clásicas que llevan al tálamo, y durante la intumescencia todas las sensaciones suben a través de la médula, por vía espinotalámica, y se enriquece con las informaciones recogidas por las zonas erógenas secundarias. Antes de llegar al tálamo, las fibras sensitivas pasan por el filtro de la sustancia reticular del bulbo. El papel de ésta en la vigilancia del sistema nervioso superior explica la acción inhibitoria del miedo y la angustia, que interrumpen en la base del tronco cerebral las sensaciones del placer sexual. Desde el tálamo estos mensajes se reparten hacia los núcleos hipotalámicos, hacia el sistema límbico y hacia el córtex.

De esta manera, las sensaciones eróticas llegan a las estructuras nerviosas superiores.

Todos estos fenómenos neurológicos están mediados por los neurotransmisores, que junto con a la oxitocina y el óxido nítrico constituyen el centro de la mediación neuroquímica en varios aspectos de la función sexual.

b. El orgasmo

El final del periodo de intumescencia marca el comienzo del orgasmo. Podemos decir que el orgasmo es un fenómeno psicofisiológico, en el que están involucrados el cuerpo y la mente, y que resulta casi tan misterioso para los científicos como para cualquier otra persona. A nivel genital y desde el punto de vista fisiológico, el orgasmo es fundamentalmente un reflejo, aunque mucho más complejo que otros. Por ejemplo, entre el reflejo orgásmico y otro más simple, como el reflejo rotuliano, hay algunas diferencias:

- El reflejo orgásmico tiene dos fases, y el rotuliano sólo una.
- Para poner en marcha el reflejo rotuliano sólo se necesita una estimulación y para alcanzar el orgasmo hay que seguir alimentando el estímulo de forma similar a ir llenando un depósito, hasta que sobrepasa su capacidad y se derrama el contenido.

El sustrato receptor de la energía nerviosa sexual son los corpúsculos de Krause-Finger, situados en el glande del pene y del clítoris. Por supuesto, sobre él influyen otras zonas genitales y paragenitales que podríamos llamar secundarias, porque por sí solas no pueden desencadenar el orgasmo ya que no tienen poder acumulativo. Pero sí contribuyen poderosamente no sólo a la acumulación nerviosa del sustrato receptor, sino a situarlo en estado de receptividad óptima. El sustrato receptor va cargándose durante todo el periodo de intumescencia, hasta llegar al momento del desencadenamiento orgásmico, en el que se produce una descarga brusca, la cual pone en marcha el mecanismo de todo el circuito.

La descarga del sustrato receptor es recogida por el nervio dorsal del pene o del clítoris. Este nervio se reúne con el nervio pudendo interno que pasa por la fosa isquiorectal, llega a la pelvis y termina en el plexo pudendo, que pasa a la médula por la cuarta raíz sacra.

• Respuesta motora al orgasmo

La respuesta motora del circuito orgásmico consta de dos fases claramente diferenciadas, hasta el punto de que pueden darse la una sin la otra. (por ejemplo, eyaculación sin orgasmo).

• Primera fase

Está determinada por el primer centro efector del circuito orgásmico (L1, L2, L3). Las ramas simpáticas que salen de él producen:

- En el hombre: la contracción del canal deferente, vesículas seminales, próstata y uretra prostática. Eso facilita la progresión del esperma y por eso se ha llamado fase de emisión espermática.
- En la mujer: la contracción del útero y del tercio superior de la vagina.

- Segunda fase

Está determinada por el segundo centro efector del circuito orgásmico (S2, S3, S4). Las ramas que salen del él producen:

- En el hombre: contracción rítmica e intermitente a intervalos de 0,8 segundos de los músculos del periné y bulbocavernoso. Se produce la expulsión del semen en oleadas (fase de expulsión).
- En la mujer: la contracción rítmica, a intervalos de 0,8 segundos de los músculos del periné y del tercio inferior de la vagina.

Con el final de la segunda fase se completa el circuito orgásmico.

- **Fenómenos extragenitales durante el circuito orgásmico**

Durante el circuito orgásmico se produce un acentuamiento general de todos los fenómenos extragenitales que se producen en la intumescencia:

- Un mayor enrojecimiento de la piel, según Masters y Johnson, paralelo a la intensidad de la experiencia orgásmica. Esto es más patente en la mujer que en el hombre.
- La contracción tónica muscular que pasa a ser clónica, con contracciones involuntarias y espasmos de grupos musculares.
- La taquipnea se acentúa pudiendo llegar el ritmo respiratorio a 40 respiraciones por minuto.
- La presión sanguínea se eleva: la sistólica entre 30-80 mm., la diastólica entre 20-40 mmHg.
- La taquicardia aumenta llegando en algunos casos a 180 latidos por minuto.
- El electroencefalograma muestra una respuesta de alto voltaje y baja amplitud en el hemisferio no dominante (el izquierdo para los zurdos y el derecho para los diestros). Resulta discordante la actividad entre ambos hemisferios.

c. Periodo de detumescencia

Una vez que se ha completado el circuito orgásmico, todos los fenómenos genitales y extragenitales que hemos visto recuperan la normalidad más o menos rápidamente, en función de:

- Tiempo que duró la intumescencia.
- Intensidad de la intumescencia.
- Cada individuo.

Cabe destacar en este periodo la reacción perspiratoria (sudoral), que varía en extensión e intensidad según los individuos, así como el periodo refractario posterior, que también es muy variable.

B. La respuesta sexual femenina

Algunos de los cambios físicos en el orgasmo de la mujer son muy similares al del hombre.

- La Fase de Excitación (previo a la activación del deseo) para la mujer comienza con la lubricación vaginal que puede aparecer entre los 10 y 30 segundos después de procesar los estímulos sexuales (esto al igual que en el hombre, dependerá del tipo de estímulo, que haya o no fatiga, etc). Otra característica de esta fase es el aumento del tamaño y longitud de la vagina y el endurecimiento de los pezones. Los pechos se hinchan, los genitales al llenarse de sangre se vuelven de un tono más oscuro. El clítoris sale de su prepucio y se hace más grande (capacidad erectiva). El cuerpo de la mujer se puede oscurecer levemente debido al aumento de la presión sanguínea.
- Durante la Fase de Meseta, estos rasgos se acentúan y el clítoris se esconde bajo el prepucio que lo protege, la vagina sigue segregando más líquido lubricante y el útero se desplaza hacia arriba. La mujer comienza a sentir algunos espasmos, que se localizan por todo el cuerpo, genitales, en un pie o en el vientre. Los labios menores se engrosan y enrojecen.
- Si la estimulación continúa, llega la Fase de Orgasmo. Esta fase, se caracteriza por las contracciones del útero y la vagina, pero para que fisiológicamente se produzca un orgasmo son necesarias las contracciones del músculo pubococcígeo, el músculo que se origina en el pubis y termina en el coxis. Estas contracciones (variables como ocurre en el caso del hombre) se inician a un ritmo de 0,8 segundos para ir decreciendo paulatinamente. El músculo pubococcígeo es el que recibe directamente del cerebro la orden del orgasmo, una vez que se ha estimulado el clítoris, los labios y la abertura vaginal. El cuerpo también sufre modificaciones, se arquea y los músculos se tensan, además de producirse otras transformaciones a nivel cerebral y emocional.
- La Fase de Resolución femenina se caracteriza por el repliegue del útero que retorna a su posición de reposo, lo mismo que la vagina y el útero. Pero una de las grandes diferencias entre la respuesta sexual masculina y la femenina se produce en esta fase; mientras el hombre necesita de más tiempo para volver a tener otro orgasmo, en la mujer no ocurre esto, esto

es, no hay periodo refractario. En este sentido, hablamos de la capacidad multiorgásmica de la mujer. Esto ocurre siempre que la estimulación prosiga y sea adecuada (agradable) para la mujer. Si esto no ocurre, el ciclo terminará en esta fase de resolución. (Fig. 2.13).

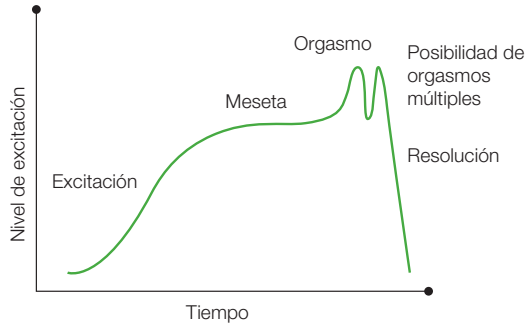


Fig. 2.13. Representación gráfica de la respuesta sexual femenina

C. La respuesta sexual masculina

Cuando el hombre experimenta una excitación sexual, el cerebro envía rápidamente una orden a través de la médula espinal a los genitales, el pene se llena de sangre y se endurece, los testículos suben y el escroto se hace más grueso; esta es la primera etapa de la respuesta sexual masculina y recibe el nombre de Fase de Excitación.

Si se sigue adelante con la estimulación, en cualquiera de sus formas, se llega a la Segunda Fase o Meseta, donde el pene se hincha aún más, los testículos crecen en tamaño y el glande se vuelve de un color azulado. En esta fase también se cierra el esfínter interno de la vejiga, para impedir que el semen vaya hasta ella y evitar que con la eyaculación se produzca también la micción. La Glándula de Cowper segrega un líquido con el objetivo de limpiar la uretra de restos de orina. Este líquido puede tener espermatozoides de eyaculaciones anteriores. Tanto en el hombre como en la mujer, aumenta la tensión muscular, respiración, presión arterial y ritmo cardíaco.

Si la actividad sexual prosigue, los espermatozoides salen de los testículos hasta pasar por las vesículas seminales, donde se unen líquido seminal producido por éstas. Todo lo anterior llegará ahora a la próstata donde se unirá líquido prostático. El paquete eyaculatorio está listo para salir por la uretra. Una vez llegado a este punto, ocurre una sensación de no vuelta atrás y de pérdida de control de los músculos, es la Fase de Orgasmo, los músculos se contraen y los órganos sexuales experimentan

diversas contracciones para que se produzca la eyaculación y el semen brote a través el pene; si la estimulación continúa, el semen se disparará al exterior con contracciones (entre 5 y 8 aproximadamente) a un ritmo de 0,8 segundos.

Cuando ha llegado al clímax se produce la Fase de Resolución, donde el pene pierde su erección, y los testículos y el escroto vuelven a su tamaño natural. En esta fase en el varón ocurre el Periodo de Refracción, consistente en la imposibilidad de tener otro orgasmo en un tiempo determinado, este período varía en cada hombre (lo determinan factores como la edad, estado de salud, etc). (Fig. 2.14).



Fig. 2.14. Esquema de la respuesta sexual masculina

D. Modelos de patrón de respuesta sexual

En su obra “Respuesta Sexual Humana”, Masters y Johnson desarrollan el primer y más importante estudio científico sobre los fenómenos que se observan en el organismo humano, como respuesta al estímulo sexual, y en él, distinguen cuatro etapas sucesivas, tanto en la respuesta sexual masculina como femenina: excitación, meseta, orgasmo y resolución.

Desde entonces, el esquema descriptivo ha sido plenamente aceptado e incorporado al vocabulario sexológico, y también al esquema típico de actividad sexual culturalmente deseado. Representarían los 4 movimientos de una sinfonía clásica. Desde entonces, cualquier fallo o sonido desafinado de uno o varios de estos movimientos se han considerado como una disfunción. Pero este modelo de respuesta sexual no ha sido el único. Antes de la propuesta de Masters y Johnson hubo otras propuestas: Ellis y Kinsey y después Kaplan. (Tabla 2.1). Lo que ocurre es que resulta imposible delimitar la frontera entre la fase de excitación y meseta,

porque en realidad los fenómenos fisiológicos que aparecen durante las dos fases son fundamentalmente los mismos, variando solamente su intensidad. Además, cuando Kaplan habla de una fase de deseo, tropezamos con dos hechos que no permiten esta simplificación. El primero es que también resulta imposible diferenciar y delimitar los fenómenos fisiológicos que ocurren entre la fase de deseo y excitación. El segundo es que erróneamente se utiliza el mismo concepto del deseo, para la excitación.

Los fenómenos que ocurren durante estas fases o periodos del ciclo de la respuesta sexual son fundamentalmente debidos a reacciones vasculares y musculares, regidos ambos por órdenes neurológicas.

Tabla 2.1. Modelos de respuesta sexual

ELLIS (1906)	KINSEY (1953)	MASTER Y JOHNSON (1966)	KAPLAN (1979)
---	---	---	Deseo
Tumescencia	Excitación	Excitación	Excitación
---	---	Meseta	---
---	Orgasmo	Orgasmo	Orgasmo
Detumescencia	Postefectos	Resolución	---

2.5. La sexualidad en la pubertad y en la adolescencia. Desarrollo de la sexualidad. Información y educación sanitaria. Intervenciones en los centros educativos. Atención de la matrona

A. La sexualidad en la pubertad y en la adolescencia

La OMS define la adolescencia como la etapa de la vida en la cual el individuo adquiere la madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y adquiere la dependencia socioeconómica; asimismo, la OMS fija el inicio y el final de la adolescencia entre los 11 y 20 años de edad. A partir del año 1985 se amplía además, la adolescencia hasta la edad de 20 a 24 años, considerados como gente joven o simplemente “juventud”. El término adolescencia implica un proceso, no un estado. No constituye un fenómeno universal que se haya evidenciado en todos los tiempos y en todas las sociedades. El comienzo de la adolescencia tiene un límite claro, que es la pubertad, pero el final depende de variables psicosocioculturales que difieren notablemente de una sociedad a otra.

Entre las características individuales se puede destacar que:

- Se encuentra en un periodo de transición hacia la edad adulta
- Tienen una gran necesidad de autoafirmación
- Tienen gran tendencia a correr riesgos

Según estas características, desde nuestra perspectiva, esto en nuestra cultura significa que no son adultos y tampoco niños, lo que genera gran controversia, no sólo en el trato, sino en las actitudes que hacia ellos se generan, creándose una doble moral en la sociedad, por un lado permisiva y, por otro, restrictiva, con la idea de que los hijos de los demás son los que realizan determinados actos y no lo hijos propios. Permisiva por considerar dentro de la conducta normal, dados los tiempos que corren, conductas que realizan los otros pero que no son bien vistas que las realicen los propios.

También implica la necesidad de reconocimiento de los demás o del grupo de iguales. Por otro lado, ante los mayores necesitan demostrar que son ellos mismos, diferentes a cualquier otro, aunque en el grupo de iguales necesiten identificarse con algunos de sus miembros, entre otras cosas para ser aceptados dentro del grupo.

Por este motivo, para algunos o muchos adolescentes, tiene más valor el criterio de los amigos que el de la propia familia, llegando en algunos casos a formar parte de pandillas delictivas o abandonar su convivencia familiar en pos de otras menos apropiadas.

En gran medida son impetuosos y carecen del sentido del peligro, en algunos casos, incluso podríamos decir que se sienten inmunes. Las cosas pasan, pero a los demás, a ellos no. Por ello, aún teniendo una relación de riesgo con premeditación, están convencidos de que a ellos no les va a pasar. De ahí los mitos de la primera vez no te quedas embarazada o por una vez no pasa nada...

Entre las características socioculturales destaca: la sociedad competitiva, la falta de información/formación, la oferta de servicios no orientada a sus necesidades y la falta de participación. Esto conlleva a generar una serie de actitudes en los adolescentes, como rechazo a todo lo institucional, a los estilos de vida de los adultos, a un consumismo indiscriminado, que los convierte en población de riesgo para determinados problemas de salud, principalmente relacionados con factores sociales, como los hábitos no saludables o el déficit de información y/o educación.

Entre esta última destacamos el déficit de educación sexual de los adolescentes y jóvenes en general, y en particular los de nuestra comunidad. El cambio en la regulación social de la sexualidad y el cambio producido en la conducta sexual y reproductiva de los jóvenes y sus posibles consecuencias, están siendo los factores que más están influyendo en la conceptualización de los adolescentes como un grupo de riesgo por la sociedad, considerando algunas de sus conductas como problema.

Al pensar en mitos sexuales nos encontramos con falsas creencias de determinados grupos sociales que se caracterizan por formar parte de la realidad, son transmitidos de generación en generación, perpetuándose en el tiempo y vivenciándolas como reales a pesar de carecer de fundamento científico, y en algunos casos hasta carentes de lógica. En definitiva, se mantienen a través de la cultura y se transmiten de unos a otros por tradición oral. De entre los grupos sociales de nuestra comunidad, los más vulnerables son los jóvenes adolescentes, por un lado por las características generales de los jóvenes, por otro, el déficit de la educación sexual recibida.

En nuestra cultura nos encontramos con una clara diferenciación respecto de lo que se espera de cada uno de nosotros dependiendo si se es chico o chica. Esta diferenciación es tan clara y tan asumida que a veces ni siquiera se cuestiona, incluso podríamos decir que se potencia, en el hogar, con los amigos, en el barrio, en la escuela, etc. Del mismo modo que se asignan estereotipos en el comportamiento, también se asignan en los roles sexuales, que a su vez están influenciados por la socialización de la propia cultura.

La asignación de estereotipos no sólo afecta al comportamiento social de una persona, sino que desempeña un papel muy importante en la sexualidad, porque son ideas que se transmiten a los hijos en el proceso educativo.

Estas ideas nos hacen pensar y cuestionar acerca de las creencias que respecto a determinados aspectos de la sexualidad humana tienen los jóvenes adolescentes. En nuestra sociedad aún existe mucha ignorancia sexual, por ello todavía circulan muchos mitos y errores en torno a la sexualidad, son falsas creencias como consecuencia, entre otras, de una escasa educación sexual y de una larga herencia de oscurantismo. Los mitos sexuales muestran la escasa, y muchas veces la falsa, información de nuestra sociedad sobre el sexo. La libre información sobre la realidad, y los cambios socioculturales hacen que los mitos sexuales dejen de serlo. Si bien este problema ha ido mejorando con la introducción paulatina de los temas de sexualidad en las escuelas, no se ha generalizado a toda la enseñanza, por lo que el nivel de embarazos no deseados en la adolescencia lo podemos considerar como alto. En los países desarrollados pese a la difusión y accesibilidad de los modernos métodos anticonceptivos, todavía la mayor parte de los embarazos en adolescentes son no deseados. En España se cifra en 32.000 el número de embarazos en un año, en menores de 20 años.

Por otro lado los jóvenes tienen poco acceso a la atención anticonceptiva y a la información/orientación. Eso se debe principalmente a que los centros de planificación familiar se encuentran en los Centros de Atención Primaria, donde a pesar del esfuerzo realizado en la captación de jóvenes, éstos no acuden, básicamente porque pueden ser conocidos por las personas que acuden al centro. En consecuencia, los jóvenes no realizan revisiones periódicas como serían de desear. Al tener relaciones sexuales (coitales, orales, anales) sin la protección de los métodos de barrera, por falta de información, no sólo se están exponiendo a embarazos no deseados, sino al riesgo de infección de VIH y otras ITS. Está claro que las personas infectadas por alguna ITS tienen de 2 a 5 veces más probabilidad de infectarse con VIH que las personas sin ITS. El progresivo aumento del SIDA, entre cuyas víctimas principales se encuentran las mujeres y los jóvenes, sobre todo en los sectores más desfavorecidos de la sociedad, hace necesario la puesta en marcha de programas de intervención para tratar de paliar, en la medida de lo posible, el problema. Así pues, la información correcta y el uso de los métodos anticonceptivos se convierten en el método más eficaz para combatir estos problemas. Tanto el riesgo de embarazo como el de contraer una infección de transmisión sexual se asocia al de la adolescencia y vulnerabilidad, aunque en sentido estricto, estos sean unos riesgos para lo que cualquier persona es vulnerable. Ello es debido a una serie de circunstancias coincidentes con esta etapa del desarrollo, marcada por nuevos comportamientos y relaciones, fragilidad emocional, inseguridad... etc.

El adolescente tiene que afrontar una serie de retos de los que no siempre sale airoso; se debe considerar fundamentalmente los siguientes: lograr una identidad estable, aceptar su sexualidad y adaptarse a su papel sexual adulto, establecer la independencia con respecto a la familia y hacer la elección de la carrera o de su vocación profesional. Para López las necesidades sexuales de los adolescentes son una realidad. Para este autor, la edad de inicio de la vida sexual activa de ambos sexos oscila entre los 16 a 17 años y son las diferencias de maduración entre la edad biológica y la edad psicoemocional las que ocasionan que los adolescentes se expongan a enfermedades transmisibles sexualmente y a embarazos no deseados, debido a que el deseo sexual no va acompañado por la posibilidad de reflexión y toma de conciencia de los riesgos existentes.

Esta son parte de las razones por las que la adolescencia se convierte en un grupo de riesgo en sus prácticas sexuales, y es debido fundamentalmente a la desconexión entre el riesgo de sus conductas y el riesgo que son capaces de percibir, ya que piensan que “nunca le va a suceder a ellos”.

Como la principal fuente de información que tienen los adolescentes es el medio social (medios de comunicación, amigos, la calle) y no los profesionales o los padres, es por lo que los jóvenes adolescentes tienen falsas creencias (mitos) en sexualidad humana, debido al déficit en educación sexual que tienen éstos, ya que los padres deberían ser la primera y principal fuente de información y no la realizan. Por otro lado, observamos que el proyecto “Forma Joven” no se está llevando a cabo en todos los centros educativos, a pesar de haber firmado el convenio, así pues las falsas creencias son las manifestaciones del alumnado de su déficit de conocimientos en materia de educación sexual.

B. Desarrollo de la sexualidad

A partir de los once años, durante la adolescencia se produce un desarrollo físico, psicológico y social importante. Empieza un nuevo cuerpo sexuado, se empieza a sentir cosas, existe un trasfondo hormonal importante, los padres y las madres ya no son los que modelan sino que es el grupo, bastantes radicales en sus estereotipos, especifican su orientación del deseo. Cuando se vivencia con apoyo puede ir bien, cuando no, surgen problemas y en la consciencia del adolescente, muchos conceptos se descolocan.

Los padres empiezan a convertirse en seres odiosos, ahora exigen su intimidad y su libertad; tiene que ver con el desarrollo puberal, el grupo en el que se desarrollen y los apegos, crítica total a los adultos, las pautas eróticas están relativamente controladas.

- Entre los 11 y los 15 años de edad los adolescentes presentan un aumento de los niveles de hormonas sexuales, lo que provoca intensos cambios físicos y psicológicos. Se observa un rápido crecimiento ponderal y estatural, el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y toman conciencia de su propio cuerpo. Las conductas sexuales responden a la maduración cerebral biológica que envían las hormonas reguladoras y empieza todo el proceso, en ocasiones, las diferencias en el crecimiento y desarrollo entre el grupo de iguales puede ocasionar aceptación o rechazo del grupo e incluso diferencias que en su propio cuerpo se producen como un dismorfismo de brazos, piernas, orejas, etc., pueden ocasionar el rechazo a su propio crecimiento.
- Sobre los 16 años de edad el crecimiento se enlentece, se produce el equilibrio hormonal y asumen su imagen corporal. Los caracteres sexuales secundarios son aceptados, la curiosidad por la sexualidad, por regla general les suele llevar a ser satisfecha mediante la masturbación o con conductas estimuladoras con parejas sexuales, las cuales poco a poco van compartiendo experiencias recíprocas.

En esta etapa de la vida también se producen abusos y acosos, el abuso sexual es más frecuente en niños y niñas más pequeños, pero también afectan a la adolescencia. En jóvenes que se observa una baja autoestima o trastornos de conductas sexuales, como promiscuidad y asaltos o violencia sexual, o presenten síntomas depresivos y tendencia al suicidio, debe sospecharse abusos principalmente sexuales. Los profesionales de la salud y de la educación que están en contacto con jóvenes deben estar atentos a estos síntomas.

La identidad sexual se inicia en la niñez, pero para los jóvenes homosexuales asumir su condición y hacerla evidente puede ser muy problemática, pues la sociedad sigue siendo homófoba y encuentran rechazo no sólo en el grupo de iguales, sino a veces, en la propia familia, corriendo el riesgo de padecer depresiones, abuso de drogas o suicidio. En los últimos años y en los países desarrollados, los jóvenes homosexuales reconocen y aceptan su homosexualidad a edades más tempranas y más abiertamente que las generaciones anteriores.

- **Cambios en la adolescencia**

La aparición del vello púbico, tanto en niños como en niñas, es indicativo de transformación en hombres o en mujeres, el crecimiento biológico es más rápido que el emocional, la madurez dependerá del entorno, del apoyo familiar, de la autoimagen y autoconcepto y, sobre todo, del grupo de iguales.

- En la niñas, el primer cambio visible comienza con el crecimiento de las mamas, aproximadamente dos años después aparece la menarquía, el vello púbico inicial, el ensanchamiento de las caderas, la distribución de la grasa que depende de la herencia, la dieta y el ejercicio, también el crecimiento estatural son algunos de los cambios más evidentes, para acabar con el fin del crecimiento del vello púbico y desarrollo final de las mamas.
- En los niños las evidencias son: el vello púbico inicial, el crecimiento de los testículos y el pene, la semenarquia, la aparición de la barba, la voz se hace más grave, el crecimiento estatural, y acabar con el crecimiento del vello púbico.

Los órganos internos también se desarrollan durante la adolescencia, los pulmones aumentan en tamaño y capacidad. El corazón duplica su tamaño y la frecuencia cardiaca disminuye, contribuyendo a aumentar la resistencia física. Estos cambios entre los que se encuentran el aumento de las hormonas, especialmente la del crecimiento, hace que muchos adolescentes duerman por las mañanas y estén despiertos por la noche. Las hormonas ocasionan también cambios en las glándulas sudoríparas, sebáceas y secretoras del olor de la piel, apareciendo el acné, la grasa en el cabello y el olor corporal intenso.

La menarquía y la semenarquia por lo general es un indicador de la madurez sexual y de la fertilidad, aunque en el caso de las niñas varía de unos meses a un año el hacerse núbil. Las características sexuales primarias son aquellas partes del cuerpo que están implicadas de manera directa en la reproducción y que en esta etapa se agrandan. En las niñas, los ovarios y el útero comienzan a crecer y el revestimiento de la vagina se hace más grueso. En los niños, los testículos comienzan a crecer y alrededor de un año después, el pene se alarga y el escroto se agranda y se hace pendulado.

Con la maduración de los órganos reproductores o características sexuales primarias, se producen los cambios en las características sexuales secundarias que no están relacionadas directamente con la reproducción, pero que indican madurez sexual, como la barba en el hombre o las mamas en la mujer.

Las hormonas causan directa o indirectamente estados de ánimo y emociones que cambian más rápido que en la infancia o en la adultez, pero sobre todo la influencia del contexto social es determinante. La actividad sexual en la adolescencia es hoy muy distinta a la de hace unos años, las hormonas siguen influyendo de la misma manera pero el contexto social es diferente, siendo ahora los adultos más permisivos en las actividades sexuales de la misma.

C. Información y educación sanitaria

En la sociedad se suele confundir el significado de sexualidad, y a menudo se reduce a genitalidad. La genitalidad solamente es una parte de la sexualidad, aunque sigue siendo importante. Si comparásemos la sexualidad con la visita a un país, la genitalidad sería como conocer exclusivamente la capital de ese país, el resto de las ciudades no las conoceríamos, por lo que podríamos decir que no conocemos ese país; del mismo modo al centrar la sexualidad exclusivamente en la genitalidad tampoco la conoceríamos, y estaríamos perdiendo el resto de las posibilidades que ofrece la sexualidad. Limitando el concepto sexualidad a la copulación e inseminación no es de extrañar la negativa de algunos padres a que sus hijos reciban educación sexual en la escuela.

Al hablar de relaciones sexuales, se crea una asociación de forma inconsciente al hecho de que tenga que haber penetración, ya que el coito es el método que normalmente se usa para la reproducción. En educación sexual se debe enseñar la sexualidad de una forma más extensa, ya que la penetración es sólo una pequeña parte de ésta, como por ejemplo el petting, esto es un intercambio de caricias, placer, afecto... pero sin penetración. En este tipo de relaciones se puede disfrutar de la sexualidad pero sin riesgo de embarazo.

Por ello, debemos realzar la importancia de que las relaciones afectivo sexuales sean lo más placenteras posibles y a su vez seguras, ya que esto evita un miedo y una incertidumbre posterior innecesarios. Si entendemos la sexualidad como un intercambio de sensaciones, de sentimientos, de caricias... podemos transmitir ese afecto de muchas formas, ya sea con o sin penetración, y considerar la relación sexual tan completa como si hubiera habido penetración ya que ésta es una parte pero no un todo.

Se debe tener presente que la sexualidad humana junto a la innegable base natural se inserta y se define en el campo más cambiante y difuso de la cultura. Esa es una condición que se da en los humanos y en algunos pocos primates. Somos seres culturales por excelencia, y la cultura es algo que se da y se define en la sociedad, y los individuos asumen en mayor medida en su proceso de socialización. El individuo se define y posiciona frente a la cultura, al menos en parte.

Esto es especialmente importante en la adolescencia, ya que a veces, admitimos valores como verdades y costumbres como realidades inamovibles, las cuales ni siquiera nos planteamos que puedan ser de otra forma.

- Educación sexual

La sexualidad forma parte de nuestro ser e impregna nuestras vidas y nuestra relación con el entorno desde nuestro nacimiento hasta nuestra muerte. La sexualidad es inherente al ser humano y abarca la totalidad de la persona biológica, psicológica, social y emocional. Es mucho más que genitalidad, con lo que a veces se suele identificar equivocadamente. Se traduce en nuestro cuerpo y en nuestras acciones, nos identifica de forma única e irrepetible y nos relaciona con las demás personas de nuestro entorno social y cultural. Nos hace sentirnos como hombres o como mujeres y comportarnos de acuerdo a este rol.

Hoy en día nadie duda de la importancia de la sexualidad, y de la educación sexual en la vida de las personas. Es un pilar básico en las relaciones de pareja y en la creación de la familia, base de la sociedad actual, en la que las relaciones de género tienen gran importancia dados los cambios sociales actuales, tales como la incorporación de la mujer al mundo laboral y al espacio público, y a la del hombre al mundo doméstico y al espacio privado que hasta estos cambios habían sido asumidos por la mujer.

Los responsables de la educación sexual somos todos, y mayormente los padres, profesores y personal sanitario, pero las políticas sanitarias y educativas y sus respectivos responsables tienen aún mayor responsabilidad.

Se ha comprobado que si los padres, profesores y el entorno en general hablan de forma más abierta sobre sexualidad a niños y jóvenes, existe menor incidencia de embarazos no deseados y retraso en la edad de inicio de relaciones sexuales, y en el caso de inicio de relaciones coitales utilizan protección.

También influye mucho la forma de realizar educación sexual. Si a las personas en periodo escolar no se les da la información adecuada, ellos pueden buscarla en otras fuentes, y al final obtener una información errónea que puede ser desastrosa para que ellos vivan su sexualidad.

Si consideramos la sexualidad como una parte fundamental del ser humano, dotar a éste de las habilidades, recursos, información y formación para promover el desarrollo y la expresión de una sexualidad libre, completa, igualitaria, responsable, etc., se convierte en una tarea fundamental de la Educación para la Salud. En la concepción biopsicosocial de la salud del individuo, el desarrollo de la educación sexual va a ayudar al abordaje integral de la salud.

La salud sexual se refiere al estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la actividad sexual. La Educación para la Salud y las actividades de promoción de la salud no pretenden sino ayudar al individuo, proporcionándole recursos para alcanzar ese bienestar completo, que sólo será completo si se le considera desde esa perspectiva biopsicosocial, aceptando e integrando su bienestar sexual. El

individuo aprenderá desde sus propias vivencias y experiencias, modificando sus modelos cognitivos con la nueva información aportada y con las nuevas vivencias.

Conocimientos básicos de la sexualidad humana; conciencia de actitudes personales hacia uno mismo y hacia otras personas, incluyendo una actitud respetuosa hacia personas con diferentes orientaciones sexuales y diferentes prácticas sexuales; habilidades básicas para identificar y si es necesario actuar profesionalmente con los problemas de salud sexual.

La educación sexual es un proceso de enseñanza-aprendizaje continuo y debe ser considerada desde el nacimiento y a lo largo de la vida, e ir adaptando y aprendiendo según los diferentes estadios del ciclo vital o distintas situaciones de salud-enfermedad. La finalidad de la educación sexual, debe ser la integración y la maduración de la sexualidad del niño y del adolescente.

La maduración sexual requiere orientación. En el proceso de maduración tiene que surgir de la propia persona y su aprendizaje individual. Se debe tener en cuenta a la persona en su totalidad y no limitarse sólo al componente sexual de ésta.

D. Educación sexual en los centros educativos

Hoy en día todo el mundo cree necesaria la educación sexual de los adolescentes en los centros educativos, en el marco de la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo, los Reales Decretos que han establecido los currículos de las distintas etapas educativas, definen unas enseñanzas que deben estar presentes a través de las diferentes áreas, estos son los temas transversales. Se trata de educación moral y cívica, la educación para la paz, para la salud, para la igualdad de oportunidades entre los sexos, la educación ambiental, la educación sexual, la educación del consumidor y la educación vial. Todos estos aspectos deben estar presentes en la práctica docente.

Los temas transversales y en este caso la educación sexual son necesarios para el desarrollo personal e integral del alumnado, y constituyen una responsabilidad de toda la comunidad.

El hecho de que la Educación para la Salud sea una materia transversal en la que se incluye la educación sexual, hace que en algunos centros educativos no sea tratada de forma sistemática y sistematizada. Todavía hay controversias sobre quién debe realizar la educación sexual, cómo realizarla y porqué. En muchas ocasiones esta educación sexual no se incluye, y además parece seguir siendo un tema tabú.

- **Los programas de educación sexual en los centros educativos**

Según la Organización Mundial de la Salud, en lo referente a programas de educación sexual de niños y adolescentes, aconseja que:

- Los programas de educación sexual deberían iniciarse tempranamente, ser específicos para cada edad, y constituir una actividad continua de promoción de la salud durante los años escolares. Deberían empezar en la familia, con los niños en edad preescolar, y estar en conexión con la escuela.
- Durante los primeros años escolares la enseñanza debería centrarse en todos los aspectos del desarrollo sexual normal, biológico y psicológico, incluyendo las variaciones normales.
- Hacia los trece años de edad, los niños deberían haber recibido toda la información necesaria sobre sexualidad y la contracepción, a fin de evitar angustias innecesarias y embarazos no deseados durante los años de pubertad.
- Durante los años de pubertad, el programa debería incluir información acerca de las variantes sexuales como la homosexualidad y las infecciones de transmisión sexual, sus síntomas, sus consecuencias y su prevención, debiéndose hacer especial hincapié en la preparación para la vida compartida, la vida familiar y la paternidad.
- El contenido específico del programa se debería determinar localmente a la vista de las circunstancias locales, las costumbres, etc., y debería estar aprobado y respaldado por la comunidad.

Desde el punto de vista de los contenidos predominantes en los programas de educación sexual, Félix López lo clasifica como modelos en el año 2005. Son los siguientes:

- Modelo de riesgos, desde el que sólo se interviene para prevenir los riesgos relacionados con la salud como el embarazo no deseado o el SIDA entre los más importantes.
- Modelo Moral o de la abstinencia, que se propone transmitir la moral sexual de la iglesia y ayudar a los adolescentes a decir no, a mantenerse castos hasta el matrimonio.
- Modelo Revolucionario, que pretende cambiar la sociedad y la vida sexual de las personas defendiendo la conveniencia de tener actividad sexual placentera.
- Modelo Biográfico y Profesional, que considera que puede haber biografías sexuales compatibles con la salud, acepta el derecho de las personas a organizarse la vida sexual de formas diferentes, ayudándolas a que éstas sean compatibles con la salud, entendida como bienestar personal y social.

La información depende de quien la de, cómo la demos y que fin busquemos.

Los políticos controlan los medios de comunicación. Hay que dar calidad a la información, las herramientas como internet es lo que realmente socializa a nuestros chicos y chicas.

Existe una mentalidad hipócrita, con poca información en los colegios que se nota en la calle, cada vez se demanda la píldora del día después con más frecuencia, en cambio no se hacen programas de planificación familiar en jóvenes, las escuelas son sexudas y no se da una educación sexual adecuada a los nuevos cambios sociales, la sexualidad no ha avanzado tanto en nuestra sociedad, seguimos siendo una sociedad retrógrada. Por otro lado, las religiones de nuestro entorno expresan argumentos de anticoncepción, preservativo, etc., que nada tiene que ver con la realidad. Las violaciones justificadas o la promiscuidad más permitida en el hombre que en la mujer, son algunas de las creencias fundamentalistas y machistas.

E. Atención de la matrona

La matrona tiene un papel fundamental en la educación sexual en la pubertad y adolescencia.

Desde atención primaria, a través del programa Forma Joven, la matrona tiene la posibilidad de entrar en contacto con la población juvenil. Esta toma de contacto se hace bien mediante la consulta en el centro de salud o implantando programas de educación afectivo sexual en los colegios que pertenecen al distrito de dicho centro.

La verdad es que son pocos los jóvenes que se atreven a visitar estas consultas, pues quizás tengan el temor de ser reconocido por otras personas de su entorno que son usuarias del Centro.

Se debe de tratar al adolescente de una forma integral, como ser biopsicosocial y no solamente centrarse en el aspecto sexual. De este modo se consigue la salud sexual, no solamente vista como ausencia de enfermedad sino como grado de bienestar. A los adolescentes hay que hablarles y formarles para que puedan tener una sexualidad libre y placentera, pero a la vez sin riesgos, siendo lo más importante a estas edades los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual. Por estos motivos, se debe hacer hincapié en la planificación familiar. No se debe de transmitir la sexualidad como algo peligroso sino todo lo contrario algo placentero siempre y cuando se haga de forma segura.

Además, tenemos que dar educación sexual adaptándonos a los nuevos cambios sociales. A los adolescentes se les deben cambiar los esquemas cognitivos para que aprendan a ser tolerantes y respetar la sexualidad de las demás personas, incluyendo las distintas orientaciones sexuales del deseo.

La matrona tiene la formación y las competencias profesionales necesarias para poder afrontar la educación sexual a los jóvenes.

2.6. La sexualidad en la etapa adulta. Actitudes sexuales y ajuste de las relaciones. Información y educación sanitaria. Atención de la matrona

A. La sexualidad en la etapa adulta

a. Introducción

La adultez es el periodo más largo del ciclo, vital sin embargo es difícil establecer con exactitud cuál es su comienzo y su final.

Etimológicamente la palabra adulto proviene del latín “adultum” participio pasado del verbo latino “adolescere” que significa crecer, por lo tanto, significa que ha terminado de crecer. La adultez es el periodo situado entre la adolescencia y la vejez, es el periodo más largo de la vida humana.

Cronológicamente la adultez se comprende entre los 20 y los 60 años, sus límites varían según la cultura, el contexto social y los propios individuos. Según la UNESCO, se considera adulto a la persona que tiene todas las funciones somáticas y psíquicas correspondientes a su especie. Señalar que su inicio puede resultar complicado e impreciso, dado que las características propias que definen esta etapa son múltiples y pueden no presentarse al mismo tiempo.

Jurídicamente el adulto es aquella persona que posee la mayoría de edad, vive bajo su propia responsabilidad y no bajo la tutela de otros. En los países occidentales, además, se le atribuye el hecho de desempeñar un trabajo retribuido, la elección de pareja y la paternidad.

Sociológicamente, es la persona que está integrada en el medio social y, por tanto, ocupa un puesto reconocido, con tal reconocimiento de sus derechos, libertades y responsabilidades.

Psicológicamente el concepto de adulto es más complejo, se usa como sinónimo de madurez de la personalidad, posee plenitud de juicio, seriedad y dominio de sí mismo.

En el campo de la investigación, respecto al estudio de las etapas del ciclo vital, existe un mayor interés en la adolescencia y la vejez. Sin embargo, en la adultez, al ser un periodo tan largo, también se producen cambios y procesos evolutivos muy importantes y que merecen ser investigados.

Por lo tanto, si hablamos de sexualidad, también se van a producir numerosos cambios en esta etapa de la vida.

Existen diversas teorías que tratan de explicar los cambios que se producen durante la edad adulta. Huberman con la Teoría motivacional; Levisón, Gould y Vaillant con un Modelo empírico y, por último, los modelos o teorías clínicas de Havighurts, Erikson y Maslow.

Por el tema que nos interesa, el desarrollo de la sexualidad, nos centraremos en describir el modelo de Erikson.

b. Modelo clínico de Erikson

Erikson (1985) es considerado como el iniciador de los estudios de la evolución adulta en la década de los 50.

Distingue 8 etapas psicosociales o psicosexuales a lo largo del ciclo vital. Su teoría defiende que sobre las etapas del ciclo vital se fundamenta la epigénesis, que significa que para que comience un nuevo proceso evolutivo el anterior debe haberse resuelto. El desarrollo del adulto está subordinado a la forma en que haya resuelto los problemas de los periodos anteriores: dilemas de confianza y autonomía, de iniciativa y laboriosidad.

Cada etapa lleva asociada una crisis o momento clave en la vida de la persona que deberá afrontar y resolver. Si no supera la crisis, la arrastrará a la siguiente etapa.

Determina una “joven edad adulta” delimitada entre los 18 y 30 años. La define como la antítesis crítica de intimidad versus aislamiento. Es una etapa donde el adulto debe procurar establecer unas buenas relaciones con los demás, y sobre todo con el sexo opuesto.

La “edad adulta intermedia” la comprende entre los 30 y 60 años, viene determinada por la generatividad versus estancamiento. Es el momento de mayor plenitud y madurez del adulto, en el que debe lograr una situación estable laboralmente, criar y ayudar a que los hijos se conviertan en adultos, un buen estatus social y formar parte de los asuntos de la comunidad.

Por tanto, la teoría de Erikson ofrece directrices para resolver cuestiones que pueden presentar se una y otra vez en la vida.

c. La sexualidad en los adultos

La edad influye en nuestra sexualidad de manera muy importante, de modo que la repuesta sexual también varía dependiendo del momento cronológico de la vida donde nos encontremos.

En las modificaciones que se producen en la sexualidad a consecuencia de la edad participan factores tanto psicológicos como físicos. Los cambios biológicos son universales, sin embargo, los resultados van a ser muy diferentes de una persona a otra.

La edad también va a influir de una manera diferente en la sexualidad de hombres y mujeres. Parece ser, según Kinsey y Masters y Johnson que los hombres poseen una mayor capacidad sexual entre los 17 o 18 años y a partir de entonces va disminuyendo. Sin embargo, en las mujeres se alcanza el máximo apogeo sexual entre el final de los 30 años y principio de los 40 años, desde ahí va en decrecimiento.

- Respuesta sexual en el varón adulto

Los hombres, como se ha mencionado anteriormente, alcanzan su máxima capacidad sexual alrededor de los 18 años. La sexualidad en hombres jóvenes se caracteriza por una fuerte necesidad de liberación orgásmica, frecuentes fantasías sexuales y sueños eróticos, dedicación de mucha energía en buscar compañeros sexuales y por recurrir frecuentemente a la masturbación para satisfacer sus necesidades sexuales.

La respuesta sexual se encuentra en su máximo apogeo, el deseo sexual es muy intenso.

La excitación es casi instantánea con el mínimo estímulo sexual, físico o psíquico.

La frecuencia del orgasmo alcanza su máximo, según datos de Kinsey, de 4 a 8 diarios. Además, el orgasmo se alcanza muy rápidamente, el periodo de meseta es muy rápido, es muy intenso, se ve acompañado de la contracción de la uretra y de los músculos estriados perianales trasversos y bulbocavernoso. Antes de que suceda se experimenta una sensación de eyaculación inminente, ésta es muy vigorosa.

La destumescencia es bastante lenta, incluso la erección puede mantenerse alrededor de 30 minutos. El periodo refractario se caracteriza por ser muy corto, puede durar desde segundos a un minuto tras la primera eyaculación.

Alrededor de los 30 años siguen interesados en el sexo pero no necesitan tantos orgasmos para estar satisfechos, y tienen menos pensamientos y fantasías sexuales. También alcanzan la erección con rapidez pero el periodo refractario se alarga y el impulso eyaculatorio no es tan rápido.

Cuando se superan los 40 años la calidad del placer sexual cambia y se necesita experimentar sensaciones más sensuales, difusas y generalizadas, no tan genitales como en el joven.

Entre los 50 y 60 años se sienten satisfechos con 1 o 2 orgasmos semanales, y el periodo refractario se alarga significativamente; algunos pueden necesitar entre 12 y 24 horas para poder tener una nueva erección. Además, disminuye el potencial eréctil y se necesita una mayor estimulación erótica para alcanzar la tumescencia necesaria para poder realizar la penetración. La fuerza y el chorro eyaculatorio también son más débiles.

- Respuesta sexual en la mujer adulta

En las mujeres los cambios físicos de la edad suelen afectar en menor medida que a los hombres. En ellas, el aprendizaje y los cambios psicológicos que ocurren en su vida van a tener una mayor repercusión en la vivencia de la sexualidad y sobre la respuesta sexual.

Alrededor de los veinte años la frecuencia sexual puede alcanzar su máximo.

La satisfacción sexual suele ir aumentando a medida que se tienen más experiencias sexuales. Esto puede ser debido a que el descubrimiento del placer sexual puede ser más tardío, ya que la masturbación no es tan frecuente durante la adolescencia en las mujeres como en los hombres, por lo que muchas van descubriendo su sexualidad a medida que van teniendo encuentros sexuales, las primeras relaciones no suelen ser satisfactorias y rara vez se alcanza el orgasmo.

Según Kinsey, entre los 30 y los 40 años es cuando existe un mayor apogeo de la sexualidad en la mujer. La mujer joven suele excitarse de forma rápida ante estímulos eróticos, la lubricación es inmediata. Además, los orgasmos se caracterizan por ser muy intensos y múltiples. La capacidad sexual, a diferencia de los hombres, se suele mantener intacta hasta el climaterio.

La respuesta sexual se verá afectada con la llegada del climaterio a partir de los 45-55 años, el cuerpo de la mujer comienza a sufrir cambios por la disminución de los niveles de las hormonas sexuales, progestágenos y estrógenos. Además de estas modificaciones físicas se producen cambios psicosociales, y conjuntamente pueden dificultar la respuesta sexual y producir disfunciones sexuales si no se gestionan adecuadamente.

- Erotismo y sexualidad en la edad adulta

La mayoría de las personas adultas ya han tenido experiencias eróticas ya sea en soledad o en compañía, y cuentan con una serie de ventajas que, junto a la plenitud física y mental, va a favorecer que se puedan conseguir relaciones sexuales satisfactorias y saludables.

El adulto joven tiene un mayor conocimiento de su cuerpo y sabe cómo conseguir a través de él sensaciones placenteras. Viven sin prejuicios la respuesta sexual y pueden hablar de ello sin conflictos. Cuentan con una mayor capacidad de intimar, tienen más independencia que en otras etapas. Además, logran hacer acuerdos y explicar sus deseos, saben pedirle a su pareja aquello que más les gusta así como negarse a realizar las actividades que no son deseadas. En definitiva, consideran el encuentro erótico como un momento de crecimiento personal.

A pesar de que es el momento más propicio para vivir plenamente la sexualidad, también se pueden presentar disfunciones sexuales, es decir, problemas relacionados con la respuesta sexual. Estos problemas en los primeros años de la adultez están más relacionados con factores psicológicos y de aprendizaje que con problemas orgánicos derivados de patologías. A medida que aumenta la edad, la posibilidad de encontrar factores físicos aumenta.

Por otro lado, durante la adultez se pueden producir modificaciones en la vida sexual de la pareja, debido a acontecimientos vitales como el nacimiento y la crianza de los hijos. El nacimiento de un hijo impone nuevos roles y responsabilidades al padre y a la madre. La pareja necesita reservar un poco de tiempo para estrechar su relación y cultivar otros intereses. Después del nacimiento de un hijo, en muchas parejas surgen problemas sexuales, disminuyen la comunicación y los intereses comunes, y aumentan los conflictos. Las relaciones sexuales pueden disminuir significativamente por falta de intimidad, cansancio o por los conflictos de pareja que puedan suceder ante problemas familiares. Es necesario recordar a las parejas con hijos o futuros padres que deben intentar crear un espacio íntimo y, si es necesario, planificar de antemano las relaciones sexuales y fomentar la comunicación, de forma que la relación continúe y se fortalezca.

En la vida media, entre los 40 y 65 años, podemos encontrar dos maneras diferentes de vivir la sexualidad. Por un lado, para algunos podría estar ausente o ser rutinaria debido a la dedicación al cuidado de los hijos; sin

embargo, otros viven su sexualidad de una forma más intensa dedicada más al cuidado de la pareja que a la satisfacción propia. Las personas tienen una situación económica y laboral más estable, además cuentan con mayor experiencia.

B. Actitudes sexuales y ajustes de las relaciones

En el año 2003 se realizó una encuesta sobre salud y hábitos sexuales a la población española por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en colaboración con la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida; esta encuesta proporcionó información sobre la frecuencia de conductas sexuales relacionadas con riesgo de infección por VIH, las medidas de prevención adoptadas, las opiniones y las actitudes ante la infección por VIH/Sida, los mecanismos de transmisión y los medios para prevenirla.

En este estudio se han podido observar algunos datos sobre las actitudes sexuales de la población adulta del territorio español:

- El 94,6 % de los hombres y el 93,4 % de las mujeres de 18 a 49 años ha tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida. El 1,1 % de los hombres y un 0,2 % de las mujeres han tenido relaciones sexuales exclusivamente homosexuales, frente a un 2,8 % y 2,5 %, respectivamente, que han tenido relaciones bisexuales.
- De las personas que han tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida, el 89,4 % también las ha tenido en el último año.
- La población española de 18 a 49 años ha tenido su primera relación sexual a una edad media de 18,6 años, aunque los hombres las inician un año antes (18,1 años) que las mujeres (19,1 años).
- Mientras que sólo uno de cada cuatro hombres (23 %) refiere una única pareja en la vida, la monogamia es la opción señalada por más de la mitad de las mujeres (51,9 %). Esta desigual conducta entre hombres y mujeres se mantiene en todos los grupos de edad, aunque es más notable en el grupo de 40 a 49 años. El 20,4 % de los hombres ha tenido diez o más parejas frente a sólo el 3,8 % de las mujeres.
- La mayoría de los hombres (63,5 %) y de las mujeres (75,3 %) han tenido una sola pareja sexual.

La presencia o la búsqueda del amor y de la unión comprometida en pareja es un elemento que suele ser común de las mujeres y hombres adultos.

a. Concepto y teorías sobre el amor romántico

El amor es un “conjunto de pensamientos, sentimientos, motivaciones, reacciones fisiológicas, acciones (incluida la comunicación no verbal) y declaraciones (conducta verbal) que engloba el fenómeno amoroso que ocurre en las relaciones interpersonales, íntimas y sexuales” (Yela, 2000). Es una de las más intensas y deseables de las emociones humanas (Sternberg, 1988).

Desde el punto de vista evolutivo, el amor es el resultado de los impulsos sexuales básicos y los vínculos afectivos primarios, combinados (y, por tanto, modificados) con la cultura a la que ha dado lugar nuestra compleja evolución cerebral. Por lo tanto, el concepto y las manifestaciones en torno al amor van a verse modificados dependiendo de momento histórico y la cultura donde nos encontremos (Fig. 2.15).



Fig. 2.15. El amor en la cultura occidental

Según Sternberg, el amor puede ser concebido como un conjunto de sentimientos, pensamientos y deseos que, al ser experimentados simultáneamente, dan como resultado la compleja experiencia que llamamos amor. Un conjunto de factores primarios con lazos superpuestos y que pueden actuar de manera unitaria. Por todo ello, y a fin de poder medir y evaluar el amor de las parejas de forma científica, Sternberg propone la Teoría Triangular del Amor.

Según la teoría triangular del amor, éste estaría formado por tres componentes fundamentales: la intimidad, la pasión y el compromiso; cada uno de los cuales formará parte de uno de los vértices del triángulo de forma arbitraria (Fig. 2.16).

- **Intimidad**
 Aquellos sentimientos dentro de una relación que promueven el acercamiento, el vínculo y la conexión. Es igual a amistad. Está basada en la comunicación, el respeto, el deseo de bienestar para el otro, el entendimiento mutuo y el apoyo emocional.
 La intimidad suele ser mayor a medida que el tiempo de relación aumenta.
- **Pasión**
 Intenso deseo de unión con el otro. La pasión suele ser muy fuerte los primeros años de la relación, con el tiempo disminuye.
- **Decisión-compromiso**
 Es la decisión de amar y de mantener ese amor. El matrimonio representa una legalización del compromiso por una decisión de amar al otro de por vida.

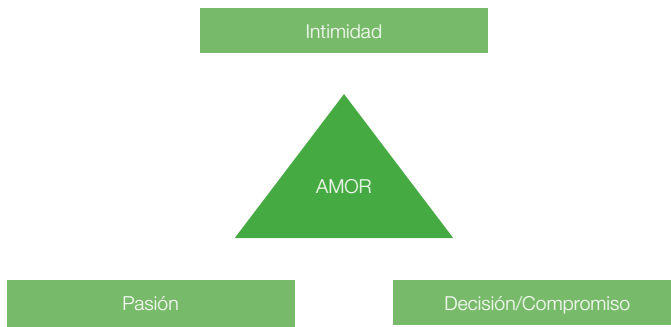


Fig. 2.16. Teoría triangular del amor de Sternberg (1989)

Cada uno de estos elementos puede influir sobre los demás, la intimidad suele ser despertada por la pasión y viceversa.

De la decisión de amar suele derivar el compromiso, y cuando existe un problema en la relación lo que mantiene a la pareja es la decisión-compromiso, no la pasión ni la intimidad.

Según lo anterior, el amor puede comenzar como una decisión, aunque lo más frecuente en la formación de una pareja sea la atracción física.

A partir de la combinación de estos 3 componentes se pueden dar varios tipos de amor:

- Cariño: sólo intimidad (amistades).
- Amor insensato: sólo pasión (amor a primera vista).
- Amor vacío: decisión y compromiso. Aunque en nuestra sociedad consideramos al amor vacío como el estadio final o semifinal de una relación de larga duración, en otras sociedades el amor vacío puede ser el primer estadio de una relación de larga duración. Puede llenarse de pasión e intimidad con el tiempo.
- Amor romántico: intimidad y pasión; existe una atracción física y emocional. Es el amor romántico de las obras clásicas de la literatura como Romeo y Julieta.
- Amor y compañerismo: intimidad y compromiso. Son relaciones de larga duración en las que la pasión ha desaparecido.
- Amor vano: pasión y compromiso. Es el tipo de amor asociado a romances relámpago, la pareja se conoce y al poco tiempo se compromete y se casa; no son relaciones duraderas.
- Amor consumado: es el amor ideal; intimidad, pasión y compromiso en igual proporción.
- No amor: Ningún componente, serían interacciones casuales.

Esta es la teoría más adecuada para medir el constructo general del amor, y puede ser aplicada a cualquier cultura, independientemente de la época y el lugar.

El amor no solamente implica un triángulo, sino más bien, un gran número de triángulos, de los cuales sólo algunos tienen un interés teórico y práctico. Los triángulos principales son los reales versus, los ideales, los autopercebidos versus, los percibidos por los demás, y los sentimientos versus, las acciones.

Sternberg aplica la teoría triangular del amor en diagnóstico y terapia, para ello desarrolló una escala para medir cada uno de los tres componentes “la escala triangular de amor”, que permite que se adquiera una noción más completa sobre el lugar que ocupa cada parte de la pareja dentro de la relación amorosa.

Más adelante, Yela (1995, 1996, 1997) propone otra teoría sobre el amor basándose en la teoría de Sternberg, en la que divide la pasión en pasión romántica y pasión erótica. La pasión romántica se atribuye a los deseos y necesidades amorosas de carácter psicológico, como la idealización del ser amado; la pasión erótica se refiere a los deseos de carácter fisiológico hacia el otro o atracción sexual.

b. Apego y sexualidad en la etapa adulta

Desde la teoría del apego se argumenta que en la relación con las figuras de apego se adquiere un grado de confianza-desconfianza básico que mediatiza todas las relaciones sociales y, en especial, las íntimas, como en la amistad y el enamoramiento.

Según Hazan y Shaver, las relaciones amorosas entre dos personas son el resultado de las relaciones de apego entre adultos. Sostienen que los estilos de apego que se adquieren en la infancia son los mismos que se ponen de manifiesto en el amor de pareja adulto. Existen tres tipos de apego principales: seguro, evitativo y ansioso-ambivalente (Tabla 2.2), condicionan la manera de pensar, sentir y actuar de las personas en sus relaciones amorosas. Aproximadamente un 55 % de los adultos manifiestan un apego seguro, un 25 % evitativo y el otro 25 % ansioso-ambivalentes, en igual medida en hombres que en mujeres.

Tabla. 2.2. Estilos de apego

Seguro: me es relativamente fácil estar unido íntimamente a algunas personas; me encuentro bien dependiendo de ellas y haciendo que ellas dependan de mí; no suelo estar preocupado por el miedo a que los demás me abandonen; ni preocupado porque alguien esté demasiado unido a mí.

Evitativo: estoy algo incómodo en las relaciones íntimas con los demás, encuentro que es difícil confiar en ellos plenamente; me resulta difícil permitirme a mí mismo depender de ellos; estoy nervioso cuando alguien intima demasiado conmigo, con frecuencia mi pareja desea que yo intime más con él de lo que me resulta cómodo a mí.

Ansioso-ambivalente: encuentro que los otros son reacios a unirse a mí tanto como yo quisiera; frecuentemente estoy preocupado porque temo que mi pareja no me ame realmente o no desee estar conmigo; deseo unirme completamente a otra persona y este deseo parece ahuyentar a la gente lejos de mí.

Así, los adultos con un apego seguro viven sus relaciones afectivas experimentando emociones positivas de alegría, confían en el otro... son parejas duraderas y con capacidad de resolución de conflictos. Los que tienen un apego ansioso-ambivalente poseen una preocupación obsesiva por el abandono, tienden a la desconfianza y a los celos. Por último, los individuos con un estilo de apego evitativo se caracterizan por el rechazo a la intimidad y por la falta de confianza en su pareja, y experimentan frecuentes cambios emocionales; dudan de la existencia o estabilidad del amor y se ven autosuficientes emocionalmente.

C. Información sanitaria. Atención de la matrona

El desarrollo sexual es un proceso que se integra a lo largo de las diversas experiencias y circunstancias de la vida, en cada persona puede suceder de manera diferente.

Es importante entender que los modelos del desarrollo sexual humano son aproximados, por lo que pueden coincidir o variar respecto a las experiencias de cada uno. Es necesario conservar un criterio amplio y flexible ante aquellos sujetos que no se ajusten a la tendencia.

La matrona es un agente de salud que es de suma importancia para prestar asesoramiento y educación sexual durante cualquier etapa de la vida. A pesar de ello, es la población adulta (mujer, mujer/pareja) la que se atiende con mayor frecuencia en las consultas de las matronas, siempre relacionadas con la salud sexual y reproductiva (fertilidad, salud perinatal, anticoncepción, enfermedades de transmisión sexual, prevención de cáncer de cérvix...); para ello se favorece un clima de confianza en el que la mujer/pareja se sienten seguros para poder expresarse libremente acerca de su sexualidad.

Las matronas deben estar formadas y capacitadas para resolver las dudas respecto a la sexualidad de la población adulta, así como prestar consejo sobre problemas sexuales específicos; por ello son una de las puertas de entrada más importantes para su captación, asesoramiento y derivación cuando sea necesaria.

Asimismo, se pueden prevenir algunos problemas en la sexualidad de las parejas informándoles sobre los cambios sexuales relacionados específicamente con esta etapa de la vida, y que no son iguales en los hombres que en las mujeres; las diferencias pueden ser generadoras de conflictos. Siendo estos cambios consecuencia del ciclo vital, y no de la calidad del amor o de la capacidad de seducción de cada uno o de la pareja.

2.7. La sexualidad en el embarazo y el puerperio. Factores que influyen en la respuesta sexual. Conducta sexual. Información y educación sanitaria. Atención de la matrona

A. Sexualidad en el embarazo y puerperio

Una de las etapas más importantes de la vida de una mujer serán el embarazo y la etapa posterior, el puerperio. Durante ambas se producen una serie de cambios que repercutirán en su vida y por lo tanto en su sexualidad.

Tanto el embarazo como el puerperio son etapas en la que aparecen conflictos personales y de pareja, porque emergen sentimientos y emociones nuevas tras la espera y llegada de un nuevo miembro a la familia.

Durante las últimas décadas, la investigación sobre diferentes aspectos de la sexualidad de la mujer se ha centrado principalmente en algunos comportamientos sexuales específicos (como la actividad coital) o los cambios durante la respuesta, prestando menos atención a los aspectos cognitivos y las experiencias subjetivas relacionadas con la propia actividad sexual.

La satisfacción sexual constituye un componente subjetivo y psicológico fundamental en la experiencia sexual de la mujer, cuya naturaleza y relación con otros aspectos ha sido muy poco estudiada.

a. Cambios durante el embarazo y el puerperio

La sexualidad constituye una función básica del ser humano que implica factores fisiológicos, emocionales y cognitivos, y que guarda una estrecha relación con el estado de salud y con la calidad de vida del individuo.

Numerosos son los estudios y trabajos que investigan y describen los cambios físicos del embarazo y puerperio, y que afectan en mayor o menor medida a la mujer. Por ello, hemos considerado necesario hacer alusión a algunos de ellos para poder comprender como éstos repercuten en su vida sexual.

b. Cambios físicos durante el embarazo

Podemos encontrar numerosas alteraciones en el sistema cardiovascular. Debido a la dificultad del retorno venoso y aumento de la presión venosa en piernas y pelvis menor por la compresión del útero gestante aparecen varices en vulva y miembros inferiores, edemas en los pies y hemorroides.

Se produce un aumento de la volemia en un 35-40 % causando hemodilución y anemia fisiológica del embarazo, lo que unido a la vasodilatación que se produce provocarán mareos y lipotimias.

Fisiológicamente, el corazón sufre un desplazamiento hacia la izquierda, hacia delante y se horizontaliza por el aumento del tamaño del útero. En la recta final del embarazo precisamente por el crecimiento del útero se suele producir hipotensión postural por compresión de la vena cava al adoptar la mujer posición en decúbito supino o decúbito lateral derecho.

Todo ello, provocará un aumento del gasto cardiaco para poder satisfacer las necesidades de oxígeno del útero crecido y del feto, aumento del riego sanguíneo cutáneo provocando sensación de acaloramiento, piel húmeda y congestión nasal, aumento de la frecuencia cardiaca e incremento de los factores de coagulación.

Aparecen alteraciones cutáneas. Es común la presencia de cloasma, melasma o máscara del embarazo, así como la línea de alba debido a la pigmentación de la piel por estimulación de los melanocitos. Pueden aparecer estrías cutáneas por rotura de las fibras de colágeno de la piel, relacionadas con el aumento del volumen y del peso, y dependiendo de la elasticidad de la piel de la mujer. Puede experimentar un aumento en la caída del cabello, que volverá a la normalidad una vez se normalice tras el parto.

Aparecen también alteraciones digestivas como las gingivitis, comunes en los embarazos debido a la inflamación de las encías, así como un aumento de la producción de saliva (ptialismo), del apetito y la sed, y se alterará el metabolismo de los carbohidratos y lípidos.

Debido a los cambios metabólicos, al principio del embarazo existirá tendencia a la hipoglucemia, mientras que en la segunda mitad del embarazo hay tendencia a la hiperglucemia. La posible aparición de épulis, es debida al aumento de estrógenos fundamentalmente, al déficit de folatos y presencia de HCG en la saliva. El aumento de la progesterona se relaciona con la relajación de la musculatura intestinal, que unido a la disminución del peristaltismo se produce un estreñimiento.

Puede aparecer reflujo gastroesofágico que provocará pirosis, dando sensación de ardor retro esternal. Suele aparecer en el tercer trimestre debido a la presión del útero sobre el estómago y a la disminución del tono del esfínter esofágico inferior. Muy común es la aparición de náuseas y vómitos de etiología variada normalmente por la mañana y durante el primer trimestre.

Entre las alteraciones musculoesqueléticas pueden aparecer lumbalgias y molestias pélvicas por el aumento progresivo de la lordosis, debido a la modificación del centro de gravedad conforme el útero aumenta su tamaño.

Con respecto al aparato urinario, los riñones aumentan su tamaño y se produce una dilatación pelvoureteral con el consiguiente aumento del volumen renal. En los primeros meses, se retrasa la eliminación urinaria, lo que produce aumento de la orina residual y favorece la aparición de infecciones urinarias. El aumento del flujo plasmático renal y el filtrado glomerular provocarán una eliminación urinaria con una mayor proporción de sustancias como la urea y la creatinina, y por lo tanto, disminuirá su concentración en plasma sanguíneo. Al final del embarazo, debido a la compresión del útero sobre la vejiga, disminuye su capacidad provocando polaquiuria.

Conforme aumenta el volumen del útero se produce una protusión de las costillas inferiores y elevación del diafragma unos 4 cm que provocará alteraciones en el aparato respiratorio a partir del tercer trimestre, pudiendo provocar en algunas mujeres disnea.

c. Cambios físicos durante el puerperio

Durante el puerperio la mayor parte de los cambios corporales que se producen durante el embarazo continúan presentes. A todos ellos además se añaden las pérdidas sanguíneas durante el parto y el postparto que provocan o agravan la anemia, el dolor sacrolumbar, la exacerbación de hemorroides y varices vulvares, etc.

Continúan los cambios hormonales. La disminución de estrógenos contribuye a la aparición de la “tristeza puerperal”, también es responsable del adelgazamiento de las paredes vaginales y de la disminución de lubricación genital.

El aumento de prolactina se relaciona directamente con la disminución de testosterona siendo éste a su vez responsable del deseo sexual.

El incremento de oxitocina debido a la succión del recién nacido durante la lactancia puede proporcionar una excitación sexual. Esta sensación puede desconcertar a la mujer y crearle sentimientos de culpa o vergüenza.

Los cambios en los genitales, sobre todo tras un parto vaginal con episiotomía o desgarró, suelen crear miedo al dolor ante la reanudación de las relaciones coitales. En estos casos el suelo pélvico sufre una disminución del tono muscular que puede derivar a corto o largo plazo en problemas de incontinencia urinaria.

Durante la lactancia, las madres son quienes proporcionan el sustento al recién nacido, asociándose únicamente como el “envase” del alimento del recién nacido, por lo que pueden perder su contenido erótico para uno o ambos miembros de la pareja. Estos pensamientos pueden angustiar al creer que pierden definitivamente su erotismo. Todos estos sentimientos y cambios, unidos al cansancio y la fatiga condicionan el estado anímico de la mujer.

d. Cambios psicológicos y emocionales

Desde el punto de vista psicológico, la gestación supone un importante cambio en la vida de la mujer, y se deben emplear todos los recursos posibles para que la madre pueda enfrentarse a los cambios del embarazo y del nacimiento, y elabore estrategias para llevar a cabo el cuidado del recién nacido. Sin embargo, aún son escasos los estudios que profundizan en el área psicológica y en los aspectos que repercuten directamente en su estado de ánimo y en su salud.

De los estudios encontrados, el estudio del estado psicoemocional de la mujer se realiza en exclusiva en el puerperio, obviando dichos síntomas durante el propio embarazo.

Parece razonable pensar que el bienestar psicológico y subjetivo así como emocional de la mujer, sobre todo en esta época de su vida, puede estar relacionado con el funcionamiento y con la salud sexual.

Un factor que puede estar presente ya desde el primer trimestre, y por supuesto, destacado durante el proceso de parto, es el miedo al dolor y posteriormente el dolor durante el trabajo de parto. Diferentes investigaciones han resaltado la importancia de las estrategias de afrontamiento, siendo más eficaces en aquellos sujetos caracterizados como “no catastrofistas”. El que los individuos tengan alternativa para elegir diferentes estrategias, puede influir en la atenuación de la respuesta de dolor.

Este miedo continuará presente en el momento de la reanudación de las relaciones coitales, y con él también el miedo a una nueva gestación. Esto crea ansiedad no solo en la mujer sino en la pareja.

Entre los factores que se relacionan con una mayor tolerancia al dolor se encuentran la edad, el nivel educativo de la mujer y las experiencias previas de partos anteriores. Situaciones tales como el estrés, la ansiedad, la depresión o el tipo de personalidad pueden modificar los umbrales de tolerancia al dolor.

La tristeza puerperal aparece como consecuencia de los cambios hormonales, corporales y familiares que se producen en estos momentos. Estas emociones importantes pueden manifestarse en lo que algunos autores denominan “síndrome de melancolía”, que aparece hacia el tercer día de puerperio y entre sus causas, aparte de las anteriormente nombradas, están el cansancio general, decaimiento psicológico después de una euforia inicial, las molestias debidas al dolor, la adaptación a los ritmos de sueño y vigilia del recién nacido, la ansiedad que puede causar la escasa destreza en la atención del neonato, etc. También se ha podido constatar que es más frecuente en primíparas.

Esta “melancolía” no suele durar, y debe distinguirse de la depresión posparto propiamente dicha. En este último caso, suelen existir antecedentes en el periodo prenatal, y es más probable que ocurra en mujeres que expresan grados altos de ansiedad y depresión durante la gestación. Los estudios apuntan hacia la existencia de trastornos afectivos durante el embarazo y el periodo puerperal, que reflejan una vulnerabilidad psicológica latente. Esta exacerbación podría deberse a factores hormonales o a los efectos de estresores tanto físicos como psíquicos en relación con el proceso reproductivo.

Es común la aparición de sentimientos de inseguridad, producidos por la responsabilidad de la maternidad, ya que el recién nacido depende casi exclusivamente de sus cuidados, de la lactancia y le resulta un desconocido al que tiene que adaptarse y empezar a conocer. La mujer siente la necesidad de compartir esta responsabilidad.

Aparece un pensamiento único, centrado en el bienestar del bebé, que repercute directamente en las relaciones afectivas, sobre todo en las de pareja. Muchas veces será necesario un aumento de las demostraciones afectivas que afiance la seguridad de la misma. Todos estos cambios, sobre todo corporales, unido a la falta de tiempo para sí misma pueden provocar una disminución de la autoestima. Se siente poco atractiva y le ocasiona malestar.

e. Cambios sociales

La mujer debe adaptarse al nuevo rol materno, y todo lo que ello conlleva en su vida diaria. El nacimiento de un bebé es vivido como un acontecimiento social positivo, en el que participan otras personas allegadas aportando información no siempre apropiada.

Esto provoca cambios en la situación familiar nuclear por la llegada de un nuevo miembro. Comienzan a surgir obligaciones y responsabilidades de las que no se tenían consciencia antes de la llegada del recién nacido. Se hace necesario establecer roles flexibles en cuanto a la asignación o repartición de tareas tanto domésticas, sociales, como de cuidados, etc.

Históricamente, la mujer embarazada en nuestra cultura se ha considerado un ser asexual, un individuo que presenta una disminución o negación de sus deseos y de la actividad sexual durante el embarazo y en las semanas o meses posteriores al parto.

Frecuentemente la sexualidad ha sido ignorada en el diálogo entre la embarazada y el profesional sanitario, o se le han impuesto a ésta arbitrarios períodos de abstinencia (presumiblemente para asegurar el éxito del embarazo), o el obstetra no ha sido adecuadamente claro y explícito sobre alguna indicación de cambio en la actividad sexual. La confusión y la ansiedad que generan en la embarazada estas recomendaciones pueden llevar a limitar de forma extrema los contactos sexuales o directamente anularlos. En ambas situaciones se puede ver alterada su relación de pareja.

El estado psicológico de la embarazada tiende a afectar su conducta sexual, de una forma u otra, independientemente de su estado físico. Las mujeres psicológicamente más maduras, equilibradas y estables emocionalmente, se adaptan mejor a su nueva condición fisiológica, y pueden mantener durante el embarazo una misma calidad y frecuencia en relaciones sexuales, siempre que éstas ocurran de acuerdo con sus expectativas y no resulten agresivas o incómodas. Las mujeres que reaccionan negativamente al contacto sexual en este periodo pueden estar reaccionando a alteraciones físicas e incomodidad.

La presencia de sentimientos de culpa y castigo a su propia sexualidad es consecuencia de un tipo de educación censuradora que no aprueba la sexualidad general, y que se acentúa particularmente en este periodo, especialmente si se producen síntomas que lo justifiquen. De hecho, no todas las mujeres y sus parejas, ni todos los ambientes educativos, aceptan la actividad placentera del coito a la vez de su consecuencia fisiológica.

No es raro encontrar parejas que describen que su vida sexual durante los embarazos ha sido reducida a cero, ya sea por factores de ella o de él, y aún más importante por la dinámica conyugal de ambos, que a menudo les pasa inadvertida.

Es preciso señalar que el cambio de una actividad sexual a otra, priva a la mujer del coito pero no de otras formas de actividad erótica con su pareja. La historia íntima de cualquier pareja contiene, sin lugar a dudas, alguna forma de actividad placentera sustituta durante los lapsos de inactividad coital, justificada por alteraciones o prescripción médica durante estos meses. En cualquier caso, la importancia de los factores emocionales y afectivos en esta etapa es sin duda relevante.

Habrá que tener en cuenta que todas estas manifestaciones relativas a la sexualidad tienen diversos significados, de acuerdo a los valores vigentes de cada estrato socio-cultural. Los comportamientos sexuales colocan en evidencia las varias y diferentes socializaciones que el individuo experimenta en su vida: familia, educación, medios de comunicación, redes sociales, comunidad, etc. Esas socializaciones ejercen un papel fundamental en la construcción del individuo como un todo, generando formas de interpretar las relaciones sexuales y la forma de experimentar la sexualidad.

B. Factores que influyen en la respuesta sexual durante el embarazo

Con respecto a la respuesta sexual femenina, es necesario describir los cambios que se producen durante el embarazo. La respuesta sexual humana es una función compleja que involucra factores biológicos, psicológicos, afectivos y socioculturales.

Los efectos de la respuesta sexual sobre la contractilidad y la perfusión vascular uterina y la dilatación cervical son de gran interés; sin embargo, existen otros cambios que ocurren en la respuesta sexual que, si bien son menos conocidos, han de considerarse puesto que tienen influencia en la evolución del embarazo y el bienestar de la embarazada y su pareja.

Masters y Johnson nos proporcionaron el conocimiento actual sobre la respuesta sexual femenina, que dividieron en cuatro fases distintas y secuenciales: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Cada una de éstas se caracteriza por cambios específicos en las mamas, los genitales externos e internos y la vagina.

a. Fase de deseo

Podemos decir que estas cuatro fases definidas por Masters y Johnson tienen un inicio: el deseo. Aunque es difícil cuantificar la cantidad de deseo que experimenta una persona, por ser un dato subjetivo, este puede reflejarse con la búsqueda intencionada de contacto sexual, con la presencia de pensamientos y fantasías sexuales, la lubricación, etc. En estas mujeres, el interés sexual, puede verse afectado de diversas maneras según el tipo de relación sexual que mantenga, los cambios tanto físicos como psicológicos anteriormente citados, la falta de información, estado hormonal, etc.

b. Fase de excitación

Se produce un aumento del tamaño de las mamas por ingurgitación y vasocongestión, erección de los pezones, crecimiento del clítoris y apertura de los labios mayores y menores. La vagina comienza a lubricarse, aumenta su tamaño y se distiende. El útero y el cérvix se elevan sobre la pelvis para dejar el espacio necesario para el pene. La lubricación depende de la exudación de líquido de las venas dilatadas y congestivas que tapizan las paredes vaginales. Estudiaron esta fase en seis mujeres antes y durante el embarazo y encontraron que la congestión venosa propia de la gestación, debida probablemente a cambios hormonales, provoca en las mamas cierta irritación y dolor, sobre todo en el primer trimestre y en las mujeres que cursan su primera gestación. Algo similar sucede con la lubricación vaginal, que también es al principio molesta y se encuentra aumentada durante la gestación.

c. Fase de meseta

Los cambios físicos de esta fase son una continuación e intensificación de los de la fase de excitación. Las mamas aumentan su tamaño, así como las areolas. El tercio externo de la vagina muestra una congestión sanguínea marcada que produce disminución en su diámetro, formándose así lo que estos autores denominan “plataforma orgásmica”. El clítoris se retrae, los músculos de todo el cuerpo se tensan, las pupilas se dilatan y se produce una sensación de vacío a medida que el orgasmo se avecina. La principal diferencia en esta etapa entre la mujer embarazada y la no gestante es que la vasocongestión de la porción externa de la vagina resulta francamente más pronunciada durante el embarazo. La reducción de la abertura vaginal se vuelve cada vez más pronunciada a medida que avanza la gestación, hasta tal punto que algunas parejas refieren imposibilidad para la penetración por “falta de espacio”, o porque la vagina se encuentra demasiado “cerrada” durante el coito.

d. Fase orgásmica

Se logra a través de la estimulación directa o indirecta del clítoris. Durante el orgasmo, la parte más externa y congestiva de la vagina se contrae fuertemente y a intervalos regulares de 0,8 segundos. El número de contracciones de la plataforma orgásmica varía de mujer a mujer y en cada una de las experiencias individuales. El útero también se contrae a intervalos regulares. Se observa también una mayor retracción del clítoris, el cierre del esfínter anal, la retracción de los dedos y un aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria. El orgasmo suele durar entre 10 y 15 segundos y durante el mismo no es infrecuente la pérdida de orina en la embarazada, como la eyección láctea en la puerpera que amamanta. Masters y Johnson observaron una diferencia muy importante en el orgasmo de la mujer embarazada en el último

trimestre y, sobre todo, en las últimas cuatro semanas. En lugar de las contracciones orgásmicas normales, el músculo uterino se contrae de manera espástica y continua sin relajarse. La duración de estas contracciones es de 1 minuto y se pueden observar hasta 30 minutos después del orgasmo. También constataron un enlentecimiento de la frecuencia cardíaca fetal sin signos de sufrimiento.

La contractilidad uterina postcoital o postorgásmica suele producir en las mujeres miedo a un parto prematuro o a la rotura de las membranas, en tal grado que esta sensación suele ser causa de disminución de la frecuencia coital.

e. Fase de resolución

Después del orgasmo se observa un momento de calma y relajación. Esta etapa en la mujer embarazada es molesta dado que la congestión pelviana disminuye de manera muy lenta. En algunas mujeres la congestión y la vascularización son tan marcadas que les impide lograr el orgasmo, aumentando así la tensión sexual y el sentido de frustración. En su estudio observaron que tres de las seis mujeres estudiadas habían manifestado durante la gestación múltiples orgasmos.

La gran cantidad de hormonas sintetizadas por la placenta probablemente aumente el flujo y la lubricación vaginal. Estos cambios sin duda favorables, tal vez faciliten la sexualidad de la pareja. La congestión pelviana, sin embargo, podría justificar el dolor y la falta de confort durante las relaciones sexuales, hecho manifestado por gran cantidad de mujeres en las consultas sanitarias y que constituye la causa más importante de disminución de la frecuencia coital.

C. Conducta sexual

Durante el primer trimestre, las mujeres pueden experimentar síntomas físicos y psicológicos que pueden afectar el interés sexual. La aprensión acerca del embarazo y estilo de vida cambiante y los roles, junto con síntomas físicos como náuseas, vómitos y fatiga, pueden provocar una disminución del deseo sexual. También pueden quejarse de calambres después del coito, dolor de espalda, y sensibilidad en los senos. Estos síntomas pueden conducir a las parejas a creer que las relaciones sexuales no son seguras.

Los cambios fisiológicos del embarazo causan congestión pélvica, aumento de la lubricación vaginal, fluctuaciones hormonales, crecimiento abdominal y cambios en los senos. Estos cambios pueden producir síntomas pueden disminuir el deseo sexual en la pareja.

Durante el embarazo, los cambios tienen lugar en las fases de la respuesta sexual. La fase de excitación puede ser acortada debido a la mayor vascularización genital. Los senos pueden estar sensibles, y la mujer puede reaccionar al contacto físico de distintas formas, bien con entusiasmo o bien intentando evitar las relaciones. La fase de meseta puede ser fácilmente alcanzada.

El segundo trimestre a menudo se caracteriza por una sensación general de bienestar, lo cual puede resultar en un aumento del interés sexual. La pareja tendrá que ser consciente de que la mujer puede llegar a ser introvertida y pasiva, que puede ser confuso para su pareja.

Los problemas típicos durante el segundo trimestre son la dispareunia, cambios en las actividades debido a la ampliación del abdomen y una disminución de interés debido a los movimientos fetales. La pareja masculina puede tener miedo de dañar al feto, o puede ser despertada por los cambios en la apariencia de la mujer.

Las mujeres embarazadas experimentan con frecuencia emociones inestables que pueden afectar a sus relaciones.

La dispareunia puede deberse a infecciones del tracto urinario, problemas con la lubricación, la presión del abdomen, o a las molestias que siente cuando el pene empuja contra el cuello del útero durante el coito.

El acto sexual no tiene por qué ser evitado a menos que la mujer tenga algún factor de riesgo que lo contraindique.

Para algunas mujeres, el interés sexual puede disminuir durante el tercer trimestre, mientras que otros pueden sentir que se mantienen en un constante estado de excitación. Puede ocurrir un aumento de la frecuencia en el logro del orgasmo debido al aumento de la tensión sexual.

En este trimestre, muchas mujeres se perciben como poco atractivas, y algunas creen que sus parejas han perdido interés hacia ellas. El coito puede ser incómodo y la dispareunia puede ocurrir con frecuencia.

En el hombre, los pensamientos acerca de tener relaciones sexuales con “una madre” puede disminuir el deseo sexual. Por otro lado el feto puede parecer un intruso en la relación sexual de pareja.

La disminución de la frecuencia en las relaciones sexuales puede deberse a la dispareunia que presenta la mujer, así como de los temores de la pareja de lesionar el feto durante el coito, la posibilidad de parto prematuro, y sentir la presencia del feto como una tercera persona.

En las parejas sin complicaciones en el embarazo, la actividad sexual puede continuar tanto como se desee hasta la ruptura amniótica de membranas, hasta que comience el trabajo de parto. En embarazos a término, el coito se puede recomendar para estimular el trabajo de parto, debido a la gran cantidad de prostaglandinas que contiene el semen.

En 1966, Masters y Johnson defienden que hay una disminución del deseo sexual, satisfacción y frecuencia con que se mantienen las relaciones. Ellos describen una disminución en el primer trimestre, un aumento en el segundo y vuelve a haber un descenso en el tercer trimestre.

En 1973, Solberg y Wagner afirmaron que ocurre una disminución lineal en el deseo, la satisfacción y la frecuencia de los encuentros sexuales a medida que avanza el embarazo.

Lenart, en 1991 estudio a 81 parejas en Suecia. A los sujetos se les preguntó acerca de los cambios del deseo, la frecuencia y la satisfacción sexual en comparación con antes del embarazo. Los resultados fueron los siguientes:

- Deseo: durante el primero y segundo trimestre de embarazo, aproximadamente el 40 % de las mujeres experimentan disminución del deseo sexual, mientras que para los hombres correspondió al 9 %. Las diferencias entre hombres y mujeres fueron estadísticamente significativas. Durante el tercer trimestre la mayoría de los hombres experimentaron una disminución, siendo las cifras 75 % para mujeres y 64 % para hombres.
- Frecuencia sexual: En el primer trimestre el 41 % de las mujeres perciben una disminución en el número de relaciones frente al 30 % percibido por los hombres. En el segundo trimestre se iguala la percepción, el 40 % de hombres y mujeres perciben que tienen menos contactos sexuales. En el tercer trimestre los hombres perciben un poco más la disminución de la frecuencia que las mujeres siendo el 90 % de los hombres vs 83 % de las mujeres.
- Satisfacción sexual: durante el primer trimestre un 35 % de las mujeres y el 22 % de los hombres han experimentado que la satisfacción sexual ha disminuido. En el segundo trimestre de embarazo el 30 % de mujeres y el 26 % de hombres. Y en el tercer trimestre el 55 % de las mujeres y el 76 % de los hombres experimentaron que la satisfacción sexual ha disminuido. La diferencia entre hombres y mujeres fue estadísticamente significativa durante los tres trimestres.

Aslan en 2005 afirma que las funciones sexuales se redujeron significativamente durante el embarazo y que empeoran a medida que avanza éste.

Varios factores contribuyen a una disminución de la actividad sexual durante el embarazo, incluyendo malestar físico, temor de daño al bebé, pérdida de interés, torpeza física de la embarazada, dolor al coito y falta de atracción.

Apunta también que esta reducción de contactos sexuales afecta también al compañero sexual. Al hombre le pueden afectar varios factores como pueden ser que el embarazo le haga ver a su compañera menos atractiva, así como que se vea comprometida su satisfacción sexual por el malestar del embarazo.

En 2011, Saguiv-Reiss et al, en Israel, estudian los cambios en las experiencias sexuales y la calidad de la relación durante el embarazo. Como resultado obtienen que el deseo y la satisfacción sexual son más bajos en las mujeres que están embarazadas con respecto a las que no lo están.

También en este estudio hace referencia a los hombres. Apunta que los hombres tienen un deseo sexual más alto durante el embarazo que sus compañeras, y que no suele haber ningún cambio en el interés sexual hasta la finalización del segundo trimestre de embarazo. A partir del segundo trimestre se hace evidente una fuerte caída en el interés sexual del hombre. Esta falta de interés se incrementa por el miedo de dañar a la madre o al feto durante la actividad sexual. Estos hombres también reportan un creciente deseo de cercanía emocional, la intimidad, y la articulación de sentimientos alegres que emanan del embarazo.

Saguiv-Reiss et al. también explican que han visto que en algunos estudios hay un descenso lineal en la satisfacción sexual durante el embarazo pero en otros estudios, sin embargo, se muestra un aumento en la satisfacción sexual durante el segundo trimestre, en comparación con el primer y el tercer trimestre. Una posible explicación para la mayor satisfacción sexual durante el segundo trimestre es que muchas mujeres se recuperan de las náuseas y fatiga características del primer trimestre de embarazo.

En cuanto a las posturas sexuales, se ha estudiado que la posición para realizar el coito más frecuente es la postura del misionero, o del hombre encima. Esta postura varía poco a lo largo del embarazo a excepción del tercer trimestre, donde se torna casi imposible debido al aumento del volumen del vientre de la mujer.

En las parejas que adoptan la postura de la mujer encima hay una mayor satisfacción sexual por parte de la mujer.

D. Información y educación sanitaria

En las diversas fases de la respuesta sexual tienen lugar tanto reacciones genitales como extragenitales. Durante la excitación sexual y debido a las contracciones involuntarias de fibras musculares, se produce una erección de los pezones. El dibujo venoso se hace visible o bien aumenta, y asimismo lo hace el tamaño de las mamas debido a la repleción vascular. También tiene lugar una repleción de la areola mamaria, que sobresale de tal modo que puede ocultar en parte el pezón erecto.

Estudios más recientes demuestran que el estado gravídico afecta a la sexualidad de las parejas, en términos de un impacto negativo en la libido, frecuencia y actividad orgásmica sexual. Estos trabajos avalados por una serie de investigaciones confirman que la respuesta sexual era afectada drásticamente durante la gestación independientemente de la edad y la paridad, siendo mucho más marcado en el último trimestre. Se apuntan como posibles etiologías los trastornos de personalidad y temores maternos (aborto, parto prematuro, infecciones, etc.).

Las múltiparas que ya han amamantado muestran con frecuencia un escaso aumento de tamaño de la mama, o ninguno, durante la excitación sexual. Esto se explica por el mejor flujo venoso y la expansión de la mama en las primeras fases de la producción de leche, que puede dañar el tejido sostén. En la fase de resolución una vez desaparecida la hinchazón de las areolas, los pezones recuperan su aparentemente plena erección.

Durante una estimulación sexual activa se observa el llamado “rubor sexual” o exantema maculopapular, cuya intensidad y distribución varía según las personas. El rubor cutáneo tiene lugar por un aumento del riego sanguíneo local y aparece primeramente sobre el epigastrio o parte superior del abdomen, durante la fase tardía de excitación, extendiéndose luego hacia el pecho, el cuello, la cara y la frente.

En los órganos vecinos a los genitales surgen reacciones musculares, así, por ejemplo, en la uretra se producen durante el orgasmo, pero no siempre, una dilatación del orificio externo y asimismo se dan contracciones involuntarias, irregulares, en el esfínter del ano, acompañando a las contracciones de la plataforma orgásmica. En el resto del cuerpo tiene lugar una miotonía generalizada y se han descrito espasmos carpodiales.

Respecto a la función respiratoria se produce un aumento de la frecuencia que alcanza en la fase de orgasmo una tasa de 40 respiraciones por minuto. En cuanto a la frecuencia cardíaca también se produce una aceleración y se han registrado frecuencias de entre 110 y 180 pulsaciones por minuto. Durante el orgasmo, la presión arterial sistólica aumenta de 30 a 80 mmHg y la diastólica de 20 a 40 mmHg.

En aproximadamente una tercera parte de todas las mujeres aparece tras el orgasmo, y como primer signo de regresión, una sudación en todo el cuerpo. La intensidad de la transpiración es directamente proporcional a la intensidad del orgasmo.

Entre algunos de los aspectos desfavorables, podemos citar la aparición de signos simpáticos del embarazo tales como el rechazo a ciertos alimentos u olores, náuseas, vómitos, sialorrea, cefaleas, astenia, somnolencia e hipersomnia.

Muchas mujeres también mencionan una falta de confort debido al volumen del útero gravídico, que impide los adecuados desplazamientos y movilidad durante el coito. Este aspecto es también mencionado como causa de modificaciones en la respuesta sexual, así como la presencia del feto que adopta la figura de intruso o de tercera persona. Tanto la mujer como el hombre sienten miedo de provocar algún daño al hijo pudiendo ser esto un impedimento para la manifestación y liberación de las sensaciones sexuales.

En cuanto a la práctica de relaciones sexuales con penetración podemos decir que se pueden realizar durante todo el embarazo, desde el primer trimestre hasta el parto siempre y cuando a la mujer le apetezca y no haya ninguna contraindicación médica expresa.

Hay casos en los que están contraindicadas las relaciones sexuales con penetración e incluso el orgasmo. Por ejemplo, en una amenaza de parto prematuro se contraindican ya que el orgasmo puede provocar contracciones uterinas y además, el semen, contiene una cierta dosis de prostaglandinas que, en cierto modo, pueden provocar también contracciones uterinas. Sin embargo, este mismo método puede ser útil como remedio natural para estimular que la mujer se ponga de parto. Los profesionales recomendamos a mujeres que ya están a término que mantengan relaciones sexuales con el objetivo de que las prostaglandinas contenidas en el semen estimulen el inicio de las contracciones uterinas desencadenando así el parto. Una mujer a término podría mantener relaciones sexuales siempre y cuando la bolsa amniótica esté íntegra, ya que en caso de rotura se puede favorecer el paso de gérmenes provocando infecciones al feto.

Con respecto a la actividad sexual en el periodo puerperal, la literatura científica presenta mayor consenso en afirmar que la calidad de la vida sexual durante el primer año postnatal se ve claramente afectada. Durante el período puerperal, la frecuencia y el goce sexual disminuyen dramáticamente, y esta disfunción es mayor en aquellas púérperas con trauma perineal (desgarros de 2º, 3º y 4º grado) o aquellas sometidas a episiotomía. El dolor durante la relación sexual sentido en el cuerpo, interfiere de forma negativa en la sexualidad de la mujer, comprometiendo la salud sexual y la práctica de la relación causando insatisfacción.

Por otra parte, el impacto del nacimiento en la relación de pareja es mayor y evidente en todas las púerperas. Entre las causas identificadas en la declinación de la actividad sexual se podrían mencionar el dolor perineal, cansancio materno, método anticonceptivo, lactancia materna, depresión posparto, sequedad vaginal y sensación subjetiva deteriorada del atractivo sexual de la púerpera.

Estas percepciones que las mujeres poseen sobre sus cuerpos en el posparto están ligadas a ideologías del cuerpo biológico, ya que las mujeres se sienten incómodas con sus cuerpos, lo que les afecta a la autoestima, autoimagen, sexualidad y relación con su pareja. La percepción sobre el cuerpo en el puerperio está relacionada con la forma en que cada mujer acepta los cambios físicos, frente a la subjetividad, relaciones y cultura de la misma.

Podemos concluir que la sexualidad está integrada en todo este nuevo proceso que la mujer experimenta, en relación a sí misma, con su propio cuerpo y feminidad o con el contacto y comunicación con la pareja. Los cambios en el comportamiento sexual son frecuentes y comienzan poco después de la concepción. La dirección e intensidad de los cambios están sujetas a grandes variaciones individuales más que a una regularidad determinada. Es probable que dichas variaciones se encuentren relacionadas con factores tales como el desarrollo psicosexual de la mujer, su personalidad, los antecedentes personales, el tipo de relación con su pareja y el impacto del embarazo en su salud, pero también puede sentir modificaciones en el interés de su actividad sexual debido a los cambios producidos en su apariencia física, sobre todo en una sociedad que estimula los cuidados físicos y exalta la belleza del cuerpo.

El embarazo y el puerperio son frecuentemente reconocidos como una crisis del desarrollo, no solo para la mujer, sino también para su pareja. Además, no puede considerarse solo como un período breve y estático, sino todo lo contrario. Tanto en el embarazo como el puerperio se producen profundos cambios en la función sexual que deben ser reconocidos para efectuar un adecuado asesoramiento. La ausencia de satisfacción sexual en la embarazada puede dar lugar a problemas que se manifiestan en forma de queja a nivel de deseo, frecuencia de relaciones sexuales, respuesta y comportamiento sexual.

Aunque para algunas mujeres no es un momento especialmente bueno, para la mayoría, el embarazo permite una expresión positiva de la sexualidad, debido entre otras causas a que se sienten libres del temor al embarazo y, potenciadas por el efecto de las hormonas, pueden tener mayor espontaneidad y relaciones sexuales mejores y más gratificantes.

Las reacciones de los diferentes miembros del grupo familiar ante el embarazo de la mujer, son obviamente distintas según sea el rol que ostente en la relación familiar, sea como pareja, compañero afectivo, padre, hijo o hermano. Según este rango legal/social, la experiencia del embarazo afecta y define el tipo de reacciones que se producen. Con ello los efectos pueden repercutir también en la vivencia del tipo de embarazo “sufrido” por la futura madre e incluso, el grado de estrés del mismo. Afectando todos ellos de manera global a la mujer.

La familia, según reproduzca un tipo de relaciones de armonía o de conflicto, puede ser una de las mayores fuentes de apoyo social en el embarazo, o por el contrario, ser generadora de estrés. Así, un apoyo instrumental positivo puede expresarse a través del intercambio emocional de los sentimientos de ser amada, cuidada y asistida materialmente, lo que contribuye a aumentar la autoestima de la futura madre. Estas manifestaciones de “soporte social”, pueden anular los efectos negativos del estrés, al tiempo que producen implicaciones directas sobre el bienestar maternal y por consiguiente sobre el feto.

E. Atención de la matrona

Aunque el campo de acción de la matrona es bastante grande, el embarazo y el puerperio son sin duda alguna el campo “estrella”. Es probablemente el periodo de la vida de la mujer en el que más se nos demanda como matronas.

La mujer comienza el embarazo visitando a su matrona de referencia. En estas visitas de control de embarazo, además de controlar el embarazo junto con el resto del equipo (obstetras) tenemos un papel muy importante para desarrollar educación sanitaria. Es el momento de informar a la mujer de los cambios que se van a producir en su cuerpo, educarla en cómo se tiene que cuidar para que todo vaya lo mejor posible, además de controlar la buena evolución del embarazo y asesorarle y contestarle todas sus dudas en lo referente al proceso que está viviendo. No olvidemos que la mujer embarazada al igual que cualquier otra persona tenemos que entenderla desde una perspectiva biopsicosocial.

Después del parto, en el puerperio, la matrona también tiene un papel fundamental. En este momento es imprescindible la educación sanitaria en lo referente a cuidados del recién nacido y lactancia materna, así como consejos para recuperarse del parto donde podemos encajar la recuperación de los músculos del suelo pélvico. En esta etapa también son muy importantes los consejos de planificación familiar. La matrona puede ayudar a la mujer a buscar el método anticonceptivo que más se adapte a su situación en ese momento.

En el puerperio, también es de suma importancia que la matrona valore no sólo a la nueva mamá sino a toda la familia. A través de las visitas puerperales podemos ver cómo los distintos miembros de la familia se adaptan a la llegada del nuevo miembro, cómo realizan los cuidados al bebé; cómo se desenvuelven en casa, si se les puede dar algún consejo para que lo lleven mejor. También en este momento es muy importante valorar que la mamá se encuentre bien psicológica y emocionalmente, y así detectar cualquier síntoma de depresión posparto que estuviera fuera de la normalidad.

2.8. La sexualidad en el climaterio. Factores que influyen en la respuesta sexual. Conducta sexual. Información y educación sanitaria. Atención de la matrona

A. Climaterio y menopausia

Climaterio y menopausia son dos conceptos que con frecuencia son utilizados de manera errónea y por ello es importante aclararlos.

- El climaterio es una etapa o periodo del ciclo vital de la mujer, difícil de delimitar, que supone la transición desde una fase funcional reproductiva hacia una fase de inactividad ovárica. Según la OMS se comprende entre los 45 y 64 años de edad.
- La premenopausia es la etapa anterior a la menopausia, vida fértil de la mujer, desde la menarquia hasta que comienza la sintomatología y los patrones menstruales irregulares propios del climaterio.
- La perimenopausia comienza con la variación en la duración y periodicidad de los ciclos menstruales y finaliza un año después del último; aparecen los cambios hormonales y físicos. Tiene una duración aproximada de 5 años antes de la menopausia.
- La menopausia es al climaterio lo que la menarquia a la pubertad. Se considera que se ha alcanzado la menopausia cuando se produce el cese de la menstruación durante al menos 12 meses consecutivos. La edad con la que se alcanza la menopausia es muy variable, como ocurre con la menarquia, depende de algunos factores como la geografía, raza, herencia de madres a hijas, embarazos, uso de anticonceptivos hormonales, etc. La edad media está alrededor de los 50 años. Se considera como menopausia natural.

Como consecuencia de los cambios hormonales, algunas mujeres pueden presentar, en menor o mayor medida, una serie de síntomas relacionados con el climaterio que pueden afectar negativamente a su calidad de vida. El conjunto de síntomas propios del climaterio-menopausia se denomina “Síndrome Climatérico”.

El conjunto de modificaciones que experimenta la mujer durante este proceso fisiológico también puede afectar a la esfera sexual. Además, el impacto de esta etapa sobre la sexualidad estará condicionada no solo por los cambios inherentes a la menopausia y al propio envejecimiento, sino también por la vivencia personal y de pareja y las expectativas propias de cada una.

a. Fisiología de la menopausia

El climaterio señala el final de la edad reproductiva de la mujer, implica la incapacidad progresiva del funcionamiento del sistema reproductor. Se produce una depleción del número de óvulos por atresia, y disminuye la sensibilidad del ovario a las gonadotropinas. En la premenopausia los ciclos (ovárico y endometrial) se vuelven irregulares y algunos comienzan a ser anovulatorios.

La edad de la aparición de la menopausia es variable porque depende del número de folículos en el ovario durante la vida intrauterina. Desde la menarquia, las sucesivas ovulaciones van a ir produciendo un agotamiento de dichos folículos.

Algunos factores como la predisposición familiar, la terapia con radiación, quimioterapia, infecciones como parotiditis, ooforitis, enfermedades autoinmunes o el hábito tabáquico pueden estar relacionados con el incremento del desgaste folicular con el consiguiente adelanto de la edad de la menopausia. Otros factores como haber tenido embarazos y el uso de anticonceptivos hormonales suman ciclos anovulatorios en la vida de la mujer y por lo tanto están asociados a un retraso en su aparición.

El agotamiento folicular va a producir una serie de cambios hormonales, se produce un descenso progresivo de los niveles de estrógenos y progestágenos y un aumento de los niveles de gonadotropinas.

Desde el comienzo del climaterio aumentan progresivamente los niveles plasmáticos de FSH; no está claro si esto es debido a una reducción de la respuesta folicular a la estimulación gonadotrófica o a la disminución del número de folículos de cada ciclo. El agotamiento de los folículos provocaría la reducción de la producción de estrógenos e inhibina y, por la disminución del bio feed-back negativo, elevaría la FSH y la LH (Fig.2.18).

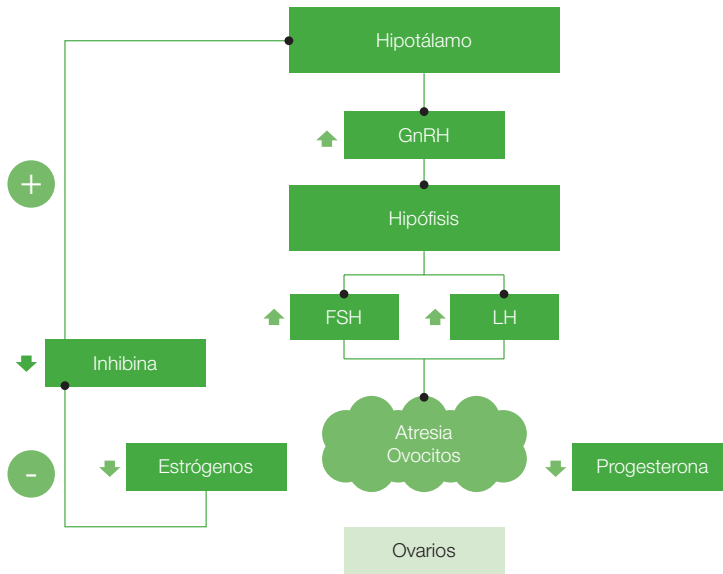


Fig. 2.18. Eje Hipotálamo-Hipófiso-gonadal

Por otro lado, al no formarse cuerpos amarillos, no se produce progesterona.

En la perimenopausia el patrón hormonal es muy variable. El exceso de FSH produce un acortamiento de la fase folicular y la disminución de la duración de los ciclos.

Una vez instaurada la menopausia, aunque el ovario ha perdido la capacidad de segregar estrógenos, conserva la capacidad de producir andrógenos (testosterona y androstendiona). La androstendiona es transformada en estrona por el tejido adiposo, principal estrógeno de la menopausia.

A pesar de que se siguen produciendo andrógenos, con la menopausia se produce una pequeña disminución de los niveles de testosterona, androstendiona y de los niveles de la globulina transportadora de hormonas sexuales.

Al disminuir los niveles de globulina transportadora de hormonas sexuales, disminuye la fracción libre de testosterona, porción activa, por lo que se incrementan los niveles biodisponibles de testosterona.

b. Cambios físicos

Los cambios biológicos que se producen durante el climaterio son universales, sin embargo pueden variar de manera muy significativa entre una mujer y otra. Multitud de factores biológicos y socioculturales van a influir sobre los distintos síntomas de forma compleja; por lo tanto, su impacto sobre la calidad de vida de la mujer va a ser muy variable. Entre ellos se encuentran las influencias del estilo de vida como la dieta, actividad física, hábitos tóxicos..., actitudes respecto a la menopausia, estado de salud general y reproductiva previa, experiencia materna de la transición climatérica, actitud sobre cómo se pueden ver afectados los roles sociales que desempeña, actitud de la pareja y su relación con ella, nivel socioeconómico nivel educativo, y creencias religiosas.

- Cambios genitourinarios

Los cambios hormonales que se producen en el climaterio van a influir sobre todo sobre aquellos órganos que presentan receptores estrogénicos, como el sistema reproductor de la mujer. En la siguiente tabla se muestran las modificaciones más evidentes de los genitales femeninos durante esta etapa.

Ovario	Disminuye de tamaño hasta llegar a ser de las medidas de una almendra y se vuelve de aspecto fibroso
Trompas de Falopio	Atrofia
Útero	Disminución del tamaño El endometrio adelgaza y se atrofia
Cérvix	El límite entre la zona escamosa y cilíndrica se desplaza dentro del conducto endocervical Disminuye la secreción glandular
Vagina	Atrofia: adelgazamiento de las paredes vaginales y del epitelio escamoso, disminuyen los pliegues y se pierde elasticidad Disminución del flujo sanguíneo, la lubricación es más escasa, provocando una sensación de sequedad y picor Aumenta el pH y disminuyen los bacilos de Döderlein, propiciando las infecciones bacterianas
Vulva y labios mayores	Disminuye la grasa de la dermis Menos vello Se reduce el tamaño del introito
Clítoris	Mayor exposición por la involución de los labios mayores

Algunos estudios han demostrado que las mujeres que mantienen relaciones sexuales de forma habitual presentan una menor atrofia vaginal, conservan mejor la elasticidad y la lubricación.

También se producen cambios en el sistema urinario. La uretra, sobre todo en su tercio externo y la zona del trigono de la vejiga experimentan cambios regresivos. La atrofia también afecta al sistema de sustentación del suelo pélvico, favoreciendo el prolapso genital. Estas modificaciones resultado de la disminución estrogénica, junto a otros factores individuales (paridad, traumatismos del parto, fármacos...) van a favorecer que la incontinencia urinaria sea otro de los síntomas que se presentan a raíz de la etapa climatérica.

- Síntomas vasomotores o sofocos

Es una de las manifestaciones clínicas más característica del climaterio, están presentes entre el 35-50 % de las mujeres perimenopáusicas y en el 30-80 % de las posmenopáusicas. Ceden espontáneamente unos años después de su aparición.

Es una sensación subjetiva de calor que se asocia a una vasodilatación cutánea y sudoración, seguido de un descenso de la temperatura corporal y aceleración de la frecuencia cardíaca. Su frecuencia e intensidad varían de una mujer a otra.

- Otros cambios

La constitución femenina suele modificarse, existe una tendencia a la obesidad por el enlentecimiento del metabolismo basal y, por otro lado, se produce cierta virilización (virilismo climatérico) debido a la atrofia de los caracteres sexuales secundarios.

En la posmenopausia la piel se vuelve más fina y menos elástica por la disminución del colágeno, aunque la disminución de los estrógenos participa en este cambio; es debido sobre todo a la edad.

El tejido mamario disminuye, las mamas pierden firmeza y tamaño.

Aparecen trastornos del sueño. Algunas mujeres pueden presentar insomnio, con episodios de despertar y peor calidad del sueño. Pueden estar asociados a la propia sintomatología vasomotora y/o a las alteraciones psicológicas del climaterio.

c. Cambios psicológicos

Las mujeres en la etapa climatérica tienen mayor tendencia a síntomas como irritabilidad, nerviosismo y labilidad emocional; está asociada también a cambios de carácter, llanto fácil, ansiedad, preocupación por la salud y necesidad de comprensión y apoyo.

La adaptación psicológica de una mujer a la menopausia y el climaterio es multifactorial. Influyen en esta etapa los propios cambios físicos que se producen, la salud psíquica anterior al climaterio, los conocimientos y expectativas acerca de esta etapa, así como los cambios en los roles sociales y familiares.

De todos los síntomas, el más frecuente es la depresión, está relacionada con una disminución de la serotonina, ya que los estrógenos juegan un papel importante en el metabolismo del triptófano para su producción.

En esta fase de la vida es frecuente que los hijos sean mayores y abandonen el hogar, se considera un factor estresante para la mujer, ya que conlleva la pérdida del rol de madre, es el llamado “síndrome del nido vacío”. Es un periodo transitorio y que añade una carga negativa al estado psicológico y emocional de la etapa climatérica.

Además, pueden surgir preocupaciones de índole laboral y económica donde la mujer puede verse menos apta para el trabajo y ve la jubilación cerca.

Por otro lado, la menopausia está asociada al envejecimiento y pérdida de la feminidad y belleza propia de la juventud, esto puede producir una pérdida de autoestima dificultando las relaciones sociales y de pareja.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mayoría de los problemas de salud relacionados con el climaterio se derivan de factores sociales, más que a los realmente orgánicos.

B. Factores que influyen en la respuesta sexual

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) “la sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales” (OMS, 2006)

En nuestra sociedad las mujeres buscan vivir su sexualidad de la manera más plena posible, sin tantos temores ni tabúes; la edad normalmente no es el mayor problema para poder satisfacer esta necesidad durante el climaterio, sino los síntomas físicos y psicológicos a los que ella no puede hacer frente por sí misma.

A medida que aumenta la edad puede darse una pérdida progresiva del interés sexual. Muchas mujeres experimentan dicha disminución, sin embargo no se debe generalizar a la población ya que un elevado número de mujeres mantiene una sexualidad aceptable aún en edades avanzadas.

Las relaciones sexuales fortalecen física y psicológicamente, se trata de un error pensar que las personas mayores no pueden responder a los estímulos sexuales; además, están relacionadas con el alivio de dolores provocados por la artritis, aumenta la secreción de cortisona, alivia dolores de espalda y baja el consumo de sedantes y antidepresivos.

Según las diferentes revisiones bibliográficas disponibles, existe una asociación entre determinados aspectos de la sexualidad (disminución del interés sexual, la frecuencia del coito y la lubricación vaginal) y la menopausia, pero los factores que influyen en esta pérdida del interés son complejos y múltiples. De estos factores, los más importantes son los psicosociales, y entre ellos, la experiencia sexual previa de cada mujer, su personalidad, el nivel educativo, el nivel de estrés, la situación física y psicológica, los cambios en la relación de pareja y los sentimientos hacia la misma.

La disminución de la lubricación y la vascularización genital está asociada a una alteración de la función sexual femenina, debido a la disminución de estrógenos. La atrofia del epitelio y la musculatura lisa vaginal, y la disminución del óxido nítrico sintetas, responsable de la síntesis de NO (implicado en la tumescencia genital femenina), en los genitales y en la vagina son posibles factores responsables del dolor durante la penetración (dispareunia) y el vaginismo secundario.

Por otro lado, se produce una disminución de la libido que parece estar relacionada con la declinación de los andrógenos circulantes en la edad reproductiva tardía, siendo las mujeres que presentan variaciones en los niveles de testosterona las que más reportan disminución del interés sexual.

Además, la respuesta sexual humana es habitualmente una función de pareja, por lo que la salud general y sexual del compañero/a afectará de manera positiva o negativa al comportamiento sexual de la mujer.

A pesar de ello, la mayoría de las mujeres no presentan dificultades significativas de su función sexual durante el climaterio y mantienen una vida sexual satisfactoria. Incluso entre el 10 % y 20 % de las mujeres se produce un incremento de la función sexual.

Según un metanálisis publicado por Omar J. en 2006, se analiza la influencia del climaterio sobre la respuesta sexual de la mujer basándose en el modelo lineal de Masters y Johnson (excitación, meseta, orgasmo y resolución) y se obtuvieron los siguientes resultados:

a. Fase de excitación

No se encuentran diferencias en comparación con mujeres en edad fértil respecto a las modificaciones físicas extragenitales: erección del pezón y respuesta cutánea. La respuesta clitoridiana en cuanto a la erección, cambio de coloración e ingurgitación, se mantiene intacta conforme aumenta la edad.

Sin embargo, la extensión o aumento de tamaño del canal vaginal, propio del final de la excitación, se vuelve mucho menor, también se ve disminuida la lubricación vaginal. Estos cambios están vinculados al descenso de los estrógenos y no tienen por qué estar vinculados a una disfunción sexual.

Se ha observado que aumenta el tiempo de latencia de esta fase. Las mujeres refieren menos intensidad en la excitación y necesitan un período de estimulación más largo para llegar a un nivel de excitación similar al de su etapa reproductiva.

b. Fase de meseta

El enrojecimiento facial durante esta etapa es menor en mujeres añosas y prácticamente no se aprecia en mayores de 65 años. La respuesta miotónica voluntaria se va empobreciendo conforme aparece el climaterio. La lubricación vaginal sigue disminuida en esta fase. También suele ser más lenta y menos intensa que en periodo reproductivo.

c. Fase de orgasmo

El orgasmo se vive de manera menos intensa y tarda más tiempo en aparecer. Los movimientos miotónicos involuntarios o contracciones son más débiles y menos numerosos que durante la vida fértil.

La mujer puede experimentar con menor frecuencia el orgasmo, y si tenía múltiples orgasmos reducir el número de ellos.

d. Fase de resolución

Es más rápida que en la vida fértil. La trasudación propia de esta etapa, característico signo físico que evidencia el alivio de la tensión sexual propio del post-orgasmo, es sustituido por una respuesta traspiratoria muy intensa con elevación generalizada de la sudoración.

Aparece una disuria, y sensación de quemazón al orinar, que aumenta al haber tenido previamente un orgasmo más intenso o si el coito ha sido muy prolongado.

Muchas mujeres, a pesar de conseguir excitarse y llegar al orgasmo, viven una falta de satisfacción en sus encuentros sexuales por una disminución de la capacidad de la respuesta sexual.

C. Conducta sexual en el climaterio

Por lo general, a partir del climaterio se produce una disminución de la frecuencia de la actividad sexual. Estos cambios en la conducta sexual no sólo son debidos a la etapa climatérica en sí misma, sino que son propios del paso de los años, ya que ocurre tanto en mujeres como en hombres. A pesar de ello, la disminución de los encuentros sexuales por sí sola no tiene por qué afectar a la satisfacción sexual ni causar ningún tipo de disfunción. Los cambios fisiológicos explican en parte la disminución de la actividad sexual, pero a veces se reduce por enfermedad física o psicológica y el tratamiento farmacológico.

En una encuesta llevada a cabo en 2001 a mujeres australianas con edades comprendidas entre 45 y 55 años, para conocer si había cambios en el interés sexual durante los 12 meses anteriores, se encontró que la mayoría de las mujeres (62 %) no reportó cambios en su interés sexual, mientras el 31 % reportó un decrecimiento.

Se obtuvo un resultado parecido en un estudio prospectivo en Dinamarca, dirigido a conocer la naturaleza de la vivencia del deseo sexual durante el climaterio, y a intentar identificar predictores de frecuencia y cambios del deseo sexual en una cohorte de 474 mujeres nacidas en 1936, que fueron entrevistadas a los 40, 45 y 51 años. La mayoría (70 %) no había experimentado cambio en su deseo sexual durante el período estudiado. La frecuencia y cambio en el deseo sexual experimentado por las mujeres de 51 años no se relacionó con la ocurrencia de la menopausia. La frecuencia del deseo sexual se relacionó altamente con la percepción que tenía de su salud anterior y presente, con la disponibilidad de pareja y con el status social. La anticipación de declinación del deseo sexual a consecuencia de la menopausia realmente predijo un decrecimiento.

La disminución gradual de la actividad sexual en los años que suceden a la menopausia, es corroborada por otros autores. En una investigación llevada a cabo en Chile entre mujeres supuestamente normales que acudían a consulta para control de salud, se encontró que entre los 40 y los 44 años, el 74 % de ellas estaban sexualmente activas y con una frecuencia promedio de 6 relaciones por mes, mientras que en el grupo de 55 a 59 años esta cifras descendían al 40 % de activas con una frecuencia de 2,7 relaciones por mes.

Un resultado similar se encontró en un estudio llevado a cabo entre mujeres noruegas no histerectomizadas, con edades comprendidas en 45 y 55 años, en las que se reportó que en el 59 % había decrecido la frecuencia coital, mientras un 41 % la había aumentado (26 %), o se mantenía igual (15 %).

D. Disfunción sexual en el climaterio

La salud sexual está intrínsecamente ligada a la salud física y mental. Los problemas de salud física y mental pueden contribuir a que aparezcan disfunciones sexuales; también ocurre lo contrario, es decir, las disfunciones sexuales pueden llevar a que aparezcan problemas de carácter físico y psicológico.

Se entiende por disfunción sexual en el climaterio al conjunto de alteraciones de la conducta y respuesta sexual que se producen durante esta etapa. Son aquellas alteraciones en el deseo sexual, la excitación, la incapacidad o deterioro para alcanzar el orgasmo o el dolor en la actividad sexual, que ocurren de una manera persistente y recurrente y que causan malestar y dificultades interpersonales. Entre el 30 y el 50 % de las mujeres climatóricas presentan algún tipo de disfunción sexual.

Desde el punto de vista médico, actualmente el interés sobre la mejora de la salud de las mujeres climatóricas se basa sobre todo en el tratamiento y la prevención de las enfermedades derivadas de las modificaciones físicas y psicológicas de esta etapa como la osteoporosis, patologías cardiovasculares, síntomas vasomotores y genitourinarios, etc. Sin embargo, se le presta poca atención a las dificultades de índole sexual que pueden aparecer o agravarse a partir del climaterio.

La disfunción sexual tiene un gran impacto sobre la calidad de vida de las mujeres que la padecen, y puede llegar a afectar a la relación de pareja. A pesar de ello, son pocas las mujeres perimenopáusicas que solicitan ayuda para tratar estos problemas, sólo el 18 % piden ayuda y tardan unos 6 años en consultar. Cuanto más tiempo pasa desde el inicio de la disfunción hasta que se diagnostica y se comienza a tratar más complicada y larga es la terapia, llevando consigo un mayor número de abandonos de la misma.

Existen diferentes clasificaciones de las disfunciones sexuales. Las más utilizadas son las del CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y otros Problemas de Salud), DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) y la AFUD (American Foundation for Urologic Disease). Las clasificaciones de la CIE-10 y el DSM-IV se fundamentan en la respuesta sexual lineal vista anteriormente descrita por Masters y Johnson, y luego modificada por Kaplan (deseo, excitación y orgasmo). En 2003 se elaboró la clasificación de la AFUD, que engloba las disfunciones sexuales en cuatro categorías: deseo, excitación, orgasmo y dolor sexual.

Por otro lado, se basa en las últimas revisiones acerca de la respuesta sexual femenina, donde se propone un modelo cíclico (Modelo de Basson), que en parejas de larga duración no comenzaría por el deseo sino por la intimidad, de tal forma que la excitabilidad puede preceder al deseo a diferencia de la respuesta sexual clásica donde el deseo siempre era anterior a la excitabilidad (Fig. 2.19). Los modelos lineales de Máster y Johnson y de Kaplan están centrados en la respuesta sexual masculina.

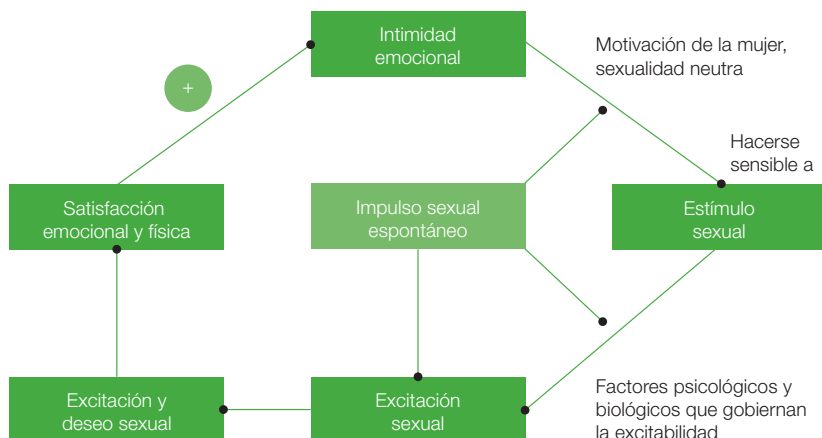


Fig. 2.19. Modelo de Basson sobre la respuesta sexual femenina

En el modelo cíclico de Basson existe un feedback entre aspectos físicos, emocionales y cognitivos. Según este modelo, en las mujeres puede existir un deseo espontáneo que provoque la búsqueda de la actividad sexual o puede darse una postura sexual neutra, una predisposición a realizar una actividad sexual que, si los estímulos son suficientes y adecuados, produce el paso de la neutralidad a la excitación y el deseo. Si el resultado es positivo, emocional y físicamente, se incrementa la motivación sexual. La satisfacción y el placer se consiguen con o sin orgasmo, y con otros aspectos subjetivos que no son estrictamente sexuales y que pueden tener mucha importancia, como la comunicación con la pareja, la intimidad, la autoestima... Si el resultado es negativo, como por ejemplo la presencia de dolor, baja autoestima... Se rompe el ciclo y la motivación sexual con la pareja no se incrementa.

- Etiología de las disfunciones sexuales en el climaterio

Las disfunciones sexuales del climaterio se pueden clasificar según su etiología en tres subgrupos:

- Producidas por el climaterio
- Agravadas por el climaterio y
- Secundarias a otras patologías propias de esta etapa

<i>Tabla 2.4. Etiología de las disfunciones sexuales en el climaterio</i>	
Producidas por el climaterio	Surgen como consecuencia de los cambios físicos producidos por el cese de la función endocrina gonadal
Agravadas por el climaterio	Existentes antes del climaterio y que empeoran con los cambios biopsicosociales que se producen
Secundarias a otras patologías	Derivan como consecuencia de otras enfermedades asociadas al climaterio, como por ejemplo la ansiedad y la depresión

E. Información y educación sanitaria

Los cambios que se producen durante el climaterio relacionados con la función sexual son uno de los motivos de consulta más frecuentes de las mujeres. La educación sanitaria es un elemento fundamental para la promoción de la salud general y sexual.

En el año 2007, el gobierno de salud de Canarias publicó el “Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva” dirigido al climaterio. En él se recogen una serie de intervenciones individuales y grupales dirigidas a la educación sanitaria en la etapa climatérica.

A nivel individual, tras una valoración de los conocimientos que la mujer tiene sobre el climaterio, se recomienda abordar la educación en dos direcciones: por un lado, intentando modificar aquellos conceptos erróneos explicándolos claramente y, por otro, potenciando los conceptos correctos que poseía, aprovechando para:

- Aclarar y explicar la relación que éstos tienen con el estado de salud objetivo y el percibido por la propia mujer.
- Ayudarle a entender “lo que siente”, “lo que le pasa” o “lo que le puede pasar”.

- Determinar sus expectativas en esta etapa de la vida, resaltando todos aquellos aspectos positivos de la misma y encontrando la mejor manera de asumir los negativos para conseguir tener una vida lo más satisfactoria posible.
- Analizar con ella los condicionantes para corregir los estilos de vida inadecuados y potenciar los estilos saludables.

Como resumen de la información a transmitir durante la educación individual, se establecen los siguientes puntos:

- La menopausia se considera establecida cuando transcurren 12 meses sin menstruaciones.
- Hasta que esto ocurre, es necesario plantearse el uso de algún método anticonceptivo como prevención de embarazos no deseados.
- Los síntomas por cambios hormonales (“sofocos”, sequedad vaginal...) van a hacerse más acusados al aproximarse la menopausia, si bien no todas las mujeres perciben síntomas y aquellas que los perciben no lo hacen con igual intensidad.
- Las molestias por la sequedad vaginal excesiva y el dolor genital durante la relación coital son debidos a la falta de lubricación natural, y tienden a hacerse más severas con el paso de los años.
- La percepción por parte de la mujer de síntomas que afectan a su calidad de vida debe transmitirse al profesional sanitario para valorar la necesidad de tratamiento.

F. Atención de la matrona

Forma parte de las competencias de las matronas la educación para la salud en el ámbito de la sexualidad a lo largo de toda la vida de la mujer. La matrona debe estar capacitada para fomentar una vida sexual saludable, así como ser capaz de detectar posibles problemas de índole sexológico, prestar asesoramiento a la mujer y a su pareja, si la hay, y derivar a especialista (sexólogo, psicólogo...) si fuese necesario un nivel de intervención mayor (terapia sexual).

Los problemas de la vida sexual frecuentemente pasan desapercibidos en la atención sanitaria y son de suma importancia para fomentar la calidad de vida de las personas. Para poder hablar de sexualidad, es necesario entablar una relación de confianza con las mujeres, respetar sus límites y sentirnos cómodas con este tema.

La educación sexual en esta etapa de la vida debe estar orientada a ofrecer una información completa, cercana y atrayente, usando los métodos de aprendizaje más apropiados para la mujer según sus capacidades. Debe ser individual y de pareja, si la hay, y teniendo en cuenta su historia sexual.

La matrona puede prestar asesoramiento sexual o counselling. La finalidad de esta práctica no es solucionar el problema sino ayudar a la mujer a enfrentarse a su problema y a los que puedan surgir. Con el asesoramiento se intenta trabajar desde los recursos que ya tiene la mujer, potenciándolos y no tratando de arreglar patologías. En sexología el asesoramiento es un ámbito que está entre el modelo clínico y el educativo, se solapan la educación y la terapia, sin que se llegue a producir una intervención terapéutica. A continuación se enumeran algunas pautas que pueden ser útiles a las matronas para prestar asesoramiento sexual a las mujeres durante el climaterio:

- Enseñar los cambios que se producen en el climaterio y proporcionar estrategias para adaptarse de forma saludable a las posibles modificaciones que se presenten en el ámbito sexual. La disminución de los encuentros sexuales no está relacionada con la insatisfacción sexual.
- Enseñar a la mujer a comunicarse y relacionarse de forma asertiva para poder expresar pensamientos, expectativas, necesidades y temores respecto a esta etapa, y perder el miedo a hablar de sexualidad y afectos.
- Aportar estrategias para que la mujer y su pareja conserven o incrementen el erotismo, la afectividad y combatir la monotonía; así como para favorecer la comunicación entre ambos.

- Enfocar la belleza desde el potencial de un cuerpo capaz de transmitir y recibir placer, relacionarse y disfrutar de todo lo que le rodea. Ayudarla a expresar sus preocupaciones sobre la imagen corporal y aumentar la autoestima.
- Descentralizar la penetración en las relaciones sexuales y dar más importancia al tiempo dedicado al juego erótico en pareja y al autoplacereado.
- Enseñar los ejercicios de Kegel para el fortalecimiento de la musculatura del suelo pélvico, así como la técnica del masaje perineal para prevenir y tratar el vaginismo.
- Informar sobre el uso de lubricantes vaginales adecuados si son necesarios.
- Informar sobre la importancia del uso de métodos anticonceptivos en la premenopausia, ya que aún existe riesgo de embarazo.
- Informar sobre la importancia del uso de métodos anticonceptivos de barrera (preservativo) para la prevención de enfermedades de transmisión sexual cuando se tienen encuentros sexuales esporádicos.
- Dar información a la mujer sobre los profesionales a los que debe acudir cuando se presente un problema que cause malestar relacionado con su sexualidad que pueda requerir el uso de un tratamiento específico y/o terapia sexual (sexólogo, psicólogo, ginecólogo, urólogo...). La mayoría de las disfunciones sexuales requieren un abordaje multidisciplinar.

2.9. Disfunciones sexuales. Clasificaciones. Principales causas de disfunción sexual. Posibles terapias. Atención de la matrona

A. Disfunciones sexuales en el hombre

Las disfunciones sexuales más importantes que afectan a los hombres son la disfunción eréctil, los trastornos de la eyaculación y el deseo sexual hipoactivo.

a. Disfunción eréctil

Entre todos los trastornos sexuales, la disfunción eréctil constituye el cuadro más estudiado y del que mayor número de citas bibliográficas se dispone en la actualidad. La importancia concedida actualmente a la erección y su necesidad para llevar a cabo de forma natural la función reproductora han debido de contribuir a que ésta sea la disfunción más estudiada.

- Definición

El término impotencia está en desuso.

La disfunción eréctil se define, según el National Institutes of Health Consensus Development Panel on Impotence, como la incapacidad para conseguir o mantener una erección con la suficiente rigidez como para llevar a cabo relaciones sexuales satisfactorias.

Sin embargo, parece más ajustada la definición propuesta en el manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM- IV-TR), que textualmente hace referencia a la “incapacidad persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual que provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales. Además, no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I”.

Hay que tener presente, la existencia de personas que tienen una erección adecuada y, sin embargo, no logran unas relaciones sexuales agradables. Así como aquellas que, sin tener una erección completa, tienen la habilidad suficiente para realizar una penetración satisfactoria.

En la antigüedad se pensaba que la erección era producida por espíritus hasta que en 1721 Dionis describe la presencia de sangre en los cuerpos cavernosos.

- Etiología

Hasta hace unos años, la disfunción eréctil se consideraba un problema de origen psicológico en un 75-95 % de los casos. La aparición de nuevos métodos diagnósticos ha ido revelando causas de tipo orgánico hasta en un 85 % de ellos.

En toda disfunción eréctil hay un componente psicológico, independientemente de que exista alguna causa orgánica originaria, de ahí la importancia de la multidisciplinaridad a la hora de tratar este proceso.

En toda disfunción eréctil van a influir diversos factores: predisponentes, precipitantes y mantenedores.

Así, una secuencia típica podría ser la siguiente: paciente diabético cuya endocrinopatía le va a ir deteriorando la vascularización del pene (factor predisponente); como factor precipitante tendríamos el momento en que el flujo vascular no es el adecuado o que la neuropatía diabética ha hecho que los impulsos nerviosos no lleguen, ahí se iniciaría el problema de erección que sería mantenido por el propio déficit vascular o neurogénico; y además de todo ello, la dificultad añadida del componente psicológico. Un paciente diabético bien informado es consciente de la alta probabilidad de desarrollar una disfunción eréctil. El día que su erección no es la adecuada piensa “ya ha llegado mi hora”, y a partir de entonces, comienza a generar ansiedad de ejecución, es decir, un intenso miedo al fracaso. El miedo va a aumentar el tono adrenérgico en el pene, empeorando y manteniendo la capacidad para la erección.

En suma, los factores orgánicos y psicológicos van a actuar conjuntamente en la mayoría de las ocasiones.

- **Alteraciones orgánicas**

Cualquier alteración, por mínima que sea, de los mecanismos fisiológicos que intervienen en la erección puede ocasionar que ésta no se produzca. De entre la infinidad de posibilidades, resulta imprescindible tener en cuenta los factores de riesgo y las enfermedades de mayor repercusión sobre la erección, que según Jünemann, Persson y Alken son los siguientes:

- Arteriosclerosis
 - Diabetes
 - Hiperlipidemia
 - Hipertensión
 - Insuficiencia renal
 - Fármacos
 - Tabaquismo
 - Alcoholismo
- Arteriosclerosis y enfermedad cardiovascular

Constituye el origen etiológico más frecuente.

Se ha demostrado una significativa correlación entre el número de vasos ocluidos y la disfunción eréctil.

En este apartado se debe incluir la hipertensión arterial, que influye en la disfunción eréctil como factor predisponente o mantenedor de la disfunción. Aparte de la pérdida de elasticidad arterial, parece que el mecanismo último sería el daño ocasionado por la presión en el endotelio de los cuerpos cavernosos, con la consiguiente disminución del óxido nítrico (ON) y el aumento del tono vascular.

Se ha estimado que entre el 8 y el 17 % de los hipertensos sin tratamiento padecen disfunción eréctil.

Los fármacos empleados en el tratamiento de la hipertensión arterial constituyen otro factor etiológico importante para el desarrollo de la disfunción eréctil. Así, presentan problemas de erección el 61 % de los pacientes tratados con antihipertensivos, entre los cuales están los diuréticos, los bloqueadores beta y los fármacos antiadrenérgicos (metildopa, donidina, etc.).

Los antihipertensivos que menos interfieren en la respuesta sexual son los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, los antagonistas de los receptores de angiotensina II, los bloqueadores de los canales del calcio y los dihidropiridínicos.

Es común la disfunción eréctil tras un infarto: la prevalencia se sitúa entre el 38 y el 78 %; también ocurre en más del 75 % de pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva. En ambos casos también hay asociados factores psicológicos y físicos. Después del infarto el paciente tiene miedo a que su corazón no resista el esfuerzo de una relación sexual. Este esfuerzo se ha equiparado al necesario para andar 1 km durante 15 minutos y al subir unas escaleras de dos pisos. Andar un kilómetro es equivalente al gasto cardiaco de los juegos eróticos y la penetración, mientras que el subir los dos pisos es el equivalente al orgasmo. Por tanto, quien pueda realizar este esfuerzo sin dificultad, estará preparado físicamente para tener relaciones sexuales.

No obstante, independientemente de la capacidad física resultante, tras el infarto, entre el 30 y el 70 % de los hombres desarrollan pautas de evitación sexual.

- Diabetes

Según múltiples estudios, la disfunción eréctil es padecida aproximadamente por el 50 % de los diabéticos.

La etiopatogenia está relacionada con los aspectos vasculares y neurológicos y coexiste un déficit en los umbrales sensoriales, así como la hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) más elevada.

No obstante, no se debe olvidar que las personas diabéticas están expuestas a los mismos factores psicológicos que el resto; por tanto, cuando aparece la disfunción eréctil en un diabético, no se debe soslayar una exploración psicológica adecuada.

- Hiperlipidemia

Es lógico suponer que la hiperlipidemia desempeñe un papel importante como factor etiológico en la disfunción eréctil, debido a la alteración progresiva de los vasos e incluso al aumento de la viscosidad sanguínea. Se ha constatado en estudios prospectivos que el aumento de lípidos puede servir como herramienta predictora de problemas de erección, de tal forma que cada aumento de 1mmol/l de colesterol lleva aparejado un riesgo de 1,2 veces superior de disfunción eréctil.

- Tabaquismo

El hábito de fumar es el factor de riesgo arterial más peligroso. En animales, se ha demostrado que la influencia negativa de la nicotina en la erección se debe a una alteración del mecanismo venooclusivo. Otros autores lo atribuyen a lesiones endoteliales similares a las producidas por el tabaco en enfermedades coronarias y otras afecciones circulatorias. No obstante, no encuentran evidencia de la relación entre el tabaco y disfunción eréctil, lo cual pone de manifiesto que el nivel de disfunción eréctil entre antiguos fumadores no es distinto de los individuos que nunca han fumado.

- Alcohol

El alcohol actúa en dos niveles: por un lado, produce neuropatía y, por otro, alteraciones hormonales. El etanol y el acetaldehído producen un efecto tóxico sobre las células de Leydig e inhiben las enzimas responsables de la elaboración de hormonas. El eje hipotalámico-hipofisario también se inhibe por efecto directo del etanol y por el aumento de la concentración de estrógenos en sangre. Como consecuencia de ello, aparecerá la atrofia testicular, bajos niveles de testosterona y disminución de la espermatogénesis. No obstante, unas concentraciones bajas de alcohol, siempre por debajo de tres copas de licor tienen un discreto efecto intensificador de las erecciones, lo que puede favorecer el hábito alcohólico en pacientes inseguros que han usado el alcohol para desinhibirse y potenciar la respuesta eréctil.

- Insuficiencia renal

El 80 % de los hombres con insuficiencia renal crónica tienen problemas de erección. Son muchos los factores que influyen en la aparición de la disfunción eréctil en el fracaso renal. Entre otros:

- Alteración de los componentes arteriales y venosos de la erección
- Alteración del tono muscular
- Anormalidades hormonales
- Enfermedades asociadas

Por desgracia, a estos factores es necesario añadir aspectos psicológicos propios de la enfermedad como depresión, estrés social y familiar, fatiga, etc.

- **Alteraciones neurológicas**

Las enfermedades más frecuentemente responsables de daño neurológico serán la diabetes y los traumatismos. En España hay 1.000 nuevos casos anuales de lesionados medulares. No obstante, hasta fechas recientes, se había prestado poca atención a la sexualidad de los hombres con discapacidad y, aun menos, a las mujeres con idéntico problema.

Debido al reconocimiento de la sexualidad como un derecho natural, a las propias reivindicaciones de los lesionados reunidos en asociaciones, a la alta incidencia, y en parte también, debido a un creciente interés profesional, hemos logrado tener en cuenta los derechos sexuales de los lesionados medulares y otros tipos de afecciones discapacitantes, como la espina bífida, las distrofias musculares, etc.

La respuesta sexual del paciente neurológico dependerá del tipo de enfermedad discapacitante y, en caso de afectación medular, del nivel y el grado de lesión. A modo de esquema se puede afirmar lo siguiente:

- Lesiones altas (patología traumática, degenerativa o tumoral que imposibilite un adecuado funcionamiento por encima del nivel D10 a D12): permiten, en teoría, una erección refleja ante la estimulación manual u oral, y puede llevarse a cabo la penetración. Para mantener la erección con una lesión alta es necesaria la estimulación continua del pene.
- Lesiones medias (nivel de afectación situado entre D12 y L1): la erección refleja, en teoría, puede permitir la erección, pero no existirá eyaculación ni orgasmo. Hay que tener presente que el centro responsable de la eyaculación se corresponde con los niveles L1-L2.
- Lesiones bajas (por debajo de L1): la respuesta será distinta en función de la intensidad de afectación existente en los niveles sacros; pero en teoría, si dicho centro está lesionado, es esperable que sólo aparezca erección psicógena. Ésta se caracteriza por presencia de tumescencia pero con imposibilidad de generar fuerza suficiente para poder penetrar. En la actualidad, se sabe que para lograr una penetración, el pene debe ejercer una fuerza de entre 500 y 1500 gramos.

El orgasmo y la eyaculación son posibles, si bien ésta no va acompañada de propulsión de líquido seminal. Es común sentir el orgasmo como una sensación placentera en la parte baja del abdomen y región interna de los muslos. Si la lesión baja es incompleta, habrá una erección no fuerte, acompañada de deseo miccional, que con ayuda puede permitir la penetración.

Cuando la lesión medular es incompleta, suele haber erección y eyaculación, pero a ciertos niveles medulares, esta eyaculación puede ser retrógrada, es decir, la emisión del semen se propulsa hacia la vejiga de la orina por no estar bien coordinado el reflejo eyaculatorio y persistir abierto el esfínter vesical durante las contracciones deferentes. En algunas ocasiones, la eyaculación se acompaña de emisión de orina.

- **Alteraciones respiratorias**

Mantener relaciones sexuales puede presentar determinadas dificultades para los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

Es un hecho que la disfunción eréctil suele aparecer con bastante frecuencia en pacientes con problemas respiratorios, lo cual se atribuye comúnmente a la hipoxia.

La hipoxia puede tener efectos sobre el tejido eréctil de los cuerpos cavernosos y del cuerpo esponjoso. En la medida que la sangre llega a los cuerpos cavernosos y sea más pobre en oxígeno, la fibra muscular lisa puede ver alterada su elasticidad y hacerse más fibrótica.

Tampoco debemos olvidar que los pacientes tienen que ser tratados con ventilación mecánica no invasiva (oxigenoterapia crónica a largo plazo), que reduce la actividad sexual del 35,8 % de los pacientes.

Otro de los posibles vínculos entre la EPOC y la disfunción eréctil puede ser la farmacoterapia aplicada para combatir este tipo de enfermedades respiratorias. La acción de los corticoides afecta a la respuesta sexual y por tanto también a la erección.

- **Factores psicológicos**

Según Farré y Lasheras especifican las siguientes causas para la disfunción eréctil.

- Factores predisponentes:
 - Educación moral y religiosa restrictiva.
 - Relaciones entre padres deterioradas.
 - Inadecuada información sexual.
 - Experiencias sexuales traumáticas durante la infancia.
 - Inseguridad en el papel psicosexual durante los primeros años.
 - Trastorno de la personalidad.
 - Modelos paternos inadecuados.

- Factores precipitantes:
 - Disfunción sexual previa.
 - Problemas generales en la relación de pareja.
 - Infidelidad.
 - Expectativas poco razonables sobre el sexo.
 - Disfunción en la pareja con la que se interacciona.
 - Algún fallo esporádico.
 - Reacción a algún trastorno orgánico.
 - Edad (y cambios en las respuestas como consecuencia de ésta).
 - Depresión y ansiedad.
 - Anorexia nerviosa.
 - Experiencias sexuales traumáticas.
 - Estrés.
 - Aborto (en algunas ocasiones).
 - Momentos especiales (episodios de cansancio, ansiedad o depresión).
 - Factores mantenedores de la disfunción.
 - Ansiedad ante la interacción sexual.
 - Anticipación de fallo o fracaso.
 - Sentimientos de culpabilidad.
 - Falta de atracción entre los miembros de la pareja.
 - Escasa comunicación entre los miembros de la pareja.
 - Problemas generales en la relación de pareja.
 - Miedo a la intimidad.
 - Deterioro de la autoimagen.
 - Información sexual inadecuada.
 - Escasez de estímulos eróticos.
 - Miedos o fobias específicas (miedo a la intimidad, a la pérdida de control, al embarazo, al rechazo o al cuerpo de la pareja).

- Escaso tiempo dedicado al galanteo o a las caricias antes de pasar al coito.
- Trastornos mentales (depresión, alcoholismo, anorexia nerviosa, ansiedad, etc.).

En última instancia, parece que la ansiedad de ejecución o desempeño es el factor último que desencadena la pérdida de erección, y actúa generalmente como precipitante o mantenedor de la disfunción.

Esta ansiedad es desencadenada según Abraham y Porto a lo que ellos llamaron factores generadores de ansiedad:

- Temor al fracaso.
- Obligación de Resultados.
- Altruismo excesivo.
- Autoobservación.

Según el modelo de Barlow, la demanda de las relaciones por parte de la pareja de la persona con disfunción eréctil hace que el individuo reaccione muy negativamente.

Siguiendo a este autor, el proceso sería el siguiente: la demanda de ejecución por parte de la pareja haría que el individuo generara unas actitudes negativas hacia la relación con percepción de falta de control. El individuo estaría concentrado en las consecuencias de su imposibilidad para penetrar, lo que aumentaría su ansiedad, con la consiguiente pérdida o ausencia de erección y, por tanto, la tendencia a la evitación sexual.

Por el contrario, los individuos con experiencias sexuales positivas, ante la demanda de relaciones sexuales por parte de la pareja, cabe esperar que tengan expectativa de correcta erección, es decir, una predisposición positiva, la atención centrada en las sensaciones eróticas, una respuesta adecuada y, como consecuencia, tendencia al acercamiento.

Partiendo de este esquema, la demanda de ejecución, junto con las dudas de la respuesta eréctil, harán que el individuo aumente su ansiedad y bloquee la erección.

El mecanismo se vuelve con el tiempo cada vez más perverso, ya que los pacientes con disfunción eréctil tienden, como se ha señalado anteriormente a la evitación de los momentos sexuales para no caer de nuevo en la frustración consecuente al fracaso y con la idea de no incitar a la pareja para no dejarla de nuevo insatisfecha.

Otra de las variables de mayor relevancia que hay que tener en cuenta es la relación de pareja. Se sabe que el habitual esquema de comunicación de los varones es distinto al de las mujeres. Los primeros, cuando tienen algún problema suelen omitirlo hasta que no encuentran una solución y se muestran callados y distantes, además, evitan a la pareja y ésta puede pensar que no le atrae físicamente o, aún peor, que existe alguna relación extramarital.

Ante esta situación, la pareja nunca va a responder de forma neutra, y variará con respecto a su propia respuesta sexual; así podemos diferenciar tres posibilidades:

- Mujeres con un buen nivel de satisfacción sexual.
- Mujeres con una sexualidad poco activa sin disfunción sexual.
- Mujeres que presentan alguna disfunción sexual.

Las primeras presentan conductas demandantes de mayor intensidad, y presionan constantemente a su pareja, obligándoles a buscar alguna solución al problema. En esos casos el paciente se ve atosigado, aumenta su ansiedad y consecuentemente sus conductas evitantes, y se escuda en argumentos tales como que “la sexualidad no es lo más importante de una relación”, y que “su pareja está obsesionada con el sexo”.

La mujer con alguna disfunción, por el contrario, suele reaccionar de dos formas bien distintas. Algunas suelen animar al paciente con disfunción eréctil quitándole importancia al problema, se muestran comprensivas, convencen al sujeto de que su problema no es grave y argumentan que la sexualidad es poco importante dentro de la relación de pareja. Otras achacan su propia disfunción al trastorno de su pareja, un fenómeno especialmente común entre mujeres anorgásmicas con facilidad para la excitabilidad.

Por último, quienes presentan una sexualidad poco activa suelen reaccionar de forma parecida a algunas mujeres disfuncionales, evitando la sexualidad y convenciéndose a sí misma de la escasa importancia del sexo en sus vidas.

En cualquiera de los casos descritos, las conductas de las parejas no facilitan la recuperación de la erección. Las mujeres, sobre todo las que no presentan ninguna disfunción, se hacen a lo largo del proceso varias preguntas:

- ¿Es por mi culpa?
- ¿Soy poco atractiva y por eso no se excita?
- ¿Habrá otra persona?
- ¿Habré estado demasiado centrada en los hijos o en el trabajo?

Todas estas dudas van generando un alto nivel de frustración en la mujer y hacen que se cuestionen su relación de pareja. Además, el varón, por lo general, no sólo no habla del asunto para aclarar la situación, sino que huye, se centra más en el trabajo, los amigos o las actividades deportivas, e intenta estar el menor tiempo posible a solas con su pareja.

Otro factor muy común, que agrava el ambiente de incomunicación y el descontento de la pareja, se debe a la poca consideración del paciente con disfunción eréctil, que en el momento que obtiene una erección casual, por temor a perder firmeza en el proceso, rápidamente intenta penetrar sin tan siquiera estimular a la pareja. También es corriente despertar a la mujer de madrugada porque se ha notado el pene erecto, para aprovechar la ocasión. Estas conductas no son interpretadas por la mujer con urgencia por conseguir la penetración y poder satisfacerla, sino como una prueba de egoísmo.

Si la evolución es prolongada en el tiempo, cuando se consiguen tomar medidas para recuperar la erección puede ser demasiado tarde porque la mujer “ha tirado la toalla” y no tiene el más mínimo interés por recuperar la sexualidad.

- Tratamiento

Salvo en el caso de aquellos que no tienen pareja, los problemas sexuales siempre afectan a más de una persona y, como hemos visto con anterioridad, la respuesta de la pareja va a desempeñar un papel importantísimo en la evolución del tratamiento. De ahí que toda disfunción sexual, y muy especialmente los trastornos de erección, deban ser tratados y evaluados en pareja, en la medida de lo posible.

- 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, la administración intracavernosa de fármacos vasoactivos y en el tercero la cirugía reparadora o la implantación de prótesis.

- Primer nivel

Inhibidores de la fosfodiesterasa 5

Actualmente se dispone en el mercado de tres potentes inhibidores de la fosfodiesterasa 5, que por orden de comercialización son; Viagra® (sildenafil, 1998), Cialis® (Tadalafilo, 2003) y Levitra® (Vardenafilo, 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, de manera que la erección no persiste cuando cede el estímulo, un problema que se da con la administración de fármacos intracavernosos. A su vez, esto hace que el riesgo de priapismo sea prácticamente nulo.

- Segundo nivel

Consiste en la utilización de drogas intracavernosas. En la actualidad se usan fundamentalmente PGE1, sola o asociada a fentolamina.

Este tratamiento tiene una alta tasa de abandono ya que aunque consigue una erección segura también tiene varios inconvenientes como:

- Tiene que ir al médico para que le inyecte el fármaco
- Requiere un pinchazo en la base del pene
- El tiempo de acción es limitado
- Tiene que programar la relación sexual
- Puede producir priapismo

- Tercer nivel

En el tercer nivel de tratamiento se encuentra la cirugía, encaminada a restaurar la vascularización o a implantar un prótesis.

• Tratamiento sexológico

Hasta la aparición de los fármacos inhibidores de la fosfodiesterasa 5, la eficacia de la terapia sexual ha sido superior al resto de las intervenciones en el tratamiento de la disfunción eréctil. La terapia sexual es sumamente eficaz y los fracasos terapéuticos se deben fundamentalmente a la falta de motivación y el abandono de la terapia. En la práctica diaria, se observa con frecuencia que los pacientes abandonan porque no observan erecciones al comienzo de la terapia.

La intervención sexológica está conformada por un conjunto de estrategias de carácter psicoterapéutico que se emplean con los siguientes fines:

- Tratamiento de la disfunción eréctil de carácter psicógeno.
- Optimización del tratamiento con fármacos en la disfunción eréctil.

- Rehabilitación de la respuesta sexual en aquellos casos en los que el tratamiento farmacológico no surte efecto.
- Adaptación y optimización de la respuesta en enfermedades crónicas que imposibilitan una erección.

Las técnicas más usualmente empleadas para el tratamiento de la disfunción eréctil son:

- Modelo de Masters y Johnson

Masters y Johnson desarrollan el primer y más importante estudio científico sobre los fenómenos que se observan en el organismo humano como respuesta al estímulo sexual. En él se distinguen cuatro etapas sucesivas que son: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Cualquier fallo en estas etapas se ha considerado como disfunción.

- Modelo de Kaplan

Parte de las propuestas de Masters y Johnson, pero su modelo se caracteriza por un concepto psicodinámico, una dinámica más flexible y mayor individualización en el tratamiento. Para Kaplan el proceso terapéutico debe permitir una modificación del sistema sexual destructivo, la resolución de conflictos, la emergencia del material psicodinámico no reconocido y que la pareja se conceda el permiso para disfrutar de la sexualidad. Esta autora considera que la primera erección se producirá por el empleo de dos técnicas:

- Focalización sensorial haciendo énfasis en la abstinencia inicial del orgasmo.
- Empleo provisional de fantasías para sustraerse de la ansiedad.

- Modelo de Zwang

Este autor propone una terapia centrada en el síntoma, por lo que resulta necesario recondicionar a hombres y mujeres sanos pero con una psicología erótica inadecuada. Para Zwang la terapia sexual está indicada en los problemas de origen funcional o en las secuelas funcionales de los problemas orgánicos. Los principios de este modelo terapéutico son los siguientes: intervenir junto con la pareja, establecer una terapia centrada en el presente, utilizar métodos anticonceptivos eficaces y prácticos, prohibir cualquier ocasión de repetición del fracaso, informar y desculpabilizar, restaurar el deseo sexual y conservar la relación terapéutica.

- Modelo de Hawton

Hawton propone un modelo que deriva de los trabajos previos anteriormente descritos. Tiene tres objetivos principales: proporcionar un enfoque estructurado que permita a la pareja reconstruir gradualmente sus relaciones sexuales, ayudar a identificar los factores específicos que mantienen la disfunción sexual y proveer a la pareja de técnicas específicas.

A diferencia de modelos anteriores, establece un programa de sesiones semanales al considerar que es más favorable tanto para las parejas como para el terapeuta, ya que permite más tiempo para practicar los ejercicios en su casa. Las sesiones de tratamiento no deben durar más de una hora, aunque en general, si la evolución es satisfactoria, se pueden realizar sesiones de 30-40 minutos. Algunas sesiones han de dedicarse a revisar la evolución, por lo que hay que advertir a la pareja de que su progreso se revisará de vez en cuando.

Hawton considera necesaria una introducción previa al tratamiento en la que se informe a la pareja de que se debe iniciar el programa con la sensación de comenzar de nuevo, dejando atrás fracasos previos, y considera la superación del problema como la mayor prioridad en la vida de la pareja. El modelo consta de un programa básico de asignación de ejercicios que incluye las siguientes etapas:

- Focalización sensorial no genital.
- Focalización sensorial genital.
- Contención vaginal.
- Contención vaginal con movimiento.

b. Eyaculación precoz

El hombre es uno de los animales que más tiempo tarda en eyacular. Los animales, dada la finalidad reproductiva de su sexualidad, no pueden dedicar mucho tiempo al coito pues supone una situación de peligro ante múltiples depredadores.

Probablemente la salida a la luz de informes sobre la sexualidad femenina y mensaje como el de “no hay mujer frígida sino hombres inexpertos”, en el contexto machista imperante, han hecho que el hombre se sienta responsable de la satisfacción sexual de la mujer. Esta responsabilidad es la causa de muchas disfunciones sexuales en el hombre y en especial, el miedo a no durar tiempo suficiente como para que la

mujer alcance el orgasmo, a pesar de que la consecución de orgasmos en la mujer no depende tanto del tiempo como de aspectos cualitativos.

- Definición

La clasificación de trastornos mentales CIE 10, define la eyaculación precoz como “la incapacidad de controlar la aparición de la eyaculación durante el tiempo necesario para que ambos participantes disfruten de la relación sexual”.

Masters y Jhonson afinan un poco más definiéndola como “incapacidad para retrasar el reflejo eyaculatorio durante la penetración el tiempo suficiente como para satisfacer a su pareja en el 50 % de sus contactos sexuales”.

En el DSM-IV, se define como “eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante, o poco tiempo después de la penetración, y antes de que la persona lo desee”.

- Etiología

Como en todas las disfunciones sexuales, la causa puede ser orgánica o psicológica. La causa psicológica parece tener más peso en la eyaculación precoz.

Existen causas orgánicas tales como fármacos o drogas estimulantes, factores irritantes cervicouretrales y prostáticos, que inducen a una eyaculación inmediata debido a que acortan el periodo de latencia eyaculatoria.

En cuanto a las causas psicológicas, Masters y Johnson determinaron que la causa fundamental de la eyaculación precoz es un condicionamiento a partir de unas primeras experiencias desagradables. Es lógico pensar que las primeras experiencias van a determinar en muchos casos la respuesta eyaculatoria del futuro, así como el hábito masturbatorio. Quienes se masturban tranquilamente, con fantasías, recreándose y haciendo pausas, tienen mejor respuesta eyaculatoria en pareja que quienes se masturban con fotos y de forma compulsiva con el fin de liberarse de una tensión.

En todo caso, se ha comprobado que mientras los hombres sin problemas en la eyaculación se centran en la excitación y satisfacción durante la respuesta sexual, los que sufren eyaculación precoz están preocupados por el control del orgasmo. Se muestran ansiosos ante un posible fracaso y tienen pensamientos relacionados con el mantenimiento de la erección.

No se debe olvidar que la mayoría de los eyaculadores precoces tienen una falta de información veraz sobre el sexo y muchos motivos que pueden causar ansiedad, como miedo a “no saber hacerlo”, a quedar como un “inexperto”, a “no dar la talla” o a no tener un pene lo suficientemente “poderoso”, entre otras razones. Todo ello, además, siempre va acompañado del fenómeno de la autoobservación de la respuesta, tanto propia como de la pareja, lo cual impide el abandono y genera cada vez un mayor nivel de ansiedad. Una ansiedad que aumentará el tono simpático cortical, el cual mandará una excesiva cantidad de impulsos al dentro medular y provocará una eyaculación más rápida de lo deseable.

- Tratamiento

Como en todas las disfunciones el tratamiento debería ser una combinación de fármacos con terapias sexológicas.

Existen fármacos que pueden ser utilizados para retardar la eyaculación.

- Antidepresivos tricíclicos

La clorimipramina ha sido ampliamente estudiada en este campo y consigue una media de tiempo de penetración de aproximadamente 6 minutos con 25 mg. En la misma dosis, durante dos meses, se ha comprobado que consigue retrasar la eyaculación hasta los 202 segundos. En individuos que tardaban 81 segundos en eyacular, con una dosis de 50 mg diario conseguían retardar la eyaculación hasta los 419 segundos.

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

Con menos efectos secundarios y un alto nivel de eficacia, se ha utilizado la fluoxetina, la paroxetina, el citalopram y la sertralina.

- Inhibidores de la fosfodiesterasa 5

El sildenafil no aumenta el tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal, pero sí la percepción de control eyaculatorio. Se han empleado con éxito la combinación de estos fármacos (sildenafil, vardenafilo y tadalafilo) con fluoxetina, pero el problema radica en que se incrementan los efectos secundarios.

- Anestésicos locales

Otra estrategia muy difundida consiste en el empleo de anestésicos locales y se ha comprobado que el uso tópico de un compuesto a base de lidocaína y prilocaína incrementa el tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal de 84 segundos a 11 minutos. Aún mejores resultados se pueden obtener con la mezcla de anestésicos y fármacos, y así se ha

usado fluoxetina más lidocaína con 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, se deben intentar alternativas terapéuticas que no disminuyan el placer, mecanismo en el cual se basan los anestésicos locales, ya que el nivel de abandono es muy elevado.

- Dapoxetina

Es el único fármaco desarrollado con indicación específica para el tratamiento de la eyaculación precoz. La dapoxetina es un inhibidor del transporte de serotonina con características farmacocinéticas adecuadas para ser tomado a demanda. Presenta el pico máximo una hora y media después de su ingesta, y queda en sangre sólo un 5 % de la dosis a las 24 horas.

En todo caso, la utilización de fármacos como única medida para el tratamiento de la eyaculación precoz conlleva un gran número de recaídas, por ejemplo, a las 3 semanas de abandonar la paroxetina, el 90 % de los pacientes vuelve a eyacular rápido. Por este motivo, parece más útil el empleo de fármacos combinados con la terapia sexual. Así, la utilización conjunta de sertralina con terapia sexual de corte conductual cognitivo en pareja conlleva un 90 % de éxitos terapéuticos.

c. Trastornos del orgasmo masculino

Bajo este epígrafe se encuentran la eyaculación retardada y la aneyaculación.

Son un trastorno muy poco frecuente y por este motivo las investigaciones realizadas a tal efecto son escasas y se tiende a equiparar a los dos cuadros dentro del mismo apartado y a entenderlos como un continuo dentro del proceso. Sin embargo, la experiencia clínica revela que ambas entidades no parecen tener mucho que ver, sobre todo desde el punto de vista etiológico y del pronóstico.

- Definición

El trastorno del orgasmo masculino, según la DSM IV debe cumplir los siguientes criterios:

- Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal, en el transcurso de una relación sexual que el clínico, teniendo en cuenta la edad del individuo, considera adecuada en cuanto a tiempo de estimulación intensidad y duración.

- El trastorno provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.
- El trastorno orgásmico no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (como pueden ser drogas o fármacos) o de una enfermedad médica.

Obviamente, en la definición no se tiene en cuenta a las personas que tienen una eyaculación retrógrada, que pueden percibir la sensación del orgasmo y no expulsar líquido seminal, el cual pasa a la vejiga urinaria y se mezcla con la orina.

- Etiología

Se han establecido como causas las lesiones medulares, la disección de nódulos linfáticos retroperineales, la diabetes mellitus, la mielitis transversa, la esclerosis múltiple y los trastornos psicológicos pueden ocasionar alteraciones de la eyaculación.

- Alteraciones orgánicas
 - Obstrucción de las vías seminales, generalmente debido a agenesia de vesículas seminales u obstrucción de los conductos eyaculadores, lo que suele suceder como consecuencia de procesos infecciosos.
 - Pérdida o disminución de la motilidad de las vías seminales, debido a la alteración mecánica o farmacológica de la innervación responsable de la eyaculación. Entrarían en este apartado las lesiones medulares, la mielopatías, la neuropatía diabética y la neuropatía alcohólica, además de todos los fármacos y drogas que interfieren en la innervación.
 - Problemas hormonales. La hiperprolactinemia se ha descrito como responsable de este trastorno en algunas ocasiones, y se retorna a la normalidad tras el tratamiento adecuado.
 - Causas iatrogénicas, como la cirugía abdominopelvíana, la lifadenectomía retroperineal, la resección transuretral, etc.

- Factores psicológicos

Casi todas las eyaculaciones retardadas obedecen a cuestiones psicológicas, donde la ansiedad de ejecución suele ser la responsable última del retardo eyaculatorio o factor mantenedor del proceso. No obstante, cabe destacar, que hombres con eyaculación retardada, claramente de origen psicógeno (que son rápidos en la masturbación y con frecuentes poluciones nocturnas), en ocasiones, no presentan ninguna característica que se pueda catalogar como patológica.

- Tratamiento

El tratamiento que se utiliza es psicológico. Habitualmente se utiliza la estrategia descrita por Masters y Johnson. Con la incorporación de las maniobras puente establecidas por Kaplan. Se trata de una sensibilización sistemática in vivo junto con la técnica conductual de aproximaciones sucesivas.

La utilización de medicamentos para solucionar la eyaculación retardada es la gran tentación, pero en ninguna otra disfunción se ha obtenido un resultado tan malo con el empleo de fármacos. En la actualidad no existe ningún medicamento que contribuya de forma eficaz a resolver el problema de la eyaculación retardada o la aneyaculación.

B. Disfunciones sexuales en la mujer

Las disfunciones más frecuentes en la mujer son los trastornos del orgasmo, vaginismo y dispareunia, deseo sexual hipoactivo, trastorno de la excitación y aversión sexual.

a. Trastornos del orgasmo

Los trastornos del orgasmo en las mujeres se deben a que por algún motivo no tienen o no alcanzan el orgasmo. Esto se convierte en un problema cuando causa malestar psicológico a la paciente y por consiguiente también repercute en su pareja.

- Concepto de anorgasmia

Según la CIE-10 la define cuando “el orgasmo no ocurre o está notablemente retrasado”. La definición del DSM-IV es más completa; “ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal. Las mujeres muestran una amplia variabilidad en el tipo o intensidad de la estimulación que desencadena el orgasmo.

El diagnóstico de trastorno orgásmico femenino debe efectuarse cuando la opinión médica considera que la capacidad orgásmica de una mujer es inferior a la que correspondería por edad, experiencia sexual y estimulación sexual recibida.”

- Etiología

Como en todas las disfunciones, las causas que provocan la anorgasmia pueden ser de origen orgánico o psicológico. Aunque comience con una causa orgánica, a la larga afectará psicológicamente a la paciente y a su pareja, pues el hecho de que las relaciones sexuales no sean satisfactorias causan malestar.

- Causas orgánicas

La fisiología del orgasmo es bastante compleja, de forma que cualquier alteración orgánica o funcional, que interfiera con algunos de los mecanismos implicados, puede ocasionar la inhibición de la respuesta. No obstante, parece que sólo en el 5 % de las anorgasmias aparecen factores de carácter orgánico, el resto se debe a causas psicológicas. Entre las causas orgánicas más frecuentes se encuentran las que se citan a continuación:

- Alteraciones neurológicas

De entre las afecciones neurológicas, la que más frecuentemente favorece la aparición de la anorgasmia es la lesión medular, que aunque es mucho más frecuente en hombres, va aumentando progresivamente su aparición en mujeres.

- Alteraciones metabólicas y endocrinas

La diabetes ocupa el puesto más importante, no sólo por su mayor incidencia sino también por su enorme patogenicidad sobre la respuesta sexual.

En el hiperaldosteronismo parece que el exceso de potasio, causante de las parestesias y la debilidad muscular, tiene que ver con la alteración del orgasmo. También disminuye la capacidad orgásmica en mujeres que padecen enfermedad de Adison y síndrome de Cushing.

El hipotiroidismo dificulta el orgasmo pero, sobre todo, disminuye el deseo.

- Drogas y fármacos

El alcoholismo altera el orgasmo al 15 % de las mujeres, baja la intensidad en todas y disminuye la excitabilidad aproximadamente al 40 %. Referente a los fármacos destacan por su intensidad y frecuencia de uso, los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

- Causas psicológicas de la anorgasmia

Antes de determinar las causas que conducen a la anorgasmia, es necesario precisar que en nuestra cultura existen dificultades en el aprendizaje del orgasmo. Para comenzar, desde la más tierna infancia, el tratamiento que se le da a los genitales es confuso. Cuando la niña es pequeña y está aprendiendo a nombrar las distintas partes del cuerpo, los genitales sufren una consideración especial, de tal forma que si la oreja es la oreja y la nariz se llama nariz, los genitales reciben diversos nombres, distintos de los suyos propios, o bien, se omiten. De la misma manera, en los dibujos y esquemas de anatomía escolares el clítoris no aparece, como si todas las mujeres estuvieran clitoridectomizadas. Esto, junto con la idea de la suciedad de los genitales, favorece que muchas mujeres apenas se los toquen ni tan siquiera para el aseo personal. Así, bastantes mujeres con anorgasmia desconocen el aspecto de sus genitales, los cuales no han observado en ninguna ocasión.

En el mismo sentido, en nuestro medio, hasta no hace mucho tiempo, la primera menstruación sorprendía a la niña sin saber de qué se trataba. En épocas pasadas era común no informar ni tan siquiera de los aspectos reproductivos de la sexualidad. Afortunadamente, ahora el ciclo menstrual es explicado, al menos en la escuela, pero todavía muchas chicas, aunque conocedoras del proceso, viven con auténtica angustia la menarquía, momento partir del cual se le comenta a la niña que ya es una “mujer”, que ya puede tener hijos y que tiene que tener cuidado con los hombres.

En resumen, es común que la menstruación se perciba como una enfermedad, “estar mala con la regla”. Si a eso añadimos el miedo mítico a la desfloración, en la cual muchas mujeres presuponen un fuerte dolor o un sangrado intenso no parece que todo este elenco de cuestiones facilite una buena relación con los propios genitales, muy a diferencia del varón, que desde pequeñito ha venido relacionando sus erecciones con el placer y probablemente ha recibido halagos paternos en situaciones eréctiles.

Otro alto escollo en la erótica femenina lo constituye la estética. Son pocas las mujeres que a lo largo de su vida no se ven expuestas a la realización del algún régimen de adelgazamiento y a largas horas de ejercicio físico para semejar su aspecto físico al de los modelos televisivos.

Los miedos y la poca familiaridad con los genitales, junto con un medio social que en absoluto favorece el crecimiento erótico, van a facilitar que la mujer se adhiera a creencias que eviten el desarrollo de su erotismo. Gran parte de las mujeres con disfunción del orgasmo y deseo sexual inhibido responden al esquema de sentirse satisfechas por lo poco accesible que han sido al sexo contrario.

En el proceso de aprendizaje, las actitudes paternales hacia la sexualidad, las muestras de cariño entre los padres, las posiciones ante el desnudo, los comentarios sobre sexualidad, etc., van a favorecer un desarrollo en un sentimiento erotofóbico o erotofílico. A diferencia del varón, que en su proceso evolutivo se ve empujado hacia la admiración de las mujeres, a ella se le educa en el sentido de tener cuidado con los hombres. De esta forma es difícil abandonarse, y sin abandono no puede haber placer. Por otra parte, la necesidad actual de alcanzar el orgasmo como finalidad única en la relación sexual convierte la relación sexual en una carrera de obstáculos donde abandonarse al placer resulta, como mínimo, complicado.

Parece lógico que las diferencias educativas, en el proceso del desarrollo psicosexual, tengan que ver con la disparidad en las cifras de prevalencia de alteración del orgasmo entre hombres y mujeres.

Para Masters, Johnson y Kolodny, las causas psicógenas de la anorgasmia serían:

- Dicotomía entre los valores aprendidos y lo que se les solicita socialmente a nivel sexual.
- Ortodoxia religiosa y actitud negativa hacia la desnudez.
- Experiencias sexuales traumáticas.
- Culpabilidad.
- Estados depresivos.
- Comunicación ineficaz y hostilidad hacia la pareja.
- Aburrimiento o monotonía en las prácticas sexuales.
- Ignorancia sexual.

- Actitudes negativas hacia la masturbación.
- Miedo a perder el control.
- Tratamiento

El tratamiento es psicológico

Kaplan afirma que “a menos que se den enfermedades físicas o mentales graves, o se interponga un conflicto conyugal insuperable, todas las mujeres son capaces de tener orgasmos. Apenas hemos encontrado una mujer que no es capaz de aprender cómo conseguir el clímax”.

Todos los modelos sexológicos incluyen entrenamiento en masturbación y mecanismos para inhibir la ansiedad, y se ha puesto de manifiesto que la masturbación es sumamente eficaz para el tratamiento. Casi todos los autores incluyen también los ejercicios de Kegel, aunque no se ha verificado que haya diferencias significativas en cuanto al orgasmo por el uso de ejercicios.

b. Trastornos por dolor: vaginismo y dispareunia

El dolor, además de molesto, genera miedo y sensación de enfermedad. Por ese motivo, las mujeres que experimentan dolor durante las relaciones sexuales o las que no pueden acceder a la penetración y, por tanto, no pueden quedarse embarazadas, son plenamente conscientes de que algo malo sucede. Así, salvo excepciones, más tarde o más temprano solicitan consejo profesional.

La dispareunia y el vaginismo son dos cuadros totalmente diferentes. En un principio, el vaginismo supone un importante problema de salud porque, además de impedir la fecundación de forma natural, evita que la mujer pueda realizarse exámenes sanitarios como, por ejemplo, la necesaria y periódica citología. Pero aún peor es la repercusión que tiene sobre la autoestima de la mujer, que tiene un problema para hacer una normal vida sexual y en pareja, y es la primera causa del “matrimonio no consumado”. No obstante, el vaginismo, en manos de personal especializado en sexología, tiene un excelente pronóstico.

La dispareunia no suele tener una repercusión tan importante en la autoestima femenina y, sin embargo, en algunas ocasiones el pronóstico es sombrío.

- Definición

Dispareunia: significa etimológicamente “mal coito o coito dificultoso”.

El DSM-IV la define con los siguientes criterios:

- Dolor genital recurrente o persistente asociado a la relación sexual.
- La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.
- No es debida a vaginismo o falta de lubricación, no se explica mejor por la presencia de cualquier otro trastorno del Eje I y no es debida exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.

Vaginismo: es un proceso que consiste en la contracción espasmódica de la musculatura que rodea el tercio externo de la vagina, justo cuando se va a proceder al coito. Esta contracción impide la introducción del pene en la vagina aunque la lubricación pueda ser correcta y la erección adecuada.

En el DSM IV la característica esencial del vaginismo es la contracción involuntaria, de manera recurrente o persistente, de los músculos perineales del tercio externo de la vagina, frente a la introducción del pene, los dedos, los tampones o los espéculos.

La existencia del vaginismo no presupone ausencia de excitación; de hecho, los casos leves se caracterizan por un comportamiento sexual muy satisfactorio en cuanto a caricias y todo tipo de estimulación que no sea intravaginal, pudiendo alcanzar el orgasmo sin dificultad. La mayoría de los casos, no obstante, suelen ir acompañados de un cierto grado de fobia sexual, y en ocasiones, de un trastorno de excitabilidad.

La diferencia entre vaginismo y dispareunia es que en el vaginismo la mujer es incapaz de introducir nada dentro de la vagina, es decir, es incapaz de introducir el pene, un dedo y mucho menos un espéculo para realizarse una citología, por ejemplo. En la dispareunia, aun siendo bastante doloroso, si que se pueden introducir los dedos o un espéculo en la vagina.

- Etiología

Las causas, como en todas las disfunciones pueden ser porque haya algún problema orgánico o bien por una causa psicológica. Bien es verdad, que cuando la causa es orgánica, a la larga, termina haciendo daño psicológico a la persona, pues el hecho de no poder tener una vida sexual normal causa malestar.

- Causas orgánicas del vaginismo

Cualquier afección de los órganos pélvicos que haga dolorosa la penetración o que cause dolor en épocas pasadas puede constituir la base para que se establezca una respuesta espasmódica en la entrada vaginal. Uno de los problemas causantes del vaginismo primario consiste en la persistencia de un himen hipertrófico. Hay mujeres cuyo himen es más grueso de lo habitual y puede ser difícil de romper, en este caso los intentos de coito son dolorosos y la vagina se defiende cerrándose.

Entre los factores físicos más frecuentes se encuentran:

- Himen rígido.
- Contrafuertes himenales rígidos.
- Endometriosis.
- Inflamación de la pelvis (ovaritis, salpingitis, endometritis, cervicitis).
- Relajación de los ligamentos uterinos, vesicales y/o rectales.
- Tumores pélvicos.
- Estenosis de la vagina.
- Carúnculas uretrales.
- Hemorroides.

La mayor parte de estos procesos no implican directamente el introito vaginal. Sin embargo, pueden producir dolor en la penetración y, por tanto, condicionar un espasmo del tercio externo de la vagina.

- Causas psicológicas del vaginismo

Entre las causas predisponentes se suelen encontrar actitudes erotofóbicas por una educación puritana estricta, falta de información sexual, abusos sexuales, una mala socialización del control de esfínteres, miedo excesivo al embarazo, etc.

Los factores precipitantes se resumen fácilmente en miedo y dolor. Es mucho más frecuente el miedo, puesto que de hecho es el causante del dolor la mayoría de las veces. Por ejemplo, muchas mujeres, cuando van a ser exploradas, justo en el momento de entrar en contacto la mano con los genitales, ya comienzan a quejarse de dolor, antes de que se haya intentado ninguna maniobra exploratoria.

Como factores mantenedores, lo más habitual es que se produzcan factores generadores de ansiedad, que son: miedo al fracaso, obligación de resultados, altruismo excesivo y autosupervisión.

Así es común, que la ansiedad desarrollada por miedo al dolor o simplemente la vergüenza a que la relación no acabe en penetración (obligación de resultados), una dedicación exhaustiva en satisfacer a la pareja para compensar el déficit (altruismo excesivo), junto con la evaluación permanente sobre si los genitales tienen la lubricación adecuada (autosupervisión) conducen a una falta de abandono y al bloqueo consecuente de la vagina.

A nivel cognitivo hay que añadir los pensamientos negativos que aparecen de forma intrusiva: "no podré", "no sirvo como mujer", "soy un desastre", etc.

- Causas orgánicas de la dispareunia

La dispareunia superficial puede deberse a un himen rígido, tabicado o septo, a una bartolinitis y a una vestibulitis vulvar. También puede ser debida a una inflamación del complejo prostático femenino (glándulas uretrales, parauretrales y de Skene).

La dispareunia vaginal casi siempre es debida a una falta de lubricación causada por problemas hormonales, síndrome de Sjögren, fármacos, etc.

Las causas más frecuentes de la dispareunia profunda son la cervicitis, la endometriosis y la enfermedad inflamatoria pélvica. A veces, un pene excesivamente grande empujando un útero en retroflexión puede ser causa de dolor.

- Tratamiento

Para el tratamiento del vaginismo se utiliza la terapia sexológica. Concretamente se hace una desensibilización in vivo que consiste en lo siguiente: tras una minuciosa información, se relaja a la paciente y se le van introduciendo en consulta sucesivos dilatadores vaginales.

c. Deseo sexual hipoactivo

La falta de deseo o mejor dicho, el deseo sexual hipoactivo supone uno de los retos más importantes de la sexología clínica. Es la disfunción cuya incidencia aumenta a mayor ritmo y probablemente la que más fracasos terapéuticos tiene.

- Definición

En la última revisión del DSM-IV se habla de deseo sexual hipoactivo cuando hay “una disminución (o ausencia) de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente. La alteración provoca malestar o dificultades interpersonales”.

- Etiología

Las causas, como en todas las disfunciones pueden ser porque haya algún problema orgánico o bien por una causa psicológica. Bien es verdad, que cuando la causa es orgánica, a la larga, termina haciendo daño psicológico a la persona, pues el hecho de no poder tener una vida sexual normal causa malestar.

- Factores orgánicos

Las alteraciones neuroendocrinológicas, los trastornos hormonales, las enfermedades metabólicas y otras afecciones crónicas influyen de forma negativa.

Cabe destacar que los bajos niveles de estrógenos disminuyen la lubricación, favorecen la pérdida de elasticidad de las paredes vaginales y, por tanto, tienen que ver con la excitabilidad, lo que termina repercutiendo en el deseo. Además, se ha demostrado que la testosterona facilita la relajación del músculo liso vaginal. Por tanto, un déficit de testosterona no sólo va a favorecer la pérdida del deseo, sino que influirá también en el nivel de excitabilidad.

A nivel práctico, cuando una mujer acude a consulta aquejada del deseo sexual hipoactivo, desde el punto de vista orgánico, habrá que pensar como etiología más frecuente en:

- Alteraciones hormonales: una disminución de andrógenos, una subida de prolactina o cambios hormonales propios de la menopausia.
- Medicamentos: los fármacos que más frecuentemente están relacionados con una falta de deseo son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

- Causas psicológicas

La mayoría de los autores centran el conflicto en la ansiedad y en los problemas de pareja.

Otros factores citados comúnmente son el estrés, los estados depresivos y la baja autoestima.

- Tratamiento

El tratamiento de esta disfunción puede ser farmacológico o con terapias sexológicas. Está demostrado que cuando se combinan estas dos modalidades, el éxito del tratamiento es mayor.

- Tratamiento farmacológico

Las mujeres menopáusicas con déficit androgénico presentan un descenso del deseo, fatiga crónica, y en general, una disminución de la sensación de bienestar. De tal forma, si la paciente presenta signos clínicos, conviene ver, en primer lugar, si los valores estrogénicos son adecuados. En el caso de que tenga unos valores bajos, se recomienda administrar una terapia de sustitución de estrógenos. Si los síntomas persisten a pesar de tener un valor normal de estrógenos, conviene buscar otras causas que puedan originar dicha sintomatología, como puede ser una depresión, anemia, hipotiroidismo o cualquier enfermedad sistémica. Si se desestiman todas estas causas, entonces se recomiendan medir los niveles de testosterona y de andrógenos.

La testosterona administrada junto a estrógenos mejora el deseo sexual con respecto a los estrógenos solos en mujeres menopáusicas.

También se pueden usar psicofármacos pero hay que tener en cuenta que no hay ninguno que tenga una indicación exclusiva para tratar la falta de deseo. Sin embargo, en casos con cierto nivel de disforia, o en casos donde la falta de deseo va acompañada de un episodio depresivo puede ir bien.

- Tratamiento sexológico

Kaplan afirmaba que los resultados terapéuticos eran pobres y encontró que en un 25 % de los casos coexistían grandes trastornos de ansiedad, por lo que asociaba alprazolam al tratamiento psicoterapéutico. De forma resumida, la estrategia consistía en:

- Desensibilización a través de focalización sensorial.
- Enfrentamiento a las ideas negativas y a la ansiedad anticipatoria.
- Utilización de fantasías eróticas y entrenamiento con ellas.
- Empleo de biblioterapia.

C. Actuación de la matrona

El diagnóstico y tratamiento de todas las disfunciones deben ser tratadas desde un punto de vista multidisciplinar. La matrona puede formar parte de este equipo multidisciplinar, ya que en el desarrollo de sus funciones y al estar en contacto con las mujeres, y por extensión con sus compañeros, pueden detectar problemas de tipo sexual en la pareja.

La matrona a través de una entrevista y mientras realiza la historia clínica se puede hacer una idea de cómo funciona la pareja, si las relaciones sexuales son satisfactorias o si tienen algún tipo de problema que cause malestar tanto a la paciente como a su pareja. En caso de detectar alguna anomalía, debe tener la formación necesaria para asesorar correctamente a la pareja, derivarla al profesional adecuado y saber trabajar en equipo con el resto del equipo multidisciplinar para ayudar a solucionar los problemas que pueda tener la pareja.

No debemos olvidar que los temas sexuales son a día de hoy un tabú para nuestra sociedad. Por lo tanto, si un paciente te cuenta que tiene algún tipo de problema realmente es porque le causa malestar y confía en ti, como profesional, para que le ayudes a encontrar una solución. En este malestar, aparte de que pueda haber alguna causa orgánica, casi siempre va acompañado de un daño psicológico y que afecta a los dos miembros de la pareja. Por eso, es imprescindible que a la matrona no se le pasen estos detalles por alto y en muchas ocasiones pueden ser la puerta de entrada y la solución a muchas parejas.

Otro punto de interés sería que la matrona conociera en qué consisten los tratamientos actuales, ya sean farmacológicos o psicológicos, que incluyen las terapias sexológicas. De esta forma, la matrona puede dar apoyo emocional a los pacientes y ayudarles a una mejor adhesión al tratamiento.

2.10. Problemas de salud y conducta sexual. Principales problemas que causan trastornos en la sexualidad. Atención de la matrona

A. Problemas de salud y conducta sexual

Frecuentemente los problemas que afectan a la salud, como las enfermedades crónicas y las discapacidades, afectan a la vida sexual de las personas.

Las alteraciones de la sexualidad que son ocasionadas por una enfermedad crónica pueden ser de origen multifactorial y en su desarrollo contribuyen factores tanto orgánicos como psicológicos. La afectación orgánica puede derivar de la propia fisiopatología, de sus manifestaciones clínicas (fatiga, astenia, dolor...) y de los tratamientos médicos o quirúrgicos empleados; y psicológicamente el proceso de enfermedad puede acarrear problemas de autoestima, ansiedad y depresión, que también influyen directamente en la salud sexual del individuo. Además, es fácil que una enfermedad ocasione, a su vez, problemas sociales, laborales, familiares y de pareja.

La respuesta sexual depende de mecanismos neurológicos, vasculares, endocrinos y musculares; por lo tanto, si una enfermedad, física o psicológica, produce la alteración de uno o más de estos sistemas probablemente la función sexual quede afectada, pudiendo llegar a causar disfunción en algunos casos.

Por otro lado, en todas las disfunciones sexuales existen factores somáticos y psicológicos. Cuando las enfermedades son tratadas, y se elimina el origen somático de una disfunción sexual, la respuesta sexual puede seguir alterada ya que tienen un gran componente psicológico. La disfunción sexual sigue presente aunque no exista el factor precipitante (enfermedad orgánica), esto es debido a que los factores psicológicos como la ansiedad anticipatoria, problemas de autoestima, miedos... no se han solucionado. De todo esto se deduce que las disfunciones sexuales derivadas de cualquier enfermedad, requieren de un tratamiento multidisciplinar y de carácter sexológico, incluso terapia sexual en algunos casos.

En el contexto de la sanidad, el personal que atiende a pacientes crónicos y discapacitados no suele plantearse las repercusiones sexuales de las enfermedades en la vida personal, con lo cual el problema puede pasar desapercibido.

En el contexto de una enfermedad crónica, la situación sexual puede ser evaluada en términos de estrés de diversas maneras: a través de preocupaciones sobre la salud sexual, temores o inseguridades respecto al desempeño sexual, sentimientos de insatisfacción por los cambios vividos en el cuerpo, la sexualidad y su impacto sobre la relación de pareja, dificultades para disfrutar de sensaciones eróticas, necesidad de vínculos eróticos diferentes, posibilidades reales de expresarlos en la relación, y su confrontación con creencias y estereotipos sexuales.

B. Principales problemas que causan trastornos en la sexualidad

a. Enfermedades neurológicas

El cerebro se encarga de procesar los impulsos que recibe para producir una respuesta, por lo tanto al recibir un estímulo sexual (inducción psicógena o reflexógena) pone en marcha la respuesta sexual a través de los centros medulares responsables de la intumescencia genital (dorsolumbar y sacro).

Por lo tanto, las enfermedades de origen neurológico van a afectar directamente a la sexualidad. Las alteraciones del sistema nervioso a cualquier nivel van a influir sobre la respuesta sexual. Estos factores, pueden suponer entre el 10 y el 20 % de las disfunciones de origen orgánico.

Los principales procesos que pueden afectar a la sexualidad son:

- Lesiones centrales: tumores, epilepsia, ictus, traumatismos, etc.
- Lesiones en el aparato neurológico inferior: esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica (ELA), poliomielitis, siringomielia, espina bífida, hernia discal o tumor, cirugía o traumatismo de la columna, etc.
- Alteraciones del sistema nervioso central
 - Epilepsia

La epilepsia es un síndrome neurológico que causa crisis epilépticas. Las crisis epilépticas son las manifestaciones clínicas de una descarga anormal en un grupo de neuronas localizadas, de la corteza cerebral o de la profundidad del parénquima cerebral (Fig. 2.20).

Numerosos estudios epidemiológicos han encontrado que la prevalencia de la disfunción sexual en personas epilépticas oscila entre el 22 y el 86 %.

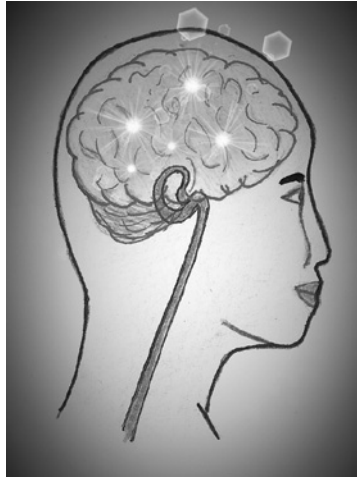


Fig. 2.20. Epilepsia

Las alteraciones en la conducta sexual de sujetos epilépticos puede ser diferente según se produzcan durante la crisis, el aura o en los periodos intercríticos. Durante la crisis y el aura se han descrito trastornos por hipersexualidad, algunos pacientes pueden experimentar auras eróticas o sensaciones sexuales, también durante la crisis. Sin embargo, durante el periodo intercrítico en los hombres es frecuente el deseo sexual hipoactivo o inhibido, la disfunción eréctil y alteraciones en el orgasmo; en mujeres, a pesar de que existen menos estudios al respecto, se ha encontrado un menor interés sexual, menor actividad sexual y mayor incidencia de vaginismo.

La causa de la disfunción sexual en la epilepsia es compleja y multifactorial, principalmente por la propia enfermedad, el tratamiento antiepiléptico y los problemas psiquiátricos y psicosociales acompañantes.

La medicación utilizada (carbamazepina, fenitoína, primidona) puede interferir en la función sexual produciendo una disminución de los niveles de testosterona libre y un incremento de estradiol, responsable del fallo del eje hipotálamo-hipofisogonadal. Otros fármacos como la lamotrigina parecen tener un efecto positivo sobre la función sexual.

El manejo de las disfunciones sexuales en pacientes epilépticos requiere de una atención multidisciplinar donde participen neurólogo, endocrino, urólogo, especialistas en ginecología, sexólogo, psicólogo, etc.

- Ictus cerebral

Es muy frecuente que las personas que han sufrido un ICTUS presenten dificultades en su vida sexual.

La prevalencia de la insatisfacción sexual es muy alta tanto en los afectados como en sus parejas. Cursan con disfunciones sexuales entre el 60 y el 80 % de los que han padecido esta enfermedad.

La etiología de las disfunciones sexuales es multifactorial, la afectación motora y sensitiva es variable y puede afectar a una o a varias partes del cuerpo.

Algunos pacientes han expresado tener miedo a reiniciar las relaciones sexuales tras un ICTUS por miedo a tener otro, los estudios demuestran que no están relacionados.

Se pueden volver a mantener relaciones sexuales cuando la persona se considere preparada. En el caso de que exista un problema relacionado con la actividad sexual, el personal sanitario debería dar información y consejos para poder mejorarla así como comprobar si existe un tratamiento adecuado.

- Alzheimer

Entre el 2 y el 15 % de los enfermos de Alzheimer presentan graves alteraciones de la conducta sexual. Con frecuencia, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias relacionadas con la vejez provocan cambios anómalos en el comportamiento sexual.

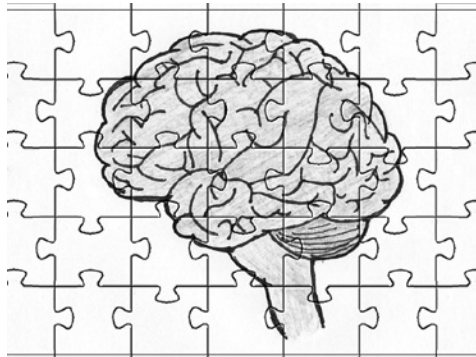


Fig. 2.21. Enfermedad de Alzheimer

Los problemas sexuales más frecuentes son la indiferencia hacia la actividad sexual y disminución del deseo sexual junto con la disfunción eréctil en los hombres (53 %). Este cambio en la conducta sexual puede repercutir negativamente tanto a la persona afectada como a su pareja, si la hay. Sería importante informar a la pareja sobre la posibilidad de que se produzcan estas alteraciones del patrón sexual y que son consecuencia de la enfermedad, no porque el amor haya acabado; animando a la pareja a que le ofrezca muestras de cariño, abrazos, caricias, besos... y accediendo a mantener relaciones sexuales cuando a ambos les apetezca.

Sin embargo, el 10 % de los enfermos de Alzheimer que presentan un cambio en la conducta sexual pueden manifestar un estado de desinhibición y agresividad sexual. Estos trastornos pueden ocasionar un grave problema para las parejas, familiares y cuidadores, incluso a otras personas si ingresan en centros institucionales o residencias. El tratamiento de dicho comportamiento es complejo, requiere un abordaje psiquiátrico y farmacológico.

- Parkinson

La disfunción sexual en enfermos de Parkinson es uno de los síntomas que más afectan a su calidad de vida, así como a sus parejas sexuales. Su prevalencia se estima entre el 35 % y el 85 %.

La dopamina es un neurotransmisor prosexual, facilita la motivación sexual, los reflejos genitales y la eficiencia copulatoria; en la mujer, está implicada en la disminución de los niveles de prolactina y en el aumento de oxitocina, cambios hormonales con efecto facilitador de la actividad sexual.

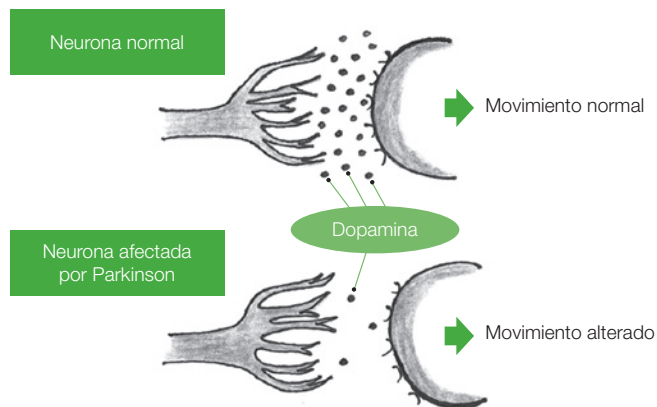


Fig. 2.22. Enfermedad de Parkinson

Se ha descrito que, además de la pérdida de dopamina, tienen disminuidos los niveles de testosterona.

Las causas que las provocan son diversas: factores fisiológicos, psicológicos, neurobiológicos y farmacológicos. La edad es el principal factor de riesgo de disfunción sexual, ya que en los pacientes de edad avanzada es donde la enfermedad de Parkinson es más frecuente; por ello, es importante discernir si las causas de la disfunción resulta de esta patología o está relacionada con otras enfermedades frecuentes en la vejez como diabetes, arteriosclerosis, HTA...

En enfermos de Parkinson la disfunción sexual es algo más frecuente en el hombre que en la mujer.

En los hombres puede haber una prevalencia de disfunción eréctil de entre un 60 y un 85 %, es la más frecuente; también pueden manifestar eyaculación precoz, pérdida de la capacidad de eyacular e insatisfacción sexual, el deseo sexual no suele verse afectado.

En las mujeres predominan la disminución del deseo, trastornos relacionados con el orgasmo (anorgasmia o descenso de la frecuencia de orgasmos) e insatisfacción sexual.

El tratamiento dopaminérgico puede mejorar la función sexual en algunos pacientes.

El uso de agonistas dopaminérgicos, levodopa, inhibidores de la monoaminoxidasa B (IMAO-B) y tras palidotomía (destrucción de una región del cerebro implicada en el control del movimiento) y estimulación cerebral se ha asociado a la aparición de hipersexualidad y parafilias (22 %) en pacientes jóvenes varones. Se puede producir desde un aumento de la libido hasta la masturbación obsesiva, uso compulsivo de pornografía o prostitución, e incluso la aparición de distintas parafilias graves como la pedofilia o el abuso sexual. Se produce por una alteración de los sistemas cerebrales de recompensa. Son casos de difícil diagnóstico que normalmente no se relacionan con la enfermedad. Cuando se detecta el problema se podría tratar disminuyendo o suspendiendo la dosis de los fármacos responsables.

- Alteraciones medulares
 - Esclerosis múltiple

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad crónica multifocal desmielinizante del sistema nervioso (Fig. 2.23). Suele afectar a adultos jóvenes y es más frecuente en mujeres que en hombres (2:1), su mayor incidencia es de los 20 a los 40 años. Del 50 al 75 % de las personas que la padecen presentan alguna disfunción sexual relacionada con la propia enfermedad, sin embargo, existen pocos estudios al respecto.

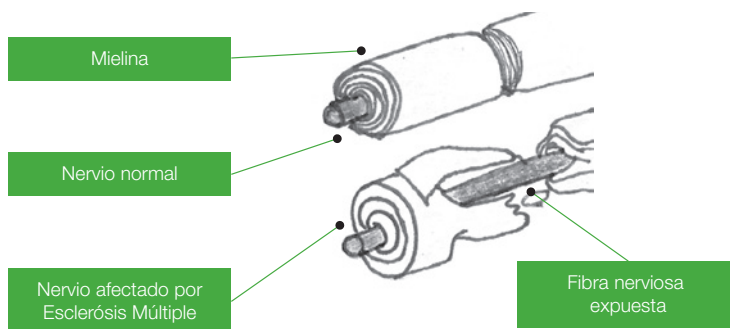


Fig. 2.23. Esclerosis múltiple

A pesar de ello, los pacientes no suelen referir este tema en la consulta, frecuentemente por pudor, es necesario preguntarles directamente sobre este problema para así poder asesorarles de forma adecuada.

En la fase inicial de la enfermedad puede existir un entumecimiento parcial de los órganos genitales, a veces, hasta un pequeño roce puede producir sensaciones desagradables e irritantes, provocando hasta dispareunia en las mujeres.

En una fase más avanzada, más del 50 % de los afectados presentan disfunción eréctil y falta de eyaculación en varones, y anorgasmia y disminución de la sensación genital en las mujeres; esto implica la falta de satisfacción sexual. Resulta por tanto, de suma importancia reconocer y tratar este problema que impacta de forma negativa la calidad de vida del enfermo con EM y que puede interferir con el desempeño y mantenimiento de sus relaciones personales.

La aparición de las disfunciones no sólo está relacionada con las alteraciones neurológicas de la propia enfermedad (disfunción sexual primaria), sino también por la presencia de fatiga, debilidad, espasticidad, dolor, incoordinación, dificultad para la movilización y disfunción intestinal y vesical; por otro lado, los medicamentos que toman producen efectos secundarios y agravan la situación (disfunción sexual secundaria).

Además, los aspectos emocionales, psicológicos, sociales y culturales también repercuten negativamente sobre la sexualidad (disfunción sexual terciaria). Se producen cambios negativos en la autoestima, el humor y la imagen corporal que hacen sentirse menos atractivos; por otro lado, el sentimiento de dependencia puede impactar de forma importante en sus relaciones íntimas. Todos estos factores pueden derivar a un estado de depresión o ansiedad.

- Lesión medular

La lesión medular produce alteraciones de la función motora, sensitiva o autónoma, con diversas consecuencias psicosociales para la persona y su familia, es generadora de discapacidad. Estas alteraciones van a depender del nivel de la lesión, grado de afectación y extensión. En caso de lesión completa se puede producir paraplejia o tetraplejia; se pierden todas las sensaciones corporales por debajo de la zona de la lesión neurológica, se pierde el reflejo urinario e intestinal y, a su vez, afecta gravemente a la función sexual.

Los pacientes con lesiones incompletas mantienen la función sexual con más frecuencia que los pacientes con lesiones completas.

En los hombres con lesión completa suele ser común la disfunción eréctil, en este caso el tratamiento con sildenafil ha resultado ser eficaz en el 94 % de los casos, en su defecto, pueden ser utilizados otros métodos para permitir la penetración como compresores y anillos, sistemas de vacío, terapia intracavernosa con prostaglandina E1, estimulación de raíces sacras o el uso de prótesis intracavernosas.

El reflejo eyaculatorio también se ve afectado, pocos pacientes con lesión medular lo conservan y suelen tener eyaculaciones retrógradas, también se produce una atrofia de los tubo seminíferos. Por ello, muchos pacientes se vuelven estériles.

El deseo sexual se puede ver disminuido como consecuencia de los trastornos psicológicos derivados de la enfermedad (baja autoestima, depresión) así como por la falta de sensibilidad y movilidad, no suele ser una disfunción primaria.

En las mujeres con lesión medular completa se reduce la lubricación vaginal y la respuesta orgásmica. El uso de lubricantes vaginales y la estimulación manual o el uso de la vibración podrían ser efectivos.

Para muchas mujeres con lesión medular, el cambio o pérdida de la sensación genital es uno de los impactos mayores tras la lesión. Aun así, la incontinencia urinaria puede que sea la mayor razón para restringir, y a veces evitar, las actividades sexuales, el 30 % de mujeres con pareja y el 34 % de éstas sin ella, no tienen relaciones sexuales debido a este problema.

La fertilidad no se ve afectada en el caso de las mujeres; su capacidad para quedar embarazadas y parir no queda disminuida después de la lesión.

Para la mujer con lesión medular la afectación sexual es relativamente menor que en el hombre, ya que el modelo sexual de ella es menos genitalizado, basado en la comunicación, la ternura, las caricias y el juego erótico, etc; se deben aprovechar estas ventajas para poder disfrutar de su nuevo modelo sexual.

El paso del tiempo tras una lesión medular es necesaria para la aceptación progresiva de la situación. Es muy importante para las personas con lesiones medulares tener un concepto más amplio y lúdico de la sexualidad, más allá de la genitalización y el coitocentrismo. Existen numerosas zonas erógenas que pueden ser estimuladas. La sexualidad es un valor humano que va más allá de cualquier lesión medular. Por ello, se pueden tener relaciones sexuales plenas y satisfactorias.

- Alteraciones de los nervios periféricos

El sistema nervioso periférico tiene un importante papel en el desarrollo de la respuesta sexual. Las neuropatías periféricas puede estar causadas por diferentes enfermedades: problemas locales (traumatismos, tumores, lesiones postquirúrgicas...) o problemas sistémicos (diabetes, alcoholismo, uremia, porfiria, déficit vitamínico, insuficiencia autonómica progresiva, síndrome de Guillain-Barré, amiloidosis familiar...).

Pueden producir problemas de insensibilidad en los genitales, anorgasmias, problemas eyaculatorios, disfunción eréctil... Estos problemas pueden ser variables dependiendo del grado de la lesión y el tipo de fibra nerviosa afectada, motora, sensitiva o autosómica. Las neuropatías del sistema nervioso autónomo son las que están más implicadas en las disfunciones sexuales.

b. Enfermedades cardiovasculares

- Insuficiencia cardiaca

Las personas que tienen insuficiencia cardiaca pueden tener problemas a la hora de mantener relaciones sexuales debido a las limitaciones que presentan cuando realizan una actividad física, pueden presentar cuadros de disnea y ortopnea. Además, algunos fármacos utilizados para tratar esta patología podrían empeorar la situación (digoxina, diuréticos...).

- Enfermedad coronaria

Las enfermedades isquémicas coronarias producen un gran impacto físico y emocional, generan gran ansiedad y miedo a desarrollar un nuevo evento doloroso y a la muerte. Este miedo afecta a la sexualidad, tanto del paciente como de la pareja.

La repercusión de la enfermedad en la función sexual se da principalmente en varones y está descrita en porcentajes entre el 38 y el 78 %.

En el momento de afrontar esta patología, los pacientes hacen preguntas al personal sanitario sobre los hábitos de vida que deben modificar como la alimentación, trabajo, actividad física... pero no es frecuente que se cuestionen sobre la influencia de la enfermedad sobre las relaciones sexuales y como adaptarse a la nueva situación al respecto.

Los aspectos que influyen sobre las relaciones sexuales en pacientes con afectación coronaria son tres: psicológico, farmacológico y asociado a la propia patología.

En el aspecto psicológico repercuten los miedos a desarrollar una angina o un infarto. Es frecuente encontrarse con pacientes que tienen miedo a no lograr la erección, que sienten inseguridad frente a las relaciones sexuales por temor a “quedarse a medias”, a no satisfacer a la pareja, o que temen al dolor, a la recaída y a la muerte.

Los fármacos habitualmente utilizados pueden inhibir la respuesta sexual. Los betabloqueantes disminuyen el deseo y provocan disfunción eréctil, los antagonistas del calcio producen trastornos de la eyaculación, los IECAS disminución del deseo sexual y los digitálicos puede producir disfunción eréctil.

Por otro lado, la propia enfermedad repercute directamente, ya que la relación sexual implica un mayor gasto cardíaco, y por el aumento de las demandas de oxígeno del miocardio es posible desencadenar un evento coronario.

La actividad sexual en un hombre de mediana edad sólo representa un modesto gasto energético, el trabajo cardíaco máximo no dura más de 15 segundos, la frecuencia cardíaca máxima durante el orgasmo tiene un promedio de 118 lpm. Por otro lado, el consumo de oxígeno durante el acto sexual es similar al trabajo de subir una escalera hasta un segundo piso.

Dada la asociación entre el riesgo cardiológico y la actividad sexual, se han clasificado a los pacientes cardiopatas en tres grupos según el riesgo a sufrir un episodio cardíaco durante el acto sexual: bajo, moderado o alto; se trata del Consenso de Princeton (Tabla 2.5).

Tabla 2.5. Consenso de Princeton: riesgo cardiológico y actividad sexual

Bajo riesgo	Riesgo medio	Alto riesgo
Hipertensión controlada	Angina moderada	Angina inestable o refractaria
Angina leve y estable	Infarto de miocardio reciente (menos de 6 semanas)	Hipertensión incontrolada
Eficaz revascularización coronaria	Insuficiencia ventricular izquierda y/o cardiopatía congestiva tipo II	Cardiopatía congestiva tipo III y IV
Ausencia de complicaciones	Riesgo medio de arritmias	Infarto muy reciente (menos de 2 semanas)
Lesión valvular leve	3 o más factores de riesgo de enfermedad coronaria	Riesgo alto de arritmias
Ausencia de síntomas		Miocardiopatía obstructiva
Menos de tres factores de riesgo cardiovascular		Lesión valvular moderada o grave

El riesgo de infarto inducido por el coito es extremadamente bajo, 2 por millón y por hora en pacientes de bajo riesgo y 20 posibilidades por millón y por hora en pacientes de alto riesgo.

Recomendaciones para las relaciones sexuales en el paciente coronario:

- Es conveniente aconsejar reanudar la actividad sexual de forma paulatina. El tiempo de reinicio de la actividad sexual está en torno a las 6 semanas.
 - Encontrar un ambiente tranquilo y relajado, evitando temperaturas extremas.
 - Buscar nuevas posturas que disminuyan el trabajo físico del afectado.
 - No iniciarlas cuando se sienta cansado, tras la ingesta de alcohol, tras comidas copiosas, tras alguna actividad física o emociones fuertes. Necesitan un reposo relativo de unas 4 horas.
 - Es posible la aparición de angina durante la actividad sexual; si esto ocurriese, concluir la actividad e iniciar el protocolo habitual de actuación del uso de nitratos.
 - En relación con las enfermedades cardiovasculares, es muy importante tener en cuenta que el uso de los Inhibidores de la fosfodiesterasa 5 están contraindicados si existe historia reciente de infarto agudo de miocardio, tratamiento con nitratos y donadores de óxido nítrico (contraindicación absoluta) o hipotensión arterial (<90/50 mmHg).
- Hipertensión arterial

Existe una mayor prevalencia de disfunciones sexuales en pacientes hipertensos que en la población general. En la génesis y mantenimiento de problemas de índole sexual influyen los efectos de la propia enfermedad, el uso de medicamentos y las repercusiones psicológicas asociadas.

En los hombres, diferentes autores constatan un incremento significativo de disfunción eréctil en pacientes hipertensos con una prevalencia de entre el 30 y el 68,6 %.

El riesgo de disfunción eréctil aumenta si existen factores asociados a la HTA como edad avanzada, claudicación intermitente, cardiopatía isquémica o diabetes.

Se ha asociado el uso de fármacos antihipertensivos con el desarrollo de la disfunción eréctil, sin embargo, no existen ensayos clínicos que demuestren que se trate de un efecto directo del propio medicamento. La disfunción eréctil no está relacionada con el tipo de fármaco utilizado para su tratamiento.

Posiblemente, los problemas de erección estarían desencadenados por la disminución de la presión en los cuerpos cavernosos al disminuir las cifras tensionales, y por el daño vascular ocasionado por la hipertensión.

La disfunción eréctil podría ser un factor predictivo de cardiopatía isquémica y enfermedad vascular.

Para su tratamiento, en primer lugar se aconseja controlar los factores de riesgo cardiovascular (diabetes, dislipemia, obesidad, tabaquismo, sedentarismo...). Si la disfunción se ha establecido tras el uso reciente de un fármaco, éste se podría cambiar por otro grupo terapéutico.

En hombres hipertensos, el sildenafil no aumenta las cifras tensionales ni la frecuencia cardíaca; sí estaría contraindicado en el caso de uso de nitritos, HTA severa no controlada (>180/110 mmHg), hipotensión, angina inestable, infarto de miocardio o accidente cerebrovascular reciente.

En cuanto a las mujeres, la hipertensión arterial también puede afectar a su sexualidad. Se ha relacionado con una disminución de la lubricación vaginal y de la frecuencia de orgasmos en comparación con las mujeres normotensas.

Como en muchas áreas de la sexualidad femenina, los efectos de la hipertensión y la disfunción sexual en ellas están poco estudiados, se necesitan más investigaciones acerca de este tema.

- Enfermedades vasculares

En la respuesta sexual, la intumescencia genital es de origen vascular. Por lo tanto, si existe una alteración de los vasos sanguíneos se verá perjudicada la función sexual, en el hombre y en la mujer. La patología vascular que afecta a la respuesta sexual se puede clasificar en 3 grupos etiológicos: disminución del aporte arterial, aumento de la salida venosa y patología del tejido cavernoso.

- Disminución del aporte arterial

Es la causa más frecuente de disfunción eréctil, está asociada a factores de riesgo vascular como hiperlipidemia, diabetes, tabaquismo e hipertensión arterial. Puede producirse por obliteración, disminución del flujo sanguíneo por robo y disminución del flujo por fístulas arteriovenosas.

- Obliteración

Se produce un descenso de la presión de perfusión sanguínea y una disminución del flujo arterial en los espacios lacunares del pene, y en los espacios vasculares de la vagina, produciendo una disminución de la rigidez del pene y una disminución de la lubricación vaginal. Puede ser debida a la obliteración de los grandes vasos o a microangiopatías.

- Síndrome del robo pélvico

Se produce por una estenosis en las arterias ilíacas que hace desviar el flujo sanguíneo de los genitales a los miembros inferiores cuando aumenta la demanda de sangre por éstos. En el caso de la erección, ésta se produciría sin problemas en reposo y habría erecciones nocturnas; sin embargo, cuando se inicia la actividad sexual aumenta la necesidad de aporte sanguíneo a las extremidades inferiores y se redistribuye la sangre a éstas, disminuyendo la perfusión de las arterias hipogástricas y desapareciendo la erección (Fig. 2.24).

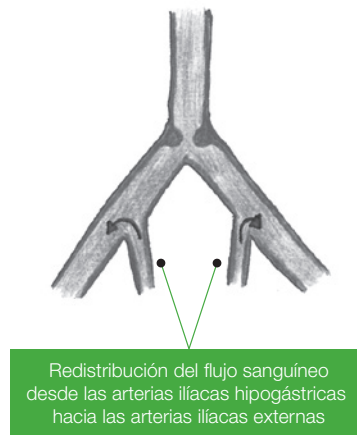


Fig. 2.24. Síndrome del robo pélvico

- Disminución del flujo por fistulas arteriovenosas

Se produce una disminución del flujo arterial que llega a los cuerpos cavernosos por la comunicación directa de las venas y las arterias.

- Aumento de la salida venosa

Afecta principalmente a la erección. Se produce un fallo en el mecanismo de cierre de las venas emisarias, pericavernosas y de la vena dorsal profunda.

El fallo del mecanismo de compresión venosa produce una estasis venosa que da lugar a una reducción de la tensión intracavernosa de oxígeno, produciendo alteraciones en las células musculares lisas y desaparece la rigidez del pene.

Es característico de esta patología que suele afectar a personas jóvenes, la erección comienza pero no se mantiene en el tiempo y se mantiene mejor de pie o decúbito supino que en decúbito prono.

- Patología del tejido cavernoso

El tejido cavernoso puede estar dañado por diferentes causas: edad, diabetes, malformaciones congénitas, hipertensión... Es causa de disfunción eréctil.

- Síndrome de congestión pélvica

El Síndrome de Congestión Pélvica (SCP) es una causa importante de dolor pélvico visceral de origen ginecológico asociado a várices pélvicas, que afecta principalmente a mujeres jóvenes alrededor de los 30 años, es un síndrome exclusivo de mujeres premenopáusicas (Fig. 2.25).

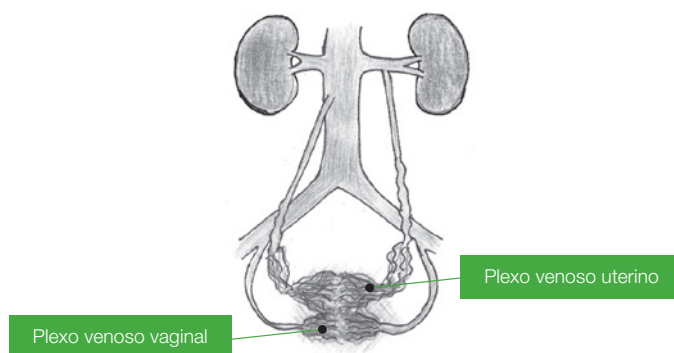


Fig. 2.25. Síndrome de Congestión Pélvica

Produce dolor pélvico a nivel hipogástrico y aparentemente no se le encuentra enfermedad asociada. El dolor pélvico se describe como sordo y pesado, de intensidad y duración variable, que a menudo empeora en la época premenstrual.

Los síntomas dolorosos del SCP aumentan por estímulos que incrementan la presión intraabdominal y la irrigación pélvica como las relaciones sexuales, estar de pie y caminar mucho tiempo, levantar peso... cede al reposar en decúbito supino.

Puede agravarse en el embarazo por la disminución del retorno venoso y el aumento de la vascularización pélvica y genital.

Como disfunción sexual encontramos la dispareunia, además es un signo muy característico el dolor postcoital, que puede durar horas o días.

En la exploración genital se puede encontrar un cérvix azulado, varices, nalgas y vulva. A la palpación bimanual existe sensibilidad a la movilización del cérvix y los anexos.

El tratamiento más eficaz se orienta a aquellos que bloquean las venas ováricas o la ventrosuspensión uterina (manejo de la SCP asociado a malposición uterina); aunque existe mayor tendencia terapéutica hacia la embolización radiológica.

c. Enfermedades de origen endocrino

Cualquier alteración del sistema endocrino va a producir cambios en la respuesta sexual, ya que actúa de forma directa o indirecta sobre ella. Las alteraciones del sistema hipotálamo-hipofiso-gonadal y la diabetes mellitus son las que más van a afectar a la sexualidad.

- Alteraciones del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal

Una de las manifestaciones clínicas más frecuente de los trastornos hormonales es la alteración del deseo sexual, la alteración del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal van a influir en el nivel de andrógenos, hormona implicada en este aspecto. Por lo que ante la presencia de deseo sexual inhibido debe realizarse una evaluación endocrinológica, para determinar el perfil hormonal (testosterona, prolactina, LH y hormonas tiroideas).

Las afecciones endocrinológicas, excluyendo la diabetes, que más frecuentemente van a producir disfunción sexual son los hipogonadismos masculinos y la hiperprolactinemia.

- Hipogonadismos masculinos

El hipogonadismo masculino va a producir una disminución en la producción de testosterona por el testículo. Existen dos formas de hipogonadismo.

El hipogonadismo hipergonadotrófico es producido por alteraciones del propio testículo, que afectan a la capacidad de las células de Leydig para producir testosterona. Cursan con unos niveles altos de gonadotropinas (LH) y bajos de testosterona. Las causas pueden ser por ausencia de testículos, anomalías congénitas, traumatismos, fármacos, infecciones y envejecimiento.

Existe también el hipogonadismo hipogonadotrófico producido por alteraciones que afectan directamente a la hipófisis y a su capacidad para producir LH; con lo cual, a los testículos no les llega la orden para producir testosterona. Cursan con niveles bajos de testosterona y también de gonadotropinas (LH). Sus causas pueden ser congénitas (síndrome de Kallman), panhipopituitarismo, hiperprolactinemias, obesidad masiva, drogas como la heroína o la metadona y la anorexia nerviosa.

La disminución de testosterona produce disminución del deseo sexual y disfunción eréctil.

- Hiperprolactinemia

La prolactina tiene acciones inhibitoras de las gonadotropinas y de la testosterona. Con lo cual, el aumento de la prolactina va a producir una disminución de la testosterona y un efecto directo sobre el deseo sexual, tanto en mujeres como en hombres.

El aumento de prolactina se puede deber a causas fisiológicas como el embarazo, lactancia, ejercicio físico, sueño, estrés... o por algunas patologías como los prolactinomas, tumores hipofisarios, insuficiencia renal, hipotiroidismo o uso de algunos fármacos.

- Diabetes mellitus

La diabetes mellitus (DM) afecta alrededor del 5 % de la población del mundo occidental, la Organización Mundial de la Salud estima que para el 2025 existirán 333 millones de personas con DM, y es la principal causa de ceguera, insuficiencia renal y afectación vascular periférica.

La diabetes está asociada frecuentemente a disfunciones sexuales; la incidencia es de 2 a 5 veces superior que en la población general. Se produce por las alteraciones vasculares (microangiopatía diabética) y neurológicas (neuropatía diabética) que causa, y afecta tanto a hombres como a mujeres.

Tanto la disfunción eréctil en hombres como los problemas del orgasmo en las mujeres pueden ser manifestaciones clínicas que nos pueden orientar hacia el estudio diagnóstico de la diabetes.

La aparición de microangiopatías puede afectar a las arteriolas helicinales de los cuerpos cavernosos del pene y a las arteriolas perivaginales, por lo que disminuye el aporte sanguíneo y puede causar disfunción eréctil o falta de lubricación vaginal. También se ven afectados los vasa nervorum de los nervios periféricos y a las arteriolas que llevan aporte sanguíneo las células de Leydig, por lo que se puede ver afectada también la producción de testosterona.

La disfunción eréctil afecta al 50 % de los diabéticos con más de 10 años de evolución.

Por otro lado, la microangiopatía de los vasa nervorum va a producir una desmielinización de los nervios periféricos causando la neuropatía diabética; esto ocurre cuando los índices glucémicos no se controlan durante un largo periodo de tiempo. A nivel sexual, esta polineuropatía va a afectar a todo el sistema neurológico de la intumescencia genital y del circuito orgásmico, así como al sistema nervioso autónomo. Con el tiempo se puede producir una disminución de la sensibilidad del pene en el hombre y se reduce la capacidad del clítoris de responder a estímulos eróticos, por lo que se precisa de un mayor nivel de estimulación erótica para que no se vea afectada la respuesta sexual.

Los índices altos de glucosa en sangre también están relacionados con la aparición de candidiasis genital, su presencia puede desencadenar problemas de dispareunia.

El control de los índices glucémicos en pacientes diabéticos mejoran la función sexual y las disfunciones suelen remitir.

d. Cáncer y sexualidad

Los enfermos de cáncer frecuentemente suelen cursar con cambios en la vivencia de la sexualidad.

Las localizaciones tumorales que afectan de manera significativa la esfera sexual en el hombre son la próstata, el pene y los testículos; en la mujer, la mama y el cáncer ginecológico (cervical, ovárico y vulvar).

Son numerosos los factores relacionados con el cáncer que pueden interferir con la vida sexual del paciente y de su pareja. Los problemas sexuales están acontecidos por el deterioro orgánico consecuente de la propia enfermedad, dolor, impotencia funcional... Por otro lado, la terapia oncológica como la cirugía, quimioterapia o radioterapia también causan alteraciones de la función sexual. Además, se ven agravados por problemas psicosociales como cambios en la imagen corporal por la cirugía o la quimioterapia, la presencia de depresión, ansiedad y estrés; éstos últimos también pueden ser padecidos por familiares, allegados y la propia pareja.

La respuesta sexual se ve afectada y pueden aparecer disfunciones sexuales. Las más frecuentes son la disminución o pérdida de deseo, problemas de la excitación, dificultades para alcanzar el orgasmo y dispareunia.

La sexualidad sigue siendo una necesidad para los enfermos de cáncer, también en estadios terminales, aunque disminuya el interés por el coito, se mantiene presente el deseo de proximidad, afecto y contacto físico.

Se recomienda para el tratamiento de los problemas sexuales en personas con cáncer el consejo sexual breve, la educación sexual, métodos para el cambio de actitudes, asesoramiento para la recuperación del funcionamiento sexual con la pareja asociados a ejercicios, técnicas de minimización de las limitaciones físicas y de resolución de conflictos de pareja, terapia sexual, etc.

C. Atención de la matrona

El abordaje de los problemas sexuales debe hacerse desde una perspectiva multidisciplinar; pero antes, para llevarlo a cabo, es necesaria la captación de las personas que los sufren, así como entablar con ellos un clima de confianza para que expresen libremente las dificultades que tienen en su vida sexual, en ocasiones un tema controvertido no solo para el que lo padece, sino también para el profesional sanitario que lo atiende.

En el caso de las mujeres, el colectivo de matronas es uno de los más adecuados para la prevención y la detección de los problemas que afectan a su vida sexual, además, deben estar capacitadas para prestar asesoramiento sexual y derivar a otros profesionales cuando sean necesarios otros niveles de intervención.

Para ello, es imprescindible que las matronas conozcan cómo afectan las enfermedades crónicas a la respuesta sexual, para poder asesorar correctamente a las mujeres que las padecen.

En la consulta de la matrona de Atención Primaria, es necesario atender y detectar los problemas que manifiesten las mujeres sobre su salud sexual, ninguna debería marcharse sin que sea atendida esta necesidad, bien lo atienda la matrona o el especialista que sea oportuno. Para desarrollar esta promoción y prevención primaria en Salud Sexual, es imprescindible crear contextos favorecedores de la comunicación entre los profesionales y los pacientes, son “Escenarios Promotores de Salud” según la OMS.

Según la OMS, el consejo asistido es un proceso dinámico de diálogo a través del cual una persona ayuda a otra en una atmósfera de entendimiento mutuo. Se entiende por Consejo Sexual como una forma de intervención sexológica puntual, generalmente centrada en un problema y encaminada a informar sobre el mismo y favorecer en los pacientes un estilo actitudinal que contribuya a su resolución. Si el consejo sexual forma parte de un proceso de terapia sexual, se denomina entonces asesoramiento.

El consejo sexual no sólo va a ir dirigido a aquellas personas que tengan disfunciones o problemas sexuales, también irá orientado a su prevención y a promover la salud sexual.

a. Intervención en atención primaria según las demandas sexuales

Según la Guía de Buena Práctica Clínica en Disfunciones sexuales, publicada en el año 2004 por el Ministerio de Sanidad y Consumo, las demandas más habituales en Atención primaria, relacionadas con los problemas sexuales, son las siguientes:

- Demandas susceptibles de tratamiento desde atención primaria
 - Las disfunciones sexuales secundarias a problemas predominantemente orgánicos.
 - Las disfunciones sexuales secundarias a tratamientos médicos.
- Demandas abordables mediante consejo sexual
 - Las específicas del consejo sexual.
 - Las dificultades sexuales asociadas al ciclo vital.
 - Las secundarias a problemas orgánicos crónicos.
- Demandas susceptibles de derivación
 - Las secundarias a problemas psicopatológicos.
 - Las dificultades que no responden al tratamiento inicial.
 - Las secundarias a problemas graves de pareja.

b. Evaluación de la función sexual en enfermos crónicos

El instrumento más importante de evaluación de una disfunción sexual es la entrevista clínica con la persona afectada y su pareja, si tiene. Se debería realizar una correcta historia sexual, en la que se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

- Estado sexual actual.
- Funcionamiento sexual previo.
- Estado de la relación de pareja.
- Antecedentes de patologías previas.
- Estado de la enfermedad actual.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos.

c. Consejo y asesoramiento sexual en enfermos crónicos

El consejo sexual constituye la espina dorsal de la rehabilitación sexual. Incluye 5 componentes:

- Educación sexual.
- Cambio de actitudes maladaptativas.
- Consejos para obtener relaciones sexuales placenteras.
- Minimización de las limitaciones físicas.
- La resolución de conflictos de pareja relacionados con la enfermedad.

2.11. Fármacos, drogas y conducta sexual. Información y educación sanitaria

A. Fármacos y conducta sexual

Existe una enorme variedad de medicamentos y sustancias que pueden influir sobre la respuesta sexual de quienes los toman, aunque no afectan de la misma manera en cada individuo.

Los fármacos y las drogas de abuso pueden afectar a diferentes aspectos de la conducta sexual. Algunos pueden incrementar el placer erótico y otros, la mayoría, disminuirlo.

Cuando se nos presenta un paciente con una disfunción sexual, en la evaluación inicial, según el DSM-IV, el primer paso que tenemos que considerar es preguntarle sobre el consumo de medicamentos o sustancias de abuso. Entre el 20 y el 25 % de los casos de disfunción se deben al uso de fármacos de uso habitual por la población. A pesar de ello, en la información que acompaña a la mayoría de medicamentos no se contemplan los efectos secundarios referentes a la respuesta sexual.

La importancia de conocer los efectos sobre la sexualidad que pueden producir los principios activos más utilizados por los pacientes de forma habitual no solo radica en las posibles disfunciones sexuales que pueden producir, también es necesario porque muchas personas asocian estos problemas al uso de medicamentos por cuenta propia y aumenta el riesgo de abandono del plan terapéutico.

Algunos compuestos químicos modifican la conducta sexual directamente, otros pueden producir cambios secundarios en la sexualidad como consecuencia de su acción psicotrópica primaria.

Es complicado valorar los efectos de las diferentes sustancias sobre la conducta sexual con exactitud y de forma fiable, ya que los efectos secundarios de los fármacos son el resultado de complejas interacciones entre numerosos factores (Tabla 2.6).

Tabla 2.6. Factores farmacológicos que influyen en la respuesta sexual

Acción farmacológica
Dosis utilizada
Variables psicológicas situacionales. Predisposición y expectativas individuales sobre los efectos del fármaco o de la droga
Estado mental
Relación con el compañero sexual
Rasgos de la personalidad

El mecanismo por el que se producen los efectos secundarios sobre la sexualidad es a menudo desconocido y, a veces, un mismo fármaco puede producir efectos contradictorios y diferentes según las personas y las circunstancias.

Esto es debido porque la sexualidad humana es muy compleja e intervienen numerosos factores en su constructo: orgánicos, psicológicos, sociales, de pareja, la historia sexual de cada uno... Por ello, si una disfunción está producida por un fármaco o una droga, sus efectos y la gravedad con la que se produzca van a verse modulados por los factores anteriormente mencionados.

A pesar de la dificultad para realizar estudios sobre las terapias farmacológicas y las disfunciones sexuales, existe una mayor documentación y estudios de investigación acerca de los efectos de los fármacos y drogas sobre la sexualidad masculina que sobre los efectos sobre las respuestas de la mujer. Esto es debido a que la respuesta sexual del hombre es más evidente y cuantificable que la femenina, las erecciones y la eyaculación son más fáciles de medir que la tumescencia genital y el orgasmo femenino. Aun así, los fármacos, al actuar sobre el sistema nervioso, como estimulantes o depresores, deberían tener efectos similares sobre la respuesta sexual de ambos sexos.

Dependiendo de su mecanismo de acción, los fármacos y las drogas pueden afectar a la intumescencia genital (deseo sexual, erección y lubricación) y al orgasmo y la eyaculación.

Es complicado hacer un listado de fármacos que producen efectos secundarios sobre la respuesta sexual. Vamos a señalar aquello que son más importantes y los vamos a clasificar según los sistemas fisiológicos sobre los que intervienen. Principalmente, las disfunciones sexuales asociadas al uso de medicamentos se van a producir por el efecto de los mismos, sobre 3 sistemas principalmente: el sistema nervioso, central y autónomo, el eje hipotálamo-hipófiso-gonadal y el sistema vascular.

a. Fármacos que afectan al sistema nervioso

Principalmente la medicación psicotrópica puede afectar a la sexualidad por defecto (deseo sexual inhibido, disfunción eréctil y anorgasmia) o por exceso (priapismo y eyaculación precoz). Los psicótropos actúan sobre el sistema nervioso central y pueden alterar los circuitos neuroendocrinos implicados en la respuesta sexual (Tabla 2.7).

<i>Tabla. 2.7. Fármacos psicotrópicos</i>	
Antipsicóticos y neurolepticos	Fenotiazinas (Clorpromazina, Levomepromazina, Flufenazina, Perfenazina, Tioridazina...) Tioxantinas (flupentiox, zuclopentixol) Butirofenonas (Droperidol, Haloperidol) Tioridazinas, Risperidona, Olanzapina, Sulpirida...
Antidepresivos y "eutimizantes"	Tricíclicos y tetracíclicos (Imipramina, amitriptilina, trazodona...) IRS, IRSA Y NASSA (Citalopram, fluoxetina, paroxetina, sertralina...) Inhibidores de la MAO (Fenelzina, tranilcipromina...) Litio
Benzodiacepinas	Alprazolam, Diazepam, Bromazepam, Midazolam, Loracepam, Clorazepato...

- Antipsicóticos

Los antipsicóticos o neurolepticos son fármacos que son usados para el tratamiento de la psicosis, ejercen modificaciones cerebrales y sirven en casos de esquizofrenia. Tienden a bloquear los receptores de la vía de la dopamina en el cerebro.

Los antipsicóticos también pueden elevar los niveles de prolactina, esto puede producir un hipogonadismo hipogonadotrófico secundario, con la consiguiente repercusión sobre el deseo sexual, la excitación y el orgasmo, inhibiéndolos, debido a la consecuente disminución de los niveles de hormonas sexuales, donde cobra mayor importancia en esta cuestión la testosterona. La hiperprolactinemia puede producir también ginecomastia, galactorrea (entre el 10 y el 50 % de las personas tratadas con antipsicóticos), infertilidad, alteraciones menstruales, acné e hirsutismo.

Con frecuencia la aparición de disfunción sexual secundaria a los antipsicóticos está subestimada en sanidad y pasan desapercibidas. Las disfunciones sexuales causadas por éstos son reversibles si se suspende el

tratamiento. Por ello, existe un elevado riesgo de abandono del consumo de estos fármacos, pudiendo producir complicaciones clínicas y socio-familiares.

Los autores consideran que debe profundizarse en la investigación sobre la disfunción latente del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal de los pacientes con esquizofrenia y además sobre los efectos de los antipsicóticos no relacionados con la prolactina que contribuyen a la sintomatología endocrina y sexual.

- Estabilizadores del ánimo o eutimizantes

Son usados para la mejora de los síntomas durante los episodios agudos maníacos, hipomaníacos y mixtos. Pueden también reducir los síntomas de depresión.

El litio puede causar disfunción eréctil y disminución del deseo sexual en un alto número de pacientes.

- Antidepresivos

El tratamiento con fármacos antidepresivos debe mantenerse al menos durante 4-6 meses, y suspenderse de forma gradual, ya que si se suspende antes, o de forma brusca, puede producirse una recaída.

En el caso de sujetos con trastornos depresivos, la prevalencia de trastornos sexuales es del 50 %, casi el doble en comparación con el resto de la población, y en pacientes que toman antidepresivos, la prevalencia se incrementa hasta el 65 %.

La disfunción sexual secundaria a antidepresivos puede ser un factor agregado de malestar por lo que muchos pacientes suelen abandonar la medicación, el 42 % de los hombres y el 15 % de las mujeres descontinúan el tratamiento antidepresivo debido a los efectos sexuales negativos.

Las disfunciones sexuales producidas por el tratamiento antidepresivo han sido relacionadas con un incremento de serotonina, disminución de dopamina, bloqueo de receptores colinérgicos y alfa1-adrenérgicos, inhibición del óxido nítrico sintetasa y aumento de los niveles de prolactina. El incremento de los niveles de serotonina inhibe el deseo sexual, la eyaculación y el orgasmo, mientras que la liberación de dopamina incrementa la función sexual (Tabla 2.8).

Algunos antidepresivos son utilizados en la terapia farmacológica como tratamiento para la eyaculación precoz como la dapoxetina, inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina de corta duración.

Tabla 2.8. Antidepresivos y disfunción sexual

IMAOs*		Disfunción eréctil Eyaculación retardada o inhibida (20-40 %) * Parece ser que el moclobemide tiene menos efectos adversos sobre la sexualidad
ISRS (Inhibidores de la recaptación de serotonina) IRSN (Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina) **		Deseo sexual hipoactivo Dificultad para alcanzar el orgasmo Disfunción eréctil Falta de lubricación vaginal Eyaculación retardada ** Menos afectación de la función sexual
Tricíclicos	Clomipramina	Eyaculación retardada
	Imipramina	Deseo sexual hipoactivo
	Trazodona	Aumento del deseo sexual Incrementa la erección, priapismo Eyaculación retardada
	Reboxetina	Eyaculación dolorosa

Para el tratamiento de las disfunciones sexuales asociadas al uso de antidepresivos se pueden llevar a cabo varias estrategias: como utilizar desde el principio un antidepresivo con pocos efectos adversos relacionados con la respuesta sexual, esperar una resolución espontánea, disminuir la dosis si es posible, interrupción periódica si el fármaco tiene una vida media larga, inicio de la actividad sexual antes de la toma del fármaco si tiene una vida media corta, cambiar de antidepresivo y el uso de otros medicamentos para contrarrestar los efectos causantes de disfunción.

- Benzodiazepinas

Este grupo de fármacos reducen el estado de ansiedad actuando fundamentalmente sobre el sistema límbico y otras estructuras profundas del sistema nervioso central, ejerciendo una acción depresora del mismo. Tienen efectos ansiolítico, hipnótico, sedante, relajante muscular y anticonvulsivo.

A dosis bajas tienen efecto facilitador sobre la función sexual al producir un cierto grado de desinhibición y reducir la ansiedad; sin embargo, a dosis altas producen sedación y disminución del deseo sexual junto con la aparición de otras disfunciones, como las producidas por la disminución de la tumescencia genital debido a sus efectos sobre la transmisión nerviosa.

- Antiepilépticos

Algunos antiepilépticos como los barbitúricos fenitoína, primidona y cabamazepina están asociados a una disminución del deseo sexual y a disfunción eréctil. Pueden actuar sobre la regulación gonadal y sobre las hormonas sexuales. Los antiepilépticos de tercera generación como la lamotrigina pueden mejorar algunas disfunciones sexuales.

b. Fármacos que afectan al sistema hipotálamo-hipófiso-gonadal

Todos aquellos fármacos que produzcan una disminución de los niveles de testosterona libre van a causar un decremento deseo sexual, repercutiendo sobre la respuesta sexual tanto en hombres como en mujeres. Las sustancias implicadas en este proceso son las que van alterar los niveles hormonales del eje hipotálamo-hipofiso-gonadal (Tabla 2.9).

<i>Tabla 2.9. Fármacos con acción hormonal que alteran la respuesta sexual</i>	
Fármacos con acción hormonal	
Disminuyen la acción de la testosterona	Antiandrógenos Esteroides Digoxina Espironolactona Ketoconazol Clofibrato
Aumentan los niveles de prolactina	Cimetidina Metoclopramida Fenotiazinas Antidepresivos tricíclicos Metildopa

c. Fármacos que afectan al sistema vascular

La mayoría de los fármacos que se usan para el tratamiento de la hipertensión arterial tienen efectos secundarios demostrados sobre la disfunción eréctil (Tabla 2.10).

Estos fármacos disminuyen la presión sanguínea de los cuerpos cavernosos del pene, estructuras que ya pueden estar dañadas por la propia hipertensión arterial. Por otro lado, bloquean los mecanismos de neurotransmisión a nivel del sistema nervioso autónomo.

Los antagonistas de los canales del calcio (amlodipina, nifedipina, diltiazem, verapamilo) y los diuréticos producen también deseo sexual hipoactivo o inhibido como consecuencia de la elevación de los niveles de prolactina.

Tabla 2.10. Fármacos antihipertensivos que alteran la función sexual

Simpaticolíticos	Clonidina Alfametildopa Reserpina Guanetidina
Betabloqueantes	Propranolol Betapindol Atenolol Metoprolol
Diuréticos	Tiazídicos Espironolactona Antialdosterónicos

B. Drogas de abuso y conducta sexual

Las drogas de abuso son aquellas que, en su acción recíproca con el organismo, pueden producir un estado de dependencia física y/o psicológica. La dependencia física se crea por el organismo, que necesita la droga para poder tener un funcionamiento normal y responde con una sintomatología desagradable e intensa cuando se deja de consumir. La dependencia psicológica se crea por la sensación de bienestar que produce la ingesta de la sustancia, bien por producir placer o evitar un malestar.

Por lo general, las drogas de abuso afectan gravemente al desempeño de la actividad sexual. Una de las causas por las que se consume este tipo de sustancias es por su supuesto efecto afrodisíaco, a dosis bajas aparentemente producen un aumento del deseo sexual, sin embargo el consumo produce efectos negativos no solo durante las relaciones sexuales, sino en la manifestación de la sexualidad en general; además, los daños que producen son irreversibles.

Los efectos de las drogas sobre la sexualidad son múltiples, dependen de factores personales y de la naturaleza de la droga, tiempo de consumo, dosis... Los factores personales pueden ser agrupados, atendiendo a su naturaleza, en los tres tipos siguientes: causas orgánicas o biológicas; causas psicológicas; y causas socio-culturales. La consideración de la actividad sexual humana en base a estos tres determinantes (biológicos, psicológicos y socio-culturales) es importante dado que el efecto real físico de las distintas drogas o sustancias no siempre coincide con el efecto psicológico o subjetivo atribuido a las mismas por el propio individuo, fruto con frecuencia a su vez, de determinados mitos o tradiciones culturales. Éste suele ser, por ejemplo, el caso del alcohol, droga de efecto físico claramente depresor a nivel del sistema nervioso central e inhibidor, consecuentemente, de la actividad sexual, y que sin embargo, continua siendo considerada a nivel popular, dentro de nuestra tradición cultural, como una sustancia potenciadora de la respuesta sexual.

Un comentario aparte merecen los riesgos, sobre el que han llamado la atención algunos autores, derivados del incremento de las relaciones sexuales de alto riesgo realizadas bajo el efecto de distintas drogas que puede condicionar la transmisión de enfermedades, los embarazos no deseados u otro tipo de efectos negativos para la salud más allá de posibles efectos en la esfera de la sexualidad.

a. Drogas de uso legal

- Alcohol

El alcohol es una droga depresora del SNC con efectos relajantes, de desinhibición y de bienestar. Durante mucho tiempo tuvo la reputación de ser un afrodisíaco (Fig. 2.26). A pesar de ello repercute de manera negativa en la respuesta sexual.



Fig. 2.26. Alcohol

Los efectos ansiolíticos del alcohol aparecen antes de los efectos depresores del sistema nervioso central, en pequeñas dosis produce la desinhibición suficiente como para que se considere útil para enfrentar la ansiedad asociada a situaciones relacionadas con la conducta sexual. Es muy frecuente que tanto el hombre como la mujer consuman alcohol para adquirir confianza en el momento de acercarse e interactuar con potenciales parejas sexuales. El estado de embriaguez aumenta el riesgo de mantener relaciones sexuales sin preservativo y aumenta el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y aumenta el número de embarazos no deseados.

En dosis mayores y de intoxicación aguda deprimen o inhiben la respuesta sexual en ambos sexos. Es frecuente que se inicien las relaciones sexuales y se produzcan problemas de excitación, falta de lubricación y disfunción eréctil, o dificultades para llegar al orgasmo, haciendo que los encuentros sexuales finalmente no sean satisfactorios. Este “fracaso” en la actividad sexual puede crear ansiedad anticipatoria en encuentros sexuales futuros, y desencadenar la disfunción de forma recurrente, hayan consumido alcohol o no.

Cuando su consumo es habitual o crónico, produce lesiones neurológicas, vasculares y endocrinas; además, va a repercutir negativamente sobre las relaciones sociales, familiares y de pareja.

El 90 % de los alcohólicos crónicos padece problemas en su sexualidad. Pueden presentarse deseo sexual hipoactivo, disfunción eréctil, trastornos de la eyaculación (precoz, retardada o aneyaculación), trastornos del orgasmo y de la lubricación.

- Tabaco

El consumo de tabaco afecta al sistema cardiovascular y a los neurotransmisores que se ocupan de la respuesta sexual. La nicotina reduce el flujo de la sangre a través de las arterias, esto repercute sobre todo a la excitación sexual, afecta al mecanismo vascular de la erección en el hombre y de la lubricación en la mujer. Además, también se ha relacionado con que los fumadores producen un número mayor de espermatozoides anormales en el semen (Fig. 2.27).



Fig. 2.27. Tabaco y sexualidad

Por otro lado, en la mujer el tabaco aumenta un 28 % el riesgo de aborto espontáneo, aumenta al doble el riesgo de embarazo ectópico y disminuye el peso de los neonatos.

Además, cuando en una pareja sólo uno de los dos es fumador, puede producirse un rechazo a la actividad sexual por parte de la persona no fumadora debido al olor del tabaco y al mal aliento producido.

b. Drogas ilegales

- Cannabis

El cannabis sativa es una planta que es conocida por sus efectos psicoactivos, en su composición química destaca la presencia de los cannabinoides, los más importantes son el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), en cannabidiol y el cannabitol.

El cannabis es la droga ilegal de uso más extendido en España. Tiene efectos depresores del SNC y se le atribuyen efectos de relajación y sensación de bienestar, al igual que el alcohol.

En la esfera sexual, los efectos inmediatos ayudan a la desinhibición, aumenta la sensibilidad táctil y distorsiona la realidad.

El consumo de THC altera el eje hipotálamo-hipófiso-gonadal y producen un aumento de la secreción prolactina, que repercute disminuyendo la cantidad de hormonas sexuales, de ellas la testosterona va a ser la que va a estar más implicada en la respuesta sexual. Esto va a producir la disminución del deseo sexual, trastornos menstruales y galactorrea. Parece ser que también podría afectar a la fertilidad, puesto que también se produce una disminución del número y la motilidad de los espermatozoides.

Como ocurre con la mayoría de drogas, los cannabinoides pueden afectar la conducta sexual con un resultado variable, que depende de la propia droga, la combinación con otras sustancias y el contexto de consumo. No se ha demostrado científicamente que el cannabis sea un afrodisíaco.

- Opio, heroína y opiáceos

Se popularizó la creencia de que lo opiáceos provocan un incremento de la función sexual, se le atribuyeron propiedades afrodisíacas; sin embargo, estas sustancias son inhibitoras de la actividad sexual y de la respuesta sexual.

Se han encontrado niveles bajos de testosterona en adictos a estas drogas. Se producen alteraciones del deseo sexual, retraso en la eyaculación y disfunción eréctil.

Además, los adictos a este tipo de drogas viven en situaciones marginales de inadaptación social, tienen problemas de malnutrición, frecuentes infecciones, etc... con lo cual, el interés sexual no es de sus principales preocupaciones.

- Cocaína

Esta droga es un estimulante del SNC, inhibe la recaptación de noradrenalina, dopamina y serotonina. Es una de las sustancias que más fama tiene de ser capaz de aumentar la excitación, la euforia y la respuesta sexual.

Puede ser un fuerte estimulante sexual, producto de la acción de la droga sobre el cerebro; sin embargo también produce múltiples disfunciones sexuales. Además, las personas adictas a esta droga se preocupan más de satisfacer el deseo de consumirla que de experimentar el placer sexual.

Con dosis altas y constantes, el adicto tiende a enfermar y su interés por la satisfacción sexual disminuye.

Por otro lado, hay personas que consumen esta sustancia durante las relaciones sexuales para experimentar un mayor placer, esta práctica a la larga produce tolerancia a la droga necesitando un mayor consumo para poder seguir sintiendo lo mismo, y llega un momento en el que ya ni siquiera son capaces de excitarse aunque consuman cocaína. Por ello, los hombres consumidores de cocaína acaban recurriendo a los inhibidores de la fosfodiesterasa-5 para suplir los efectos sobre la disfunción eréctil.

Como curiosidad cabe mencionar que la cocaína actúa como anestésico local, sin embargo algunos consumidores la utilizan directamente sobre los genitales y refieren un aumento de la sensibilidad y la excitación; es el resultado de la importancia de las expectativas o sugerencias que se crean alrededor de una droga.

- LSD

El LSD es un potente alucinógeno y produce alteraciones muy potentes de la conciencia y la percepción. Es una sustancia que se consume a través de papel secante o sellos.

Los efectos alucinatorios de la droga dependen de varios factores, sobre todo de la propia personalidad del consumidor y de las expectativas que se creen. Se pueden vivir desde experiencias alucinatorias muy agradables hasta experiencias paranoicas, terroríficas y ansiosas (“un mal viaje”); se han documentado casos de muerte debido a acciones producidas por el efecto del LSD desde precipitaciones al vacío por la falsa creencia de poder volar hasta suicidios intencionados por la vivencia de situaciones de angustia y pánico. Además, pueden desencadenar enfermedades psicóticas como la esquizofrenia cuando existe predisposición.

Los efectos que pueden tener sobre la sexualidad son múltiples, dependiendo de los factores anteriormente mencionados, debido a las alucinaciones y a la paranoia la experiencia sexual es confusa y difusa.

- Drogas de diseño

El término drogas de diseño o de síntesis hace referencia a un grupo heterogéneo de sustancias que tienen como característica común que se tratan de compuestos estimulantes del sistema nervioso central, elaborados en laboratorios clandestinos sin control sanitario (Tabla 2.11).

Entre los efectos más comunes a muchas de ellas se destacan dos propiedades: la entactógena (sensación de aumento de la propia sensibilidad, autopercepción) y la empatógena (sensación de aumento de la comunicación social). Pero, pese a la falsa percepción de baja peligrosidad, lo cierto es que pueden dar lugar a un gran número de complicaciones tanto orgánicas como psiquiátricas.

Las dosis tóxicas se encuentran en el rango de las usadas como recreacionales. El mayor riesgo de estas drogas viene dado por el desconocimiento sobre las sustancias que se están consumiendo, las dosis que se administran y la variabilidad en la respuesta individual. A estos riesgos hay que añadir la elevada frecuencia de policonsumo entre ellas mismas y con otras drogas, básicamente consumo de tabaco, alcohol, cocaína, derivados del cannabis y alucinógenos.

Después de haber ingerido una pastilla, y a partir de los 10-30 minutos siguientes, aparecen los efectos ascendentes (el llamado “subidón”), caracterizado básicamente por síntomas estimulantes como euforia, desinhibición emocional, inhibición de la fatiga, hiperactividad e insomnio, entre otros.

Estos efectos pueden durar algunas horas, a partir de las cuales se inician los efectos descendentes, (el llamado “bajón”), con síntomas como resaca, somnolencia, dolores musculares, estado de ánimo depresivo, etc. Es habitual que durante el estado de “bajón”, muchos usuarios realicen nuevas ingestas de drogas de síntesis.

Tabla 2.11. Clasificación de las drogas de diseño

Drogas de síntesis	
Feniletilaminas	MDMA (3,4 metilendioxi metanfetamina), conocida como "Éxtasis", "Adán" y "XTC". Sextasy MDA (3,4 metilendioxi anfetamina), conocida como la "Droga Del Amor" MDEA (3,4 metilendioxi etanfetamina), conocida como "EVA" Metanfetamina, conocida como "Speed" Otras: DOM (conocida como "STP", serenidad, paz, tranquilidad o stop), DOB, PMA, TMA-2...
Derivado de la Metacualona	"Droga del amor"
Opiáceos Sintéticos	Derivados de la meperidina: MPPP, MPTP Derivados del fentanilo: 3 metil y alfa- metilfentanilo
Arihexilaimras	Fenciclidina (PCP, "polvo de ángel") Ketamina DMT
Otros	GHB (conocida como éxtasis líquido) Metcatilona GDL Éxtasis vegetal

Los jóvenes buscan en las drogas de diseño incrementar la sensación de euforia, relajación y sensualidad, el incremento de las sensaciones placenteras y la desinhibición, para facilitarles así, el acceso al sexo.

No existe evidencia científica sobre la repercusión sexual de estas drogas, pero si es conocido el mecanismo de acción a nivel cerebral, que debe suponer un freno a la respuesta sexual y no una activación.

Los estudios realizados sobre éxtasis y respuesta sexual describen como el 90 % de los hombres y el 93 % de las mujeres consumidores de MDMA perciben un aumento del deseo y la satisfacción. Esto puede deberse a la activación que produce el MDMA sobre el sistema dopaminérgico y por la alta proporción de sujetos (57 %) que utiliza la marihuana como complemento. El 40 % de los encuestados afirman que empeora los efectos sobre la erección. El orgasmo se retrasa, pero es percibido como mejor por el 85 % de los hombres y el 53 % de las mujeres.

El *Sextasy* es un comprimido que combina éxtasis y sildenafil, está ya presente en los clubs nocturnos (Breslau, 2002) y en el Reino Unido; más del 8 % de quienes acuden a bailar han empleado sildenafil. Algunos estudios realizados entre hombres gays y bisexuales descubrieron que los consumidores de esta droga tenían mayor número de parejas sexuales nuevas, niveles más elevados de sexo anal desprotegido y un porcentaje más alto de enfermedades de transmisión sexual.

Durante los últimos veinte años, el acceso de los jóvenes a las drogas recreativas se ha incrementado de forma espectacular. Es posible que las drogas y el sexo sean hoy en día dos de los retos más difíciles a los que deban enfrentarse los profesionales de la salud, dados los problemas legales de las drogas y el hecho de que el sexo sea una parte privada del comportamiento del individuo. Pero la tarea de mejorar la salud sexual y de reducir el consumo de drogas podría simplificarse si, al igual que los jóvenes, los profesionales de la salud enfocaran estos temas tan difíciles como dos partes ligadas de un fenómeno social más amplio (Mark, Hughes 2004).

C. Información y educación sanitaria

En la anamnesis de cualquier persona que padezca alguna disfunción sexual no hay que olvidar preguntar sobre los posibles fármacos y drogas que consumen, ya que pueden ser consecuencia de ello. La automedicación puede ser causa de trastornos sexuales que en ocasiones el paciente no lo identifica.

Además de todos los fármacos vistos hasta ahora en este tema, existen otros muchos que también alteran la función sexual. Por ello, es preciso conocer el efecto que produce sobre la sexualidad cada uno de los fármacos que consume un paciente con una disfunción sexual.

El conocimiento de la iatrogenia sexual medicamentosa, y de los efectos adversos sobre la esfera sexual de los fármacos, puede permitir asesorar a las personas que padezcan alguna disfunción sexual a raíz de ello.

Se debe valorar cada caso individualmente, analizando el beneficio-riesgo del tratamiento farmacológico responsable de la disfunción y, si es posible, ajustar la dosis o cambiar la medicación si los cambios en la sexualidad alteran la calidad de vida de la persona afectada. Es necesario que los pacientes que toman algún fármaco que pueda alterar la respuesta sexual estén informados sobre esta posibilidad pues:

- Les facilitaría la adherencia terapéutica
- Evitaría el abandono del tratamiento y
- Les daría conocimiento para, si les ocurriese, que pudieran comunicárselo al personal sanitario y éstos cambiarles la medicación o disminuirles la dosis, si es posible.

2.12. Educación sexual. Programas de educación sexual. Actuación de la matrona en los diferentes ámbitos de la educación sexual

A. Educación sexual

a. Conceptos en educación sexual

- Educación sexual

Se entiende por educación sexual como el aprendizaje sobre los aspectos cognitivos, emocionales y físicos de la sexualidad; se implican también los conceptos de diversidad sexual y género. Es el cultivo de las sexualidades.

“La educación sexual es excitar, incitar, suscitar actitudes frente al hecho sexual humano con los distintos modos de vivirlo de cada cual” (Efigenio Amezúa).

La educación sexual es un proceso que se desarrolla durante toda la vida, desde el nacimiento hasta la muerte; es un error pensar que sólo es necesaria puntualmente durante la infancia y la adolescencia, somos seres sexuados en constante cambio y desarrollo.

Se prepara y da competencia a personas de todas las edades a través de información, habilidades y valores positivos para que comprendan, disfruten de su sexualidad y de sus relaciones de manera segura y satisfactoria, responsabilizándose de su propia salud sexual y bienestar y la de otras personas. Es un derecho poder acceder a una educación sexual adecuada para cada edad (Fig. 2.28).

Félix López la define como “educación que logra que el alumnado adquiera un conocimiento amplio y adecuado a su edad de la sexualidad, consiguiendo que acepte de forma positiva su identidad sexual, entendiendo y sintiendo las posibilidades que nos brinda ésta de placer, ternura, comunicación, afecto y procreación, para un desarrollo óptimo de su personalidad. Favoreciendo el que los alumnos, padres y educadores puedan hablar con libertad y naturalidad.

Basando las conductas sexuales en una ética relacional: sinceridad, igualdad, responsabilidad y respeto. Y adquiriendo también la capacidad de emitir juicios críticos autónomos, junto con la elaboración de un sistema de valores morales, personales y coherentes.”

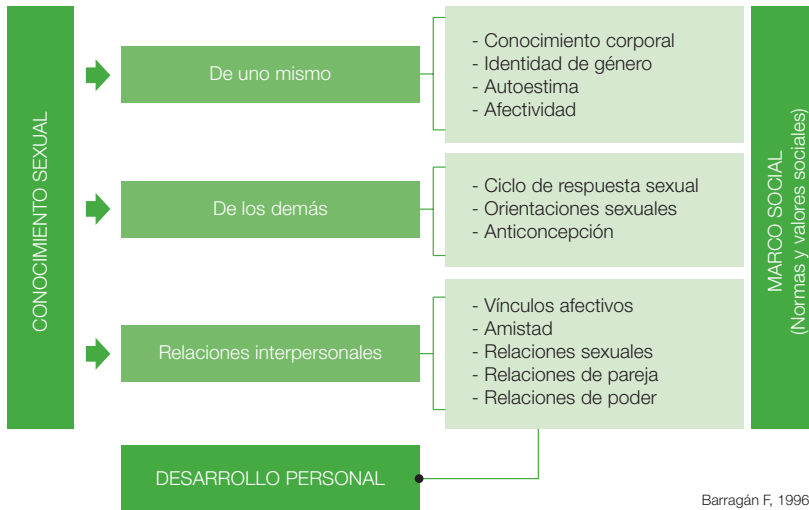


Fig. 2.28. Conocimiento sexual

- Salud sexual

La salud sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud”.

- Sexo y sexualidad

Desde el punto de vista del hecho sexual humano es preciso diferenciar entre los conceptos de “sexo”, “sexualidad” y “erótica”, son tres realidades distintas que se viven al unísono en cada persona.

- Sexo

Son las características que definen al ser humano como hombre o mujer. Su construcción es el resultado de un proceso que se desarrolla a lo largo de nuestra vida en el que se interconectan una serie de niveles o elementos estructurales: el sexo biológico o genético, el sexo gonadal, el sexo genital y el sexo somático o morfológico. Se desarrolla también conjunto al género, construcción sociocultural que define el comportamiento de las personas por el hecho de ser hembras o machos.

- Sexualidad

Es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Modo de vivirse, verse y sentirse como persona sexuada, el modo o modos con los que cada cual vive, asume, potencia y cultiva o puede cultivar el hecho de ser sexuado. La sexualidad no es un instinto sino un valor humano, una cualidad, una dimensión, porque todas y todos somos sexuados durante toda la vida. Está modulada por la cultura y el momento histórico. Es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social.

- Erótica

Es la expresión de la sexualidad, es muy variada y depende de cada persona. Es la forma de actuar, sentir, comunicar, dar y recibir (pensamientos, actos de afecto, fantasías, relaciones sexuales, masturbación...).

b. Los derechos sexuales

Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad para todos los seres humanos. La Declaración Universal de los Derechos Sexuales fue escrita en el XIII Congreso Mundial de Sexología por la WAS (World Association for Sexology) en Valencia en el año 1997, y posteriormente adoptada por la Asamblea General de la WAS en el XIV Congreso Mundial de Sexología en Hong Kong en 1999.

Los derechos sexuales deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios (Tabla 2.12).

Tabla 2.12. Declaración universal de los derechos sexuales

1. El Derecho a la Libertad Sexual. La libertad sexual abarca la posibilidad de las personas a expresar su sexualidad y excluye todas las formas de coerción sexual, explotación y abuso en cualquier periodo y situación de la vida
2. El Derecho a la Autonomía Sexual, Integridad Sexual y Seguridad del Cuerpo Sexual Incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la vida sexual dentro de un contexto de la propia ética personal y social. También incluye el control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo
3. El Derecho a la Privacidad Sexual. Derecho a expresar las preferencias sexuales en la intimidad siempre que estas conductas no interfieran en los derechos sexuales de otros
4. El Derecho a la Equidad Sexual. Este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, por razones de sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o discapacidad física, psíquica o sensorial
5. El Derecho al Placer Sexual. El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es una fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual
6. Derecho a la Expresión Sexual Emocional. La expresión sexual es más que el placer erótico en los actos sexuales. Cada individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor
7. El Derecho a la Libre Asociación Sexual. Significa la posibilidad de casarse o no, divorciarse y establecer otros tipos de asociaciones sexuales
8. El Derecho a tomar decisiones reproductivas libres y responsables. Derecho a decidir sobre tener descendencia o no, el número y el tiempo entre cada uno y el derecho al acceso a los métodos de la regulación de la fertilidad
9. El Derecho a la Información basada en el conocimiento científico. La información sexual deber ser generada a través de un proceso científico, libre de presiones externas, y difundido de forma apropiada en todos los niveles sociales
10. El Derecho a la Educación Sexual Comprensiva. Este es un proceso que dura toda la vida, desde el nacimiento y debería involucrar a todas las instituciones sociales
11. El Derecho a la Atención Clínica de la Salud Sexual. La atención clínica de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales

c. Educación sexual informal, formal y no formal

- Durante el crecimiento, niños y adolescentes van adquiriendo gradualmente conocimientos, modelos, valores, actitudes y habilidades relacionadas con el cuerpo humano, las relaciones de pareja y la sexualidad. En ese aprendizaje utilizarán múltiples fuentes, siendo las más importantes para su adquisición los padres, son los primeros referentes para el desarrollo de las actitudes, valores y conocimientos sobre este tema y forjarán la base sobre la que cada uno fundamentará su vivencia como personas sexuadas. Esto es lo que se conoce como educación sexual informal.
- La educación sexual formal es la que ofrecen los profesionales (sexólogos, psicólogos, sociólogos, maestros, matronas, enfermeros, médicos...), ésta difícilmente moldea la sexualidad humana; el papel de los educadores sexuales se ha centrado sobre todo en la prevención y el tratamiento de problemas relacionados con la sexualidad como la planificación familiar, la prevención de enfermedades de transmisión sexual o el asesoramiento sobre disfunciones sexuales concretas. Actualmente, existe una tendencia hacia el cambio en este aspecto con una educación sexual más integradora donde, sin dejar de lado los temas anteriores, se trate a la sexualidad de un modo más abierto, aportando conocimientos, actitudes y valores que también conduzcan a su disfrute.
- La educación sexual no formal, que consiste en cursos, charlas, talleres que se dan a diferentes públicos como pueden ser adolescentes, padres, maestros y personal de la salud. Generalmente responden a una planeación con objetivos y actividades específicos. En muchos casos, es a través de estos cursos que el personal de la salud recibe la formación necesaria para trabajar con la comunidad y a su vez transmite conocimientos y actitudes a la comunidad.

B. Programas de educación sexual

a. Modelos de educación sexual

En la actualidad no existe una sola forma de impartir la educación sexual, hay varios modelos de intervención en educación sexual, cuyas características van a depender del periodo histórico donde se hayan gestado, y están influenciados por los cambios políticos y sociales del momento y lugar donde se aplican.

- Modelo moral

Es un modelo basado en la concepción religiosa del ser humano, en la que se considera que la actividad sexual sólo tiene sentido dentro del matrimonio heterosexual y debe estar orientada a la expresión del amor entre los cónyuges y a un fin reproductivo. Se defiende la castidad hasta el matrimonio, los métodos anticonceptivos son inmorales. Toda la información relativa al placer queda suprimida, la homosexualidad, la masturbación y las relaciones prematrimoniales son consideradas desviaciones o inmoralidades.

Es impartido en las iglesias y las asignaturas de ética o religión. Cuando se da en las escuelas se necesita permiso de los padres, pues la educación sexual es un derecho y deber de ellos.

- Modelo preventivo o médico

Se trata de un modelo de educación sexual para evitar los riesgos que conlleva la propia actividad sexual. El concepto de salud era la ausencia de enfermedad, no el bienestar y la calidad de vida. El objetivo es evitar las enfermedades, detectarlas y curarlas, evitar problemas como embarazos no deseados, SIDA, enfermedades de transmisión sexual... No se preocupan por la actividad sexual, respuesta sexual, bienestar o calidad de vida.

La metodología consiste en la aplicación de charlas puntuales durante la adolescencia a cargo de especialistas en salud (médicos, enfermeros...) y de campañas publicitarias específicas y muy agresivas (preservativo, VIH/SIDA...).

Actualmente este modelo ha evolucionado con el nuevo concepto de salud propuesto por la OMS, bienestar psicosomático, personal y social. La educación para la salud sexual presenta una visión más amplia de la sexualidad sin olvidar los riesgos que puede acarrear pero fomentando una actitud basada en decisiones responsables personales y hacia los demás, no en imposiciones y deberes, y sin dejar de lado el placer.

- Modelo para la revolución sexual y social

Defendido por asociaciones políticas, movimientos juveniles o intelectuales progresistas, que defienden la idea de que existe una estrecha relación entre represión sexual y represión social.

El objetivo de la educación sexual debe estar en conseguir una revolución sexual y social. La información debe incluir los aspectos anatómicos y fisiológicos del placer sexual, los anticonceptivos, la defensa de minorías homosexuales y el análisis crítico de la regulación social de la sexualidad, de la familia y de la moral dominante.

Se persigue que todas las personas tengan una actividad sexual satisfactoria, siendo una condición necesaria para ello el alcance del orgasmo, necesario para la salud.

La metodología se centra en una educación sistemática, programada por maestros combativos o por especialistas externos. Se dirige más a asociaciones juveniles, de vecinos, haciendo uso muy frecuente de debates, mesas redondas y concediendo poca importancia a lo que los padres puedan hacer en materia sexual.

- Modelo para la educación sexual integradora y abierta

Basa la educación sexual en dar conocimientos científicos y en transmitir actitudes democráticas, tolerantes y abiertas.

El objetivo básico es favorecer la aceptación positiva de la propia identidad sexual, así como el aprendizaje de conocimientos que permitan vivir las diferentes posibilidades de la sexualidad en cada edad, conforme a la persona. La información debe estar libre de prejuicios y tópicos, se reconoce el derecho al placer, la variabilidad sexual, el análisis crítico del funcionamiento social y se fomenta la responsabilidad para que sean evitados los riesgos, las relaciones de explotación y dominio entre las personas.

Forma parte de la educación programada dentro del currículum educativo. Se imparte de forma participativa, partiendo de los intereses de las personas que se forman, creando procesos de análisis y reflexión sobre los temas trabajados. Se considera a la familia como elementos importantes en el proceso.

En la actualidad, el modelo integral es el que defiende una visión más amplia de la sexualidad y es el que más se adapta a las necesidades sociales actuales.

La educación sexual integral, es un derecho humano y que la meta a largo plazo debe de asegurar que todas las personas jóvenes tengan acceso a programas efectivos.

La educación sexual debe estar guiada por principios fundamentales como:

- Favorecer normas y actitudes y desarrollar habilidades para alcanzar la igualdad de género.
- Abordar las vulnerabilidades y combatir la exclusión social.
- Promover la participación de la gente joven y reforzar las capacidades para la ciudadanía.
- Fomentar la apropiación local y la relevancia cultural.
- Tener una visión positiva hacia la sexualidad durante todo el ciclo vital.

b. Campos de actividad de la educación sexual

- Organismos responsables de la salud pública

Los organismos responsables de la salud pública estatal y de cada comunidad autónoma son responsables de la difusión de medidas informativas sobre sexualidad, garantizar el acceso a los métodos anticonceptivos, organizar programas de educación sexual para jóvenes y grupos específicos, así como del seguimiento de las principales fuentes de información.

- Medidas informativas

Edición y distribución de materiales adecuados a las características socioculturales poblacionales, que contribuyan a mantenerles informados sobre sexualidad, prevención de enfermedades de transmisión sexual, prevención del VIH/SIDA, anticoncepción, agresiones y abuso sexual, y sobre el acceso a dispositivos de atención primaria y comunitaria específicos en atención sexual.

En cada comunidad autónoma debería valorarse la existencia de un teléfono o de una página Web institucional de información y asesoramiento accesible para jóvenes, específico sobre sexualidad y anticoncepción. El uso de las nuevas tecnologías debería ser aprovechado para este fin, permitiría el acceso a información relevante, contrastada científicamente sobre sexualidad.

- Garantizar el acceso a los métodos anticonceptivos

Según la OMS “es importante que los servicios de planificación familiar estén ampliamente disponibles y sean de fácil acceso, por medio de parteras y otros agentes de salud capacitados, para toda persona sexualmente activa, en particular los adolescentes. Las parteras están capacitadas para facilitar (en los lugares en que estén autorizadas) los métodos anticonceptivos localmente disponibles y culturalmente aceptables”.

- Medios de comunicación

Se recomienda desarrollar y promover actividades de sensibilización a periodistas, publicistas, productores, etc., mediante la elaboración de materiales específicos (guías, manuales, folletos...) y la organización de foros, seminarios o talleres, con el objetivo de fomentar actitudes positivas y saludables hacia la sexualidad.

- Ámbito educativo

Se recomienda la educación sexual formal desde la edad preescolar (3-4 años) hasta llegar a la edad adulta, donde ya se ha establecido una personalidad madura y se han sentado las bases para el desarrollo sexual.

- Educación sexual multidisciplinar

Ofrece una educación sexual holística y continuada donde se integra la sexualidad dentro de las varias asignaturas comunes y bajo la responsabilidad de diferentes profesores, normalmente coordinados por un profesor o por un agente especializado en educación sexual (sexólogo, psicólogo, matrona, enfermero...). De modo que en asignaturas relacionadas con ciencias naturales se traten los aspectos que están más relacionados con el funcionamiento del cuerpo humano y en otras como educación para la ciudadanía, filosofía u otras relacionadas con humanidades se presten atención a la interacción social y a las cuestiones morales.

Especialistas de fuera del ámbito educativo intervienen para hacer frente a problemas específicos. Estos pueden ser sexólogos, médicos, enfermeros, matronas, trabajadores sociales o psicólogos pertenecientes a los servicios de salud de la comunidad, al propio centro educativo o a organizaciones no gubernamentales.

Este tipo de programas puede ir acompañado de una asignatura propia de educación sexual como materia curricular obligatoria y continuada, desde el primer curso hasta el último.

- Educación sexual como materia curricular

Es importante que la educación sexual se convierta cada vez más en una materia curricular obligatoria sin que sea necesario el permiso de los padres para la asistencia. Además, debe ser continuada, una charla de unas horas sobre sexualidad una vez al año no es suficiente y se olvida con facilidad.

Además, en algunas instituciones se organizan reuniones en las que participan profesorado y padres conjuntamente con el educador sexual, esto ayuda a que los progenitores contribuyan en el proceso educativo y se trabaje en la misma línea.

- Programas o trabajos de “pares”

Los programas de pares son un enfoque popular para el trabajo con los derechos sexuales y reproductivos de jóvenes, la experiencia ha demostrado que son una vía prometedora para avanzar en esta área.

Los educadores de pares son personas pertenecientes a un grupo dentro de un entorno específico como la escuela, instituto, lugar de trabajo, ejército, prisiones, clubes juveniles o de deporte, pandillas o vecindario. Estas personas se capacitan para educar a su cohorte de edad, y en los programas de salud sexual y reproductiva son capacitados para brindar información sobre estos temas a sus pares bajo la premisa de que la mayoría de la gente joven se siente más cómoda recibiendo información de personas de su misma edad que de personas adultas. Estarán bajo la supervisión y la formación de un coordinador adulto, experto en salud sexual, que liderará el programa.

- Ámbito sociosanitario

Desde el ámbito sociosanitario es imprescindible la prestación de apoyo educativo en relación con la salud y necesidades sexuales de adolescentes, jóvenes, adultos, ancianos y personas que presenten alguna discapacidad física o psíquica.

- Apoyo grupal

Consiste en reunir a grupos de personas de la misma comunidad con características y necesidades similares, en las que se haya detectado alguna necesidad en relación con la salud sexual y reproductiva, siendo necesaria una intervención en educación sexual. Por ejemplo, grupos de educación para la maternidad/paternidad, grupos de jóvenes de comunidades donde se hayan detectado conductas de riesgo, discriminación o violencia sexual; grupos de personas con enfermedades crónicas donde se realicen talleres relacionados con la sexualidad y la patología que padecen, grupos de mujeres durante el climaterio...

- Apoyo individual

Se recomienda potenciar la creación de consultas para la atención de las necesidades sexuales de la población para prestar atención individual y confidencial a todos los grupos de edad y sexo cuando éstos lo soliciten o se detecte en el ámbito social o sanitario. Se prestarán los siguientes servicios:

- Asesoría sexual.
- Prevención de enfermedades relacionadas con la salud sexual y reproductiva.
- Anticoncepción regula.
- Anticoncepción de emergencia.
- Atención a las agresiones y abuso sexual.
- Asesoría y derivación en relación con la IVE.

C. Actuación de la matrona en los diferentes ámbitos de la educación sexual

a. Competencias de las matronas relacionadas con la salud sexual

- Realizar una adecuada educación para la salud a la mujer, familia y comunidad, identificando las necesidades de aprendizaje en relación con la salud materno-infantil, la salud sexual, reproductiva en el climaterio, llevando a cabo los diferentes programas educativos relacionados con las necesidades detectadas.
- Realizar consejo afectivo sexual y consejo reproductivo a la mujer, jóvenes y familia.
- Promover una vivencia positiva y una actitud responsable de la sexualidad en la población y asesorar en materia de anticoncepción.
- Realizar actividades de promoción, prevención y colaborar en las actividades de asistencia y recuperación de la salud sexual, reproductiva y del climaterio de la mujer.
- Establecer una comunicación efectiva con la mujer, familia y grupos sociales.
- Trabajar y comunicarse de forma efectiva con el equipo de salud.
- Realizar una práctica clínica basada en la evidencia científica disponible.

b. Recomendaciones de utilidad para realizar la tarea

- Escuchar con atención y respeto los planteamientos, comentarios y confesiones.
- Evitar juzgar a las personas, mostrar una actitud empática.
- Informar de manera objetiva y con alto nivel técnico, evitando transmitir mitos, errores o prejuicios.
- Orientar con ética y responsabilidad.
- Promover la participación, la reflexión y el diálogo de todas las personas incluidas en el proceso.
- Estar consciente de su propia sexualidad, aceptarla y vivirla de manera positiva.

- Tener presente que la comunicación no verbal puede tener mayor influencia que lo que se dice mediante el habla.
- Estudiar y actualizarse en los temas relacionados con la sexualidad humana.
- Ayudar a comprender y tolerar las diferencias.
- Utilizar lenguaje fácil y natural, sin eufemismos ni vulgaridad.
- Conocer sus limitaciones como educador/a y orientador/a.
- Asumir de manera responsable con una postura respetuosa hacia sí mismo/a y hacia los/las demás.
- Nunca debe dominar la discusión, imponer su propio sistema de valores, dar su opinión personal o discutir sobre el comportamiento sexual de los demás.
- No imponer su comportamiento sexual personal, ni pedir a los/las participantes que lo hagan.

La educación para la sexualidad, en el proceso de atención de enfermería dentro del ámbito educativo, constituye una parte importante de las competencias de las matronas. Además, la educación para la sexualidad constituye un proceso educativo dirigido a potenciar, promover y educar aquellos factores de la sexualidad que inciden directamente sobre la población.

2.13. Sexo y poder. Los roles de género en los medios de comunicación. Publicidad. Pornografía

A. Sexo y poder

El género es el conjunto de características sociales y culturales que dotan de masculinidad o femineidad, construidas y asignadas a las personas en función de su sexo, y que varían dependiendo del momento histórico y el lugar. Otorga actitudes, aptitudes, espacios, roles y funciones atribuidos a los hombres o a las mujeres. El sistema sexo-género, en relación a la sexualidad, determina, orienta y disciplina cánones de femineidad y masculinidad, esto puede repercutir produciendo desigualdad y relaciones de poder asimétricas entre los sexos.

Según Foucault, el poder es una relación de fuerzas y, en relación con el género, puede ser aplicado a la “lucha” entre la dominación y la sumisión.

El orden normativo de las desigualdades siempre implica jerarquización, una estratificación que distribuye valores, dominios y subordinaciones, que crea norma y normatividad y edifica lo que se considera normal y lo que no lo es. La sociedad occidental se organiza en torno a la estructura patriarcal, donde la subcultura masculina es la dominante.

a. Sexismo

“Conjunto de todos y cada uno de los métodos empleados en el seno del patriarcado para poder mantener en situación de inferioridad, subordinación y explotación al sexo dominado: el femenino” (Sau V, 2002; “Diccionario Ideológico Feminista”).

En nuestra sociedad, existen dos formas de sexismo: el sexismo hostil y el sexismo benévolo.

El sexismo hostil manifiesta aquellas actitudes que son negativas hacia las mujeres (inferioridad, sumisión, debilidad,..), es la causa del resentimiento y la rebelión por parte de las mujeres. Sin embargo, el sexismo benévolo es aquel que ofrece un tono afectivo positivo a las mujeres, relacionadas con estereotipos ya preestablecidos, como por ejemplo la necesidad de protección y afecto, ideales de delicadeza o la aceptación de los roles tradicionales; reconoce que la mujer es más débil y tiene dependencia del hombre (paternalismo protector), y justifica de manera más amable la dominación masculina.

b. Los estereotipos y roles de género

Los estereotipos son las creencias populares sobre los atributos que caracterizan a un grupo social determinado. Éstos pueden estar asociados a prejuicios o a actitudes positivas o neutras. Detrás de cualquier estereotipo subyace una ideología fuertemente arraigada en muchas sociedades hasta el punto de que son adoptados como parte de la “naturalidad humana”.

Suelen conllevar un valor peyorativo con respecto a las personas y a los grupos socialmente desfavorecidos. Así, a partir del uso de ciertos estereotipos se generan prejuicios discriminadores como el racismo o el sexismo.

Por lo tanto, los estereotipos de género son aquellos roles, características y tópicos que la sociedad atribuye a los hombres y a las mujeres por el hecho de pertenecer a uno u otro sexo. Son atribuciones ideológicas y, a veces inconscientes, que refuerzan la desigualdad entre hombres y mujeres.

Desde el poder patriarcal, a las mujeres se las ha estereotipado cuando se las define como seductoras, harpías, charlatanas, manipuladoras, pasivas, sumisas, débiles, inseguras, dependientes, emocionales, frágiles, delicadas, inestables... El hecho de pertenecer al grupo estereotipado, las mujeres, define a todas y a cada una de ellas. Los hombres también son estereotipados, pero habitualmente, como valientes, competitivos, agresivos, duros, héroes, conquistadores, aguerridos, inteligentes, prudentes, fuertes, independientes, cabales...

Una determinada actitud llevada a cabo por una persona va a tener connotaciones diferentes si se trata de un hombre o una mujer. Por ejemplo, en la sociedad es frecuente pensar que una persona sensible si es mujer es delicada y si es hombre es afeminado; o si una mujer hace mal las tareas domésticas es mal ama de casa y si lo es un hombre se considera normal.

Los medios de comunicación, con su poder de representación son fundamentales en la construcción y reforzamiento de los estereotipos de género. Los estereotipos son injustos porque no son exactos y tienen efectos negativos para la vida del grupo estereotipado.

Sin embargo, los roles de género son los comportamientos, actitudes, obligaciones y privilegios que una sociedad asigna a cada sexo y espera de él. Uno de los roles sociales o papeles que se han asignado a las mujeres en exclusiva es el papel de proveedora del bienestar del esposo y la familia.

B. Los roles de género en los medios de comunicación

Actualmente, en la sociedad occidental los medios de comunicación (televisión, radio, internet, revistas...) ejercen un papel muy importante en el proceso de socialización de las personas. Los medios de comunicación de masas tienen importantes y poderosas implicaciones en la construcción social de la cultura, también sobre los hábitos y relaciones interpersonales, así como en la configuración de la percepción de la realidad tanto en los sujetos individuales como en el conjunto de la población.

Además, estamos constantemente utilizando las nuevas tecnologías de la comunicación y su uso va en aumento, incorporándose cada vez más a la vida cotidiana (telefonía móvil, tabletas, televisión digital, redes sociales...). En consecuencia, han empezado a trastocar y crear un entorno cultural totalmente revolucionario en torno a las relaciones interpersonales de quienes los utilizan.

Multitud de trabajos y estudios han puesto de manifiesto la influencia de los medios tradicionales de comunicación de masas (cine, televisión y publicidad) en la configuración de los valores y creencias en torno a la sexualidad; así como las estrategias de estos medios para la utilización del erotismo, con el fin de atraer a los usuarios con objetivos comerciales e ideológicos. También han puesto de manifiesto que los cambios en los valores sexuales que se han producido en las últimas décadas se deben a la influencia de estos medios de comunicación, hemos entrado en una civilización que está marcada por la expresión y provocación del deseo sexual como uno de sus rasgos característicos.

Además, los medios de comunicación, y especialmente la televisión, tienen un gran poder de influencia sobre las actitudes y comportamientos de las niñas y niños. Las identidades masculina y femenina se conforman a través de las expectativas que la sociedad demanda a la infancia y que parecen casi imposibles de obviar; es complicado poder contrarrestar la influencia ejercida por los medios de comunicación sobre ellos.

a. Uso del lenguaje no sexista

El sexismo lingüístico es el uso discriminatorio del lenguaje que se hace por razón de sexo. Una de las cuestiones que causan más polémica en torno al sexismo lingüístico es la confusión que se establece entre sexo y género gramatical. El género gramatical es un rasgo que se le atribuye a determinados tipos de palabras, que sirve para clasificar los sustantivos en masculinos y femeninos y, en el caso de los adjetivos y determinantes, para establecer su concordancia.

Existe un uso abusivo, y a veces innecesario, del masculino genérico. Un lenguaje igualitario y no excluyente permite visibilizar a las mujeres, rompiendo con estereotipos y prejuicios sexistas, es necesario nombrar correctamente tanto a mujeres como a hombres. Por ejemplo, “los niños deben dormir 10 horas” excluye a las niñas, sería mejor decir “en la infancia se deben dormir 10 horas”.

En el mismo Diccionario de la Lengua Española existían definiciones para una misma palabra que cambiaban y estaban influenciados por los estereotipos de género dependiendo si se referían a una mujer o a un hombre, por ejemplo se define a la palabra “comadrona” como “partera (mujer que asiste a la parturienta)” y “comadrón” como “cirujano que asiste a la mujer en el acto del parto”; “fulano” es “persona indeterminada o imaginaria” y “fulana” como “ramera”.

b. El control de los medios de comunicación

La Ley 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, establece un apartado completo (recogido en su Título III) de regulación sobre los medios de comunicación y publicidad, bien sean de titularidad pública o privada, incidiendo especialmente en seis aspectos claves:

- El respeto del principio de igualdad entre mujeres y hombres. Los medios de comunicación velarán por la transmisión de una imagen igualitaria, plural y no estereotipada de mujeres y hombres en la sociedad, y promoverán el conocimiento y la difusión del principio de igualdad entre mujeres y hombres.
- La utilización no sexista del lenguaje.
- La autorregulación a través de códigos de conducta que transmitan el contenido del principio de igualdad.
- La colaboración con las campañas institucionales dirigidas a fomentar la igualdad entre mujeres y hombres y a erradicar la violencia de género.
- La incorporación de las mujeres a puestos de responsabilidad directiva y profesional en el ámbito de la comunicación.
- Fomentar la relación con asociaciones y grupos de mujeres para identificar sus necesidades e intereses en el ámbito de la comunicación.

C. Publicidad

La publicidad es una forma de comunicación persuasiva que utiliza objetos, imágenes y personajes atractivos que se identifican con los productos que se intentan vender y que a través de los medios de comunicación se presentan en nuestro día a día.

Los principales objetivos de la publicidad son captar la atención de los consumidores, convencer de que su producto es diferente al de la competencia, hacer visibles su utilidad y beneficios así como persuadir su compra. Para ello, recurren a diferentes estrategias como provocar emociones en la población y asociar lo que se quiere vender a sensaciones placenteras como felicidad, diversión, seguridad o aumento de la autoestima.

La publicidad intenta imitar el mundo real para empatizar con las personas a las que va dirigido el anuncio. A partir de ello, crean modas, refuerzan los cánones de belleza establecidos así como los estereotipos y los roles de género existentes en la sociedad.

Actualmente, la publicidad nos rodea por donde quiera que vayamos, se encuentra en cualquier lugar y a través de multitud de medios de comunicación, en cualquier soporte audiovisual o impreso. Por ello, es importante analizar el sexismo que se ve reflejado en ellos y que, en ocasiones, pueden pasar desapercibidos a simple vista.

Estos mensajes publicitarios sirven para reforzar estereotipos de género, tanto en el hombre como en la mujer, la imagen que se da es lo que se espera de ellos. Sin embargo, en este contexto, la mujer es la que se ve más perjudicada. Muchos anuncios publicitarios inculcan modelos machistas como el de la mujer dependiente, delicada, atractiva y objeto de deseo sexual; además, responsable de las tareas domésticas y del cuidado familiar. En el caso de los hombres, es más frecuente encontrarnos con sujetos inteligentes, independientes y con poder sobre la mujer.

A través de estos estereotipos de género se desdibuja y desfigura a la persona que forma parte de un grupo al que le une su condición sexual, se le caricaturiza, despersonaliza y se le despoja de su identidad a base de extremar unas circunstancias o caracteres, naturales o adquiridos, que le unen al resto (Quin y McMahon, 1997).

Es necesario dotar a la población de conocimientos para poder valorar este tipo de publicidad, desde una perspectiva crítica para que sean conscientes del contenido real de los mensajes que nos envían, y cómo influyen en el comportamiento de la sociedad.

Desde la puesta en vigor de la Ley 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, que regula la difusión de mensajes a través de los medios de comunicación para fomentar la igualdad de género, se han retirado algunas campañas publicitarias con contenido sexista explícito. Sin embargo, hoy en día aún nos encontramos con publicidad en la mayoría de los Mass Media que no cumple con dicha normativa (Fig. 2.29).



Fig. 2.29. Mujer como objeto de deseo sexual en la publicidad

a. La imagen de la mujer en la publicidad

En las últimas décadas la imagen de la mujer ha cambiado a medida que también han cambiado los roles de la mujer en la sociedad, hacia papeles más igualitarios tanto en el medio laboral como en el hogar y el cuidado familiar.

En los años 50-60 la mujer estaba más ligada a los cuidados de la casa y a las labores familiares como el cuidado de los hijos y del marido; además, no estaba presente en el mundo laboral. En los ochenta empezó a ser utilizada como un objeto sexual por la publicidad como reclamo para los hombres. En los noventa comienza a cambiar el rol femenino, se reconoce que la mujer trabaja y las responsabilidades domésticas empiezan a ser compartidas entre ellas y los hombres, viéndose reflejado en algunos anuncios publicitarios. Ya en el siglo XXI, se ofrece una imagen de la mujer más independiente y que vive sola, sin dependencia masculina; también el hombre aparece más en anuncios dirigidos a los productos de limpieza; aunque sigue apareciendo publicidad donde se reflejan los estereotipos de género.

A continuación, las siguientes pautas nos pueden ser de utilidad para poder detectar anuncios de publicidad de carácter sexista y, por lo tanto, reforzadores de los roles y estereotipos de género; además, la mayoría de las ocasiones no se muestran de manera explícita (Tabla 2.13).

Tabla 2.13. Publicidad sexista. Estereotipos y roles de género

Las mujeres aparecen como personas dependientes (economía, toma de decisiones...)
Las tareas domésticas y el rol de cuidador son desempeñados sólo por mujeres
Las mujeres ejercen profesiones o trabajos de menor relevancia social que los hombres
Representación de mujeres asociada a los tópicos y estereotipos asignados (delicadeza, fragilidad, necesidad de protección, sumisión, obediencia...). Los hombres aparecen como fuertes, activos, independientes, agresivos, inteligentes...
El cuerpo de la mujer es utilizado como un adorno en el contexto publicitario, normalmente representado con el ideal de belleza del cuerpo femenino
Se trata a las mujeres como objetos sexuales, se insinúan o se utilizan las relaciones sexuales como reclamo para la venta
Las mujeres son representadas en espacios domésticos y los hombres en el ámbito laboral
Utilización de hombres para dar mayor autoridad o credibilidad al mensaje
Uso de términos discriminatorios

b. Recomendaciones para una publicidad no sexista

Las diferentes Comunidades Autónomas del territorio español han elaborado una serie de guías y estrategias para el control del contenido ofrecido por los medios de comunicación que puedan fomentar la discriminación sexual y la violencia de género.

Por ejemplo, en Andalucía se ha creado el “Observatorio Andaluz de la Publicidad no sexista” por el Instituto Andaluz de la Mujer de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; se encarga de realizar campañas de sensibilización sobre este tema y, además, ofrecen herramientas para detectar la publicidad sexista mediante un decálogo y un código deontológico basado en los principios de integridad, salud, dignidad e igualdad. También ofrecen la posibilidad de que la población pueda denunciar cualquier tipo de publicidad de carácter discriminatorio mediante un apartado en su página web.

Por otra parte, la Radiotelevisión Canaria (RTVC) ha elaborado una guía para una Comunicación Incluyente. En ella se analiza la publicidad sexista y se dan una serie de recomendaciones o decálogo con indicaciones para combatir este tipo de fuentes de información (Tabla 2.14).

Tabla 2.14. Decálogo de la RTVC para una publicidad no sexista

Focalizar imágenes en partes del cuerpo de mujer sin contenido erótico
Excluir escenas que representen sometimiento sexual
Evitar mensajes que inciten al maltrato
Trasmitir mensajes de productos dirigidos a hombres y a mujeres
Utilizar un lenguaje no sexista
Promover el respeto y la igualdad en las relaciones entre hombres y mujeres
Evitar estándares de belleza femenina que determinan una mujer bella y delgada como sinónimo de éxito
Utilizar indistintamente la voz del hombre como la de la mujer para dar autoridad, credibilidad y fiabilidad
Fomentar el reconocimiento de la mujer a la sociedad en todos los ámbitos

D. Pornografía

Se entiende por pornografía como la reproducción de material audiovisual, gráfico o textual que presenten contenidos donde se muestren relaciones sexuales de forma explícita. El objetivo de la pornografía es excitar al espectador.

“Pornografía”: una “grafía”, es decir, una representación textual de una fantasía vinculada a lo “porno”. Porno proviene del griego pornái (prostituta) y pórnai (prostituto) y alude a la prostitución, sea practicada por hombres o mujeres.

La pornografía se popularizó a finales del siglo XIX con los avances tecnológicos como la fotografía. Las primeras imágenes fotográficas de cuerpos desnudos y de relaciones sexuales datan del año 1840. Estas tecnologías se han ido desarrollando hasta nuestros días y actualmente podemos encontrarlo en multitud de medios de comunicación: televisión, cine, DVD, internet, revistas, libros... y se encuentran al alcance de cualquier persona de forma fácil.

Tradicionalmente, el mercado pornográfico va dirigido al público masculino ya que los hombres son los principales consumidores de este tipo de producto.

Es sorprendente la gran cantidad de páginas web dedicadas tanto a la difusión del erotismo como de la pornografía. Las nuevas tecnologías proporcionan privacidad, novedades y accesibilidad para las personas que son usuarios de estos fenómenos; además, están al alcance de todos los usuarios de la red, independientemente de su edad, cultura o situación geográfica.

Ante ello, es imprescindible educar y formar a los ciudadanos para que sepan desenvolverse en internet con suficientes valores y conocimientos, sustentados en una cultura de la sexualidad entendida como una forma de comunicación placentera con otras personas y no como una mercancía de consumo.

a. Clasificación

- Según el grado de censura

La pornografía se puede clasificar dependiendo de su contenido haciendo referencia a la censura, más o menos explícito.

- Softcore

Frecuente conocido como erotismo, no aparecen cuerpos desnudos totalmente, no incluye primeros planos de los genitales. Sugieren las prácticas sexuales, apareciendo siempre en segundo plano, difuminadas y en la oscuridad.

Deja más juego a la imaginación y a las fantasías, y se basa en la sexualidad como una experiencia interior. Por el contrario, en otro tipo de pornografía más explícita se relaciona la sexualidad con el cuerpo y los genitales.

- Mediumcore

Muestran de forma gráfica el cuerpo desnudo totalmente y primeros planos de los genitales, pero no prácticas sexuales explícitas. Es el difundido en revistas tipo Playboy.

- Hardcore

Es el género que contiene sexo explícito en cualquier variante, y que se asocia más a la pornografía.

- Según el contenido

- Pornografía tradicional

Está dirigido específicamente al público masculino, es de carácter sexista y heteronormativo; en este tipo de pornografía las escenas sexuales son representadas como relaciones de poder y de dominancia del hombre respecto a la mujer.

Refuerzan seriamente los estereotipos de género y de belleza, presentan a mujeres como objetos de deseo, jóvenes con cuerpos voluptuosos y grandes pechos; mientras que en los hombres no se

da tanta importancia al aspecto físico, aunque suelen aparecer con cuerpos atléticos; además, aparecen generalmente con un pene de tamaño superior a la media.

Por otro lado, el eje central es la penetración y el objetivo de la escena siempre es llegar al orgasmo, el del hombre sobre todo, que es exhibido en la mayoría de las escenas fuera del cuerpo de la mujer. El orgasmo femenino está siempre condicionado a la penetración y a la potencia sexual del hombre.

Es un tipo de pornografía donde no se expresa ningún tipo de afecto ni complicidad entre las personas implicadas.

Este canon pornográfico heteronormativo es llevado también a la pornografía dedicada a hombres homosexuales, apareciendo roles de dominación y sumisión y teniendo como recurso principal la penetración.

- Postpornografía o “porno para mujeres”

A partir de los años noventa, en España y Francia se comienza a producir un nuevo estilo de pornografía de estilo feminista, principalmente dirigido por mujeres, como Annie Sprinkle, Erika Lust, Linda Williams, Camille Paglia y Beatriz Preciado.

El postporno consiste en la representación de las sexualidades alternativas, huyendo del modelo tradicionalista de la industria.

“En España, las teorías feministas tradicionales se mostraban en contra de la pornografía porque la entienden como una representación que degrada a la mujer (Valcárcel y De Quirós 1994), ya que es la culpable del rango que las mujeres ocupan en el imaginario colectivo masculino, mientras que el postfeminismo, o feminismo pro sexo, entiende que la degradación hay que asumirla como presente en todos los campos vitales, debido al sistema patriarcal heteronormativo en el que nos encontramos. Por tanto, su reflexión parte de que es necesario apropiarse de la degradación y llevarla al ámbito que más favorezca la representación y los deseos de los cuerpos” (Ares y Pedraz, 2011).

b. Posicionamientos ante el género pornográfico

Actualmente existen dos vertientes de pensamiento acerca de si la pornografía supone beneficios o riesgos para las personas y la sociedad en general.

- Conservadoras

Pretende proteger la moralidad pública y cataloga a la pornografía como una manifestación de la pérdida de valores morales y que conduce a la degradación de la persona y la sociedad.

- Ideológico- religiosas

Basadas en un principio dogmático de la sexualidad, fundamentados en principios como la pareja única entre el hombre y la mujer, la monogamia, el matrimonio, la reproducción y la familia.

- Científicas/feministas

Se cuestionan el impacto social de la pornografía. Lo plantean como un problema porque crea y mantiene los estereotipos de género sexistas como la utilización de la mujer como un objeto o la sumisión respecto al hombre.

Refieren que pornografía puede ser precursora para el condicionamiento y la incitación a la criminalidad de carácter sexual como el abuso, violación, trata de mujeres, adolescentes y niños para la explotación sexual...

- Liberales

Consideran a la pornografía como una forma de libertad de expresión y del derecho al placer. Son posturas de corte liberal que consideran que la expresión sexual humana es polimórfica y la pornografía puede servir para normalizar las conductas sexuales y mejorar la calidad de vida a través del aprendizaje.

Algunos grupos liberales pertenecen a la industria pornográfica, argumentan que si se prohibiese el “porno” no se eliminarían conductas relacionadas con la violencia de género.

c. Tópicos sexuales más frecuentes en la pornografía

La difusión y la visualización de material pornográfico están ampliamente distribuida y, como se ha mencionado anteriormente, está al alcance de todo el mundo. Por ello, y siendo las relaciones sexuales de carácter privado, la pornografía puede servir de ejemplo a la sociedad. Se convierte en la manifestación de una nueva normalización de la sexualidad a través de la expresión de los límites de lo que se puede hacer dentro de un nuevo sentido de libertad.

La pornografía crea una visión distorsionada de las expectativas del acto sexual.

Los tópicos sexuales infundidos a través de la pornografía pueden suponer serios problemas para las mujeres, los hombres y la sociedad si no se tienen conocimientos reales sobre la sexualidad. Pueden ser la causa de múltiples problemas y trastornos como falta de autoestima, disfunciones sexuales, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y hasta comportamientos discriminatorios, violencia de género y abuso sexual.

La educación sexual es un recurso básico para desmentirlos, la pornografía está basada en fantasías sexuales y no representan la realidad (Tabla 2.15).

Tabla 2.15. Tópicos sexuales más frecuentes creados por el canon pornográfico

El tamaño del pene es importante
Los genitales femeninos son voluptuosos, despigmentados, sin vello y con labios mayores tersos y labios menores pequeños
El porno es cosa de hombres
Si alguno de los miembros de la pareja ve pornografía es que el otro ya no le atrae, no hay amor
Ver porno es indicativo de falta de satisfacción sexual con la pareja
Un cuerpo deseable debe ser aquel que posea los cánones de belleza establecidos
Los hombres "aguantan" mucho tiempo antes de la eyaculación
El periodo refractario es inexistente
Es necesario llegar al orgasmo para que la relación sexual sea satisfactoria
La mujer y el hombre tardan el mismo tiempo en llegar al orgasmo
Es importante llegar al orgasmo a la vez
Cuando el hombre eyacula la relación sexual acaba
La relación sexual completa es aquella en la que existe penetración
El objetivo son los genitales, las caricias y otros signos de afecto quedan fuera de las relaciones sexuales
El hombre siempre está predispuesto a tener relaciones sexuales
No existe ningún tipo de comunicación durante el acto sexual, cada uno ya sabe lo que tiene que hacer y en qué momento
Se presta más atención a la imagen que se le ofrece al otro que a las sensaciones
Cada uno es responsable del placer del otro
El preservativo es un impedimento para el placer

2.14. Abordaje de la sexualidad en la práctica clínica. Actitudes de los profesionales. Técnica de la entrevista

A. Abordaje de la sexualidad en la práctica clínica

La salud sexual es definida por la OMS como un “estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos”.

La atención a la salud sexual es un derecho humano y ha de ser garantizado. Los problemas de salud de índole sexológico pueden ser muy variados, de carácter psicológico, socioeducativo o biológico y normalmente interrelacionados. Por ello, la atención sanitaria para el abordaje de la sexualidad, tanto en atención primaria como en atención especializada, debe ser de carácter integral e interdisciplinar.

Según la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del año 2011, publicada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, en lo que acontece a la sexualidad de las personas “se considera que unos servicios de atención sanitaria de calidad, deberá desarrollar las estrategias necesarias para brindar una atención que considere no sólo los aspectos biológicos de la salud, sino también los estructurales, sociales y psicológicos, todos fundamentales para abordar la salud sexual de hombres y mujeres”.

a. Campos de actuación en sexología clínica

En la mayoría de programas de salud y cartera de servicios en España, en lo que respecta al área de intervención sexológica en la clínica se limita la mayoría de las veces a los aspectos reproductivos, los anticonceptivos y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual en la gente joven. Sin dejar de lado ni quitarles importancia a estos temas, la sexualidad del ser humano va más allá, un sistema de atención sexual de calidad debe abarcar la sexualidad de manera integral y con perspectiva de género. Se deben atender a su vez y de forma específica todos los aspectos relacionados con la sexualidad y que produzcan o puedan producir malestar, ya sean de carácter orgánico, psicológico, social, individual o de pareja; es decir, las disfunciones sexuales.

Las disfunciones sexuales son el ámbito de intervención más demandado por los usuarios dentro de la sexología clínica; tras ellas, según el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, están los problemas de pareja, orientación sexual, celos, parafilias y las agresiones sexuales (Tabla 2.16).

<i>Tabla 2.16. Ámbitos de intervención en sexología clínica</i>
Disfunciones sexuales
Parafilias
Agresiones sexuales
Terapia de pareja
Asesoramiento en orientación sexual
Asesoramiento en trastorno de la identidad sexual
Optimización de la sexualidad en personas con necesidades físicas y psíquicas especiales
Asesoramiento jurídico y peritaje
Promoción de la salud sexual: educación para la sexualidad
Investigación

- Asesoramiento sexual

Según la OMS, el consejo asistido es un proceso dinámico de diálogo a través del cual una persona ayuda a otra en una atmósfera de entendimiento mutuo. Se entiende por Consejo Sexual como una forma de intervención sexológica puntual, generalmente centrada en un problema y encaminada a informar sobre el mismo y favorecer en los pacientes un estilo actitudinal que contribuya a su resolución. Si el consejo sexual forma parte de un proceso de terapia sexual, se denomina entonces asesoramiento.

Se trata de un consejo puntual sobre un problema sexual concreto, puede realizarse en consulta, por teléfono o mediante chats o emails vía internet.

Es un método rápido y sencillo, al alcance de todo el mundo, se puede llevar a cabo en cualquier consulta de atención sanitaria. Los medios de comunicación suelen ser muy utilizados para este tipo de consultas ya que mantienen la confidencialidad y el anonimato de las personas que las utilizan.

- Terapia sexual

Se refiere a cualquier intento sistemático de parte de un profesional especialista en sexología, capacitado para ejercer en terapia sexual, para aliviar la disfunción sexual o problemas experimentados por un cliente en el área de lo sexual.

Según Kaplan, la terapia sexual difiere de otras formas de tratamiento de las disfunciones sexuales, en primer lugar, porque sus objetivos se limitan esencialmente al alivio de los síntomas sexuales del paciente y, en segundo lugar, porque se aparta de las técnicas tradicionales por emplear una combinación de experiencias sexuales prescritas y de psicoterapia.

Una de las bases de este tipo de terapia es que el funcionamiento sexual es aprendido e influenciado por las percepciones, creencias y actitudes que se generan en el proceso de desarrollo. Así, donde existe una dificultad sexual, la etiología de ésta reside finalmente en experiencias de aprendizaje del pasado que se manifiestan en cogniciones problemáticas del presente, que resultan de un aumento de ansiedad durante el acto sexual (Wiederman, 1998).

El objetivo de la terapia sexual es mejorar el funcionamiento sexual así como la comunicación en la pareja y en las relaciones generales; para ello se pueden utilizar varios recursos o intervenciones terapéuticas: tareas, psicoterapia, terapia de pareja, derivación para el tratamiento médico, farmacológico o quirúrgico, etc. El foco inicial de la intervención terapéutica es la modificación de las causas inmediatas y de las defensas contra la sexualidad.

b. Taxonomía enfermera y sexología

El sistema de valoración diseñado por Marjory Gordon en los años 70 cumple todos los requisitos necesarios para la realización de una valoración enfermera eficaz, por lo que constituye una herramienta útil para la valoración con cualquier modelo disciplinar enfermero.

- Patrón 9. Sexualidad y reproducción

Describe los patrones de satisfacción/insatisfacción con la sexualidad y la reproducción, así como los aspectos relacionados con las diferentes etapas evolutivas de la mujer y el hombre (Tabla 2.17).

Tabla 2.17. Patrón de sexualidad-reproducción

Problemas o preocupaciones sexuales
Descripción de la conducta sexual, por ejemplo, prácticas sexuales seguras
Conocimientos relacionados con la sexualidad y la reproducción
Impacto en el estado de salud
Historia menstrual y reproductiva
Historia de problemas físicos o psicológicos relacionados
Datos relevantes del examen físico: exploración general, genitales, mamas...

El objetivo de este patrón es identificar aquellos aspectos que el paciente percibe como insatisfactorios en su sexualidad, así como, los relacionados con las conductas de prevención y detección precoz de problemas ginecológicos o urológicos. Además, permite detectar los problemas relacionados con la sexualidad que son secundarios a otros problemas de salud como las enfermedades crónicas (diabetes, HTA, patologías endocrinas...).

Los Diagnósticos Enfermeros (DE) que se derivan de este patrón relacionados con la sexualidad son los que se presentan en la Tabla 2.18, con sus correspondientes resultados (Tabla 2.19) e intervenciones (Tabla 2.20).

Tabla 2.18. Diagnósticos de enfermería y sexualidad

Diagnósticos de enfermería	Características definitorias	Factores relacionados
Disfunción Sexual. (00059) 1980,2006 Definición: Cambio en la función sexual que se ve como insatisfactorio, inadecuado o no gratificante	Incapacidad para lograr el nivel deseado de satisfacción Limitaciones reales o percibidas impuestas por la enfermedad	Conceptos erróneos o falta de conocimientos Alteración de la estructura o funciones corporales (proceso patológico)
Patrón sexual inefectivo (00065) 1986, 2006 Definición: Expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad	Alteración en las relaciones con la persona significativa Informe de cambios en la actividad sexual Informe de cambios en las conductas sexuales Informe de limitaciones en las actividades sexuales	Conocimientos sobre respuestas alternativas ante transformaciones relacionadas con la salud, alteración de la estructura o función corporal, enfermedad o tratamiento médico

Tabla 2.19. Resultados NOC

Dominio y etiqueta	Indicadores
<p>Dominio II: Salud Funcional 000119 Funcionamiento sexual 2000, 2004, 2008 Integración de los aspectos físicos, socioemocionales e intelectuales de la manifestación y función sexual</p>	Adapta la técnica sexual cuando es necesario
	Comunica las necesidades sexuales con la pareja
	Consigue la excitación sexual
	Expresa conocimiento de las capacidades sexuales personales
	Expresa conocimiento de las necesidades sexuales personales
	Expresa interés sexual
	Se comunica fácilmente con la pareja
<p>Dominio IV: conocimientos y conducta de salud. S- Conocimientos sobre la salud: 01815 Conocimiento: funcionamiento sexual 2000, 2004, 2008 Grado de comprensión transmitido sobre el desarrollo sexual y la práctica sexual responsable</p>	Anatomía sexual
	Función de las partes del organismo
	Influencias sociales sobre la conducta sexual

Tabla 2.20. Intervenciones NIC

Etiqueta
<p>005248 Asesoramiento sexual, 1992</p> <p>Utilización de un proceso de ayuda interactivo que se centre en la necesidad de realizar ajustes de la práctica sexual o para potenciar la resolución de un suceso/trastorno sexual</p>
Actividades
<p>Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto</p> <p>Establecer la duración de la relación de asesoramiento</p> <p>Proporcionar intimidad y asegurar la confidencialidad</p> <p>Informar al paciente al principio de la relación que la sexualidad constituye una parte importante de la vida y que las enfermedades, los medicamentos y el estrés (u otros problemas o sucesos que experimenta el paciente) a menudo alteran el funcionamiento sexual</p> <p>Hacer saber al paciente que usted está preparado para responder a cualquier pregunta sobre el funcionamiento sexual</p> <p>Proporcionar información acerca del funcionamiento sexual, si procede</p> <p>Presentar las preguntas acerca de la sexualidad con una frase que indique al paciente que muchas personas experimentan dificultades sexuales</p> <p>Discutir el efecto de la situación de enfermedad/salud sobre la sexualidad</p> <p>Discutir el efecto de la medicación sobre la sexualidad</p> <p>Discutir el nivel de conocimiento del paciente acerca de la sexualidad en general</p> <p>Animar al paciente a manifestar verbalmente los miedos y a hacer preguntas</p> <p>Identificar los objetivos de aprendizaje necesarios para conseguir las metas</p> <p>Discutir la necesidad de modificaciones de la actividad sexual, si procede</p> <p>Ayudar al paciente a expresar la pena y el enfado por las alteraciones del funcionamiento/ aspecto corporal, si procede</p> <p>Presentar al paciente modelos de rol positivos que hayan superado con éxito un problema similar, si procede</p> <p>Proporcionar información concreta acerca de mitos sexuales y malas informaciones que el paciente pueda manifestar verbalmente</p> <p>Discutir acerca de formas alternativas de expresión sexual que sean aceptables para el paciente, si procede</p> <p>Enseñar al paciente sólo técnicas compatibles con los valores/creencias</p> <p>Evitar terminar prematuramente la discusión de sentimientos de culpa, incluso cuando éstos parezcan irracionales</p> <p>Incluir al esposo o compañero sexual en el asesoramiento lo máximo posible, si es el caso</p> <p>Disponer derivación/consulta con otros miembros del equipo de cuidados, si procede</p> <p>Remitir al paciente a un terapeuta sexual, cuando corresponda</p>

B. Actitudes de los profesionales

El personal sanitario es un eslabón fundamental para la promoción y atención de la salud sexual de forma integral. Según la OMS (2001), es necesario formar a profesionales especialistas en salud sexual ya que, aunque existe un vínculo evidente entre salud reproductiva y sexualidad humana, los aspectos reproductivos de la salud no son suficientes para satisfacer las necesidades que plantean los derechos y necesidades sexuales.

a. Formación de los profesionales

En la Estrategia para la Atención en Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Sanidad (2010), se considera que en los programas formativos de médicos y enfermería, incluida la especialidad de obstetricia y ginecología, la formación en sexología es insuficiente y dificulta que los profesionales de los distintos niveles asistenciales puedan facilitar una atención integral y de calidad en materia de salud sexual. Por ello, ante estas limitaciones formativas, es conveniente que los profesionales sanitarios sigan formándose en el ámbito sexológico, tanto de forma independiente mediante formación universitaria de postgrado como a través de formación continuada ofrecida por el centro de trabajo. El personal de medicina, enfermería y matronas, la mayoría de las veces, son la puerta de entrada para la captación y la atención de aquellas personas que presentan problemas sexuales.

La matrona es el profesional más capacitado para abordar el tema de la sexualidad en las mujeres ya que tiene unos conocimientos específicos sobre su la esfera sexual y reproductiva, una fácil accesibilidad para tratar diversos aspectos de la salud de la mujer, tiene la capacidad de crear una situación de confianza e intimidad con ella, y porque se establece una atención continuada, en el mismo lugar y con la misma o el mismo profesional, en especial en atención primaria.

b. Captación de usuarios con necesidades sexuales

Los pacientes que presentan alteraciones de la sexualidad no suelen consultar estos problemas, bien por miedo a ser juzgado, pudor, vergüenza o no darle suficiente importancia. Sólo el 16,5 % de los hombres con disfunción eréctil consultan sobre su enfermedad (Sánchez F, 2012). Por ello, es importante que haya una búsqueda activa de los problemas sexuales por parte del personal sanitario al escribir la historia clínica de los usuarios del sistema sanitario, y a través de la técnica de la entrevista.

c. Actitud profesional en la consulta clínica

Ante la consulta clínica se debe crear un clima de confianza, asegurando la confidencialidad del usuario y mostrando seriedad e interés al respecto.

Para hablar de un tema tan controvertido como la sexualidad, éste debe ser tratado con naturalidad y respeto, mostrando empatía y con una actitud de escucha activa, cuidando el lenguaje no verbal, sin emitir juicios de valor y utilizando un lenguaje neutral al preguntar acerca de sus prácticas sexuales.

Es recomendable el uso de preguntas abiertas y dejar que hable con libertad de expresión según su nivel cultural sin juzgarle por ello; siempre evitando preguntarle por aspectos que resulten puramente morbosos y sin interés para nuestra labor clínica.

Si la persona muestra rechazo a la hora de hablar sobre la sexualidad, se podría intentar convencerle desde una actitud empática y asertiva; si no se convence es mejor no insistir ni valorarlo negativamente, esta vía de comunicación puede ser retomada cuando ésta lo prefiera.

C. Técnica de la entrevista

La historia sexual es la herramienta más importante para llevar a cabo cualquier intervención clínica realizada en el ámbito de la sexología, se corresponde a la entrevista o anamnesis.

Según Viñas H. (2001), la estructura de entrevista debe ser un modelo que permita centrar los diversos aspectos a tratar en relación con la vivencia sexual de la mujer. Establece los objetivos, contenidos, metodología a seguir y una evaluación final.

a. Objetivos

Es lo que se pretende conseguir con la entrevista clínica o anamnesis, qué es lo que se va a preguntar y de qué nos sirve (Tabla 2.21).

<i>Tabla 2.21. Objetivos de la entrevista clínica</i>
Nivel de conocimientos del usuario en relación a su salud sexual
Análisis de la vivencia y expresión de la sexualidad. Cómo se siente sexualmente
Valorar la sexualidad en situaciones específicas: relaciones sexuales, procesos patológicos, uso de métodos anticonceptivos, embarazo, puerperio, climaterio, vivencia de la sexualidad con la pareja.
Planificación de la intervención
Promoción de la salud sexual
Educación para la sexualidad
Otros. Específicos del usuario

b. Contenidos

El contenido es toda la información que queremos recoger del usuario o usuaria para evaluar la situación y poder tomar luego las decisiones adecuadas (Tabla 2.22).

<i>Tabla 2.22. Contenido de la entrevista clínica</i>
Datos personales: edad, contexto cultural, educativo, social, laboral y familiar
Antecedentes personales y salud mental: enfermedades pasadas y actuales, procesos infecciosos, hábitos tóxicos, tratamiento farmacológico...
Hábitos: alimentarios, ejercicio físico, sueño...
Antecedentes obstétricos/ginecológicos
Anticoncepción
Vivencia de las primeras relaciones sexuales y afectivas
Pareja sexual: estabilidad de pareja, número de parejas sexuales...
Tipos de relaciones sexuales: afectividad, juego erótico, coito...
Respuesta sexual
Frecuencia de las relaciones sexuales
Grado de satisfacción de la sexualidad

c. Metodología

La entrevista clínica es una técnica basada en la comunicación donde se forma una relación entre el usuario y el profesional que lo atiende. Es una relación caracterizada por el feedback continuado entre los interlocutores, donde se produce un proceso de retroalimentación entre ellos. Cuanto mejor se establezca la comunicación y la confianza entre los participantes, mejores resultados se obtendrán en la entrevista, se obtendrá una información de mejor calidad para el aspecto que estamos tratando.

d. Evaluación

La valoración debe hacerse de forma continuada y dinámica, durante la entrevista, dando consejos a medida que van surgiendo necesidades o dudas, y al finalizarla.

Se valorarán las necesidades de salud y las alteraciones de la respuesta sexual y los problemas afectivos para así poder tomar decisiones acerca del tipo de intervención que necesita.

Al terminar la entrevista, tras concluir con el problema o los problemas sexuales más importantes de la persona se pueden tomar diferentes actitudes, dependiendo de las competencias específicas del personal que ha realizado la consulta clínica:

- Realizar una intervención puntual mediante consejo o asesoramiento sexual y realizar un seguimiento si es necesario.
- Compartir el caso con otro profesional sanitario si se escapa de la competencia profesional, como por ejemplo de ginecología, psicología, urología, endocrinología, sociología...
- Derivar a un profesional especializado en sexología para un abordaje más específico como la terapia sexual o de pareja.

Bibliografía

1. Abraham G, Porto R. Terapias sexológicas. Madrid: Pirámide; 1979.
2. Achotegui J. Los duelos de la migración una aproximación psicopatológica y psicosocial.
3. Achotegui, J. La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural. Ed. Mayo. Barcelona. 2002.
4. Agirregomezkorta Ibarluzea R. Y Fuertes Cabrera I. (CEIM). La ablación o mutilación genital femenina. Guía práctica. www.pazydesarrollo.org
5. Aguirre Z. y Martínez MP. (2006). Influencia de la situación laboral en el ajuste familia-trabajo. Mafre Medicina, 17.
6. Alberdi I y Matas N. (2002). La violencia doméstica: Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Fundación la Caixa. Barcelona.
7. Alberdi, Inés (Dir) (1995) Informe sobre la situación de la familia en España, Madrid Ministerio de Asuntos sociales, centro de publicaciones.
8. Alfaro Abraham Arely Raquel. Embarazo y posparto en las mujeres mayas.
9. Alonso MN. Climaterio: Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva. Las Palmas de Gran Canaria. Servicio Canario de la Salud; 2007.
10. Althof SE. Pharmacologic treatment on rapid ejaculation. Psychiatr Clin North Am. 1995; 18:85-94.
11. Álvarez S, Quiñones S, Plascencia NI, Sauri S, Nuñez L. Impacto de la disfunción sexual en la calidad de vida en pacientes con Esclerosis Múltiple. Rev Mex Neuroci: 2007; 8(2): 142-149.
12. Amador L, Moreal MC, Marco MJ. El Adulto: Etapas y Consideraciones para el Aprendizaje. Eúphoros. 2001: 3: 97-112.
13. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM IV-TR. Barcelona: Masson; 2002.
14. Amnistía Internacional. La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Ed. Edai. Madrid. 1998.

15. Amnistía Internacional. La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Infiibulación, excisión y otras prácticas cruentas de iniciación. Amnistía Internacional, 1999.
16. Arango de Montis I. Sexualidad Humana. México: Ed. Manual Moderno; 2008.
17. Área de Juventud, Educación y Mujer del Cabildo Insular de Tenerife. Apuntes para la igualdad, lenguaje no sexista en los medios de comunicación y publicidad. Producciones Gráficas; 2013.
18. Ares L. Sexo, Poder y Cine: Relaciones de poder y representaciones sexuales en los nuevos relatos pornográficos. Revista Icono 14; 2011: 9, 98-119.
19. Arteaga D, Serrano I. Asistencia de la matrona a la mujer con problemas de salud durante el puerperio (II): Infecciones, alteraciones tromboembólicas y problemas de salud mental. Matronas Profesión. 2003. 4; 12: 34-41.
20. Aslan G et al. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. International Journal of Impotence Research. 2005. 17; 154-7.
21. Asociación Mexicana de Educación Sexual, Asociación Mexicana para la Salud Sexual. Hablemos de Educación y Salud Sexual. Educación de la Sexualidad, Volumen 2. Manual para profesionales de atención primaria de la salud. Información, herramientas y recursos. México D.F; 2003.
22. Atan A, Basar M, Tucel A, Fertat M, Agras K, Tekdogan U. Comparison of efficacy of sildenafil-only, sildenafil plus topical EMLA cream only in treatment of premature ejaculation. Urol. 2006; 67:388-91.
23. Atmaca M, Kuloglu M, Tezcan E, semercioz A. The effucacy of citalopram in the treatment of premature ejaculation: a placebo-controlled study. Int J Impot Res. 2002; 14:502-5.
24. Balon R. Antidepressants in the treatment of premature ejaculation. J Sex Marital Ther. 1996; 2:85-96. Citado.
25. Bandet I, Ales JR, Martinez MC, Serrano F. Adolescentes y salud: conocimientos, actitudes y conductas. Enfermería científica. 194-95:4-9.
26. Barlow DH. Causes on sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. J Consul Clin Psychol. 1986; 54:140-8.

27. Barragán F. Educación sexual, teoría y práctica. Barcelona: Paidós; 199.
28. Bartoli L. Venir au monde. Les rites de l'enfantement sur les cinq continents. París, Plo.
29. Bartolomé, M. (Coord.) (2002): Identidad y ciudadanía. Un reto a la educación intercultural. Madrid, Narcea.
30. Becerra-Fernández A. La Edad de la Menopausia. Madrid: Díaz de Santos; 2003.
31. Becker AJ, Uckert S, Stief CG, Scheller F, Knapp WH, Hartman U, et al. Plasma levels of angiotensin II during different penile conditions in the cavernous and systemic blood on healthy men an patients with erectile dysfunction. Urology. 2001; 58:805-10.
32. Becker AJ, Uckert S, Stief CG, Sheller F, Knapp WH, Matchens SA et al. Systemic and cavernous plasma levels of vasoactive intestinal polypeptide during sexual arousal in healthy males. World J Urol. 2002; 20:59-63.
33. Becker AJ, Uckert S, Stief CG, Truss MC, Hartman U, Jonas U. Systemic and cavernous plasma levels of endothelin (1-21) during different penile conditions in healthy males and patiens with erectile dysfunction. World J rol. 2001; 19:267-71.
34. Bellis MA, Hughes K. Pociones sexuales, relación entre alcohol, drogas y sexo. Adicciones: Revista de socidrogalcohol; 2004: 16 (4): 251-260.
35. Berdún L. En tu casa o en la mía. Aguilar. Madrid. 2000.
36. Berman JR, Adhikari SP, Goldstein I. Anatomy and physiology of female sexual function and dysfunction: classification, avaluation and treatment options. Eur Urol. 2000; 38:20-20.
37. Beski C. Les difficultés spécifiques aux jeunes filles issues de l'inmigration maghrébine: de l'observation à la méthodologie d'approche. En: Les femmes, de l'inmigration au quotidien. París, Licorne/L'Harmattan, 1997: 31-39.
38. Biering-Sorenson F, Sonksen J. Penile Erection in men with spinal cord o cauda equine lesions. Semin Neurol. 1992; 12:98-105.

39. Blázquez MI. Aproximación a la Antropología de la reproducción. Revista de Antropología Iberoamericana [serie en Internet]. 2005 [citado 10 Jul 2008]. Disponible en: <http://www.aibr.org/antropologia/aibr/>
40. Blázquez Rodríguez M.I. Aproximación a la Antropología de la Reproducción AIRB. Revista de Antropología Iberoamericana julio-agosto nº 42.
41. BOE. Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE num 71: 12611-12645.
42. Bonino L. Las nuevas paternidades (2000).
43. Bonomo, Y., Coffey. C. and Wolfe. R. et al. Adverse outcomes of alcohol use in adolescents. *Addiction*; 2001; 96: 1485-1496.
44. Bridges S, Lease S, Ellison C. Predicting sexual satisfaction in women: Implications for counselor education and training. *Journal of Counseling and Development*. 2004. 82; 2:158-66.
45. Brullet C. (2004). Reflexiones sobre la maternidad en Occidente y sus condiciones de posibilidad en el siglo XXI, en A de la Concha y R. Osborne (Eds.). *la función materna en los discursos culturales y en la organización social*, Barcelona: Icaria-Uned.
46. Bulechek, G, Butcher H.; *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 5ª Ed. Elsevier; 2009.
47. Cabello-Santamaría F. *Disfunción eréctil: un abordaje integral*. Madrid: Psimatica; 2004.
48. Cabero L, Saldívar D, Cabrillo E. *Obstetricia y Medicina Materno-Fetal*. Panamericana. Madrid. 2007.
49. Cáceres JI, Escot L, Fernández JA, Saiz, J. (2004). La segregación ocupacional y sectorial de la mujer en el mercado de trabajo español. Documentos de trabajo de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad Complutense de Madrid.
50. Camacho G, Hernández K. (2005). *Cambió mi vida: migración femenina, percepciones e impactos*. UNIFEM.
51. Campo M, Sánchez A. La mujer con lesión medular: Sexualidad y maternidad. *Rev Terapia Sexual y de Pareja*; 2003; 16: 4-18.

52. Cánovas Sau G. (2010). El oficio de ser madre. La construcción de la maternidad.
53. Carrobles J, Gámez-Guadix M, Almendros C. Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres españolas. *Anales de Psicología*. 2011. 27; 1:27-34.
54. Carrobles J, Sanz A. *Terapia Sexual*. Fundación Universidad-Empresa. Madrid. 1991.
55. Carson CC, Burnett AL, Levine LA, Nehra A. The efficacy of sildenafil citrate (viagra®) in clinical populations: an update. *Urol*. 2002; 60:12-27.
56. Carson CC, Patel MP. The epidemiology, anatomy, physiology, and treatment of erectile dysfunction in chronic renal failure patients. *Adv Ren Replace Ther*. 1999; 6:296-309.
57. Castelo-Branco C, de la Gándara J, Puigvert A. *Sexualidad humana: una aproximación integral*. Médica Panamericana. Madrid. 2005.
58. Castelo-Branco C. *Sexualidad Humana. Una aproximación integral*. Madrid: Ed Médica Panamericana; 2005.
59. Castro R. La lógica de una de las creencias tradicionales en salud: eclipse y embarazo en Ocuituco, México. *Revista de Salud Pública de México*. Julio-agosto 1995; 3.
60. Cid López Rosa María (2002). La maternidad y la figura de la madre en la Roma antigua, en A.I
61. Cohen H, Rosen RC, Goldstein L. Electroencephalographic laterality changes during human sexual orgasm. *Archives of Sexual Behavior*. 1976; 5:189-99.
62. Colombo-Meyer M. Sexualidad y alcoholismo. *Rev Tendencias en Medicina*; 2010: 11: 126-128.
63. Comisión clínica de la delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Informe sobre cannabis. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría general de sanidad, Delegación del gobierno para el Plan nacional sobre drogas. 2006.
64. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Plan estratégico de ayuda a la familia 2013-2016.

65. Coria C. (2005). Otra vida es posible en la edad media de la vida. En Coria, C., Freixas, A. y Covas, S. (Eds.), *Los cambios en la vida de las mujeres. Temores, mitos y estrategias* (pp. 19-66). Buenos Aires: Paidós.
66. Cornellana MJ. *La menopausia al inicio del siglo XXI*. 1ª ed. Barcelona: Glosa; 2009.
67. Craig GJ. *Desarrollo Psicológico*. 9ª edición. México: Pearson; 2009.
68. Cuadernos de Relaciones Laborales. Vol. 30, núm. 1 (2012) 91-113.
69. Cuéllar de León AJ, Campos González JC, Brotons Muntó F, Casorran Martínez A, Gosálbers Soler V, Prósper Sierra M, Silvestre Quilez S, Valero García P. Hipertensión arterial y disfunción eréctil. *rvmf*. 2001; 05(1):48-51.
70. Curcoll ML, Vidal J. *Sexualidad y Lesión Medular*. Barcelona: Fundació Institut Guttmann; 1992.
71. Christ GJ, Wang HZ, Venkateswarlu K, Zhao W, Day NS. Ion channels and Gap Junctions: Their Role in Erectile Physiology, Dysfunction and Future Therapy. *Mol Urol*. 1999; 3:62-73.
72. Díaz- Reyes CG. Várices pélvicas y síndrome de congestión pélvica en la mujer. *Rev CES Med* 2012; 26(1): 57-69.
73. Dionis P. *Traité general des accouchements*. Lieja: Ed. F. Broncard; 1721.
74. Dizien O, Monteil I, Devailly JP. Rehabilitation and the multiple trauma patient. *Soins Chir*. 1992; 141:33-6.
75. Documento de Consenso sobre Disfunción Eréctil. Madrid: Pfizer España; 2002.
76. Donapetry, María (2002) *Cinematernidad: todo sobre mi madre y Solas en A.I.* Blanco García.
77. E. Sucely Cabnal, Aníbal Rojas. 2012. *Implicaciones culturales en el embarazo parto y posparto Q'eqchi*.
78. *Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002 – 2005*.
79. *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.

80. Falicov C. Clínica de las familias migratorias. Rev. Perspectivas Sistémicas Bs.As. y Rev. Mosaico no 15. Madrid. 1999.
81. Falicov C. Migración, pérdida ambigua, y rituales.
82. Farré JM, Lasheras MG. Psiquiatría y Disfunción Eréctil. Madrid: Garsi; 1998.
83. Federación Internacional de Planificación de la Familia Región del Hemisferio occidental. Entre jóvenes: Cómo crear programas exitosos de educación de pares. Nueva York: IPPF/RHO Herramientas; 2004.
84. Ferrer VA. (2010). El abordaje feminista del concepto de culpa y su significado desde la psicología social. Actas del VI Congreso estatal Isonomía sobre igualdad entre mujeres y hombres. “Miedos, culpas, violencias invisibles y su impacto en la vida de las mujeres: ¡A vueltas con el amor!”. Disponible en: <http://isonomia.uji.es/html.php?file=docs/spanish/publicaciones/indexpublicaciones1.php&html=docs/spanish/publicaciones/publicaciones/actas/6congreso.html&modol=normal>.
85. Figari CE. Placeres a la carta: consumo de pornografía y constitución de géneros. Revista de Estudios de Género La Ventana; 2008; 27, 170-204.
86. Filippi S, Manzini M, Amerini S, Bartolini M, Natali A, Mancina R, et al. Functional adenosine receptors in human corpora cavernosa. Int J Androl. 2000; 23:210-17.
87. Fondo de Población de Naciones Unidas. Educación de la Sexualidad y salud sexual y reproductiva: Guía para docentes. Venezuela: UNFPA; 2010.
88. Fundación Isonomía. Aprende a mirar. Unidad didáctica: Mujeres y publicidad. Universitat Jaume I; 2008.
89. García G María A, Cañadas-De la Fuente Guillermo A, González-Jiménez Emilio, Fernández Castillo Rafael, García-García Inmaculada. Educar en conductas sexuales saludables: una innovación docente en promoción de la salud. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2011 Oct [citado 2014 Abr 1] ; 139(10): 1269-1275. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011001000004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011001000004>.
90. García, B Doménech Delgado, M.S.López Rodríguez y R.Marcos Santiago Coords.Nuevas visiones de la maternidad, León: Secretario de publicaciones y medios audiovisuales, pp 11-49.

91. García-Hernández PM. Educación Sexual en el Paciente Cardiópata. Séptimo Congreso Virtual de Cardiología [Internet]. 2011 [consulta 5 de Febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/7cvc/llave/c154/garciahernandezp.pdf>.
92. Geertz C. El impacto del concepto de cultura en el concepto de hombre. En: La interpretación de las culturas. Barcelona: Gedisa; 1989.
93. Giménez C, Gómez S, Ballester R, Gil B. Consumo de material pornográfico en jóvenes españoles: diferencias en función de la edad, sexo y orientación sexual. Anuario de Sexología; 2010: 12, 9-15.
94. Glick P, Fiske, S. The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating Hostile and Benevolent Sexism. Journal of Personality and Social Psychology; 1996: 70, 491-512.
95. Goberna J. Promoción de la salud en el climaterio. Matronas profesión, 2002; 8: 4-12.
96. Gobierno Estatal de México. Hablemos de sexualidad: guía didáctica; 2010.
97. Godoy-Lorite I. Salud no tiene plural. De la jerarquización del género a la estabilización del sexo. En; III Congreso universitario Nacional. Investigación y Género. Logros y Retos. Sevilla: Unidad para la igualdad, Universidad de Sevilla, 2011: 737-758.
98. Gómez Zapiain J. Apego y Sexualidad. Entre el vínculo afectivo y el deseo sexual. Alianza Editorial. Madrid. 2009.
99. Gómez-Zapiain J. Apego y sexualidad, entre el vínculo afectivo y el deseo sexual. Madrid: Alianza Editorial; 2009.
100. Gonzalez Calvo, V. Materiales sobre Duelo Migratorio. Experto en Políticas Migratorias. Univ. Pablo de Olavide. Sevilla. 2004.
101. González Merlo J, Del Sol JR. Obstetricia. Masson. Barcelona. 1992. 133-35.
102. González A. (2008). Estrategias familiares y laborales en la emigración. Reagrupación familiar, elección de parejas y empleo de los inmigrantes en el país de destino. Colección de Estudios. CES.
103. González R, Fontela E, Pereiro C. Patología orgánica por drogas de síntesis. Organic pathology “caused” by synthesis drugs. Adicciones; 2006: 18(1): 217-231.

104. González T, Gálvez E, Álvarez N, Cobas F, & Cabrera N. Drogas y Sexualidad: grandes enemigos. *Revista Cubana de Medicina General Integral (La Habana)*; 2005; 21 (5-6).
105. González-Gabaldón B. Los estereotipos como factor de socialización en el género. *Rev Temas*; 1999; 12, 79-88.
106. González-Merlo J, González Bosque J. *Ginecología*. 8ªed. Barcelona: Masson; 2003.
107. Grau-Abalo JA, Llantá-Abreu MC, Chacón-Roger M, Fleites-González G. La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. *Rev Cubana Oncol*. 1999; 15(1):49-65.
108. Greenstein A, Chen J, Miller H, Matzkin H, Villa Y, Braf Z. Does severity of ischemic coronary disease correlate with erectile function? *Int J Impot Res*. 1997;9:123-6.
109. Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. *Guía de práctica clínica sobre la menopausia y postmenopausia*. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004.
110. Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud de la Comisión de Salud Pública de Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. *Ganar Salud con la Juventud: Recomendaciones sobre la Salud Sexual y Reproductiva, consumo de Alcohol y Salud Mental*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.
111. Grupo internacional de expertos. *Educación para la sexualidad con bases científicas: Documento de consenso de Madrid*; 2012.
112. Gubbay J, Collignon J, Koopman P, et al. A gene mapping to de human sex-determining region of the mouse Y chromosome is a member of a nobel family of embryonically expressed genes. *Nature*. 1990; 346:245-50.
113. Gutiérrez B. La respuesta sexual humana. *AMF [revista en Internet]*. 2010 [citado 2014 Mar 28]; 6(10): 543-546. Disponible en: http://www.amf-semfyc.com/web/downloader_articuloPDF.php?idart=158&id=La_respuesta_sexual_humana.pdf

114. Gutiérrez San Miguel, ML Ibañez, R Carcedo Gonzalez, LM Bujosa Vadell, M del Pozao Pérez, F Martín Diz (2014). “Roles y medios de comunicación españoles, un estudio comparativo de tres décadas”.
115. Haddad PM, Wieck A. Antipsychotic- Induced Hyperprolactinaemia: Mechanisms, Clinical Features and Management. *Drugs*; 2004, 64 (20): 2291-2314.
116. Harris M. Teorías sobre la cultura en la era posmoderna. Barcelona: Editorial Crítica; 2000.
117. Hawton K. Terapia sexual. Barcelona: Ediciones Doyma; 1988.
118. Hellstrom WJG. Current and future pharmacotherapy of premature ejaculation. *J Sex Med.* 2006; 3: 332-41.
119. Henry R, Morales A. Topical lidocaine-prilocaine spray for the treatment of premature ejaculation: A proof of concept study. *Int J Impot Res.* 2003; 15:277-81.
120. Hurtado P, Escrivá P, Catalán A, Mir J. Vademecum sexual: Fármacos y disfunción sexual. *C Med Psicósomática y Psiquiatría de enlace*; 2002: 62-63: 51- 82.
121. Ibañez M. (2008). La segregación ocupacional por sexo a examen. Características personales, de los puestos y de las empresas asociadas a las ocupaciones masculinas y femeninas. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (Reis) número 123.*
122. Imparalli J, Imparalli MG. Antecedentes y relaciones entre formas de masturbación y tipos de fantasías en eyaculadores precoces y en personas con buen desempeño eyaculatorio: 2º informe. *Revista latinoamericana de Sexología.* 1988; 3:13-24.
123. INE (2011). Encuesta de Población Activa. IIT 2011.
124. Instituto Nacional de Estadística (INE). Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS). Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales; 2003.
125. Jüneman KP, Persson C, Alken P. *Semin Neurol.* 1990; 2:80-93.

126. Junta de Andalucía. Guía Forma Joven, educación para la sexualidad. Escuela andaluza de Salud Pública; 2008.
127. Kaplan HS. Disorder of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy. Nueva York: Simon and Schuster; 1979.
128. Kaplan HS. La nueva terapia sexual, Tomo 1. Madrid: Alianza Editorial; 2009.
129. Kaplan HS. The new sex therapy – Active treatment of sexual dysfunctions. New York: Times Book Co; 1974.
130. Kaplan A, Bedoya MH, Franch M. y Merino M. Avances interdisciplinarios en el conocimiento de los procesos de cambio e integración social: la situación de las mutilaciones genitales femeninas en España. García Castaño FJ y Muriel C. La inmigración en España con textos y alternativas. Vol. II Universidad de Granada, 2002.
131. Kelm M, Preik M, Hafner DJ, Straver BE. Evidence for a multifactorial process involved in the impaired flow response to nitric oxide in hypertensive patients with endothelial dysfunction. Hypertension. 1996; 27:346-53.
132. Konvalinka N. Modos y maneras de hacer familia (2012).
133. Lagarde M. (2000). Claves feministas para la autoestima de las mujeres. Madrid: Horas y Horas.
134. Lagarde M. (2005). Para mis socias de la vida. Claves feministas, Barcelona, Horas y Horas.
135. Larrazabal M. Apego y Sexualidad. En: García AD, Cabello F. Huelva: Universidad de Huelva; 2013: 12: 143-164.
136. Levin R.J. Sexual activity, health and well-being: the beneficial roles of coitus and masturbation. Sexual and Relationship Therapy. 2007. 22; 1:135-48.
137. Levine SB, Fones CSL. Psychological aspects at the interface of diabetes and erectile dysfunction. Diabetes Reviews. 1998; 1:41-9.
138. Lizasoain Hernández I, De Lorenzo Fernández P. Características farmacológicas de las drogas recreativas (MDMA y otras anfetaminas, Ketamina, GHB, LSD y otros alucinógenos). Adicciones: Revista de sociodrogalcohol; 2003: 15 (2): 51-75.

139. Lobo RA, Rosen RC, Yang HM, Block B, Van Der Hoop RG. Comparative effects of oral sterified strogens with and whitout methyltestosterone on endocrine profiles and dimensions on sexual function in postmenopausal women with hypoactive sexual desire. *Fertile Steril.* 2003; 79:1341-52.
140. López F. Educación sexual. Madrid: Fundación Universidad-Empresa; 1990.
141. López F. Evolución del Apego desde la adolescencia hasta la muerte. En: López F, Etxebarria I, Fuentes MJ, Ortiz MJ. Desarrollo efectivo y social. Madrid: Pirámide; 2005: 67-93.
142. López F. Juventud y Drogadicción (Educación Afectivo Sexual). *Rev Estudios de Juventud*; 2001: 55: 83-110.
143. Lopez F. La educación sexual de los hijos. Pirámide. Madrid. 2005.
144. López F. Necesidades en la infancia y en la adolescencia. Respuesta familiar, escolar y social. Pirámide. Madrid. 2008.
145. Lopez I. Experiencias de innovación pedagógica. CCS. Madrid. 2000.
146. López, Lucero. Los Saberes Culturales en Salud en un Mundo Glocalizado. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital) 2010 19(2-3). Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v19n2-3/2300.php>
147. López-Soler N. Curso de Educación Afectivo-Sexual. Libro de Teoría. A Coruña: Netbiblo; 2003.
148. Lucas M. Sed de piel. Psimatica. Madrid. 2009.
149. Lucas M. y Cabello F. Introducción a la sexología clínica. Madrid: Elsevier; 2007.
150. Lucas Matheu M, Cabello Santamaría F. Introducción a la sexología clínica. Barcelona: Elsevier; 2007.
151. Ludovico GM, Corvasce A, Pagliarulo G, Cirillo-Marucco E, Marano A, Pagliarulo A. Paroxetine in the treatment of premature ejaculation. *Br J Urol.* 1996; 77:881-2.
152. Lugones Botell Miguel, Quintana Riverón Tania Y, Cruz Oviedo Yolanda. Climaterio y menopausia: importancia de su atención en el nivel primario. *Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]*. 1997 Oct [citado 2014 Mar 28]; 13(5): 494-503. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000500014&lng=es.

153. Manso ME. Sexualidad y afectividad en el climaterio. *Matronas profesión*, 2002; 8, 13-20.
154. Manzo C, Yulis C. Actualizaciones en terapia sexual. *Terapia Psicológica*; 2004: 22(2), 193-203.
155. Marín D, Bullones M, Carmona F, Carretero M, Moreno M, Peñacoba C. Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. *Nurse Investigación*. 2008. 37.
156. Martín Casares A. (2006). *Culturas, mitos y estereotipos sexuales*, Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia Nacional para la erradicación de la Violencia contra la Mujer 2013-2016.
157. Martín de María. Sexualidad en el puerperio. *Matronas Profesión*. 2002. 9:14.
158. Martín M. Trastornos de la conducta sexual en la enfermedad de Alzheimer. *Psiquiatria.com*. 2003; 7(5).
159. Martínez-Benlloch I. Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres. *Barcelona: Anuario de Psicología*; 2003, 34 (2): 253-266.
160. Master WH, Jhonson VE. *Human sexual response*. Little Brown. Boston. 1966.
161. Masters W, Johnson V, Kolodny R. *Heterosexuality*. Nueva York: Harper Collins; 1994.
162. Masters W, Johnson V. *Incompatibilidad sexual humana*. Buenos Aires: Intermédica; 1970.
163. Mattos R, Lucon A. Tadalafil and slow-release fluoxetine in premature ejaculation- A prospective study. *J Urol*. 2005; 173:239.
164. Mayobre P. La formación de la identidad de género una mirada desde la filosofía. *Rev Venezolana de estudios de la Mujer*; 2007: 12(28).
165. Mayoral V, Casado LE, Garrido M, Luque M. Salud sexual durante el climaterio. En: Gázquez JJ, Pérez MC, Molero MM, Mercader I. *Salud y cuidados en el envejecimiento* [Internet]. Asoc. Univ. de Educación y Psicología (USUNIVEP); 2013 [consulta el 30 de Marzo de 2014]. Disponible en: http://demenciasyalzheimer.com/jornadainvestigacion/LIBRO_DIGITAL.pdf#page=46.

166. Mcconhagy N. Disfunción y Desviación Sexual. En: Bellack AS, Versen M. Manual Práctico de Evaluación de Conducta. Bilbao: Descleé de Brouwer. 1990, 531-75.
167. Mendels J. Sertraline for premature ejaculation. J Clin Psychiatry. 1995; 56:591.
168. Micó JA. Bases farmacológicas de la disfunción sexual provocada por psicofármaco. En: Montejo A. Sexualidad y salud mental. Barcelona: Glosa SL; 2005, 3: 49-55.
169. Ministerio de Sanidad y Consumo. Atención primaria de calidad. Guía de Buena Práctica Clínica en Disfunciones sexuales. Madrid: Ed. International Marketing & Communications; 2004.
170. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009.
171. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales de la violencia de Sale17+2 Historiad de vida.
172. Molpeceres Álvarez L. Situación laboral de las mujeres inmigrantes en España (2011).
173. Molpeceres, L., Óngil, M. (2009). Análisis de la situación laboral de las mujeres inmigrantes: modalidades de inserción, sectores de ocupación e iniciativas empresariales. Colección Estudios No 110. Instituto de la Mujer.
174. Moncó Beatriz. (2009) Maternidad ritualizada. Un análisis desde la Antropología de género. U.C. Madrid.
175. Montes-Muñoz MJ. Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos [tesis]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2007.
176. Moorehead S, Johnson M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª Ed. Elsevier. 2009.
177. Moreno Minguez, Almudena (2005). Empleo de la mujer y familia en los regímenes de bienestar del sur de Europa en perspectiva comparada. Permanencia del modelo de varón sustentador. Reis nº 112, pp 131-163.

178. Morin E. Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. París: UNESCO, 1999. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0011/001177/11774http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/publicaciones/estudiosinvestigaciones/PDFS/>
179. Mosquera JM, Galdós P. Farmacología clínica para enfermería. Madrid: 3ª ed. McGraw-Hill interamericana; 2003.
180. Mowszowicz I, Riahi M, Wright F, et al. Androgen receptor in human skin cytosol. *J Clin Endocrinol Metab.* 1981; 52:338-44.
181. Muirhead J, Meyerowitz BE. *Heart Lung Transplant.* 1992; 11:265-71.
182. NANDA internacional; Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. Elsevier; 2011.
183. Nartzky S. Mujer, mujeres, género. Una aproximación crítica al estudio de las mujeres, (2007).
184. National Institutes of Health Consensus Development Panel on Impotence. *Jama.* 1993; 270,83-90.
185. Nogueiras, B. (2005). Factores de vulnerabilidad en la violencia contra las mujeres. En Instituto de la Mujer (Ed.): La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres (pp. 17-24), Madrid, Instituto de la Mujer.
186. Oakley, Ann(1974). *The Sociology of Housework*, Londres: Martin Roberstson.
187. Observatorio Andaluz de la Publicidad No Sexista [Internet]. Andalucía: Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014 [consulta el 22 de Marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer/observatorio/web/observatorio>.
188. Oguzhanoglu NK, Ozdel O, Aybek A. The efficacy of fluoxetine and a stop-start technique in the treatment of premature ejaculation and anxiety. *J Clin Psychopharmacol.* 2005; 25: 192-4.
189. Olds SB, London ML, Ladewig PW. *Enfermería Materno-infantil*, Tomo I. 4ª ed. Madrid: Interamericana McGraw Hill; 2001.
190. OMS. Estándares de educación sexual en Europa. Colonia: Oficina Regional para Europa y BZgA; 2010.

191. OMS. La sexualidad y la planificación familiar. Informe de una reunión. Copenhague. 1985.
192. OMS. Planificación familiar. Centro de prensa [Internet]. 2013: 351 [consulta el 15 de Marzo de 2014]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>.
193. Omu AE, Ai-bader AA, Dashti H, Oriowo MA. Magnesium in human semen: possible role in premature ejaculation. 2001; 46:50-66.
194. Organización Panamericana de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo de la OMS. Ginebra: Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Editado en Español por la Asociación Nacer en Casa; 1999.
195. Orozco A. (2007). Cadenas globales de cuidado. Género, Remesas y Desarrollo.
196. Orozco A, Paiewonsky D y García M. (2008). Cruzando Fronteras II: Migración y desarrollo desde una perspectiva de género. INSTRAW.
197. Ortiz T. Protomedicato y matronas. Una relación al servicio de la cirugía. DYNAMIS. Acta Hisp Med Sci Hist Illus. 1996; 16:109-20.
198. Osborne Raquel. (1993). La construcción sexual de la realidad, Madrid: Cátedra.
199. OSM. Aproximación a la Salud Sexual y Reproductiva en España.
200. Osorio M, López L. Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo.
201. Otegui R. Factores socioculturales del dolor y el sufrimiento. En Perdiguero E, Comelles JM (eds.): Medicina y Cultura. Barcelona, Bellaterra, 2000: 227-248.
202. Padrón MM, Fernández L, Infante A, París A. Libro Blanco sobre Educación Sexual. Málaga: Diputación de Málaga, área de Juventud y Deportes; 2009.
203. Pagazaurtundua J, Monasterio A, Manciles I. Sexualidad en personas con lesión medular. Rev PortalesMédicos.com [Internet]. 2010 [consulta 2 de Febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2565/1/Sexualidad-en-personas-con-lesion-medular>.

204. Parella S. (2003). *Mujer, inmigrante y trabajadora: la triple discriminación*. Barcelona: Ed. Anthropos
205. Patró Hernandez R. y Rivas Diez R. *Violencia de género y salud. La salud de las mujeres. Análisis desde la perspectiva de género* Madrid 2013.
206. Pelegrino de la Vega D. Aspectos bioéticos relacionados con el aborto. *Revista cubana de enfermería*; 2006; 3.
207. Peña Y. La pornografía y la globalización del sexo. *Rev El Cotidiano*; 2012: 174, 47- 57.
208. Perelló T. “Y tendrás más tiempo..estrategias privadas de conciliación”. *Asparkia: investigació feminista*, N° 20 *La conciliación entre lo personal, lo doméstico y lo laboral en el siglo XXI. Una mirada pluridisciplinar-200* Pichardo Galán J. *Entender la diversidad familiar* (2009).
209. Pritchard J, McDonald P, Gant N. Williams. *Obstetricia*. 3ª ed. Salvat Ed. Barcelona 1986. 175
210. Programa Formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica, matrona. BOE num 129; 2009: 44697-729.
211. Pryor J, Althof S, Steldle C, Miloslavsky M. Efficacy and tolerability of dapoxetine on the treatment of premature ejaculation. *J Urol*. 2005; 173-201.
212. Quin R, McMahon B. *Historias y estereotipos*. Madrid: Ediciones de la Torre; 1997.
213. Alarcia-Alejos R, Ara-Callizo JR, Martín-Martínez J, García-Gomara MJ. Abordaje de la disfunción sexual en la esclerosis múltiple. *Rev Neurol*: 2007; 44 (9): 524-526.
214. Radiotelevisión Canaria. *Comunicación con perspectiva de género: Manual de Estilo para una Comunicación Incluyente*. RTVC. Secretaría de Igualdad, Gobierno de España; 2012.
215. Rejane N, Matos N, Rosa D. *Cuerpo y sexualidad: experiencias de puérperas*. *Revista latino-americana. Enfermagem*. 2010. 18:4.
216. Rich Adrienne. (1996). *Nacemos de mujer, la maternidad como experiencia e institución*, Madrid: Cátedra. Colección feminismos Clásicos (1979).

217. RM Zapata. Educación para la salud sexual. Almería: Universidad de Almería; 2008.
218. Rodríguez Izquierdo R. La diversidad cultural en la sociedad global (2013).
219. Rodríguez V, Navío C, Miranda M.D. (2013). Violencia de género en gestantes. 370 Trances, 5(4):365-372).
220. Rohlfs Barbosa I. Desigualdades sociales.
221. Rosario Valdez-Santiago, MA; Luz Arenas-Monreal, MSP, Dra en Antropol; Isabel Hernández-Tezoquipa, Ph D Soc Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo.
222. Rovetto F. (2010). Androcentrismo y medios de comunicación: “Apuntes sobre la representación de las mujeres en la prensa de actualidad” en revista Cuadernos de Información n° 27.
223. Saguiv-Reiss D et al. Changes in sexual experiences and relationship quality during pregnancy. Archives of sexual behavior. Israel. 2011.
224. Sala Santos MA, González Sala M. Climaterio y menopausia. II parte. La sexualidad en el climaterio. Rev Sexología y Sociedad, 1999; 5(3): 17-19.
225. Salonia A, Maga T, Colombo R, Sacattoni V, Briganti A, Cestari A, et al. A prospective study comparing paroxetine alone versus paroxetine plus sildenafil in patients with premature ejaculation. J Urol. 2002; 168:2486-9.
226. Salud sexual y Reproductiva. Estrategias Sanitarias.
227. Sánchez Aranda J. La publicidad y el enfoque de la imagen femenina. Communication and Society/Comunicación y Sociedad; 2003; 16 (2) 67-92.
228. Sánchez F, González R, Jurado AR, San Martín C, Montaña RM, Tijeras MJ, Benítez JM, Brenes F, Mir J, Villalba E. La anamnesis en la historia clínica en salud sexual: habilidades y actitudes. Semergen. 2013; 39 (8): 433-439.
229. Sánchez López M^a del Pilar. La salud de las mujeres 2013.
230. Sandhu D, Curless E, Dean J, Hackett G, Liu S, Savage D, et al. A double blind placebo controlled study of intracavernosal vasoactive intestinal polypeptide and phentolamine mesylate in a novel auto-injector for the treatment on non-psychogenic erectile dysfunction. Int J Imp Res. 1999; 11: 91-97.

231. Save the Children, informe sobre el “Estado Mundial de las Madres” 2012 y 2011.
232. Scott Joan Wallach y Tilly Louse A. (1984) El trabajo de la mujer y de la familia en Europa durante el siglo XIX Barcelona: Serbal.
233. Schnarch D. Constructing the sexual crucible. An integration of sexual and marital therapy. N.W, Norton and Company. Nueva York.1991.
234. Schonhofer B, Von Sidow K, Bucher T, Nietsch M, Suchi S, Kohler D, et al. Sexuality in patients with noninvasive mechanical ventilation due to chronic respiratory failure. *Am J Respir Crit Care Med.* 2001; 164:1612-7.
235. Segraves RT, Saran A, Segraves K, Maguire E. Clomipramine versus placebo in the treatment of premature ejaculation: A pilot study. *J Sex Marital Ther.* 1993; 19:198-200.
236. Sherwin BB, Gelfand MM. A prospective one year study of strogen and progesterin in postmenopausal women: effects on clinical symptoms and lipoprotein lipid. *Psychosom Med.* 1987; 49:397-409.
237. Souza M. Aspectos médicos y psicológicos de la sexualidad femenina. Trillas. Madrid. 2005.
238. Stassen K. Psicología del desarrollo, infancia y adolescencia. Panamericana. Buenos Aires. 2004.
239. Steenbergen WV. Alcohol, liver cirrhosis and disorders in sex hormone metabolism. *Acta Clin Belg.* 1993; 48:269.83.
240. Sternberg, RJ. El triángulo del amor. Barcelona; Paidós Ibérica, 2000.
241. Taniguchi N, Kaneko S. Alcoholic Effect on male sexual function. *Nippon Rinsho.* 1997; 55:3040-4.
242. Tavora A. (2007). El amor de pareja en la construcción de la identidad de las mujeres. En Congreso Estatal “De las cosas de acogida a los Centros de Atención Integral” (pp. 80-94). Madrid: Instituto de la Mujer.
243. Tubert Silvia. (1991). Figuras de la madre. Madrid: Cátedra. Colecciones feminismos.
244. UNED. Guía de lenguaje no sexista. Oficina de Igualdad, UNED; 2011.

245. Ussel I. (1998) El problema de la diversidad familiar en la sociedad española.
246. Valdéz E. Conceptos de Sexualidad en Perinatología. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Santiago de Chile. 2003. 68, 333-336.
247. Valladares, M. Los siete duelos del migrante. FIDES del 19 al 25 de Septiembre de 2004.
248. Valles C, Fernández JM, Escaf S, Fernández Mc, Villanueva F, Fernández F. Fisiopatología y abordaje de la disfunción sexual en pacientes epilépticos. Rev Neurol: 2008; 46: 424-9.
249. Van Pelt NL. How to talk so your mate will listen and listen so your mate will talk. Nueva York: Fleming H. Revell Company; 1989.
250. Vazquez de Prada M. Historia de la familia contemporánea. Principales cambios en los siglos XIX y XX (2008).
251. Vázquez-Sánchez F, Rodríguez-Martínez E, Arés-Luque A. Trastornos urinarios, disfunción sexual e hipersexualidad en la enfermedad de Parkinson. Rev Neurol: 2010; 50 (Supl 2): S27-S31.
252. Vázquez-Urbina S, Secín-Diep R. Disfunción sexual asociada a antidepresivos. Acta Médica Grupo Ángeles; 2012: 10(1): 20- 28.
253. Vegetti Finzi, Silvia (1992). El niño de la noche, hacerse mujer, hacerse madre. Madrid: Cátedra, colección feminismos.
254. Villanueva-Roa JD. El aprendizaje de los adultos. Rev Medicina de Familia. 2001; 2:165-171.
255. Viñas H. Entrevista clínica y sexualidad. Matronas profesión. 2001; 2(4): 4-8.
256. Virag R, Spencer PP, Frydman D. Artificial erection in diagnosis and treatment of impotence. Urol. 1984; 27:126-131.
257. Wei M, Macera CA, Davis DR, Hornung CA, Nankin HR, Blair SN. Total cholesterol and high density lipoprotein cholesterol as important predictors of erectile dysfunction. Am J Epidemiol 1995; 142:1246-7.
258. World Health Organization. ICD 10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Ginebra: World Health Organization; 1992.

259. Yela C. El amor desde la psicología social. Ni tan libres, ni tan racionales. Madrid; Pirámide, 2000.
260. Zapata R, Marín R. Embarazo no deseado y adolescencia. Intervenciones educativas y de promoción de la salud. Universidad de Almería. Almería. 2008.
261. Zapata R, Marín R. Mitos sexuales en adolescentes. Universidad de Almería. Almería. 2008
262. Zapata RM, Soriano E. La educación sexual del alumnado de educación secundaria de los diferentes grupos étnico-culturales de la provincia de Almería. Almería: Universidad de Almería; 2008.



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD