



Sexpol

REVISTA DE INFORMACIÓN SEXOLÓGICA

Julio / Septiembre 2023 • Número 150 • www.sexpol.net • info@sexpol.net

XI JORNADAS EN

Sexología

TERAPIA SEXUAL Y GÉNERO

29 - 30 SEPT.
6 - 7 OCTUBRE

Vol. I



selfie!

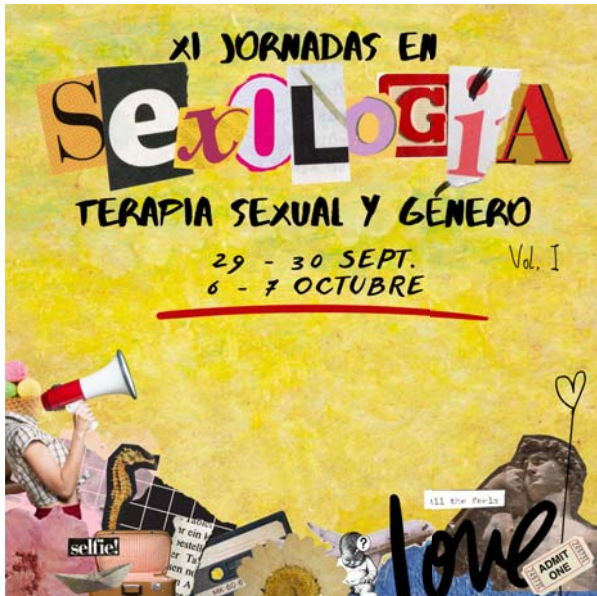
Tablet
r ein k
bestell
er Ta
sen no
n A
er

MK-60-6

all the feels

love

219131
ADMIT ONE
219131



XI Jornadas de Sexología, Terapia Sexual y de Género

Editorial

Este número de la Revista SEXPOL siempre es algo especial. Cae en un momento difuminado entre el cierre de las promociones anteriores y la apertura de las siguientes. Es como un limbo en el que cerramos y abrimos al mismo tiempo, nos despedimos y damos la bienvenida.

Cerramos, en este caso, una de las ediciones más numerosas de los últimos tiempos, con unas Jornadas en que se presentaron trabajos durante 41 horas, ni más ni menos. Aunque, en estos casos, destacamos la calidad frente a la cantidad, pues después de casi un año de formación, contando la calidad y la potencia del alumnado actual, la excelencia es el mínimo.

Como escuela de formación es nuestro orgullo y nuestra mayor fuente de placer el poder despedir a estas profesionales con la seguridad de haberlo hecho bien y de que se seguirá haciendo bien. La Sexología sigue avanzando, creciendo y estamos cada vez más cerca de -sencillamente- "ser".

No podemos olvidar la encrucijada en la que nos encontramos, luchando entre la invisibilidad ministerial

y el intrusismo mediático. Ambas partes, filos del mismo cuchillo. Esta situación requiere nuestro máximo esfuerzo para que la Sexología no sea fagocitada y respire el tiempo necesario para que madure y se convierta en una disciplina propia como está destinada a ser. Además, una que es indispensable para las demás. Porque eso es la Sexología, un área de estudios sociales, humanos, que no puede dejarse a un lado.

Las que llevamos tanto tiempo en este gremio aún recordamos la escasez de primeros de siglo; escasez de visibilidad, de opciones, de estudios, de personal y de reconocimiento en todas las áreas. Entonces sí que era complicado poner un mísero ladrillo. Ahora, en cambio, el camino se asfalta a diario; algunos son parches, otros son meras ampliaciones, pero todos los pasos nos llevan hacia un futuro mucho más iluminado, más esperanzador.

Ese futuro cobra nitidez con cada alumna, valor con cada trabajo aportado y se va acercando día a día. Gran trabajo. Felicidades. Nos vemos en el camino.

octubre, 2023. *Roberto Sanz Martín*

Sumario

Editorial / Roberto Sanz. Pág. 2

Aproximación a la Sexualidad de las personas trans* en la terapia hormonal afirmativa con testosterona / Laura Sánchez Roig. Pág. 3

Dispareunia en el posparto ¿una epidemia? / Sandra Gómez Sánchez. Pág. 9

Sexualidad en el trastorno límite de la personalidad. Introducción, justificación y objetivos / Clara Martínez. Pág. 13

¿Se pierde el deseo sexual en la pareja? ¿Por qué? La importancia de la terapia sexual y de pareja / Vanesa Gomáriz. Pág. 20

La perspectiva sáfica en terapia de pareja / Vanesa José Sasera. Pág. 27

La desobediencia corporal como acción directa de cambio / Diana Bonilla del Campo. Pág. 31

Abuso sexual en la infancia y la Juventud. Beneficios que la perspectiva de género puede aportar en el trabajo en red destinado a acompañar a las víctimas de abusos sexuales / Natalia García Bautista. Pág. 35

Laura Sánchez Roig
Graduada en Medicina
Máster en Sexología Sanitaria con
Perspectiva de Género
Fundación Sexpol



Aproximación a la Sexualidad de las personas trans* en la terapia hormonal afirmativa con testosterona

La transición

El *hecho trans**¹ es una realidad cada vez más visible en nuestra sociedad. Cada vez son más las personas que tienen la oportunidad de cuestionarse los dictámenes binarios y deterministas de género y que pueden plantearse su identidad de género. También son cada vez más las personas que en el contexto social adecuado pueden permitirse expresar su género más o menos libremente. Es por eso que, ante un panorama cada vez más cuestionador de este sistema sexo-género binario y opresivo y un ambiente más tolerante ante la diferencia, aumenta rápidamente la visibilidad de las personas que se identifican como trans*. De hecho, se estima que entre un 0.3 y un 0.5% de la población mundial es trans* (Reisner et al., 2016).

Se entiende por *transición* el proceso por el cual una persona se empieza a presentar a sí mismx permanentemente de acuerdo con su identidad de género (Holmberg et al., 2018).

El proceso de *transición* se inicia generalmente con el *cuestionamiento* del género asignado. A menudo comienza con un desacuerdo con los roles de género

1 El asterisco incluido en la palabra trans* pretende visualizar e incluir en dicho concepto la gran diversidad de identidades y percepciones del género: personas transgénero, transexuales, crossdressers, genderqueers, agénero, no binarixs, fluidxs, travestis y tantas otras (Escuret et al., 2017).

impuestos para su sexo-género asignado y es aquí cuando se inicia el proceso de *autoidentificación*. En esta fase, con el soporte socio-familiar adecuado, la persona podrá iniciar la *exploración* de género. Si así lo desea, ya sea durante un tiempo o para siempre, podrá empezar a vivir en el/los género/s sentido/s o explorado/s. Inicialmente se suele realizar en pequeñas esferas de su vida (es muy común que muchas personas trans* al principio sólo se expresen en su género sentido en un grupo reducido de amigxs) y posteriormente de manera global y/o permanente. Esto es lo que llamamos la *transición social*.

No podemos obviar que estas primeras fases suceden en el contexto de una sociedad transfóbica, por lo que las personas trans* deberán enfrentarse a menudo a violencias que van a condicionar su proceso, que pueden ser externas o internas.

Las externas son numerosas y diversas y se ejercen de manera directa o indirecta por prácticamente todos los estratos de la sociedad (institucionales, sanitarias, judiciales, sexuales, etcétera) (Sánchez-Roig, 2023).

Por violencias internas entendemos aquellas que unx mismx ejerce contra sí mismx, la mayoría de veces de manera inconsciente y aprendida. La *transfobia*



interiorizada es el fenómeno por el cual una persona trans* se rechaza a sí misma por el hecho de serlo. Su origen se encuentra en la *transfobia social*, que del mismo modo que configura las actitudes y creencias de las personas e instituciones ajenas, también lo hace en las de las personas trans*.

Estas violencias van a condicionar la capacidad de las personas trans* de realizar una exploración del género o una transición social, por lo que a menudo, en entornos más hostiles hacia sus realidades, no van a poder hacerlo libremente o en absoluto.

Algunas personas trans*, aunque no todas, además de la transición social van a querer realizar un proceso de *feminización* o *masculinización* corporal.

Los motivos por los que van a querer realizar estas modificaciones son diversos: algunas personas presentan rechazo hacia alguna/s parte/s concreta/s de su cuerpo; otras personas presentan malestar generalizado con su “incongruencia” sexo-genérica, también llamada clínicamente *disforia de género*² (American Psychiatric Association, 2013); otras prefieren modificar su cuerpo para tener un buen *passing*³ y así

2 Según la American Psychiatric Association la disforia de género es el malestar que puede acompañar la incongruencia entre el género sentido o expresado y el género asignado.
3 El *passing* es la capacidad que tiene un cuerpo trans de, mediante modificaciones corporales, parecerse a un cuerpo cis del sexo que tradicionalmente se asocia a su género sentido (Sánchez-Roig, 2023).

recibir menos transfobia interna y externa.

Se ha demostrado extensamente el beneficio en términos de *disforia de género* en las personas trans* que reciben terapia afirmativa, ya sea hormonal o quirúrgica (Defreyne et al., 2020).

Además, en la mayoría de países del mundo, para poder realizar una transición social completa (cuando esta es posible), es necesario haber realizado durante un tiempo determinado un tratamiento hormonal o haberse sometido a ciertas modificaciones quirúrgicas, por lo que muchas personas accederán a los servicios de salud con esta finalidad. De hecho, la *autodeterminación de género*⁴ es únicamente posible en 20 países del mundo, incluido España desde 2023 (Wikipedia, 2023).

Dada la complejidad y dificultades inherentes a todo este proceso, es muy habitual que las personas trans* precisen o soliciten acompañamiento formal. Este acompañamiento puede realizarse por parte de entidades sociales, pero también sanitarias. Esta atención y acompañamiento será primordial para el bienestar global de las personas trans*.

La testosterona

La realidad de las personas trans* que deciden

4 La autodeterminación de género es el proceso por el cual el género legal de una persona se determina por ella misma, según su identidad de género, sin necesidad de requisitos médicos ni judiciales.

iniciar terapia hormonal con testosterona es diversa: desde la identidad de género, que puede ser binaria o no serlo, los deseos en cuanto a modificaciones corporales y las necesidades de acompañamiento. En hombres trans y otras personas trans* que desean masculinizar su cuerpo, la testosterona es el fármaco de elección.

Los efectos que la testosterona tiene sobre el cuerpo se conocen principalmente de la evidencia extraída de estudios con personas cis con hipogonadismo o postmenopáusicas. En personas trans* la evidencia es algo menor, pero sigue siendo extensa en cuanto a modificaciones corporales esperables y riesgos para la salud se refiere.

Los cambios esperables en la piel son el aumento de vello facial y corporal (especialmente en abdomen y pecho), la aparición de acné o piel grasa y en personas genéticamente predispuestas, la pérdida de pelo, también llamada alopecia androgénica, que depende directamente de los niveles de testosterona (Coleman et al, 2022; Wierckx et al., 2014c).

A nivel de estructura corporal es de esperar un aumento de masa muscular y de fuerza y una redistribución de grasa corporal (Coleman et al, 2022). Cabe esperar también una atrofia mamaria sin aumento asociado del riesgo de cáncer de mama (Pirtea et al., 2021).

Asimismo también puede agravarse el tono de la voz (Coleman et al, 2022; Van Dijk et al., 2019b).

A nivel genital se suele observar el cese de los sangrados menstruales, lo que conlleva un descenso de la capacidad fértil que puede ser temporal o permanente. El efecto de la testosterona sobre el clítoris condiciona un aumento de su tamaño, conocido como *hipertrofia del clítoris* y la atrofia de la mucosa vaginal (Coleman et al, 2022, Hembree et al., 2017).

A nivel metabólico, la administración de testosterona conlleva modificaciones del perfil lipídico. Aún así, múltiples estudios no han encontrado un aumento en la mortalidad cardiovascular ni tampoco aumento de la incidencia de eventos cardiovasculares asociados a la terapia afirmativa con testosterona (Hembree et al., 2017). Otros señalan un aumento de la prevalencia de resistencia a la insulina y aumento de la mortalidad de causa cardiovascular, pero anivelada a las

cifras esperables en hombres cis (Pirtea et al., 2021).

A nivel de densidad mineral ósea, la testosterona tiene un efecto neutro o más bien protector (Hembree et al., 2017; Pirtea et al., 2021).

La sexualidad

Los efectos que la testosterona tiene sobre la sexualidad han sido menos estudiados y el conocimiento del que se dispone proviene principalmente de estudios en personas cis con hipogonadismo o postmenopáusicas (Hembree et al., 2017). La evidencia respecto a cómo la testosterona modifica la sexualidad de las personas trans* es mucho más limitada y poco accesible. Esto supone un perjuicio para las personas interesadas en este tipo de terapia hormonal, ya que su capacidad de toma de decisiones correctamente informadas se ve comprometida.

Es importante conocer todos los aspectos de la sexualidad que la terapia hormonal con testosterona puede modificar por dos motivos principales. Por un lado, en las consultas específicas de atención a personas trans*, esta información es clave para que estas puedan tomar decisiones conociendo cuáles son los cambios esperables y en qué grado. Por otro lado, las personas trans* que decidan iniciar la terapia con testosterona puede que presenten cambios a nivel sexual que en ocasiones pueden percibirse como negativos. Por eso será necesario que lxs profesionales de la sexología dispongan de esta información para que puedan realizar un acompañamiento adecuado.

Las peculiaridades de la repercusión a nivel sexual de la testosterona en personas trans* son poco conocidas y sobre todo poco estudiadas, pero no completamente inexploradas.

La evidencia disponible describe que tras el inicio de la testosterona, el deseo sexual de las personas trans* suele aumentar y hacerse menos controlable, en especial en los primeros meses, volviendo a niveles basales con el tiempo (Bockting et al., 2009; Costantino et al., 2013; De Cuypere et al., 2005; Defreyne et al., 2020; Hembree et al., 2017; Rowniak et al., 2011b; Van Dijk et al., 2019; Wierckx et al., 2011-2014). Este aumento no tiene relación con el tipo de testosterona administrada ni tampoco con los niveles séricos de la

misma (Costantino et al., 2013; Defreyne et al., 2020; Wierckx et al., 2014).

La excitación ha sido menos estudiada, pero la evidencia afirma que existe un pequeño aumento en la frecuencia de la excitación autopercebida (Costantino et al., 2013). No se han estudiado los efectos de la testosterona en los signos físicos de excitación en personas trans*.

Tampoco existe evidencia que evalúe los cambios en capacidad orgásmica secundarios a la testosterona en personas trans*.

El dolor ha sido más estudiado. Existe evidencia de un incremento en el dolor genital externo, reversible, durante el aumento de tamaño del clítoris por la testosterona (Van Dijk et al., 2019b). También se ha descrito presencia de dolor pélvico cólico no asociado a la actividad sexual (Grimstad et al., 2020; Zwickl et al., 2023).

La satisfacción sexual aumenta con la terapia afirmativa hormonal y quirúrgica (Bockting et al., 2009; De Cuypere et al., 2005; Wierckx et al., 2011), pero no se ha estudiado qué papel específico juega la testosterona en ello.

La orientación del deseo cambia con frecuencia tras el inicio de la terapia con testosterona, tornándose más androfílica (Auer et al., 2014; Coleman et al., 1993; Meier et al., 2013).

Otros factores que condicionan la sexualidad en personas trans* también han sido estudiados, como las cirugías genitales, la satisfacción corporal, las experiencias sexuales previas y la transfobia externa e interiorizada (Basterra et al., 2012; Gil-Llario et al., 2020b). Esto refuerza la necesidad de un modelo biopsicosocial de acompañamiento a la sexualidad de personas trans*.

El modelo biopsicosocial

A lo largo de la historia de la sexología se han teorizado diferentes modelos explicativos de la respuesta sexual. El modelo fisiológico lineal, postulado por Masters y Johnson en 1966 es el más conocido (Masters & Johnson, 1966). El modelo de control dual (Bancroft & Janssen, 2000) considera la respuesta sexual como el producto de la influencia y el equilibrio entre los

factores inhibidores y excitadores centrales. Un año más tarde se presenta el ciclo de respuesta sexual (Basson, 2001) que explica la manera como múltiples factores afectan a la misma, en especial el feedback cognitivo-emocional y el papel de la intimidad. Por último, en 2009 se publica el modelo de motivación por incentivos de Toates (Toates, 2009), un marco teórico integrativo que combina los principios de la teoría de motivación por incentivos y el control jerárquico del comportamiento.

A pesar de las diferencias entre ellos, lo que tienen en común los más recientes es la integración de estímulos externos e internos como condicionantes de la respuesta sexual mediante condicionamiento clásico (Basson, 2001; Toates, 2009), contribuyendo a la construcción del modelo biopsicosocial. De acuerdo con este modelo, la evaluación de un problema sexual debería incluir el estudio de factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de los cinco aspectos del modelo (sexual, biológico, cultural/social, relacional, psicológico) y las interacciones entre ellos (Holmberg et al., 2018).

Esto se traduce en que una serie de experiencias sexuales negativas o la ausencia de experiencias positivas puede alterar el incentivo sexual otorgándole un valor negativo. En el caso de las personas trans*, por ejemplo, una severa disforia corporal genital puede conllevar la asociación del orgasmo con emociones negativas, lo que puede comprometer el deseo, la excitación o la capacidad orgásmica en el futuro (Holmberg et al., 2018).

De hecho, se ha postulado una relación dinámica de retroalimentación entre los cambios corporales, la vivencia del género y la sexualidad de los hombres trans (Schilt & Windsor, 2014). Se afirma que cambios en las partes sexuadas del cuerpo pueden desencadenar cambios en los hábitos sexuales (las prácticas sexuales que realizan, las parejas sexuales que tienen, la autoidentificación en cuanto a orientación sexual o su erótica en general) de los hombres trans a medida que van siendo leídos por lxs demás como hombres. A su vez, estas transformaciones pueden vivirse como excitantes o inquietantes y pueden llevarles a plantearse sus deseos respecto a la corporalidad que quieren tener a medida que cambian sus hábitos sexuales.

La evidencia

Como se ha podido ver, la evidencia sobre el efecto de la testosterona en la sexualidad de personas trans* es limitada y los diseños metodológicos de algunos de los estudios son mejorables. Es necesario generar más evidencia salvando las limitaciones metodológicas actuales.

Del análisis de las fortalezas y limitaciones de los principales estudios analizados se extraen algunas propuestas metodológicas para futuras investigaciones (Defreyne et al., 2020; Costantino et al., 2013; Wierckx, Elaut et al., 2014; Kerckhof et al., 2019; Auer et al., 2014; Gil-Llario et al., 2020b).

Se recomienda la realización de estudios prospectivos longitudinales con muestras representativas de personas trans* binarias y no binarias, de diferentes ámbitos y localizaciones geográficas y tanto mayores como menores de edad. Se aconseja no limitar la obtención de la muestra al sistema sanitario, para evitar sesgos de selección ya que las personas que consultan pueden tener mayores niveles de malestar. También se recomienda no limitar la muestra a personas con criterios diagnósticos de disforia de género. Se sugiere que las muestras sean de gran tamaño, para poder ajustar los resultados a las diferentes variables.

Es aconsejable utilizar una misma muestra para estudiar múltiples variables. Se sugiere valorar el deseo en sus diversos aspectos (diádico, solitario y total), la excitación sexual (autopercebida y objetivada), el orgasmo (autopercebido y objetivado), la presencia de dolor (durante la actividad sexual y fuera de ella), la satisfacción sexual global y la orientación del deseo (autoidentidad, comportamiento y atracción). El análisis de dichas variables debería realizarse en cuanto a frecuencias y también intensidades. Para ello se recomienda utilizar escalas validadas en personas trans*.

Es apropiado establecer grupos control conformados por personas cis sin terapia hormonal y personas cis con terapia hormonal, así como incluir en el estudio también personas trans* que no se hayan sometido a ningún tipo de terapia afirmativa.

Se recomienda ajustar los resultados obtenidos por diferentes variables: las experiencias sexuales previas

y su efecto sobre la sexualidad; la presencia y el grado de disforia de género o disforia respecto a alguna parte del cuerpo; la presencia o ausencia y la combinación de las diferentes modificaciones corporales disponibles; la imagen corporal, las emociones asociadas a la misma y la satisfacción con las modificaciones corporales realizadas; la presencia de otros tratamientos medico-quirúrgicos no relacionados con el hecho trans* que puedan afectar a la sexualidad; y los niveles de testosterona en sangre.

El análisis de los niveles de testosterona en sangre debería realizarse periódicamente y en diferentes momentos tras la administración del fármaco para poder establecer niveles medios de testosterona, ya que las determinaciones aisladas no son una herramienta útil para su valoración debido a la ciclicidad de la misma.

Se recomienda que la evaluación de las variables se realice basalmente, antes de ninguna intervención y periódicamente durante un largo periodo de tiempo. También es adecuado que el análisis de los cambios se realice a nivel individual y posteriormente se presenten resultados grupales.

Por último, el análisis de las variables mencionadas debería poderse realizar mediante una regresión lineal múltiple para poder determinar posibles predictores de la sexualidad en la población analizada.

El futuro

La evidencia del efecto que la testosterona tiene sobre la sexualidad de las personas trans* es escasa. Pero está en nuestras manos generar nuevo conocimiento a través de la investigación, y el análisis de la que ya disponemos es el punto de partida más importante para garantizar una calidad científica a la altura.

La bibliografía

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5 (5.a ed.). American Psychiatric Publishing.

Auer, M. K., Fuss, J., Höhne, N., Stalla, G. K., & Sievers, C. (2014). Transgender transitioning and change of self-reported sexual orientation. *PLoS One*, 9(10), e110016. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0110016>

Bancroft, J., & Janssen, E. (2000). The dual control model of male Sexual Response: A theoretical approach to centrally mediated erectile dysfunction. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 24(5), 571-579. [https://doi.org/10.1016/s0149-7634\(00\)00024-5](https://doi.org/10.1016/s0149-7634(00)00024-5)

Basson, R. (2001). Human sex-response cycles. *Journal of*

- Sex & Marital Therapy, 27(1), 33–43. <https://doi.org/10.1080/00926230152035831>
- Basterra, V., Ruiz, R. R., Toni, M., Rebolé, A., De Mendiola, Y. P., & Forga, L. (2012). Estudio descriptivo de la transexualidad en Navarra. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 35(3), 455–460. <https://doi.org/10.4321/s1137-66272012000300011>
- Bockting, W., Benner, A., & Coleman, E. (2009). Gay and bisexual identity development among female-to-male transsexuals in North America: emergence of a transgender sexuality. *Archives of sexual behavior*, 38(5), 688–701. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9489-3>
- Coleman, E., Bockting, W. O., & Gooren, L. (1993). Homosexual and bisexual identity in sex-reassigned female-to-male transsexuals. *Archives of sexual behavior*, 22(1), 37–50. <https://doi.org/10.1007/BF01552911>
- Coleman E., Radix A. E., Bouman W. P., Brown G. R., et al. (2022) Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8, *International Journal of Transgender Health*, 23:sup1, S1-S259, DOI: 10.1080/26895269.2022.2100644
- Costantino, A., Cerpolini, S., Alvisi, S., Morselli, P. G., Venturoli, S., & Meriggiola, M. C. (2013). A prospective study on Sexual Function and Mood in Female-to-Male Transsexuals during testosterone Administration and after sex reassignment surgery. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 39(4), 321–335. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2012.736920>
- De Cuypere, G., T'Sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P., Hoebeke, P., Monstrey, S., Vansteenwegen, A., & Rubens, R. (2005). Sexual and physical health after sex reassignment surgery. *Archives of sexual behavior*, 34(6), 679–690. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-7926-5>
- Defreyne, J., Elaut, E., Kreukels, B. P., Fisher, A. D., Castellini, G., Staphorsius, A., Heijer, M. D., Heylens, G., & T'Sjoen, G. (2020). Sexual desire changes in transgender individual upon initiation of hormone treatment: Results from the Longitudinal European Network for the Investigation of Gender Incongruence. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(4), 812–825. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.12.020>
- Gil-Llario, M. D., Gil-Juliá, B., Giménez-García, C., Bergero-Miguel, T., & Ballester-Arnal, R. (2020b). Sexual behavior and sexual health of transgender women and men Before Treatment: Similarities and differences. *International journal of transgender health*, 22(3), 304–315. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1838386>
- Grimstad, F., Boskey, E. R., & Grey, M. (2020). New-Onset abdomino pelvic pain after initiation of testosterone therapy among Trans-Masculine persons: a Community-Based Exploratory Survey. *LGBT health*, 7(5), 248–253. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2019.0258>
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., & T'Sjoen, G. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric / Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 102(11), 3869–3903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>
- Holmberg, M., Arver, S., & Dhejne, C. (2018). Supporting sexuality and improving sexual function in transgender persons. *Nature Reviews Urology*, 16(2), 121–139. <https://doi.org/10.1038/s41585-018-0108-8>
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human Sexual Response*. Little, Brown and Company.
- Meier, S. C., Pardo, S. T., Labuski, C., & Babcock, J. (2013). Measures of clinical health among female-to-male transgender persons as a function of sexual orientation. *Archives of sexual behavior*, 42(3), 463–474. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-0052-2>
- Pirtea, P., Ayoubi, J. M., Desmedt, S., & T'Sjoen, G. (2021). Ovarian, breast, and metabolic changes induced by androgen treatment in transgender men. *Fertility and sterility*, 116(4), 936–942. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.07.1206>
- Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., Holland, C. E., Max, R., & Baral, S. D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet (London, England)*, 388(10042), 412–436. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00684-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X)
- Rowniak, S., Chesla, C. A., Rose, C. M., & Holzemer, W. L. (2011b). Transmen: The HIV Risk of Gay Identity. *AIDS Education and Prevention*, 23(6), 508–520.
- Sánchez-Roig, L. (2023). Las quimeras del enmedio. Passing y reivindicación de los cuerpos trans. [Artículo académico]. Fundación Sexpol. Universidad Nebrija.
- Schilt, K., & Windsor, E. J. (2014). The Sexual Habitus of Transgender men: Negotiating sexuality through gender. *Journal of Homosexuality*, 61(5), 732–748. <https://doi.org/10.1080/00918369.2014.870444>
- Toates, F. (2009). An integrative theoretical framework for understanding sexual motivation, arousal, and behavior. *Journal of Sex Research*, 46(2-3), 168–193. <https://doi.org/10.1080/00224490902747768>
- Van Dijk, D., Dekker, M. J. H. J., Conemans, E. B., Wiepjes, C. M., de Goeij, E. G. M., Overbeek, K. A., Fisher, A. D., den Heijer, M., & T'Sjoen, G. (2019). Explorative Prospective Evaluation of Short-Term Subjective Effects of Hormonal Treatment in Trans People-Results from the European Network for the Investigation of Gender Incongruence. *The journal of sexual medicine*, 16(8), 1297–1309. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.05.009>
- Wierckx, K., Elaut, E., Van Caenegem, E., Van De Peer, F., Dedecker, D., Van Houdenhove, E., & T'Sjoen, G. (2011). Sexual desire in female-to-male transsexual persons: exploration of the role of testosterone administration. *European journal of endocrinology*, 165(2), 331–337. <https://doi.org/10.1530/EJE-11-0250>
- Wierckx, K., Elaut, E., Van Hoorde, B., Heylens, G., De Cuypere, G., Monstrey, S., Weyers, S., Hoebeke, P., & T'Sjoen, G. (2014). Sexual desire in trans Persons: Associations with sex Reassignment treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 107–118. <https://doi.org/10.1111/jsm.12365>
- Wierckx, K., Van De Peer, F., Verhaeghe, E., Dedecker, D., Van Caenegem, E., Toye, K., Kaufman, J., & T'Sjoen, G. (2014c). Short- and Long-Term Clinical skin Effects of testosterone treatment in trans Men. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 222–229. <https://doi.org/10.1111/jsm.12366>
- Wikipedia. (2023). Autodeterminación del género. Wikipedia, la enciclopedia libre. https://es.wikipedia.org/wiki/Autodeterminaci%C3%B3n_del_g%C3%A9nero
- Zwickl, S., Burchill, L., Wong, A., Leemaqz, S. Y., Cook, T., Angus, L. M., Eshin, K., Elder, C., Grover, S. R., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2023). Pelvic pain in transgender people using testosterone therapy. *LGBT health*, 10(3), 179–190. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2022.0187>

Sandra Gómez Sánchez
Graduada en Fisioterapia
Máster en Sexología Sanitaria
con Perspectiva de Género
Fundación Sexpol



Dispareunia en el posparto ¿una epidemia?

La sexualidad tiene múltiples dimensiones, y forma parte de la vida. Su complejidad abarca aspectos físicos, psicológicos, culturales, emocionales y sociales, y es clave para el bienestar de las personas, a lo largo de toda la vida. No existen estándares normativos para el comportamiento sexual individual, en ninguna etapa.

Este sistema complejo vital es dinámico y cambia a lo largo del tiempo, de las vivencias, de las relaciones de pareja y del momento vital personal. La maternidad es, sin duda, uno de los momentos vitales que más impacto genera en la vida de las personas, especialmente de la mujer que ha sido madre, que ha vivido en todas sus dimensiones (física, psicológica y social) una serie de cambios irreversibles, incluyendo, obviamente, su sexualidad.

La sexualidad de la mujer durante el embarazo y el puerperio es importante, pero durante las visitas prenatales y posparto, los profesionales sanitarios tienen una tendencia a evitar el tema, o no se aborda más allá de la anticoncepción.

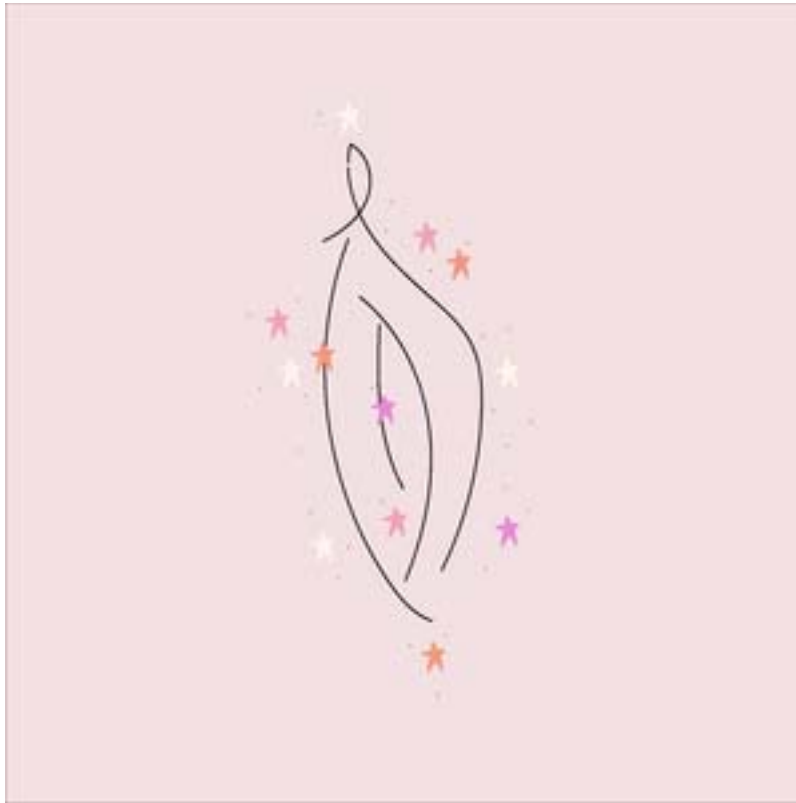
La dispareunia es una consulta habitual en las clínicas de fisioterapia especializada en suelo pélvico. Sin embargo, el dolor en la penetración (dispareunia) suele ser silenciado tanto por parte de las propias mujeres como por parte de los profesionales sanitarios,

que normalizan este dolor por habitual sin cuestionarse las causas que puedan producirlo.

La dispareunia se define como dolor persistente o recurrente con el intento o la penetración vaginal completa y/o las relaciones sexuales vaginales.

Aunque la dispareunia no es exclusiva del posparto, sí que se ha observado un gran incremento en su presentación en este periodo, lo que implica un gran número de mujeres que tienen dolor de una u otra forma en sus genitales cuando practican un coito.

El dolor somático se define como la percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable y que se siente en una parte del cuerpo; es el resultado de una excitación o estimulación de terminaciones nerviosas sensitivas especializadas, o a la estimulación de receptores no dolorosos o nociceptivos que sobrepasan su umbral de excitación fisiológica. También el dolor puede ser una respuesta de un sistema nervioso central o periférico que no transmite adecuadamente las sensaciones y que emite señales dolorosas aún en ausencia del estímulo de los receptores nociceptivos o de cualquier otro tipo. En este caso, sería un dolor neuropático. Otra forma de expresión del dolor es el de origen psicósomático, que se refiere a la manifestación de síntomas físicos



sin causa clínica conocida y que se relacionan con estado psicológicos alterados, como el estrés o trastornos mentales de otra índole. Las alteraciones psicológicas producen sustancias químicas en el cerebro (neurotransmisores) que generan modificaciones en la función corporal, del mismo modo que las alteraciones físicas producen mediadores químicos que pueden alterar el estado psicológico de las personas.

El dolor, en la dispareunia, por lo tanto, hace referencia al dolor que se siente en la vagina o cavidad pélvica cuando hay una penetración en su interior, independientemente del origen (somático, psicológico o neuropático).

¿Qué nos dice la evidencia científica sobre la dispareunia en el posparto? Es necesario analizar las causas de la dispareunia en el posparto descritas en la literatura científica disponible y describir los principales factores de riesgo de aparición de esta patología para prevenirla con mayor eficacia en el futuro, evitando mucho sufrimiento y dolor a las mujeres puérperas.

Definir el puerperio ya supone un reto, pues ni siquiera en el entorno de las ciencias de la salud existe consenso en las definiciones, en las fases y en el fin, si lo hay, de este período. Para la medicina, hay acuerdo en que el período posparto es el período posterior al

parto, cuando los cambios fisiológicos y anatómicos maternos regresan al estado anterior al embarazo. El período posparto, también conocido como puerperio, se inicia tras la expulsión de la placenta hasta la completa recuperación fisiológica de varios órganos y sistemas (Chauhan, G., y Tadi, P., 2022). Para estos autores, el período posparto se divide en tres fases: una primera fase o fase aguda, que comprende las primeras 24 horas después de la expulsión de la placenta, una segunda fase o fase temprana, que abarca hasta los siete primeros días, y una tercera fase o fase tardía, que comprendería el período posnatal hasta las seis semanas o los seis meses.

Socialmente, el puerperio es conocido como cuarentena, en referencia a estas 6 semanas que aluden los referentes clínicos y que, en muchas culturas a lo largo y ancho del mundo, han sido causa de encierro y aislamiento de las mujeres recién paridas, por muchas y variopintas razones que no siempre tenían que ver con sus cuidados, sino más bien, con el sangrado, la impureza o la mala suerte.

Desde el punto de vista clínico o social, el principal problema es que se transmite el mensaje de que la mujer, una vez superados esos días de la cuarentena, vuelve a su estado preconcepcional, como si el embarazo

y el parto no hubieran pasado por su cuerpo y hubiera dejado cambios, muchas veces permanentes, tanto en su estructura física como en su cerebro, que ya nunca vuelven a ser exactamente los de antes. El embarazo y el parto suponen un enorme impacto corporal y psicoemocional que generan muchísimos cambios y adaptaciones que se dan en el puerperio.

Trasladando este contexto a la sexualidad, es fácil imaginar que pueden aparecer muchos problemas si se pretende mantener el ritmo sexual y el modo de relacionarse sexualmente como antes del embarazo, y se considera anormal todo aquello que no cumpla estos requisitos. No es extraño, entendiéndolo así, que las tasas de dispareunia se disparen de forma tan espectacular en el puerperio.

La dispareunia está clasificada clínicamente en el entorno de los Trastornos Sexuales por Dolor, junto con el Vaginismo o la Vulvodinia, tanto en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) como en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). Algunos autores, por otro lado, no consideran los trastornos por dolor como disfunciones sexuales, sino que el dolor es una interferencia con la sexualidad.

La dispareunia puede manifestarse de muchas formas, primaria o secundaria, generalizada o de forma situacional, es decir, con todas las parejas o solo con algunas, en la parte más superficial o la más profunda de la vagina. En el puerperio, por la observación clínica, la dispareunia que más probablemente encontramos suele ser secundaria, de aparición tras el parto, en un contexto de dolor generalizado (no suele haber cambios de pareja en este momento), y, dependiendo del tipo de parto, más superficial o profunda (o ambas), pero los estudios de prevalencia no suelen diferenciar unas situaciones de otras, por lo que no podemos saber con exactitud qué y cómo es el dolor en el sexo de las mujeres en esta etapa.

La gran variabilidad de definiciones y clasificaciones del dolor relacionado con el sexo coital en la mujer genera muchas dificultades técnicas a la hora de hacer estudios de prevalencia de la dispareunia en cualquier lugar del mundo, ya que, dependiendo de las definiciones, criterios diagnósticos y las herramientas utilizadas para la investigación, pueden aparecer tasas muy distintas.

Aún con esas dificultades, hay consenso en que los trastornos por dolor sexual en las mujeres, independientemente de la edad, población y momento vital, son de gran prevalencia a nivel mundial (Berenguer, M. et al, 2022).

Según una revisión sistemática sobre la prevalencia de la dispareunia postparto (Banaei, M. et al, 2021), la prevalencia general estimada de dispareunia fue del 35%, variando a lo largo del primer año: a los 2 meses tras el parto fue del 42 %; entre los 2 y los 6 meses posparto del 43 % y entre los 6 y los 12 meses tras el parto, la prevalencia fue de 22 %. Por zonas geográficas, encontraron que la prevalencia general de dispareunia en Europa fue del 35%, en América del Norte fue del 33 %, en Oceanía fue del 36 % y en Asia del 34 %. Al observar los datos, la amplitud de los intervalos de confianza es tremendamente alta, lo que induce a pensar que los datos obtenidos pueden diferir en cuanto a criterios diagnósticos o que realmente el dolor sexual tras el parto es un problema de salud muy subestimado por la normalización de este, tanto socialmente como por los propios agentes de salud.

De hecho, otros estudios encuentran cifras mucho más preocupantes. Un estudio prospectivo de cohortes (McDonald, E. A., et al, 2016) realizado en Australia con una muestra de 1507 mujeres nulíparas da cifras de dispareunia del 85,7% en la primera relación sexual tras el parto. Esta proporción fue bajando progresivamente hasta el 44,7% a los 3 meses posparto y hasta el 22,6% a los 18 meses después del nacimiento. Además, hasta un 10% de las mujeres que tuvieron dispareunia describió su dolor sexual como “angustioso”, “horrible” o “insoportable”, y las mujeres que habían tenido una cesárea tuvieron dispareunia más intensa a los 6 meses posparto. De este estudio, quizá lo más impactante es que, aunque un número considerable de mujeres que tenían dispareunia después del parto ya padecían dolor en el sexo antes del embarazo, la mayoría de estas mujeres que informaron no habían dicho nada previamente de su dolor durante las relaciones sexuales.

Una revisión sistemática y metaanálisis de tipo observacional, que evaluó todos los artículos publicados desde 2000 hasta febrero de 2020 sobre prevalencia de la dispareunia postparto, va un paso más allá y cruza los datos para poder diferenciar tasas de dispareunia

en función del tipo de parto (Ghasemia V. et al, 2022). En este estudio, los datos muestran que hay dolor tanto en mujeres con parto vaginal como por cesárea, aunque parece que el dolor se mantiene más tiempo en los partos vaginales, siendo mucho más alta en los partos instrumentales. Curiosamente, hay datos de dolor tanto en mujeres con daño perineal, desgarro o episiotomía, como en mujeres sin daño perineal aparente.

Desde el punto de vista biomédico, las cifras y los factores de riesgo son controvertidos o, al menos, no hay asociaciones claras y contundentes estadísticamente. ¿Qué está pasando entonces?

La experiencia sexual en el puerperio se ha investigado mucho en cuanto a sus dimensiones físicas, y tienden a centrarse en aspectos clínicos o médicos relacionados con el embarazo, el daño vaginal/perineal o la lactancia. La mayoría de las investigaciones se buscan específicamente los patrones de frecuencia de la conducta sexual en las mujeres posparto desde una mirada totalmente coitocentrista y cuantitativa, habiendo una gran ausencia en la investigación sobre la calidad de la sexualidad o incluso la fisiología sexual en el puerperio, que puede ser totalmente diferente a la vida sexual en otras etapas de la vida de la mujer. También hay muy pocos estudios que hayan investigado la sexualidad en un sentido más amplio, incluyendo la sexualidad en solitario, las distintas orientaciones sexuales o cómo los factores psicosociales y emocionales pueden tener un impacto determinado con la sexualidad postparto.

Tampoco hay estudios que relacionen la dispareunia postparto con los aspectos psicosociales que rodean al puerperio, aunque sí hay cada vez más investigaciones que unifiquen los parámetros clínicos físicos con los aspectos psicosociales del puerperio y tratar de ver el impacto que todo esto tiene sobre la sexualidad de las mujeres y sus parejas.

La fatiga asociada a la crianza, la relación de pareja, la co-responsabilidad, el estrés, las redes de apoyo disponibles o la imagen corporal, también son factores importantes en la vivencia de la sexualidad en el posparto, y también pueden tener una relación directa con la aparición de la dispareunia. Y también van a condicionar el tiempo de reinicio de contacto sexual tras el parto, el deseo de tener contacto sexual por parte

de la mujer, y con qué tipo de prácticas sexuales se van a sentir más cómodas y seguras.

Como profesionales de la salud sexual y reproductiva, conocer estos datos es una necesidad para contextualizar el problema y abordar las posibles soluciones. La dispareunia es un problema de salud de enormes dimensiones, tanto en números como por el hecho de que no se actúa sobre ello de forma integral desde ningún ámbito de la sanidad, y dado su carácter multifactorial, precisa del conocimiento y la actuación de todos los profesionales relacionados, desde la atención al embarazo y el parto, al entorno social que rodea a las mujeres en el posparto. Es una patología que implica a matronas, profesionales de la medicina familiar y ginecológica, psicología, fisioterapeutas, sexología y otras profesiones que acompañen a la mujer desde lo social en el puerperio y la crianza.

Es importante, por el bienestar de las mujeres, que los profesionales comprendan y atiendan el dolor en el sexo, que siempre precisa de un abordaje físico, psicológico y social; siempre y en todos los casos, independientemente de cuál sea la etiología primaria que ha causado el cuadro, porque todos los procesos psicológicos o de relación generan síntomas físicos y, del mismo modo, todos los problemas orgánicos estructurales implican afectación psicológica y relacional por el mero hecho de que el cuerpo humano es indivisible y las funciones corporales son, incluida la sexualidad, una interacción constante de estas dimensiones.

A futuro, sería deseable que se pudiera integrar tanto en las consultas de seguimiento del embarazo como en los grupos de preparación al parto, una educación sexual explícita y concreta para que la vida sexual de las mujeres y sus parejas no se vea mermada por la aparición de la dispareunia. Del mismo modo, en los programas de Educación Sexual para todo tipo de personas debería incluir a la maternidad y sus características dentro de los conceptos a debatir, ya que el embarazo, el parto, el puerperio y la lactancia son parte de la sexualidad femenina y hay que mencionarlos para que puedan ser tenidos en cuenta.

Clara Martínez
Graduada en Psicología
Máster en Terapia Sexual y de Pareja
con Perspectiva de Género
Fundación Sexpol



Sexualidad en el trastorno límite de la personalidad

Introducción, justificación y objetivos

El trastorno límite de la personalidad es un diagnóstico común entre los pacientes que consultan en terapia sexual y de pareja. Sin embargo, existe poca información acerca de la sexualidad de estas personas, en su mayoría mujeres, y de los problemas específicos que pueden presentar.

La relevancia del trabajo se basa en lo novedoso del tema, ya que apenas hay investigaciones al respecto y mucho menos guías clínicas de tratamiento sexológico. Por tanto, es necesario realizar un análisis teórico de las necesidades que tienen las personas con trastorno límite en el plano sexual, para poder ser útiles como profesionales cuando acuden a nuestras consultas.

Por tanto, el objetivo principal del trabajo es hacer una revisión de la sexualidad en personas con trastorno límite de la personalidad y su tratamiento, siendo objetivos secundarios revisar y dar una conceptualización crítica y situada del trastorno límite de la personalidad, estudiar la sexualidad y el apego en personas con trastorno límite de la personalidad, revisar las propuestas de terapia sexual existentes para trastorno límite de la personalidad y proporcionar pautas generales basadas en lo estudiado en el trabajo.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

CAPÍTULO 1: TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

1.1 Cuestionamiento crítico

Lo considerado sano o normal frente a lo patológico o enfermo varía enormemente a lo largo de los años y las culturas. Janet Wirth-Cauchon describió el TLP como “la medicalización de los sentimientos y conductas autoagresivas de las mujeres en respuesta a las contradicciones de género y violencia de la sociedad moderna actual” (Ruiz, M., y Vairo, M. C., 2008). Incluso el grupo de trabajo sobre la mujer de la APA sostiene que muchas de las situaciones clasificadas como trastornos de la personalidad representan respuestas a problemas situacionales antes que rasgos de personalidad (Ruiz, M., y Vairo, M. C., 2008). Es decir, las definiciones en salud mental siempre están profundamente enraizadas en el contexto social predominante, y esto puede intensificarse en los trastornos de personalidad como el TLP. Referenciando a María José Fernández-Guerrero el propio diagnóstico es “inestable, confuso y con una identidad en entredicho” (Fernández-Guerrero, M.J., 2016).



1.2. Diagnóstico

El trastorno límite de personalidad (TLP) es uno de los trastornos de personalidad más complejos. Según el DSM5, un trastorno de personalidad es un “patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento desviado” que afecta a varios ámbitos de forma “perdurable e inflexible”, transituacional y causando “malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas” (American Psychiatric Association, 2013).

Más concretamente, las personas con TLP manifiestan unos patrones de conducta específicos que implican “inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos” e “impulsividad interna” y que pueden observarse en diferentes situaciones.

1.3. Epidemiología

La prevalencia del TLP no es clara. Se cree que, en los Estados Unidos, ronda entre el 1% y el 5,9% de la población.

Respecto a la prevalencia por género, la mayoría de los estudios dan una prevalencia superior del TLP

en mujeres, lo que podría estar influido por varios factores. Helen Kaplan ya propuso que el DSM III estaba sesgado de forma sexista, empleando características propias de las mujeres como signo de patología (Vairo, M.C., Ruiz, M., 2008). Algunos de sus síntomas como inestabilidad emocional o sentimientos de vacío han sido tradicionalmente considerados femeninos en la sociedad patriarcal. Como resumen, estas autoras basándose en publicaciones del psicólogo Thomas Widiger, concluyen que:

“Existirían una construcción diagnóstica sesgada, un muestreo poblacional sesgado, una aplicación de criterios diagnósticos sesgada y elementos de evaluación sesgados” (Vairo, M.C., Ruiz, M., 2008).

1.4. Comorbilidades y suicidio

Es frecuente que las personas con TLP presenten comorbilidades con otros trastornos, con trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria y otros trastornos de la personalidad. El porcentaje de suicidio asociado a personas con trastorno límite varía entre el 8% y el 10% de la población (Leichsenring et al., 2011).

1.5. Etiología y tratamiento

Parece existir un consenso en que factores biológicos, psicológicos y sociales afectan al desarrollo de un trastorno límite de la personalidad. Por un lado, algunos pacientes con TLP describen haber sufrido episodios de abuso en la infancia y en la adultez, tanto sexuales como físicos (Zarini et al., 1997). En un estudio, el 92% de las personas con este trastorno habían tenido un cuidado negligente en la infancia (Zarini et al., 1997), y en otro el 86% referían haber sufrido un abuso sexual (Bryr, J.B. et al 1987). Según algunos autores y autoras, existe una relación específica entre sufrir traumas sexuales (especialmente abuso sexual en la infancia) y el TLP. Ruiz y Vairo concluyen que “la prevalencia de abuso sexual en la infancia en mujeres que cumplen criterios para TLP es de tal magnitud que no puede ser ignorado como factor etiológico importante” (Ruiz, M., y Vairo, M. C., 2008).

Dentro del enfoque psicológico existen múltiples modelos que diferentes psicólogas y profesionales han empleado para explicar el TLP. El más relevante es la Teoría Biosocial de Marsha Linehan, una psicóloga estadounidense conocida por el desarrollo de la Terapia Dialéctica Conductual o TDC, una de las más eficaces para prevención del suicidio en personas con TLP.

CAPÍTULO 2: APEGO

2.1. Definición y tipos

“El apego es un vínculo emocional recíproco y duradero entre el infante y su cuidador” (Papalia, D. E., 2009).

Ainsworth propuso 3 tipos de apego. El más común, el apego seguro, es aquel en el que los bebés obtienen consuelo de la madre y enfrentan eficazmente las situaciones estresantes. En el apego evitativo los bebés se muestran indiferentes ante la conducta del adulto, y en el apego ambivalente el bebé muestra elevada ansiedad y deseos de reunirse y alejarse de la persona adulta simultáneamente. Estos dos últimos serían tipos de apego inseguro (Papalia, D. E., 2009). Más tarde, Main y Solomon (1986) propusieron un cuarto tipo de apego, el desorganizado.

2.2 TLP y apego

Existen publicaciones que afirman que el apego inseguro en la infancia tiene un peso relevante en el desarrollo futuro de un trastorno límite de la personalidad. Las personas con TLP no desarrollaron un apego seguro con una persona que les ayudara a resolver situaciones estresantes y es probable que esto afecte a su sintomatología adulta (Bateman et al., 2013).

Conocer el tipo de apego es un dato que debe ser tenido en cuenta al tratar el TLP desde la sexología, ya que los vínculos que las personas con TLP establezcan con sus parejas sexoafectivas puede ser trabajado en terapia.

CAPÍTULO 3: SEXOLOGÍA Y TLP

3.1. Definición de sexología

“La sexualidad es una dimensión, una parte de la persona que acompaña al ser humano, desde su nacimiento hasta su muerte, y que se vive y manifiesta en cada momento de su vida de un modo diferente, producto de nuestra experiencia y de lo que hemos aprendido en nuestras relaciones con nosotras mismas y con los demás. Todas tenemos nuestra sexualidad, aunque cada persona, a lo largo de las etapas de la vida, tiene su propia forma de vivirla. Nuestra sexualidad es única, diferente a las del resto de personas, aunque en cuanto a su estructura o incluso contenidos sea muy similar.” (Sanz, R., 2019-2020)

3.2. Sexualidad en TLP

A continuación, se va a exponer la información extraída sobre sexualidad y TLP a través de 6 artículos encontrados en motores de búsqueda y otras fuentes.

El primer artículo analizado es “Sexualidad y apego en el trastorno límite de la personalidad” (Pérez, C., 2018). Concluyen que las personas con TLP tienen más actitudes negativas hacia la sexualidad, más insatisfacción sexual y mayor evitación al sexo. Además, tienen más probabilidades de ser coaccionadas para mantener relaciones sexuales y de ser víctimas de violación. También menciona más riesgo de embarazo no deseado, de sufrir enfermedades de transmisión sexual y una edad de inicio de las relaciones sexuales más

precoz. Respecto a las relaciones de pareja encontraron un tipo de apego más inseguro e incapacidad de mantener compromisos y relaciones amorosas, usando la sexualidad como regulador emocional.

Concluye que la terapia sexual en personas con TLP tiene beneficios en la autoestima y la satisfacción sexual, en aumentar el atractivo sexual auto percibido y en la consistencia orgásmica. La educación sexual es un factor que disminuye las dificultades en dicho ámbito (Pérez, C., 2018).

El segundo texto analizado, “La sexualidad en el trastorno límite de la personalidad” (Gurovich, C., 2012), refiere que tienen más dificultades para disfrutar de la excitación sexual y son más propicios a desarrollar adicción al sexo. El trabajo sexológico debe ser multidisciplinar, en coordinación con profesionales de la psicología y la psiquiatría. Es conveniente fomentar la autonomía de estas personas y poner límites claros y consistentes que no alimenten su tendencia a la dependencia emocional.

El tercer artículo, traducido como “Sexualidad y salud sexual de las mujeres jóvenes con patología de trastorno límite de la personalidad” (Thomopson, K. N., et al, 2017) concluye que los adultos tienen más dificultades en establecer relaciones sexuales, más conductas sexuales impulsivas, empiezan a tener relaciones a edades más tempranas y tienen más parejas sexuales. Además, sufren más violencia sexual y experiencias de victimización. Los resultados del análisis estadístico muestran que las mujeres jóvenes diagnosticadas de esta patología también inician las relaciones sexuales más temprano, tienen más parejas sexuales, más sexo casual, sobre todo son más coaccionadas y forzadas a practicar sexo. Puntúan también menos en satisfacción emocional respecto a sus relaciones. No se objetivan más embarazos indeseados ni ETS¹.

Respecto al tratamiento sexológico, se deben tener en cuenta los traumas sexuales pasados por las posibles consecuencias que estos pueden tener en el establecimiento de relaciones sexoafectivas y en la sintomatología de la persona en general. Además, debido a la proporción de mujeres LGTB+ el tratamiento tiene que ser enfocado a la diversidad sexual.

El cuarto artículo se traduce como “Aspectos relacionados con la sexualidad en el trastorno límite de la personalidad: una revisión exhaustiva” (Frias, A. et al, 2016). En sus resultados una vez más relacionan el trastorno con los abusos sexuales infantiles y las violaciones. También relacionan el TLP con problemas de identidad sexual, con más tasas de apego inseguro en las relaciones de pareja, así como más impulsividad sexual y disminución del deseo. Respecto al tratamiento, no hay evidencia de tratamientos sexológicos concretamente, sino que mencionan terapias psicoterapéuticas generales como la terapia dialéctico conductual.

El quinto artículo analizado se traduce como “Un estudio empírico sobre la sexualidad de las mujeres con trastorno límite de la personalidad” (Hurlbert, D. F. et al, 1992). Los resultados muestran que el 50% de las mujeres diagnosticadas con TLP habían sufrido abusos sexuales o físicos en la infancia. También fue encontrada una mayor asertividad sexual, más autoestima sexual y más actitudes erotofílicas en las personas con TLP. Por el otro lado, también obtuvieron mayores puntuaciones en preocupaciones de índole sexual e insatisfacción sexual.

En el último estudio analizado, titulado “La relevancia de la sexualidad en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad” (Neeleman, A. J., 2007) concluyeron que las personas con TLP presentan menos satisfacción sexual, más aburrimiento de sus relaciones, más preocupaciones sobre el sexo y más evitación de este. Una vez más encontraron relación entre el diagnóstico de TLP y la homosexualidad y la identidad de género. Respecto al tratamiento concluyeron la importancia de ayudar a estas personas a integrar la sexualidad en sus relaciones de pareja y de la formación de los profesionales en sexología.

CONCLUSIONES

A continuación, se van a comentar varios puntos sobre los estudios analizados.

Primero, la mayoría de los artículos se centran en las dificultades y partes “disfuncionales” de la sexualidad en el TLP, desde una perspectiva cis-heterocentrista y monógama. Por un lado, varias autoras concluyen que existe correlación entre la homosexualidad o la bisexualidad y el TLP. Bajo la perspectiva de este trabajo y su autora, el hecho de estudiar la orientación sexual

¹ Enfermedades de Transmisión Sexual



de las personas de una muestra puede dar lugar a la estigmatización de las personas LGTB+. Lo mismo ocurre al correlacionar disforia de género y TLP, alimentando la falsa creencia de algunas personas sobre que las dudas en la identidad de género son algo cambiante o pasajero. El problema no radica en estudiar estas correlaciones, si no ser conscientes desde qué perspectiva se estudian y con qué utilidad y objetivo, además de las posibles consecuencias negativas. De manera similar, hacer afirmaciones genéricas sobre el número o tipo de parejas sexuales de un grupo de personas favorece el estigma.

De hecho, tan solo uno de los estudios analiza puntos fuertes que pueden tener las personas con TLP en su sexualidad. Aunque es importante estudiar los problemas sexuales para poder hacer una terapéutica más acertada e individualizada, es igualmente fundamental investigar los puntos positivos y los recursos de cualquier tipo de paciente.

Otro punto muy relevante en el que concuerdan todos los estudios que se han ido mencionando es la cantidad de violencia que sufren estas personas, especialmente las mujeres. Se han registrado datos de más violencia sexual, maltrato físico, negligencia y abandono (Pérez, C., 2018; Thomopson, K. N., et al, 2017; Hurlbert, D. F. et al, 1992; Frias, A. et al, 2016).

Por ello no debemos perder de vista que muchos síntomas sexuales y no sexuales del TLP se enmarcan en un contexto de vulnerabilidad extrema de la persona, muchas veces víctima de múltiples violencias y de la culpa y la vergüenza que suponen. Esto ayudará a trabajar desde una óptica terapéutica compasiva y empática, y a manejar la contratransferencia que pudiera surgir.

Sobre este último punto, dos de los estudios mencionan la complejidad del vínculo terapéutico. Refieren que la alianza paciente-terapeuta puede ser fluctuante, dicotómica y que puede darse transferencia sexual. Esto a su vez está relacionado con el estilo de apego de las personas con TLP.

PERSPECTIVAS DE TRATAMIENTO

Primero, al realizar la evaluación de la dificultad sexual o de pareja que se hace de manera habitual en sexología al inicio de la terapia, sería aconsejable explorar siempre los posibles traumas que la persona pueda haber sufrido y afecten a su sexualidad. Esto puede ayudar a entender síntomas como la falta de deseo sexual, la anorgasmia o la evitación del sexo. Así mismo, es necesario un trabajo interdisciplinar y complementario con otras profesionales.

Otro punto a tener en cuenta es la diversidad sexual de estas pacientes, al ser algo destacado en varios estudios. Algunas de ellas sufren problemas con su orientación sexual e identidad sexual que podrán ser abordados en terapia si la paciente lo desea.

También sería recomendable evaluar el tipo de apego de la persona. Una buena información sobre sus modos de establecer apegos y sobre cómo fue su apego en la infancia nos puede ayudar a enfocar la terapia.

Además, la evaluación del apego nos ayudará a poder entender mejor la forma en que las pacientes establecen la relación terapéutica. Es recomendable un adecuado marcaje de límites y un buen encuadre terapéutico antes de comenzar las sesiones con las pacientes. Algunas de las normas que se pueden incluir en el encuadre son las relativas a la obligatoriedad de las sesiones, la expulsión si se falta a las mismas y el compromiso con la terapia.

Así mismo, existen técnicas que sin ser específicas para la terapia sexual y de pareja en el TLP pueden ser empleadas para ayudar a vincular con pacientes con apegos inseguros, como por ejemplo la reparentalización (Llanos, R., 2014). En la misma línea, otro punto importante consiste en tener en cuenta las fortalezas de las pacientes.

Por tanto, estos factores comentados, añadidos al esquema básico de la terapia sexual y de pareja, podrían mejorar la atención a las pacientes con TLP. También sería recomendable procurar una supervisión de los casos con otra terapeuta, si estos resultan complejos y tener en cuenta que la duración del proceso terapéutico puede ser mayor que con otro tipo de pacientes.

Respecto a terapias sexuales o de pareja concretas para TLP, se ha encontrado poca bibliografía al respecto. Sí que algunos autores han adaptado la DBT al ámbito sexual. A continuación, se van a poner 4 ejemplos de elaboración propia de cómo se pueden emplear estos grupos de habilidades.

1. **Habilidades de conciencia plena: En el ámbito sexual ya se emplean en ejercicios como el placereado². Una variante para el TLP podría ser realizar un placereado en el que la persona preste especial atención a las emociones**

2 El placereado es un ejercicio empleado por la Fundación Sexpol en varias dificultades sexuales, que introduce focalización sensorial.

que está sintiendo, no sólo a las sensaciones corporales y anotándolas para poder traerlas a terapia.

2. **Habilidades de solución de problemas interpersonales: Una habilidad útil en personas con TLP es la asertividad. Trabajando en terapia con ejercicios de entrenamiento de la asertividad la persona aprenderá a manejar mejor los problemas que puedan surgir en sus relaciones sexuales y de pareja. Se podrá trabajar el aprender a decir que no cuando no se quiere mantener relaciones sexuales, el transmitir las emociones sin agresividad ni pasividad, el hacer peticiones durante el sexo para disfrutar más del mismo, etc.**
3. **Habilidades de tolerancia al malestar: A veces en las relaciones interpersonales y sexuales se dan situaciones que generan malestar que provienen de las propias inseguridades de la persona. Un ejemplo de técnica sería el redirigir la atención a algo valioso para la persona que le genere una emoción positiva, como por ejemplo ayudar a otra persona.**
4. **Habilidades de regulación emocional: Algunas técnicas empleadas serían alejarse momentáneamente de la situación hasta que baje el pico emocional, pedir a la otra persona o personas que lo hagan, emplear técnicas de respiración diafragmática que favorezcan la relajación, etc. En conclusión, teniendo en cuenta el respaldo experimental de estas técnicas y otras de la DBT u otras terapias específicas para el TLP, podría ser beneficioso su adaptación a la terapia sexual y/o de pareja a falta de herramientas más específicas.**

REFERENCIAS

- Ainsworth, M. D., & Wittig, B. (1969). Attachment and exploratory behavior of one-year olds in a strange situation. In B. M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behavior*, 4, 113- 136. London: Methuen.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). Arlington, VA
- Bateman, A. W., y Krawitz, R. (2013). *Borderline personality disorder: an evidence-based guide for generalist mental health professionals*. Oxford University Press.
- Belloch Fuster, A. (2020). *Manual de psicopatología*.

- Bryr J.B., Nelson B.A., Miller J.B., Krol P.A. Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 1426-1430
- Chamberlin, J. (2023). Por nuestra cuenta. Katakarak
- Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11), Organización Mundial de la Salud (OMS) 2019/2021, <https://icd.who.int/browse11>.
- Crittenden, P. M., y Newman, L. (2010). Comparing models of borderline personality disorder: Mothers' experience, self-protective strategies, and dispositional representations. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15 (3), 433. Fernández-Guerrero, M. J. (2017). Los confusos límites del trastorno límite. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 37(132), 399-413.
- Fossa Arcila, P. (2010). Organización Limítrofe de Personalidad. *Revista de Psicología GEPU*, 1, 32. Retrieved from <https://ezproxy.unav.es/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true &AuthType=ip,url&db=edsdnp&AN=edsdnp.3987453ART&lang=es&site=edslive &scope=site>
- Frías, Á., Palma, C., Farriols, N., & González, L. (2016). Sexuality-related issues in borderline personality disorder: A comprehensive review. *Personality and mental health*, 10(3), 216-231.
- Geoff, G., Robert C., B., y Martha, S. (2013). Mothers' borderline features and children's disorganized attachment representations as predictors of children's externalizing behavior. *Psychoanalytic Psychology*, 30 (1), 16. <https://doi.org/10.1037/a0031068>
- George, C., Kaplan, N., y Main, M. (1985–1996). *Adult Attachment Interview* (3rd edition). Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of California, Berkeley.
- Gurovich, C. (2012) *La Sexualidad en el Trastorno Límite de Personalidad*.
- Hurlbert, D. F., Apt, C., & White, L. C. (1992). An empirical examination into the sexuality of women with borderline personality disorder. *Journal of sex & marital therapy*, 18(3), 231-242.
- Kibbutzpsicología, s.f. Conocimiento situado. Glosario. <https://kibbutzpsicologia.com/glossary/conocimiento-situado/#:~:text=El%20conocimiento%20situado%20es%20un,subjetividad%20de%20quien%20lo%20emite>.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., y Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74–84. doi: 10.1016/S0140- 6736(10)61422-5
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York : Guilford Press .
- Llanos, R. Reparentalización. 2014. *Revista Psiquiátrica Peruana*, 5.
- Main, M., y Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern.
- Martínez, C., y Santelices, M. P. (2005). Evaluación del apego en el adulto: Una revisión adult attachment assessment: A Review. Retrieved from <https://ezproxy.unav.es/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true &AuthType=ip,url&db=edsbas&AN=edsbas.1E8903AE&lang=es&site=edslive&scope=site>
- Neeleman, A. J. (2007). The relevance of sexuality in the treatment of borderline personality disorder. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49(4), 233-240.
- Nieto, T. E. (2006). *Trastorno límite de la personalidad: Estudio y tratamiento*. Copyright© Instituto InNiS, 19.
- Papalia, D. E. (2009). *Desarrollo humano*. Bogotá [etc.]: McGraw-Hill, 2005
- Pérez, C. L. (2018). *Sexualidad y apego en el trastorno límite de la personalidad*. Clínica Pérez Vieco. <https://www.clinicaperezvieco.com/sexualidad-y-trastorno-limite-de-la-personalidad/#:~:text=Las%20personas%20con%20diagn%C3%B3stico%20de,para%20la%20aparici%C3%B3n%20del%20TLP>.
- Roda, C. (2023). *Marsha Linehan: de paciente a psicóloga para vencer el TLP. La mente es maravillosa*. <https://lamenteesmaravillosa.com/marsha-linehan-de-paciente-a-psicologa-para-vencer-el-tlp/>
- Ruiz, M., y Vairo, M. C. (2008). *Trastorno Límite de la Personalidad*. Reino de mujeres, tierra sin hombres. ERTE, 303.
- Sanz, R. (2019-2020). *Introducción. Máster en terapia sexual y de pareja*. Fundación Sexpol.
- Organización Mundial de la Salud (s.f.). https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1
- Thompson, K. N., Betts, J., Jovev, M., Nyathi, Y., McDougall, E., & Chanen, A. M. (2019). Sexuality and sexual health among female youth with borderline personality disorder pathology. *Early intervention in psychiatry*, 13(3), 502-508.
- Tyrer, P. (2009). Why borderline personality disorder is neither borderline nor a personality disorder. *Personality and Mental Health*, 3(2), 86-95.
- Vega, A. (2023) *La complejidad de la sexualidad en el TLP*. Alberto Vega Blog. <https://albertovegapsicologo.com/blog/tlp-y-sexualidad/>
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, R. C., Marino, M. F., et al. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1101–1106.



Vanesa Gomáriz
Graduada en Trabajo Social
Máster en Terapia Sexual y de Pareja
con Perspectiva de Género
Fundación Sexpol

¿Se pierde el deseo sexual en la pareja? ¿Por qué?

La importancia de la terapia sexual y de pareja

Existen varias definiciones sobre lo que es el deseo sexual. Desde la Fundación Sexpol, se entiende el deseo sexual como un *“Impulso (o apetito sexual) provocado por la interacción de procesos o estímulos de carácter biológico, psicológico y social que nos llevan, nos motivan a buscar el objeto que lo satisfaga. Entendiendo como objeto a todo elemento deseable, incluyendo sujetos objetos físicos, sensaciones, situaciones concretas...”* (Fundación Sexpol, 2023).

El deseo, tiene tres rasgos muy característicos:

- **Es secundario:** Su ausencia no pone en peligro al ser humano, sino que se trata de una situación de abundancia energética. No se activan los mecanismos de supervivencia del ser humano, sin embargo, a través de esa parte social-aprendida, se pueden activar determinadas alarmas.
- **Placer:** Las estrategias que se utilizan para satisfacer el deseo son **siempre placenteras**, convirtiendo en positivas las experiencias que fuera de esa situación podrían ser incómodas o negativas.
- **Su plasticidad:** El deseo puede incrementarse a través de diferentes estímulos.

A través de estos rasgos, podemos concluir que, el deseo sexual se puede trabajar, debido a su plasticidad, es decir, existen herramientas que podemos utilizar para activarlo y que no pone en peligro al ser humano, por lo que no existe justificación para determinadas violencias que hoy en día se siguen perpetuando. El deseo es natural, pero no es irrefrenable, es una motivación que debe vivirse sin culpas, mientras que el comportamiento, es la acción y debe vivirse con decisión, responsabilidad y consciencia (Encinas, 2022).

¿QUÉ FACTORES INFLUYEN EN EL DESEO SEXUAL?

Factores biológicos/psicológicos

El deseo puede estar afectado por el mal funcionamiento de las áreas que le afectan, ya sea hormonal o lesiones en la anatomía cerebral del deseo. Es decir, cualquier trastorno, enfermedad, medicación... que altere estas bases de la anatomía cerebral, se verá reflejado en la alteración del deseo sexual.

Enfermedades reumáticas, hipotiroidismo, enfermedad de Addison, síndrome de insuficiencia androgénica, hormonas, tratamientos farmacológicos... pueden ser algunas de las causas biológicas que pueden afectar a la persona en su respuesta sexual (Sexpol, 2023).

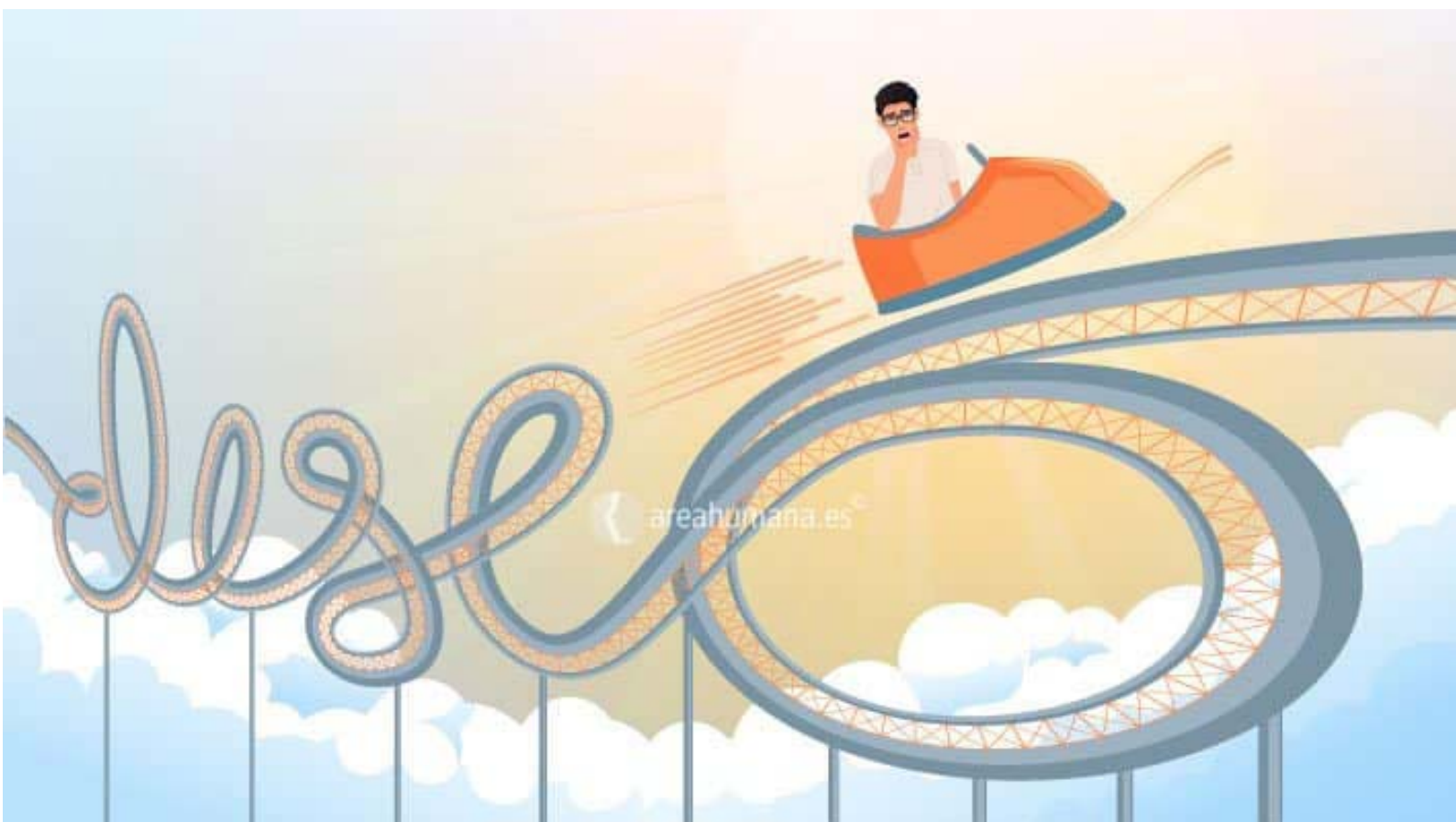
Por otro lado, los estados emocionales como la depresión o la ansiedad influyen en el deseo sexual,

Factores sociales

Nuestra sexualidad y en este caso, nuestro deseo, está basado en la cultura en la que vivimos, siguiendo una ética y una moral determinada, es decir, nos enseñan cómo tenemos que vivir nuestra sexualidad y qué cuerpos y prácticas pueden ser erotizadas y deseadas (Abril, 2021).

Una sociedad basada en roles patriarcales, racistas, homófobos, gordofóbicos, capacitistas, edadistas... invisibiliza la diversidad de deseos, cuerpos, identidades, produciendo que solo las personas que cumplen con estos patrones se consideran objetos deseantes, mientras que la disidencia, se convierte en sujeto pasivo o no deseado.

Estos modelos siguen perpetuando estructuras binarias y manteniendo cánones de belleza irreales,



provocando sensaciones desagradables de malestar e insatisfacción sexual (Zubeidat, Ortega y Sierra, 2004). La ausencia de actitudes sexuales positivas, referidas a esta insatisfacción, limita el deseo.

excluyendo la diversidad de cuerpos, comportamientos, relaciones, y prácticas e influyendo directamente en nuestra forma de vivir la sexualidad.

El cuerpo crea identidad y aparece muy vinculado a la autoestima y autoconcepto de las personas, ya que está sujeto a la presión social.

Vivimos en un mundo donde el cuerpo por defecto se convierte en plantilla del cuerpo normal, equiparando la diferencia con el peligro o con lo indeseable. Ignorar la diferencia no cambia la sociedad, se sigue creyendo que la diferencia es el problema. Se educa en la minimización de esta diferencia, que provoca sentimientos de vergüenza corporal, generando culpa por “deber ser”. Estas misivas culturales y sociales sobre quiénes se supone que somos y cómo nuestros cuerpos deben funcionar están entrelazadas de nuestra vida diaria y afectan a la concepción de nosotros mismos. Este terrorismo corporal, sigue perpetuando la vergüenza corporal y apoya la opresión basada en los cuerpos (Renee, 2018).

Es importante trabajar de manera individual nuestro autoconcepto, nuestra identidad y nuestra sexualidad, pero no podemos olvidar que la sociedad nos sitúa en determinados privilegios u opresiones y que el verdadero trabajo es deconstruirlos para transformar el mundo y que las personas vivan su sexualidad libre de complejos y culpas, desmantelando la violencia emocional, psicológica y física, tanto estructural como sistémica, que se ejerce contra los cuerpos “diferentes”.

Educación sexual recibida

Los distintos modelos de educación sexual que hemos recibido durante la historia tienen una carga emocional que influye a la hora de vivir nuestra sexualidad.

Desde el modelo moralizante, conservador “como debe ser”, se da una visión de la sexualidad desde la irresponsabilidad, desde lo negativo, las culpas... dejando atrás el disfrute y el placer (Garzón Fernández, 2016, p. 196). Por otro lado, el modelo biologicista, reduce la sexualidad a la genitalidad y la reproducción, sin tener en cuenta otras realidades. Modelos prevencionistas, que connotan la sexualidad en un escenario de riesgo, basándose en la prevención de los efectos no deseados de la práctica sexual y la amenaza de transmisión de infecciones y enfermedades, dejando a un lado los cuidados personales y el manejo de la afectividad y relaciones personales (Garzón Fernández,

2016; Verdugo-Coronel y Campoverde-Asitimbay, 2020).

La sexualidad como un tema tabú en las familias, en las escuelas y en todos los espacios sociales, la sexualidad como algo negativo, como algo sucio. Las violencias sobre nuestros cuerpos, especialmente el de las mujeres e identidades no binarias... hacen que no la vivamos de una forma libre y placentera, sino con miedos, culpas, vergüenzas... que afectan directamente al deseo y a la hora de relacionarnos.

Mitos y creencias sobre la sexualidad

Es cierto que la sociedad va cambiando y que poco a poco este concepto de sexualidad evoluciona, sin embargo, existen muchos mitos que aún siguen imponiendo formas de relacionarnos tanto con nosotros mismos como con las personas con las que vinculamos.

Mitos como el de la virginidad, los preliminares, la finalidad del orgasmo, el coitocentrismo, la “primera vez” siguen perpetuando relaciones sexuales únicamente basadas en el coito como práctica fundamental, generando inseguridades y miedos a la hora de mantener relaciones sexuales con otra/s persona/s y, por ende, afectando al deseo, ya que tenemos un guión preestablecido de cómo deben desarrollarse las prácticas sexuales.

Mitos como “tener que complacer a la otra persona”, que el deseo no se trabaja, que las relaciones sexuales no se hablan, que debemos tener las mismas necesidades sexuales... afectan directamente al deseo, generando situaciones en las que no nos sentimos cómodos y accedemos a prácticas que no nos gustan, incidiendo en una sexualidad desde el miedo o la obligación, en vez de ser un acto placentero, libre y deseado.

¿A QUÉ CONSIDERAMOS PAREJA?

Es importante tener en cuenta que las características de la relación de pareja, así como los elementos que estén presentes en su conformación dependerán, en gran medida del contexto social y cultural en la cual se encuentre inmersa.

La concepción de la pareja se ha percibido de diferentes maneras según el contexto histórico y el desarrollo sociocultural, es por esto por lo que los cambios producidos en el siglo XX llevaron al cuestionamiento

de los modelos previamente marcados, lo cual provocó un impacto positivo en los paradigmas acerca de la concepción de pareja según los roles establecidos o asignados en función al género (Blanco 2019).

Es decir, las personas que forman este sistema estable y prolongado organizan previamente un sistema de creencias propio, el cual incidirá sobre la percepción del otro, siendo esto la base de sus interrelaciones futuras. Cada persona trae su mochila, sus vivencias y sus experiencias inmersas en un sistema y contexto donde han socializado. Es por ello por lo que, el sistema de la pareja es de los más complicados que existen, ya que dos personas interactúan a partir de lo que sienten, creen, viven y reciben del otro, dentro de una socialización en permanente cambio (Blanco, 2019).

Caillé (1992), resalta como característica importante la complejidad de la pareja, dificultando la posibilidad de ubicarla en una definición exacta.

Al producirse un cambio y una evolución en la estructura social, se generan nuevos valores y se establecen papeles más liberadores, por lo que las personas enfrentan un conflicto entre lo asignado y lo asumido en torno a la pareja, lo cual lleva a que las expectativas generadas se vayan modificando (Muzio, 2000).

Como dice Fern (2022), hemos aumentado la posibilidad de elegir el camino que queremos tomar en nuestra vida, de elegir a quién y cómo querernos, pero el privilegio de la pareja y el sesgo monógamo es innegable y sigue siendo predominante la creencia de que la monogamia es la forma superior de relacionarse.

Conocer otras realidades y modelos de relación que desmonten esas estructuras sociales inmersas en el ideal romántico, basado en relaciones de poder, nos hace más libres a la hora de elegir cómo queremos relacionarnos.

¿QUÉ FACTORES INFLUYEN EN LOS CONFLICTOS DE PAREJA?

Cuidado, comunicación y comprensión emocional

Cuidado, apoyo, reconocimiento y validación emocional son factores importantes para sentirnos seguros en nuestras relaciones. Cuando nos validan emocionalmente, se produce un incremento de la

confianza en la relación, ya que me siento seguro de expresar mis emociones y sentimientos sin temor al juicio y se produce un respeto de la individualidad y de la pareja al mismo tiempo.

La comunicación es el medio fundamental para que las personas nos expresemos y recibamos feedback, aceptación y confirmación. Una comunicación agresiva o pasiva, puede provocar conflictos en la pareja que hagan que se destruya el vínculo que tengo con la otra persona, generando sentimientos de inseguridad y, por ende, falta de deseo, ya que la seguridad es supervivencia y prima ante el placer.

Bravo y cols. (2009), encontraron que había una relación significativa entre el deseo sexual hipoactivo y la relación de pareja, ya que las relaciones de poder pueden estar vinculadas con la sumisión frente a la pareja como una forma de distanciamiento emocional de tipo pasivo agresivo.

Escucharnos y escuchar a nuestro cuerpo es importante, ya que es un medio de comunicación muy eficaz, que genera consciencia y da información sobre el estado emocional en el que nos encontramos y qué área investigar, además de servir de herramienta de comunicación con el entorno.

Comunicarnos significa que podemos manifestar nuestros deseos, nuestra opinión, nuestras inquietudes e incomodidades, poner límites y expresar emociones como un aspecto clave para generar relaciones de confianza.

Tiempo de calidad y disfrute VS organización de tareas

El contexto en el que vivimos está fuertemente relacionado con el placer y el deseo. Las responsabilidades, el trabajo, las tareas, la convivencia, el estrés del día a día, nos hace desconectarnos del cuerpo, de sus sensaciones y sus señales, fijándonos en lo meramente productivo y dejando de lado la consciencia y el autocuidado, pero cuando empezamos a identificar aquellas cosas que nos alejan del deseo y del placer, empezamos a abrir una grieta en este sistema (Encinas, 2022).

El capitalismo imperante, la productividad como forma de vida, hace que nos olvidemos de sentir, de darnos espacios, de relajarnos, impidiendo disfrutar de

nuestros cuerpos y generando un fuerte impacto en la esfera emocional y sexual de las personas, además de apropiarse de nuestra sexualidad, comercializándola y convirtiéndola en un producto, donde prima la técnica y la cantidad, en vez del placer y la emoción.

Por otro lado, las tareas domésticas, las tareas de cuidado, la responsabilidad que tenemos en muchos aspectos de nuestra vida, es un trabajo invisible, no remunerado y no reconocido socialmente. Estas responsabilidades, generan *carga mental*, especialmente en las mujeres, en las que produce un aumento de los niveles de estrés y ansiedad y hace que muchas mujeres renuncien a su tiempo libre.

Este trabajo mental, invisible para la sociedad, repercute en nuestro cansancio, nuestra salud mental y emocional y nuestra energía y, por ende, como hemos dicho previamente en nuestro deseo. Como dice María Torre, el sexo para algunas mujeres, es una tarea más con la que cumplir a lo largo de la semana.

Creencias y expectativas sobre la pareja: mitos del amor romántico

Cada integrante de la pareja posee agendas secretas basadas en sus expectativas, las cuales se enfrentan con la realidad y son sobrepasadas. Uno de los principales mitos es que “la pareja debe hacer feliz al otro”, que la felicidad completa existe y es responsabilidad de la pareja lograr que el otro la disfrute plenamente. Es decir, la gente se casa con la ilusión o imagen de una persona (Framo, 1985).

Desde el ámbito afectivo-sexual, nos educan en el amor romántico, la masculinidad hegemónica del hombre blanco heterosexual, joven, sano y rico se impone en todos los relatos para seducirnos, a los hombres para que sigan su ejemplo y a las mujeres para que se produzca un enamoramiento. Este mito cumple una doble función: exaltar la masculinidad y justificar la división de los roles patriarcales.

El ser humano, recibe estímulos, los interpreta y los convierte en su modelo de referencia. Estos modelos pasan a ser incorporados al pensamiento colectivo como mandatos y normas. A través de estos mandatos, actuamos y desarrollamos actitudes y conductas.

¿Cuáles son estos mitos?

El amor romántico es un modelo occidental que representa la forma de relacionarnos en pareja, desde una mirada heterocentrista, donde amor y matrimonio están unidos y el mandato de la monogamia y la heterosexualidad son la única forma de relacionarse. Además, las prácticas sexuales de las personas educadas como mujeres quedan a disposición del marido, convirtiéndolas en objetos sexuales, todo ello, en nombre del amor.

Es cierto que estos mitos, cada vez están más trabajados y que hemos ido evolucionando a la hora de construir parejas más sanas, pero son creencias que seguimos teniendo muy interiorizadas y forman parte del imaginario colectivo, desarrollando patrones de desigualdad y violencia en las relaciones.

Relaciones sexuales

Debido a nuestra educación sexual, tenemos un guión marcado de lo que pueden ser relaciones sexuales o no. Como hemos visto previamente, nos educan en cómo vivir nuestra sexualidad y, por tanto, nos enseñan qué prácticas son válidas y qué prácticas pueden ser erotizadas.

El patriarcado, la cisheteronormatividad y el coito-centrismo, hacen que nuestro patrón de normalidad sea un mundo que está formado solo por hombres y mujeres (machos y hembras), donde existe una jerarquía y una relación de poder dominada por la masculinidad, donde no existen otras identidades. Además, que por naturaleza todas las personas son heterosexuales y que hombres y mujeres mantienen relaciones sexuales a través del coito, penetración penevagina como la práctica sexual por excelencia, haciendo especial relevancia a los genitales como única forma de relacionarse sexualmente (Sanz, 2021).

Dentro de esta jerarquía, se asume el poder “masculino” y, por ende, el poder del pene dentro del coito, haciendo valoraciones sobre su tamaño, su funcionamiento y su técnica, ya que se le hace responsable de satisfacer. El coito es una práctica masculinizada, ya que se centra en el placer del pene, dejando atrás el placer de las personas con vulva y vagina, ya que existen prácticas mucho más placenteras.

Es importante remarcar esta idea sobre las relaciones sexuales, ya que muchas veces la pérdida de deseo, especialmente en personas educadas como mujeres o personas con vulva y vagina, viene marcada por las prácticas sexuales que mantengo con otra persona. Es decir, no es la pérdida de deseo en general, sino la pérdida de deseo hacia prácticas concretas que nos han marcado dentro de ese guión establecido.

Cuando asumimos que una relación sexual es un coito, todo lo que viene antes de ese coito, lo entendemos como los famosos “preliminares”, aceptando que la penetración es indispensable para que se dé una relación sexual y jerarquizando o invisibilizando otras prácticas sexuales. Entendemos que estamos “preparando al cuerpo” para una finalidad en vez de disfrutar de la práctica sexual en sí misma.

La falta de educación sexual hace que no nos planteemos donde está nuestro deseo y sigamos ese patrón marcado por el coitocentrismo y la genitalidad. Podemos erotizar todo nuestro cuerpo si nos educan en ello, lo importante es ser conscientes y cambiar las estructuras marcadas. La piel es el órgano sexual más grande de nuestro cuerpo y está preparado para recibir estimulaciones placenteras desde cualquiera de sus zonas.

La genitalidad, genera la misma obsesión en las personas al tener relaciones sexuales. Se establece la finalidad de los genitales en las relaciones sexuales, dando lugar a obligaciones en vez de disfrutar del camino, del presente y de lo que me apetece hacer en este momento, sin llegar a nada más.



El coitocentrismo es una de las principales causas de problemas en las prácticas sexuales, ya que genera grandes exigencias, deja en segundo lugar a otras prácticas sexuales y se producen sentimientos de frustración por tener una finalidad, en vez de disfrutar del camino.

Entender que las prácticas sexuales son completas en sí mismas y que son comportamientos enfocados al placer, que no existe una finalidad y que existen millones de prácticas donde lo importante es conocer(se), explorar(se) y experimentar para elegir que es lo que me gusta, es la base para que nuestro deseo sexual se active.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE EL PAPEL DEL/DE LA/ TERAPEUTA SEXUAL Y DE PAREJA

Como hemos visto en las conclusiones del estudio, los niveles de frustración, tristeza, miedos e inseguridades en muchas ocasiones vienen dados por una serie de mitos y creencias en los que hemos sido educados.

Entender la sexualidad como algo propio, decidido, libre y responsable, desde nuestro yo adulto, abre una mirada a no poner la responsabilidad en la otra persona o tener que realizar prácticas que no resultan agradables, exponiendo a los cuerpos a violencias.

Entender que la disminución o pérdida de deseo puede estar provocado por multitud de factores y poder expresar abiertamente de este tema, teniendo un espacio seguro, reduce los sentimientos de frustración que se pueden encontrar muchas veces en los conflictos de pareja.

Desde mi punto de vista, la terapia sexual y de pareja no tiene la finalidad de que la pareja continúe, sino de buscar un bienestar para cada uno de los integrantes de la relación, donde cada uno pueda descubrir su sexualidad, tener una relación positiva con la misma y poder compartir esas experiencias con la/s otra/s persona/s.

Para la búsqueda de este bienestar, considero importante la terapia sexual y de pareja, dentro de sus objetivos estarían:

- Trabajar el egoísmo positivo desde una perspectiva adulta y responsable de la sexualidad, sin darle la responsabilidad a la/s otra/s persona/s de mi placer y mi cuerpo.
- Visibilizar las desigualdades existentes en la sociedad desde una perspectiva interseccional, aprendiendo que no todas las personas pueden vivir la sexualidad de la misma manera, ya que existen privilegios y opresiones que siguen perpetuando un sistema basado en desigualdades de género, raza, cuerpo, identidad, orientación sexual, edad... provocando restricciones a la hora de relacionarse de una manera positiva.
- Entender que no todo el mundo vive la sexualidad desde una emoción agradable y poder acompañar ese proceso para que las personas decidan libremente.
- Fomentar habilidades de comunicación, comprensión y apoyo en las parejas/vínculos para poder establecer relaciones sanas, donde se sientan acompañados.
- Promover la toma de decisiones por parte de los integrantes de la pareja, a través del respeto, la asertividad y la negociación.
- Educar en la diversidad de relaciones para que las personas decidan como quieren relacionarse.
- Fomentar espacios de encuentro en la pareja, buscar y organizar momentos de consciencia, dando prioridad a lo que se está sintiendo, al cuerpo, al encuentro, dejando de lado las obligaciones y responsabilidades, y poder compartirlo con la otra persona.
- Impulsar el deseo a través de herramientas de trabajo del cuerpo, las emociones, las sensaciones, el erotismo, las fantasías, los sentidos...
- Deconstruir mitos y creencias generados de una educación sexual nula, restrictiva, basada en la culpa o en la irresponsabilidad, promoviendo un aprendizaje sexual basado en el deseo, el placer, el disfrute, creando una relación positiva con mi propio cuerpo, mi identidad, mis emociones y mis prácticas.
- Generar un espacio seguro donde las personas integrantes puedan expresar sentimientos y emociones en base a su sexualidad sin ser juzgadas.
- Promover el entendimiento de las situaciones personales de los integrantes de la pareja, cómo están afectando y cómo la/s otra/s persona/s puede acompañar esos procesos desde la empatía y el respeto a través de herramientas de comunicación.
- Impulsar a las personas a su autoconocimiento, tanto sexual como emocional. Trabajo de la autoexploración, del autoconcepto, qué es lo que genera placer o displacer, los límites, la expresión de emociones y sentimientos... para poder disfrutar plenamente de la sexualidad.

Vanesa José Sasera
Graduada en Psicología
Máster en Terapia Sexual y de Pareja
con Perspectiva de Género
Fundación Sexpol



La perspectiva sáfica en terapia de pareja

¿Es necesario incluir una perspectiva sáfica en la terapia de parejas de mujeres lesbianas y bisexuales?

Si hubiéramos hecho esta pregunta cuando empezó a desarrollarse la disciplina, la respuesta hubiera sido contundente: NO. La terapia de pareja tuvo su origen en la eugenesia, con la intención de mejorar y aumentar los matrimonios en las parejas heterosexuales, eliminando de tal forma la descendencia de las parejas consideradas no heteronormativas o no funcionales. (Terapia de pareja, 2022) En la actualidad, debido a la influencia heteropatriarcal, muchas de las terapias de pareja pueden estar sesgadas por asesorar desde lo heteronormativo incluso a las parejas de mujeres lesbianas y/o bisexuales.

A todas os sonará la “teoría del iceberg” de Heminway, esta teoría es conocida por la cantidad de partes que quedan omisas, o enterradas en la parte no visible del iceberg, cuando se observa un resultado. De tal modo, para entender la importancia de adoptar una perspectiva sáfica en terapia de pareja se deben mencionar algunas de las realidades de mujeres lesbianas y bisexuales que quedan sumergidas en la parte no visible del iceberg.

La autora adopta el concepto relaciones sáficas para referirse a las relaciones y los vínculos sexoafectivos que mantienen mujeres que han nacido y han sido socializadas como mujeres con otras iguales. Para entender lo sáfico es necesario contextualizar el concepto: Safo (c. 630 a.C.-c. 570 a.C.) es una poetisa griega, que durante años se la relaciona con libertinaje y coneducar a las jóvenes nobles en isla de Lesbos. Es considerada una de las más importantes representantes de la lírica griega arcaica. Sus versos hablaban de pasiones entre mujeres, de ahí el término lesbiana para mujeres que mantienen relaciones con mujeres. En cuanto al safismo, es un término más global y plurisexual que incluye a mujeres lesbianas y bisexuales (Safo de Mitilene, 2023).

Empecemos por definir la sexualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la ha definido como un aspecto central del ser humano por asimismo, Soriano (2004) define la orientación sexual como una orientación del deseo y Viñuales (2002) añade que la orientación homosexual o lésbica lo único que hace es definir la preferencia por un determinado objeto del deseo y compartir determinadas prácticas del deseo con una persona del mismo género y la bisexualidad es



definida por Ochs (2009) como la capacidad de estar atraída a más de un género.

¿Puede aceptarse una mujer que mantiene relaciones con otra mujer a ella misma y a su pareja desde la aceptación y el bienestar?

La orientación sexual, su desarrollo y los factores que la determinan han sido objeto de estudio por varias autoras sin llegar a una conclusión determinante. No obstante, se ha observado que ser socializada como mujer heterosexual y tener una identidad lésbica o bisexual puede generar incongruencia y malestar. Diversas autoras (Coleman, 1982, Rhoads, 1995, Viñuales, 2002, Soriano, 2004) han señalado que este fenómeno, puede estar influyendo en la percepción de falta de respeto hacia sus derechos sexuales, tal como plantea la OMS.

La orientación sexual no heteronormativa provoca actitudes de rechazo en la sociedad heteropatriarcal. La lesbofobia y la bifobia llevan implícitas misoginias, ya que estas mujeres son adscritas a dos categorías: mujer y lesbiana o bisexual. Este rechazo puede ser

interiorizado, convirtiéndose en safofobia interiorizada, lo que puede afectar la salud física y psicológica de las mujeres que la experimentan al considerar anormal su orientación sexual. Para comprender estos procesos, es importante conocer los diversos modelos de desarrollo de la identidad sexual.

¿Os suena el concepto memoria colectiva? (Halbwachs, 1991 según citaron Martínez y Brito, 2005). lo definió como el tipo de memoria que surge como resultado de la construcción grupal y del contexto social que se produce. Aunque quizás estéis más familiarizadas con memoria histórica, que, sin entrar en detalle, Ruiz (2008) señala que cumple una función social de mantener vivas a las víctimas sometidas a falta de derechos humanos, dicho esto, entremos en entender un poco el recorrido histórico de las categorías mujer lesbiana y mujeres bisexual.

Las mujeres han luchado y se han manifestado por derechos y por la búsqueda de igualdad a lo largo de la historia, de la mano del feminismo (Fernández, 2008). Asimismo, Viñuales (2002) señala cómo los estudios sobre la mujer realizados por Kinsey (1953) y

Master y Johnson (1966) generaron un despertar en la conciencia del movimiento feminista y lésbico.

En 1947, Simone de Beauvoir publica "El Segundo Sexo" y revoluciona el pensamiento francés y pronto internacional, iniciando su trabajo con la afirmación de "no se nace mujer, se llega a serlo", señalando de tal modo que el género es una construcción cultural sobre el sexo y que las formas de ser mujer y hombre están determinadas por la sociedad y la cultura, y por lo tanto no existen.

Por otro lado, el colectivo LGTB ha sido castigado y estigmatizado a lo largo de la historia. Sus derechos y su sexualidad han sido constantemente legislados, incluso en una Europa aparentemente inclusiva. En la actualidad, se enfrenta nuevamente a un auge de políticas de extrema derecha que amenazan su bienestar y derechos. También es importante entender cómo se patologiza la diversidad sexual y qué impacto tiene este recorrido opresivo y castigador en la salud mental y física de las mujeres lesbianas y bisexuales y en su forma de vincular.

Las parejas, según la RAE, son formadas especialmente por un hombre y una mujer y son personas que mantienen una relación estable. Para entender qué son las parejas y qué es el amor, es necesario contemplar qué es el pensamiento amoroso (Esteban, 2011) y las diferentes formas y estilos relacionales que se dan en las parejas. Las parejas se forman por diversas razones, pero todas ellas implican la construcción o reproducción de roles de relación y de apegos y vínculos desarrollados, en su mayoría, durante la infancia. Sin conocer esas teorías, no se pueden comprender las dinámicas disruptivas que se generan en algunas relaciones y los principales conflictos en pareja.

Villanueva y Molina (2014) señalan la importancia de una primera entrevista en la terapia de pareja y sugieren un abordaje a modo de triada, para poder ayudar a la pareja a redefinir el problema y salir del anclaje temporal en el que se encuentran.

Como se ha comentado, las mujeres lesbianas y las bisexuales se adscriben a dos categorías mujer y no heteronormativa, recibiendo la opresión social correspondiente por tales identidades. La interiorización de estas opresiones puede producir estrés, ansiedad y

diversas psicopatologías por formar parte de colectivos minoritarios. Las mujeres lesbianas y bisexuales, reportan mayores tasas de invisibilidad, algunas de ellas lo han podido incluso considerar una ventaja, aunque generalmente produce más problemas de salud física y mental. La falta de referentes durante la etapa de desarrollo identitario produce que las mujeres que mantienen vínculos sáficos, tengan que buscar sus referentes en el modelo de amor heterosexual y romántico, llegando incluso a reproducir tales roles dentro de las relaciones entre ellas.

El abordaje de la terapia de pareja desde una perspectiva sáfica se considera un tema de gran importancia en sexología. A menudo, cuando se estudian parejas, se siguen enmarcando en una perspectiva heterosexual, incluso al tratar la diversidad sexual por separado. Por ello, es necesario considerar la sexualidad de mujeres lesbianas y bisexuales como un tema de relevancia, digno de estudio y que merece ser constituido como una perspectiva propia. Son escasos los estudios acerca de los vínculos sáficos, la safofobia o la safofobia interiorizada; de hecho, los pocos que existen se encuentran en la literatura anglosajona. La terapia afirmativa se aborda desde la psicología como una forma de apoyar y acompañar a las personas en el proceso de desarrollo de su identidad sexual, surgiendo tras la despatologización de la homosexualidad. Sin embargo, la literatura al respecto proporciona información mayoritariamente sobre hombres y solo puntualmente sobre mujeres lesbianas y bisexuales, o englobando todas las identidades dentro de la homosexualidad, sin contemplar las particularidades, dejando una carencia de planes de intervención concretos para mujeres que es lo que se pretende abordar desde la perspectiva sáfica.

Por lo tanto, el objetivo general es construir un marco teórico sobre la perspectiva sáfica, que aborde la historia LGTB y de las mujeres de manera adecuada, explique los rasgos específicos de mujeres lesbianas y bisexuales, e investigue las particularidades que afectan a las relaciones sáficas. Con esto, también se busca evitar contratransferencias por parte de las terapeutas en terapias de parejas sáficas que puedan contribuir a la estigmatización de mujeres lesbianas y bisexuales.

La perspectiva sáfica es definida como una perspectiva que está en la obligación de contemplar

y detectar las posibles situaciones de violencia intragénero en las cuales se producen situaciones de discriminación por abuso de poder y haciendo uso de la lesbofobia y la bifobia incluye una propuesta educativa y de acompañamiento en parejas, alzando la importancia de aceptarse para aceptar a la otra. La propuesta de trabajo está compuesta por un modelo cíclico que incluye técnicas de resolución de problemas y con co-construcción de un encuentro situado. La importancia de un enfoque de co-construcción reside en crear una buena base preventiva para el fenómeno de fusión que se produce en las parejas de mujeres. Por otra parte, es importante dar espacio a las fenomenologías que se pueden dar en relaciones entre dos mujeres, como son la fusión, siendo esto uno de los principales predictores de la violencia intragénero. Krestan y Bepko (1980) lo definen como la difuminación de los límites individuales dentro de la pareja, lo cual lleva a una o ambas partes a experimentar una pérdida de su propia identidad (como citaron Milletich et al., 2014). Esta fusión puede dar lugar a la aparición de violencia intragénero cuando una de las partes se siente rechazada, por ejemplo, cuando percibe que la otra parte intenta establecer amistades fuera de la relación o busca establecer cierta distancia emocional.

A su vez, la perspectiva sáfica promueve la aceptación de la sexualidad propia, de la sexualidad de la otra y de la realidad como “entes” con sus diferencias individuales, y si una vez solucionado un conflicto concreto surge otro, se puede repetir el proceso, es importante tener en consideración la perspectiva de problemas solubles y problemas no solubles que proponen Gottman y Silver (2012), mediante la cual es recomendable asumir que algunos problemas no tienen solución y actualmente duelen demasiado para hablarlos. Durante todo el proceso es muy importante

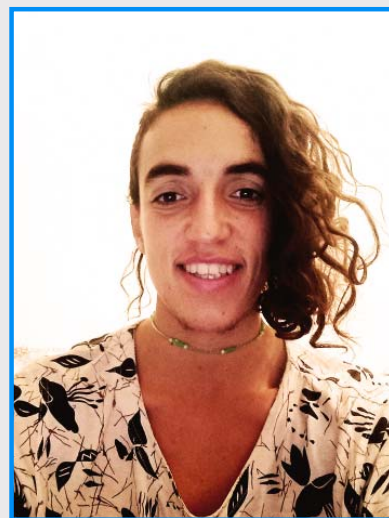
mantener un trabajo de educación sexual y de mejora de técnicas de comunicación en pareja. Por ejemplo, es importante considerar las diferencias individuales, las diferencias entre mujeres lesbianas y bisexuales y a su vez los diferentes procesos de aceptación que han vivido cada una, aparte del momento vital en el que se encuentran.

Simon (Davies y Neal, 1996), detalla los motivos más comunes de consulta de parejas de gais, lesbianas y bisexuales: sentimiento de pérdida de comunicación y de separación, una parte de la pareja quiere “más espacio” y la otra parte se preocupa, conflicto de roles en la relación, infidelidad por una o ambas partes, decisiones sobre vivir juntas, decisiones sobre ser madres y estilos de crianza, parejas que se separan y quieren tener una buena transición o fin, inapetencia o cambios en las relaciones sexuales y violencia en la pareja.

Simon, también realiza una lista de problemas adicionales que afectan a las parejas no heteronormativas: efectos de las presiones laborales en la pareja, patrones de comunicación rígida, cambios en los intereses comunes en la relación, diferencias culturales y/o de valores por interseccionalidad, celos, inseguridad y asilamiento social, relación con las familias, problemas relacionados con salir del armario y vivir con VIH y/o otros problemas de salud.

Concluyendo, la perspectiva sáfica incluye una perspectiva de género y lesbica-bisexual, buscando que las parejas se descubran, se respeten y generen vínculos de respeto y empatía como base para la comprensión y el desarrollo de la pareja, asimismo se busca tener un proceso personal sobre la propia historia personal y sexual y de cómo esto ha podido influenciar en la pareja, compartirlo con la pareja desde el presente para poder modificar la percepción de los eventos pasados.

Diana Bonilla del Campo
Graduada en Educación Primaria
Máster en Sexología y Género
Fundación Sexpol



La desobediencia corporal como acción directa de cambio

El cuerpo y la sociedad de consumo

El cuerpo es el medio del que disponen las personas para interactuar en la sociedad, y está sujeto a diferentes presiones y normas que delimitan su apariencia, sus usos y sus posibilidades dentro de ella. En el sistema capitalista actual la imagen corporal es algo de gran valor y un determinado aspecto físico (delgado y joven) es sinónimo de autonomía y éxito profesional, social y por supuesto erótico. La belleza es considerada la gran mercancía, sobre todo para las personas categorizadas como mujeres. La apariencia física es un símbolo que refleja “el carácter, la moral y los valores de la persona”. Así, el cuidado y el culto al cuerpo adquieren una posición central en la vida, ya que un cuerpo considerado como bello tiene una posición social privilegiada. La belleza se equipara a lo moral, lo bueno y lo deseable, y alejarse de ello es estigmatizado y castigado. De esta manera, la felicidad y realización personal están sujetas al grado en que los cuerpos se ajustan a las normas contemporáneas de salud y belleza (Sossa, 2011). Intentar cumplir con ese ideal de belleza coloca a las personas en una constante lucha contra su propio cuerpo.

Los medios de comunicación masivos son los que se encargan de controlar, disciplinar y normalizar todo ello, siendo estos el pilar fundamental de la sociedad de consumo. Los mensajes que transmiten, tanto en la forma como en el fondo, llevan representaciones normativas que “obedecen a intereses específicos”, crean necesidades y establecen lo que es deseable y valioso. El sistema aprovecha estos medios para “guiar a los cuerpos, para introducirse en lo más íntimo, inculcándoles una manera de actuar y de pensar.” (Sossa, 2011, p.7). Asimismo, “la publicidad es uno de los dispositivos de normativización y significación más importante en la producción de sentidos sociales” y que enuncia y recuerda en todo momento cuál es la norma que debe seguirse. Este poder de los medios no fuerza a las personas ni las inhabilita de una manera operante, sino que delimita los términos de lo normal y de lo que se queda fuera y se etiqueta como lo anormal, incitando a la producción y reproducción de determinados actos, gestos y discursos. El poder hegemónico, haciendo uso de sus discursos “articula qué cuerpos son los normales, y de qué formas esos cuerpos pueden sentir placer” (Iglesias Cortacero, 2018, p.8).

Cuerpo y género: la creación social del cuerpo femenino

Todo ello afecta al conjunto de personas en su totalidad pero tiene un mayor peso en las mujeres, con unas normas específicas para ellas. Como apunta McNay, el género es la diferencia más fundamental entre los cuerpos, y además el poder no es equitativo respecto a los cuerpos femeninos y los masculinos, considerándose los segundos superiores a los primeros. Las diferencias biológicas del cuerpo son el punto de partida para construir y legitimar la desigualdad de género (1992, p.17). Dichas diferencias biológicas no son suficientes para diferenciar los cuerpos, de manera que el cuerpo de la mujer es producido mediante técnicas o prácticas disciplinarias y a cualquiera que no las siga se le será cuestionada su condición de mujer, siendo el cuerpo del hombre el único que puede presentarse sin modificarse.

Según Bartky (1990), las distintas técnicas que se utilizan en la creación del cuerpo femenino pueden dividirse en tres tipos: aquellas que pretenden conseguir un cuerpo de cierto tamaño y configuración (como son las dietas o el ejercicio físico dirigido a eliminar grasas o marcas de diferentes zonas); aquellas que tienen como objetivo conseguir una forma de expresión corporal femenina y tienen que ver con el campo de movimiento y el espacio que se usa; y aquellas prácticas que están dirigidas a mostrar el cuerpo como una superficie decorativa (véase el maquillaje, la ropa, la depilación, la bisutería etc.). En palabras de la autora “nacemos hembras o varones, pero no masculinos ni femeninas: la feminidad es un artificio, un logro, un modo de actuar” (op.cit. p.138).

Además, en esta sociedad patriarcal, se produce una objetización del cuerpo de la mujer, de manera que se evalúa “su cuerpo, sus partes o sus funciones aislándolas de la propia mujer” y a su actuando “como si realmente representaran todo lo que es dicha mujer, ignorando sus cualidades no físicas, sus ideas o sus habilidades” (Martín y Chaves, 2020, p.3). Esto es interiorizado por las niñas desde bien pequeñas, que asumen ser su propia imagen y atractivo y gran parte de su autoestima se basa en cumplir con ese rol, interiorizando una autoobjetización sobre ellas mismas.

Cuerpo y medicina: patologización e intervención

El tema de las diferencias biológicas intrínsecas a la condición sexuada del ser humano supone un aspecto peliagudo de examinar. La medicina y la ciencia médica se acercan a la realidad de los cuerpos desde una perspectiva patriarcal y binaria, observando desde un punto de vista sesgado, que patologiza la diferencia e interviene para que los cuerpos no se salgan de la norma. La realidad biológica es mucho más compleja, transformista y diversa, pero la medicina, sus prácticas y el uso que hace del lenguaje tiene un empeño de simplificar y binarizar el cuerpo y su funcionamiento.

Ejemplo de esto son las intervenciones en personas intersexuales (que se estima que representan un 1,7% de la población del planeta y que se refiere a una variedad de situaciones del cuerpo que posee una anatomía reproductiva o sexual -genitales, gónadas, niveles hormonales, o cromosomas- que no parece encajar en las definiciones típicas de cuerpos masculinos o femeninos).

Otro ejemplo es la existencia de patologías como el hirsutismo (que es la presentación en mujeres de vello excesivo en un patrón similar a los hombres, es decir, que para la medicina solamente los hombres pueden presentar vello en determinados lugares del cuerpo) o el ocultamiento deliberado de realidades como la próstata femenina, comúnmente denominada como glándulas uretrales y parauretrales, ya que su existencia y correcto nombramiento pone en cuestión la división binaria de la sociedad (Bonilla, 2023).

A su vez, la medicina se acerca al proceso natural de envejecimiento principalmente a través de la enfermedad, la pérdida de facultades y el declive. Se equiparan vejez y enfermedad y, en lugar de reconocer el envejecimiento como una parte normal e inevitable del ciclo de vida, tiende a enfatizar los aspectos negativos de éste y a tratar los cambios típicos relacionados con la edad como condiciones médicas que necesitan ser tratadas.

La desobediencia corporal

Todos los cuerpos son desobedientes, ya que no se ajustan de manera inequívoca a las normas que se les impone. El hecho de mostrarse sin ropa en contextos no sexuales, o el propio proceso de envejecimiento,



y la desobediencia corporal, si la desobediencia civil es incumplir deliberadamente las leyes o normas establecidas con el fin de cuestionar su legitimidad y promover un cambio social, la desobediencia corporal sería incumplir deliberadamente las normas de belleza y de género para así cuestionar su legitimidad y promover dicho cambio social.

Una de las acciones corporales desobedientes (la más directa, inmediata y reversible) es el hecho de practicar nudismo, ya que a las personas se les ha arrebatado la

convierte cualquier cuerpo dócil en uno desobediente. La idea de la desobediencia corporal plantea reflexionar críticamente sobre las normas impuestas sobre el cuerpo para desobedecer públicamente aquellas que no se consideren justas o legítimas, de una manera consciente y con el objetivo político de ampliar las posibilidades del cuerpo y transformar la realidad. Ya que el cuerpo propio es el campo de acción más directa, cada persona tiene, potencialmente, la potestad y la libertad de actuar sobre él en gran medida sin tener que mediar ni obtener permiso para ello. Además, el hecho de mostrar otras realidades del cuerpo hace que estas se hagan también posibles para el resto de personas que las observan.

La propuesta de la desobediencia corporal está basada en la desobediencia civil y la acción directa anarquista. Por un lado, la acción directa anarquista es una forma de lucha política que consiste en intervenir directamente sobre la realidad social que se quiere cambiar, sin recurrir a intermediarios o representantes, para lograr los objetivos deseados. Se basa en los principios de autonomía, horizontalidad, solidaridad, apoyo mutuo y autoorganización y es un medio de emancipación individual y colectiva, de resistencia contra la opresión y la explotación y de transformación radical de la sociedad. Por otro lado, la desobediencia civil es una forma de acción directa anarquista que consiste en incumplir deliberadamente las leyes o normas establecidas por el estado o el poder, con el fin de cuestionar su legitimidad y promover un cambio social basado en los principios anarquistas de libertad, igualdad y solidaridad. Haciendo un paralelismo entre la desobediencia civil

posibilidad de existir sin ropa y esto alimenta el resto de presiones, pues las únicas imágenes de cuerpos que se presentan son seleccionadas y modificadas por los medios, haciendo que las personas se comparen con cuerpos irreales. Otras propuestas de acciones desobedientes son el no intentar enmascarar los signos de envejecimiento y mostrarlo, de grasa, de celulitis etc., ya que todo ello es también censurado por el sistema. En los cuerpos marcados como mujer, mostrar el vello en todas sus partes o conocer la propia anatomía y eyacular (siendo esta una de las funciones de la próstata femenina) son otras de las posibilidades de acción desobediente. Para las personas que se identifican como hombres, el hecho de llevar públicamente ropa o complementos típicamente femeninos, como son las faldas o los vestidos, es también un acto desobediente que puede romper estereotipos y ampliar los horizontes de cómo un cuerpo puede presentarse en sociedad.

Investigación-acción participante nudista

Durante el festival de música celta de Ortigueira 2023, en Galicia, se llevó a cabo una investigación-acción participante en la cual se instaba a la gente a practicar nudismo en las distintas raves¹ que tuvieron lugar en la zona de acampada. Diferentes estrategias fueron llevadas a cabo, perfeccionándose y adaptándose a las necesidades que expresaban las personas interpeladas. Sus comentarios y testimonios fueron recogidos, así como las observaciones que se realizaron, y posteriormente todo ello fue analizado para presentar las siguientes

¹ Una rave es un tipo de fiesta clandestina, gratuita y autogestionada basada en la difusión de música mediante un soundsystem.

conclusiones, que se estiman como extrapolables al ejercicio de otras desobediencias corporales.

A la hora de realizar una acción corporal desobediente, es común que surjan diferentes reticencias o miedos que han sido interiorizados durante el proceso de socialización y que pretenden que no se realice y que el cuerpo siga intentando no salirse de los cánones establecidos. Estas reticencias tienen que ver con la mirada de las demás personas, la proyección de juicios sobre el propio cuerpo, la vergüenza o las propias inseguridades. Sin embargo, una vez realizada la desobediencia, esas reticencias o miedos suelen disolverse y dar paso a sensaciones de libertad, empoderamiento y superación de límites, así como euforia, risa y complicidad entre las personas que la realizan. Además, la visibilización de la desobediencia puede provocar efectos beneficiosos en el entorno, rompiendo esquemas mentales y ofreciendo una mayor libertad de acción al resto. Además, muchas veces las personas que observan la desobediencia pueden elogiar a las personas que la llevan a cabo y potenciar así que se realice con más fuerza, más ánimo o más seguridad.

Muchas de las personas que no quisieron participar en el ejercicio de la desobediencia argumentaban que no se sentían aún preparadas aunque les gustaría hacerlo, que el contexto no era propicio (pero que en la playa eran capaces de practicar el nudismo) o que el ambiente era demasiado normativo para hacerlo.

Entre las personas que se desnudaron, total o parcialmente, se apreció una ampliación del espacio personal por parte del resto de asistentes a la rave, sin que personas se acercaran demasiado o les tocaran el cuerpo.

Bibliografía

- Bartky, S. L. (1990). Foucault, feminidad y la modernización del poder patriarcal. En *Feminidad y dominación. Estudios en la fenomenología de la opresión* (pp. 137-152). Routledge.
- Bonilla del Campo, D. (2023). ¿Podemos hablar de una próstata femenina? *Sexpol*, 149, 28-31.
- Iglesias Cortacero, S.M. (2018). *La construcción de los cuerpos: Performatividad y prejuicios sobre la vejez* [Universidad de la república de Uruguay]. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/22760/1/Iglesias%2C%20Sabina.pdf>
- Martín, T., & Chaves Vázquez, B. (2022). La influencia de instagram en la creación y reproducción del ideal de belleza femenino. *Anuario Electrónico de Estudios en Comunicación Social «Disertaciones»*, 15(1), 1-17.
- McNay, L. (1992). *Foucault and Feminism: Power, Gener and the Self*. Cambridge: Polity Press.
- Sossa Rojas, A. (2011). Análisis desde Michel Foucault referentes al cuerpo, la belleza física y el consumo. *Polis. Revista Latinoamericana*, 28, Artículo 28.

En cuanto a las diferencias entre género que se encontraron en la investigación, a la hora de quitarse la ropa los hombres eran reticentes a mostrar sus genitales y se admitieron dos motivos principales: la preocupación por el tamaño del pene propio y el miedo a sufrir una erección en público. Para muchas mujeres suponía un reto quedarse desnudas de torso para arriba y al superarlo mostraban sensaciones de libertad, seguridad, poder y fuerza.

RETICENCIAS A LA HORA DE DESNUDARSE



SENSACIONES DESPUÉS DE DESNUDARSE



Natalia García Bautista
Graduada en Trabajo Social
Máster en Sexología y Género
Fundación Sexpol



Abuso sexual en la infancia y la Juventud

Beneficios que la perspectiva de género puede aportar en el trabajo en red destinado a acompañar a las víctimas de abusos sexuales

Este artículo tiene como objetivo principal hacer una revisión del concepto de abuso sexual y sus raíces según la perspectiva de género. Promover y aplicar la perspectiva de género de manera efectiva en el trabajo en red destinado a acompañar a las víctimas de abusos sexuales. Se revisarán buenas prácticas en la actualidad y se identificarán mejoras específicas que se podrían aplicar a algunas de estas prácticas o proyectos, desde la sexología con perspectiva de género. Finalmente se reforzará la importancia de la valorización de una educación sexual integral con perspectiva de género para todos los sectores de la sociedad con el objetivo de prevenir los abusos sexuales.

Una aproximación al concepto de abuso sexual:

Los abusos sexuales se refieren a la violencia sexual perpetrada contra una persona sin su consentimiento. Puede manifestarse en diferentes formas, como el acoso sexual, la violación, el abuso infantil o la explotación sexual. En este trabajo nos vamos a centrar en los abusos sexuales a menores.

Lo que define técnicamente la presencia o ausencia de abuso son tres factores: consentimiento,

igualdad y coerción (Barroso, 2016; Rich, 2003).

“Las prácticas pueden envolver contacto físico (con o sin penetración, como besar, tocar o acariciar los genitales o el pecho del menor, o practicar coito vaginal, anal u oral) o no (como llevar al menor a observar prácticas sexuales, envolverle en producción de material pornográfico o llevarle a sumir un comportamiento sexualizado inapropiado.” (Magalhães, 2015, pp. 14-15).

El fenómeno de los abusos sexuales es una problemática social compleja que afecta a personas de diferentes géneros. Sin embargo, se reconoce en todos los estudios que las mujeres han sido históricamente las principales víctimas de estos abusos, lo cual está arraigado en dinámicas de poder y desigualdad de género. En este sentido, resulta fundamental abordar esta problemática desde una perspectiva de género en el trabajo en red destinado a acompañar a las víctimas.

Las estadísticas muestran que las mujeres son las más afectadas por este tipo de violencia, aunque también se reconoce que hay hombres que también son víctimas. Sin embargo, debido a estereotipos de género arraigados, muchos casos de abusos sexuales



hacia hombres pueden ser subestimados o ignorados, mostrándose así que el problema de las desigualdades de género también les atraviesan a ellos.

La prevalencia de los abusos sexuales es elevada en todo el mundo, si bien varía en función del país y en función del estudio concreto que consultemos. Lo que sí que encuentran en común todos los estudios es un porcentaje más elevado de victimización entre las mujeres (e.g. Barth, Bermetz, Heim, Trelle y Tonia, 2014; Bolen y Scannapieco, 1999; Cantón et al., 2011; De Paúl, Milner y Múgica, 1995; Finkelhor, 1994; Gewirtz-Meydan y Finkelhor, 2019; Gilbert, Widom, Browne, Fergusson, Webb y Janson, 2009; López et al., 1995; Pereda et al., 2009; Pérez-González, Guilera, Pereda y Jarne, 2017; Stoltenborgh et al., 2011; Ullman y Filipas, 2005). (Pereda et al., 2009). La victimización de las mujeres se ve agravada por factores como la culpabilización social de la víctima en relación al abuso sufrido, la falta de apoyo institucional, la impunidad de los agresores y la estigmatización social. Además, la cultura de la violación, que normaliza la agresión sexual y culpabiliza a las víctimas, contribuye a la perpetuación de estos abusos.

Es importante destacar que no todos los hombres son agresores sexuales, pero que sí es

necesario que los hombres se involucren activamente en la lucha contra los abusos sexuales y trabajen para desmantelar las estructuras de poder y las actitudes sexistas que permiten estos actos. La educación en igualdad de género, la promoción de relaciones basadas en el respeto mutuo y la responsabilidad colectiva son clave para abordar este problema desde su raíz. La perspectiva de género es una herramienta esencial para comprender cómo los roles y estereotipos de género influyen en la ocurrencia de los abusos sexuales, así como en las experiencias y necesidades de las víctimas. Al adoptar esta perspectiva, se pueden visibilizar y analizar críticamente las desigualdades de poder entre hombres y mujeres, y cómo estas desigualdades se traducen en situaciones de abuso y violencia sexual.

Este artículo pretende enfocar la importancia de la perspectiva de género en el trabajo en red para acompañar a víctimas de abusos sexuales, lo que permitirá profundizar en diversos aspectos relevantes. Por un lado, se podrá examinar cómo las construcciones sociales de género influyen en la victimización y revictimización de las mujeres y niñas y cómo estas dinámicas pueden perpetuarse en la respuesta institucional y social. Además, se podrá analizar cómo los roles de género y las expectativas sociales pueden

obstaculizar la búsqueda de apoyo y justicia para las víctimas.

Modelos explicativos del problema:

Existen diferentes modelos que intentan explicar la raíz de la existencia de este fenómeno, visto que los abusos sexuales no ocurren en un vacío, sino que están arraigados en un contexto sociocultural más amplio. Sabemos que es una problemática con base multifactorial pero las normas sociales, las desigualdades de género, la falta de educación sexual y los estereotipos de género contribuyen mucho para la perpetuación de estos abusos. Es esencial abordar estos factores para prevenir y combatir eficazmente los abusos sexuales. La pregunta es, desde qué modelo vamos a mirar el problema.

Desde los modelos feministas, se entiende que el abuso sexual no es simplemente un acto sexual, sino que está arraigado en el desequilibrio de poder que existe en la familia patriarcal tradicional. Según esta visión, el abuso sexual infantil se produce porque el padre, que ocupa una posición de dominio en la familia, ve a los miembros de su familia, incluyendo a su esposa e hijos, como objetos que puede usar a su antojo.

La perspectiva feminista del abuso sexual infantil ofrece una explicación del hecho de que la mayoría de los perpetradores sean hombres, ya que se relaciona con la estructura de poder y roles de género dentro de la sociedad patriarcal. Sin embargo, este enfoque no logra explicar completamente por qué algunos hombres abusan sexualmente de menores y otros no, ya que no todos los hombres en esta estructura de poder ejercen este tipo de violencia.

Igualmente, elegiremos este modelo para observar las prácticas en red actuales, visto que es un modelo que explica la mayoría de los casos.

Importancia del trabajo en red con perspectiva de género:

El trabajo en red entre los sectores de salud, judicial y comunitario es esencial para brindar un apoyo integral a las víctimas de abuso sexual. Esta colaboración multidisciplinaria asegura una atención médica adecuada, una investigación y recolección de pruebas efectivas, la coordinación de servicios y la prevención del abuso sexual. Al unir fuerzas, estos sectores pueden

marcar la diferencia en la vida de las víctimas y trabajar hacia la construcción de una sociedad más segura y justa (Swenson, C. C., & Schaeffer, C. M. 2018).

Además, una respuesta integral y sensible al género en el trabajo en red, que incluya la coordinación entre diferentes interventores/as y profesionales, así como la incorporación de enfoques feministas y de derechos humanos haría que se diesen mejores prácticas en términos de atención, prevención y educación, considerando las necesidades específicas de las víctimas en función de su género y promoviendo la igualdad de acceso a servicios y recursos.

Para poder ver cómo se está trabajando en red en la actualidad, escogimos dos prácticas activas en red para el acompañamiento de víctimas menores de abusos sexuales, que se están aplicando, una en España y otra en Portugal. Explorar estos dos programas nos brinda la oportunidad de obtener información actualizada y relevante, comparar enfoques y aprender de ambas experiencias, identificar buenas prácticas y acceder a una variedad de perspectivas para mejorar el apoyo a las víctimas. Esto nos permitirá realizar un análisis completo y significativo y por fin y como objetivo principal saber si estos proyectos tienen o no una mirada sistémica de género en sus actuaciones.

De Portugal elegimos la “Estratégia Regional de Prevenção e Combate ao Abuso Sexual de Crianças e Jovens” (designada por ERASCJ) que se desarrolla en La Región Autónoma de las Azores, archipiélago portugués situado en el océano Atlántico.

La ERASCJ, es una iniciativa pionera en todo el territorio Portugués, liderada por la “Direcção Regional da Solidariedade Social - Governo de las Açores”, que contempla prioritariamente la implementación de acciones de soporte/apoyo a menores víctimas de abuso sexual, intentando siempre que sea posible agregar este tipo de iniciativas a la respectiva realidad familiar de la víctima.

De España elegimos hablar de los modelos de “Las casas de los/as niños/as. Modelos de Barnahus”: que varias instituciones como “Savethe Children” o la Fundación “Márgenes y vínculos” con sedes en diferentes partes de España, están desde hace años intentando aplicar.

Las denominadas Casas de los Niños/as, conocidas como Children's Advocacy Centers (CAC), "Children's House" o "Barnahus", surgen originariamente en los Estados Unidos en los años 80 como recurso para atender, desde una unidad centralizada, a niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual y maltrato.

Su objetivo principal es disponer de profesionales que se caracterizan por la especialización y coordinación. Además, busca agrupar en un mismo espacio todos los recursos que intervienen en un caso de violencia, para prevenir así la victimización secundaria de los niños y las niñas víctimas y de sus familias.

En el ámbito de las estrategias ERASCJ y Barnahaus, se destaca la importancia de la formación especializada de sus profesionales para brindar un acompañamiento más justo y efectivo a los/las menores. Sin embargo, al analizar detenidamente los documentos base de ambos proyectos, encontramos que, aunque se menciona claramente en la fundamentación teórica que las niñas son quienes más sufren esta violencia y que la mayoría de los agresores son hombres, la perspectiva de género no se aborda de manera explícita en otros momentos. Es como si esta perspectiva fuera sutilmente dejada de lado. ¿Por qué sucede esto?

Tanto en la documentación de las Barnahaus de España, como en la ERASCJ, encontramos que aunque la perspectiva de género no se exprese de manera explícita en algunos documentos, esta existe en sus actuaciones.

Sabemos que a menudo, se trabaja en el ámbito de la igualdad de género de manera implícita o indirecta, aunque una mayor explicitación y compromiso con esta perspectiva podría mejorar y fortalecer las estrategias y políticas relacionadas con la violencia y el bienestar de los menores.

¿Pero por qué trabajar con cierta perspectiva de género pero no asumirla? ¿Cuáles son las motivaciones? Aquí vamos a dar algunas hipótesis para ambos países, siendo que, aunque España y Portugal no comparten la misma cultura en lo que se refiere a los feminismos, (pues Portugal no se encuentra en un momento social tan polarizado por su propia historia, ni los feminismos tan estudiados ni divididos en cuanto movimientos como en España) las hipótesis pueden servir para ambos.

Algunas posibles hipótesis por las que, tanto en España como en Portugal, no se explicitan de manera más clara las perspectivas de género, en ciertos documentos y estrategias relacionadas con la violencia y el acompañamiento a menores pueden ser:

- **Falta de conciencia o sensibilidad:** Puede ser que, a pesar de reconocer las desigualdades de género y sus efectos en la violencia, algunos/as intervinientes no estén completamente conscientes de la importancia de abordar la perspectiva de género de manera explícita en los documentos.
- **Resistencia al cambio:** La introducción de la perspectiva de género en ciertos contextos puede encontrarse con resistencia o reticencia por parte de algunos/as profesionales o instituciones, que pueden sentir que esto implica un cambio en sus prácticas o enfoques de trabajo.
- **Temor a controversias o conflictos:** Algunos actores pueden evitar explicitar la perspectiva de género por temor a generar controversias o conflictos con otros grupos de interés o sectores de la sociedad.
- **Falta de formación especializada:** La ausencia de una formación específica en género para las personas involucradas puede dificultar que se incorpore de manera más explícita esta perspectiva en los documentos y estrategias.

Por otro lado, la clandestinidad, el no hacer explícito, puede ser una estrategia utilizada para lograr implementar medidas de género cuando existen barreras políticas, culturales o sociales que dificultan la adopción de cambios abiertos y visibles. Algunas razones para recurrir a la clandestinidad incluyen:

- **Resistencia cultural:** En sociedades conservadoras o con fuertes normas de género arraigadas, puede ser difícil abogar abiertamente por medidas de igualdad de género. La clandestinidad permite avanzar hacia esos objetivos sin llamar la atención o enfrentar resistencia frontal.
- **Obstáculos políticos:** En algunos contextos políticos, las medidas de género pueden encontrar oposición de ciertos sectores. La clandestinidad puede ser una forma de evitar bloqueos y obstáculos políticos y avanzar progresivamente hacia la igualdad.
- **Protección personal o del proyecto:** En situaciones donde el activismo de género puede poner en peligro la seguridad de las personas involucradas o la aplicación del propio proyecto, la clandestinidad puede ser una medida de protección para quienes trabajan en estas áreas.

Importa referir que en nuestra opinión debemos igualmente reconocer y celebrar los avances, incluso cuando son implícitos, porque la valoración de los logros alcanzados en la búsqueda de la igualdad de género y la promoción de los derechos de las personas de todas las identidades es en fondo el objetivo final. Aunque algunos progresos puedan ser sutiles o no ampliamente conocidos, es fundamental destacarlos y conmemorarlos, ya que pueden representar un paso significativo hacia una sociedad más equitativa e inclusiva. Sin embargo, señalaremos algunos beneficios que podrían surgir si se abordara esta cuestión de la perspectiva de género en el área de los abusos sin temores.

Abrazar la perspectiva de género

Conseguir hacer explícita y de manera más consciente la perspectiva de género podría enriquecer significativamente las estrategias y permitir una intervención más efectiva y justa en la protección de los/las menores.

Parece crucial la formación en perspectiva de género para estas profesionales, ya que les proporcionaría herramientas y una comprensión más profunda de las desigualdades y normas de género que pueden influir en el abuso sexual y en las reacciones de las víctimas. La perspectiva de género también permite cuestionar estereotipos y prejuicios que puedan existir en torno al abuso sexual y garantizar una atención sensible y libre de discriminación hacia las víctimas.

En resumen, es crucial que los gobiernos y los profesionales trabajen en colaboración para asegurar que las acciones se basen en un enfoque informado y sensible de género, promoviendo una sociedad más equitativa y segura para todos. Al tomar decisiones informadas por estos estudios, se pueden implementar estrategias más efectivas y empáticas para el apoyo a las víctimas.

Seamos valientes o clandestinos/as (durante algún tiempo), pero avancemos de forma eficaz en la protección de nuestros/as menores.

Bibliografía consultada:

Açores, S. R. da S. da R. A. dos (Ed.). (n.d.). *Estratégia Regional de Prevenção e Combate ao Abuso Sexual de Crianças e Jovens (ERASCJ)*. Governo Regional dos Açores.

Barroso, R., Ramião, E., & Figueiredo, P. (2020). Programa de avaliação e intervenção psicológica com adolescentes que se envolveram em comportamentos sexualmente abusivos (D. G. de R. e S. Prisonais (Ed.); Direção Ge).

Johansson, S., Stefansen, K., Bakketeig, E., & Kaldal, A. (2017). COLLABORATING AGAINST CHILD ABUSE EXPLORING THE NORDIC BARNAHUS MODEL. In S. Johansson (Ed.), *Collaborating Against Child Abuse: Exploring the Nordic Barnahus Model* (Johansson,). palgravemacmillan. https://doi.org/10.1007/978-3-319-58388-4_7

Miranda, P. B., & Llamas, M. M. (2004). La terapia feminista como una propuesta de atención contra la violencia de género. *GénEros*, 11(34), 60-64. <http://bvirtual.ucol.mx/url.php?u=http~3A~2F~2Fbvirtual.ucol.mx~2Ftextoscompletos.php~3Fexacto~3D1~26categoria~3D1~26campobuscar~3D1~26id~3D3209~0D~0A>

Pereda, N., Guilera, G., Forn, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse and Neglect*, 33(6), 331-342. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.07.007>

Pereda, N. (2011). La importancia del apoyo social en la intervención con víctimas de abuso sexual infantil: una revisión teórica. *REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL*, 4, 42-51. <https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/download/213/192>

Sánchez, F. L. (2005). Los abusos sexuales: el riesgo de ser mujer. *Feminismo/S*, 1696-8166, 91-106. <https://doi.org/10.14198/fem.2005.6.07>

Sánchez, F. L. (2010). Estudios sobre sexualidad en España: presente y futuro. *Informació Psicològica*, 100, 84-90.

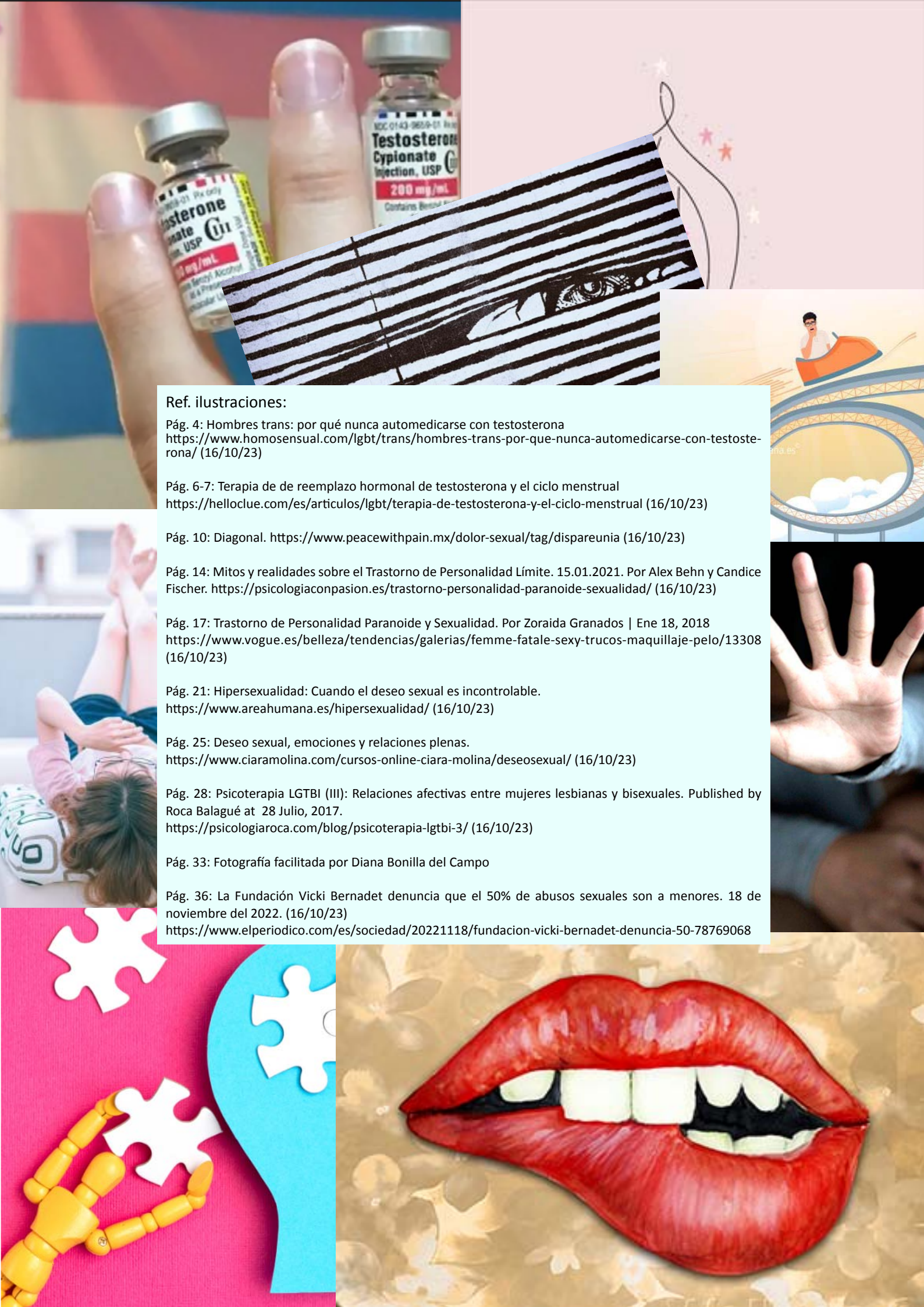
Sánchez, F. L. (2016). Sexualidad de los hombres (masculina (¿)) en la vida adulta. *Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya*, n. 208(0212-7210), 49-66.

Sánchez, F. L. (2022). Educación sexual. un tema aún pendiente. *Educación y Orientación: La Revista de La COPOE*, 17(2386-238155), págs. 11-14.

Swenson, C. C., & Schaeffer, C. M. (2018). A Multisystemic Approach to the Prevention and Treatment of Child Abuse and Neglect. *International Journal on Child Maltreatment: Research, Policy and Practice*, 1(1), 97-120.

Vínculos, F. M. y. (n.d.). *Avance Hacia Barnahus*. Fundación Márgenes y Vínculos. <https://fmyv.es/project/avance-hacia-barnahus-lopivi-capacitacion-formacion-atencion-victimas-violencia-infantil/?fbclid=IwAR0dW6WOH5lx3tgdkTd8q7fL6snhdr8K5FqIT5HM-XgeAAAtE8kP5YrPJT7w>

World Health Organization and BZgA. (2010). *Standards for Sexuality Education in Europe* Estándares de Educación Sexual para Europa. Oficina Regional de la OMS para Europa y BZgA. Oms- Europe, 84. https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/Standards_for_sexuality_education_Spanish.pdf



Ref. ilustraciones:

Pág. 4: Hombres trans: por qué nunca automedicarse con testosterona
<https://www.homosensual.com/lgbt/trans/hombres-trans-por-que-nunca-automedicarse-con-testosterona/> (16/10/23)

Pág. 6-7: Terapia de de reemplazo hormonal de testosterona y el ciclo menstrual
<https://helloclue.com/es/articulos/lgbt/terapia-de-testosterona-y-el-ciclo-menstrual> (16/10/23)

Pág. 10: Diagonal. <https://www.peacewithpain.mx/dolor-sexual/tag/disporeunia> (16/10/23)

Pág. 14: Mitos y realidades sobre el Trastorno de Personalidad Límite. 15.01.2021. Por Alex Behn y Candice Fischer. <https://psicologiaconpasion.es/trastorno-personalidad-paranoide-sexualidad/> (16/10/23)

Pág. 17: Trastorno de Personalidad Paranoide y Sexualidad. Por Zoraida Granados | Ene 18, 2018
<https://www.vogue.es/belleza/tendencias/galerias/femme-fatale-sexy-trucos-maquillaje-pelo/13308> (16/10/23)

Pág. 21: Hipersexualidad: Cuando el deseo sexual es incontrolable.
<https://www.areahumana.es/hipersexualidad/> (16/10/23)

Pág. 25: Deseo sexual, emociones y relaciones plenas.
<https://www.ciaramolina.com/cursos-online-ciara-molina/deseosexual/> (16/10/23)

Pág. 28: Psicoterapia LGTBI (III): Relaciones afectivas entre mujeres lesbianas y bisexuales. Published by Roca Balagué at 28 Julio, 2017.
<https://psicologiaroca.com/blog/psicoterapia-lgtbi-3/> (16/10/23)

Pág. 33: Fotografía facilitada por Diana Bonilla del Campo

Pág. 36: La Fundación Vicki Bernadet denuncia que el 50% de abusos sexuales son a menores. 18 de noviembre del 2022. (16/10/23)
<https://www.elperiodico.com/es/sociedad/20221118/fundacion-vicki-bernadet-denuncia-50-78769068>

Nº 150 - Julio / Septiembre 2023

· Edita, Fundación Sexpol ·
· Sociedad Sexológica de Madrid ·
C/ Fuencarral, 18-3ª Izda.
28004 Madrid
Tel. 91 522 25 10
<http://www.sexpol.net>
info@sexpol.net

Dirección
Rosario Mora

Consejo de Redacción

Ana Márquez, Clara González,
Roberto Sanz, Rosario Mora

D.L. M.41536-1982 / ISSN:0214-042X
Diseño cubierta: C. G. Mora

Revisión y maquetación: Fundación Sexpol
La revista no se hace responsable de las opiniones
expresadas por sus redactores y colaboradores

Redes sociales:

Web: <https://www.sexpol.net>

Correo electrónico: info@sexpol.net

Instagram: <https://www.instagram.com/fundacionsexpol/>

Facebook: <https://www.facebook.com/fsexpol/>

Youtube: <https://www.youtube.com/user/FSEXPOL>

Telegram: <https://t.me/fundacionsexpol>

Twitter: <https://twitter.com/@fundacionSexpol>



Obra de Belén Cabrera para la Exposición GenitArte

En el número 149:

<https://www.sexpol.net/wp-content/uploads/2023/07/Sexpol149.pdf>

- Editorial / Roberto Sanz. Pág. 2
Jugando con hormonas. La medicalización de procesos fisiológicos: ciclo menstrual y menopausia / Elisabet Gómez Mora. Pág. 3
¿Es posible quererizar la escuela? / Lara Ballesteros Arizcuren. Pág. 8
Cortando las redes reales de la ciber violencia de género en adolescentes / Marta Saiz Sánchez. Pág. 15
Asistencia sexual ¿solución a un problema estructural? / Jennifer Ibáñez Pampliega. Pág. 19
Empoderamiento en tiempos de la 'Femme fatale' / Anne Fernández Ibáñez. Pág. 24
¿Podemos hablar de una próstata femenina? / Diana Bonilla del Campo. Pág. 28
RADFEM y TRANSFEM ¿Cuál es el sujeto del feminismo? / Irune Gozalo Letamendi. Pág. 32
EDUCACIÓN SEXUAL: un derecho en tierra de nadie / Reinaldo Andrés Abarca Inostroza. Pág. 37

<https://www.sexpol.net/revista/>

¿Quieres estudiar **Sexología** con perspectiva de **Género**?

MÁSTER SEXOLOGÍA Y GÉNERO

Partiendo del concepto de Sexualidad humana y la estructura social marcada por el patriarcado y las limitaciones propias de los géneros, el máster pretende ofrecer no sólo los contenidos más representativos y centrales de ambas líneas sino también la constante interrelación entre ellas y las influencias y sinergias que se generan a nivel personal y social. Aprenderás y adquirirás las **herramientas** necesarias para trabajar con todos los **colectivos**.

+INFO

MÁSTER TERAPIA SEXUAL Y DE PAREJA CON P. DE GÉNERO

Partiendo de un concepto saludable de la Sexualidad y una estructura social marcada por el patriarcado y las limitaciones propias de los géneros, el máster ofrece la posibilidad de revisar las variables implicadas en el la valoración e **intervención en sexualidad** y las relaciones. Aprenderás y adquirirás las **herramientas** necesarias para trabajar las diferencias individuales en consulta.

+INFO

MÁSTER SEXOLOGÍA SANITARIA CON P. DE GÉNERO

Pretende ofrecer no sólo los contenidos más representativos y centrales de la Sexualidad sino también su **presencia e influencia dentro del ámbito sanitario** de atención primaria a nivel personal y social. Es una formación que les permita, bien introducirse en este campo de la sexología o bien complementar su formación o desempeño profesional.

+INFO

CURSO MONITORA ED. SEXUAL CON P. DE GÉNERO*

Al finalizar el curso serás capaz de **impartir talleres de educación sexual con perspectiva de género** para fomentar la salud sexual en diversas poblaciones. Pretende abarcar los contenidos más relevantes para la educación sexual en el ámbito público y privado.

*250 horas (no titulación universitaria)

+INFO

Másteres Propios de la U. Nebrija

60 ECTS - Inicio en octubre
Modalidad presencial u online
Amplia carga práctica



UNIVERSIDAD
NEBRIJA