

Sexpol

Nueva etapa

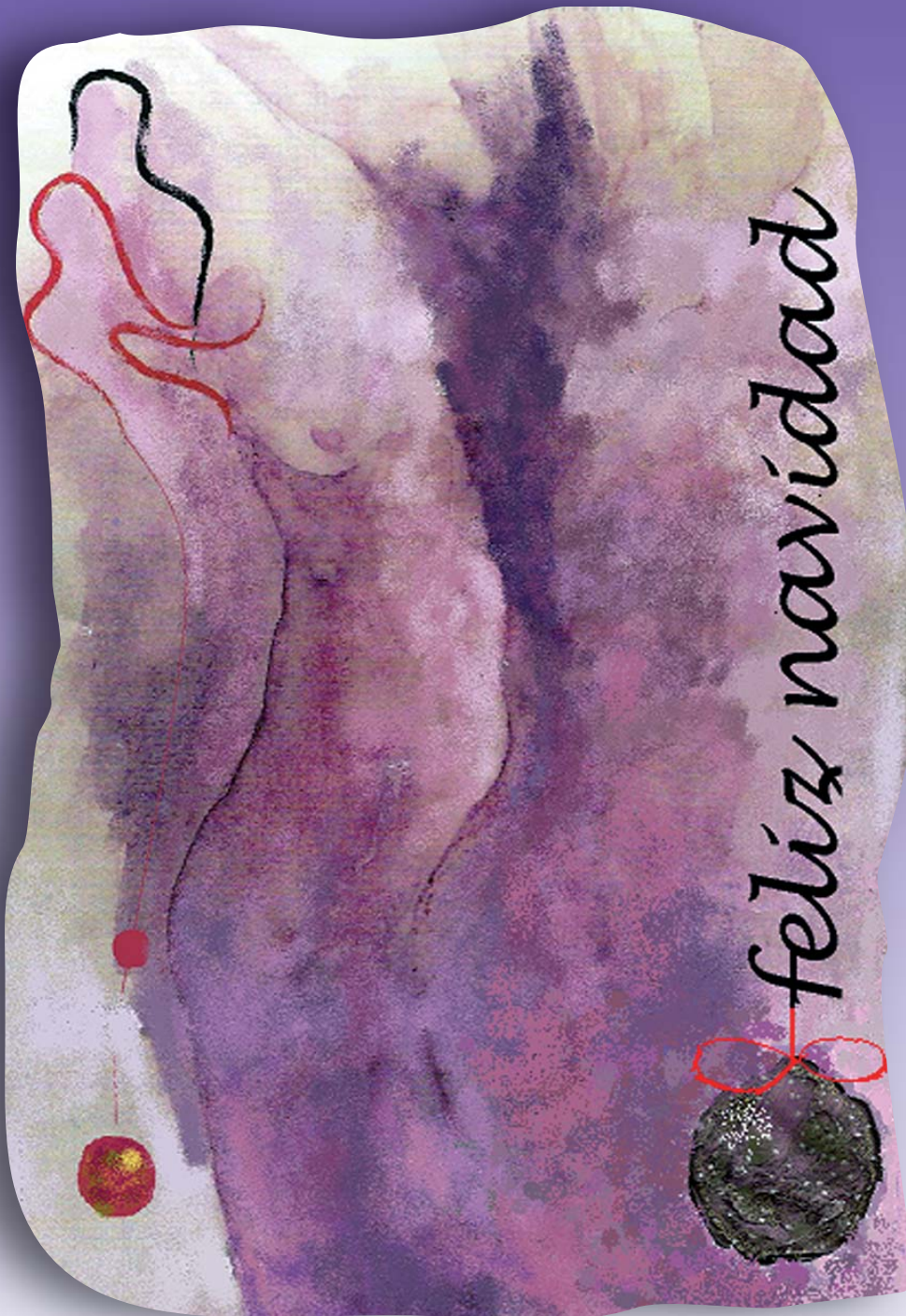
<http://www.sexpol.net>

info@sexpol.net

Noviembre / Diciembre 2010

número 97

Revista de Información Sexológica



XI CONGRESO ESPAÑOL DE SEXOLOGÍA

XI CONGRESO ESPAÑOL DE SEXOLOGÍA

Y V ENCUENTRO IBEROAMERICANO DE PROFESIONALES DE LA SEXOLOGÍA

Pasado el Congreso, es momento de reflexión y análisis. El XI Congreso Español de Sexología y V Encuentro Iberoamericano de Profesionales de la Sexología celebrado en Santiago de Compostela ha sido un éxito. La asistencia ha sido numerosa; cerca de 400 profesionales asistentes, 228 autores presentando 162 trabajos, según datos de la FESS. Aunque bien es cierto que me ha ocurrido como con la *sensación térmica*; mi *sensación de asistencia* es más baja, contando a ojo el número de transeúntes por los pasillos. Como viene siendo habitual, las preferencias se han orientado a los talleres, siendo estos por regla general las actividades de mayor participación. Las mesas han sido muy variadas, con una participación más variada aún. En total 10 conferencias, 27 mesas redondas, 4 mesas de pósteres digitales, 20 talleres, además de vídeos y presentaciones de libros. Creo que se ha podido mantener la línea de calidad de pasados congresos; esto es, sin alardes, ni sorpresas, pero dentro de la corrección y, seguramente, dentro de las posibilidades.

Como elementos destacables podríamos citar el manifiesto a favor de despatologizar la transexualidad como enfermedad mental, firmado por la FESS junto a la Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales (FELGTB). Y lo destaco porque me llama la atención la dimensión social de esa firma, dentro del panorama sexológico actual. Panorama que peca aún de cierta *farmacodependencia* que ha sido visible, como años atrás, en los stands de laboratorios farmacéuticos, ciertas mesas redondas y el patrocinio de todo el material por estas industrias y sus productos. Entiendo que un congreso de este tamaño necesite de ciertas aportaciones económicas que aseguren unos mínimos de calidad, pero también entiendo que haya que plantearse poner límites a ambos lados: el de los laboratorios y el de la organización. Los primeros pueden ser necesarios, pero nunca debería ser principales, mucho menos prioritarios. Y los

segundos pecan aún, siempre desde mi óptica, de ese *querer aparentar* nada práctico. Igual se podría haber optado por un poco más de austeridad, poniendo en duda al menos los hoteles de cinco estrellas o los botafumeiros. Y el botafumeiro ya es otro tema a destacar, porque mira que resulta *curioso* ver ofrecer un acto religioso a un grupo de sexólogas; no entro en creencias personales, sino en creencias institucionales. Muchas organizaciones y asociaciones no sólo no hacen nada cuando la Iglesia desprestigia el preservativo como método preventivo del VIH, sino que se dejan llevar (insisto, como instituciones, no como personas) y entran en el juego.

Destaco, por otra parte y barriendo para casa, el nombramiento de Julián Fernández de Quero Presidente de Honor de la FESS, textualmente "*por sus merecidos logros a favor de la Sexología en España, al ser un pionero de la misma*".

Pero si tuviera que destacar algo, por encima de todo, sería la ampliación del campo de visión. Cada congreso me muestra cómo, todas las profesionales, poco a poco, jornada tras jornada, vamos cercando nuestro campo de acción profesional a través de rutinas y hábitos. Estas concentraciones sirven bastante para poder levantar la cabeza de nuestro trabajo y ver qué se hace, cómo y por qué, en otras partes del mundo. Todas las ponencias, presentaciones, etc., enseñan algo. De todas se puede extraer una idea, un concepto, o una crítica. Muchos temas se repiten, otros se plantean erróneamente, y otros se presentan de forma, digamos, poco apetecible. Pero siempre podemos sacar un beneficio. Críticas habituales aparte, creo que ha sido un buen congreso. Una buena oportunidad para seguir en la brecha Sexológica, ampliando las miras hacia todo el territorio. No me dejó satisfecho, pero tampoco lo contrario.

29 de noviembre de 2010

ROBERTO SANZ MARTÍN



Nº 97 - Noviembre / Diciembre 2010

Edita, Fundación Sexpol -
Sociedad Sexológica de Madrid

C/ Fuencarral, 18-3ª Izda.
28004 Madrid
Tel. 91 522 25 10
Fax: 91 531 34 59
http://www.sexpol.net
Sex-Info: 91 522 23 33 / 34
info@sexpol.net

Dirección
Rosario Mora

Consejo de Redacción
Germán San Raimundo, Julián Fernández, Ana
Márquez, Carlos San Martín, Antonia Sánchez,
Clara González, Roberto Sanz

Colaboran en este número:
Julián Fernández de Quero, Junta Directiva FESS, Norma
E. Román, Jéssica García, María I. Ventura, Inmaculada
Barros, Roberto Aguado, Margalida Rubí, Antoni
Bolinches, Álvaro Beltrán, Amparo Bonilla y Vicent
Bataller, Ana Sierra, María Victoria Ramírez.
Dibujo portada: Alexandra Estévez Hervás

Maquetación, J. González Salas

Impresión, Stud-Graf.

D.L. M. 41536-982 / ISSN: 0214-042X

La revista no se hace responsable de
las opiniones expresadas por sus
redactores y colaboradores

Contenido

Editorial: XI Congreso Español de Sexología y V Encuentro Iberoamericano de Profesionales de la Sexología / Roberto Sanz Martín, p. 3

Conclusiones: XI Congreso Español de Sexología / Junta Directiva de la FESS, p. 4

Breve historia de la Sexualidad en España / J. Fernández de Quero, p. 6

Los mitos sexuales y el déficit de conocimientos relacionados con la masturbación en la UAL / Jéssica García González, María Isabel Ventura Miranda, Inmaculada Barros Plaza, p. 8

Intervención en Sexología con Terapia de Interacción Recíproca "La emoción decide y la razón justifica" / Roberto Aguado, p. 11

Noticias en la Red / Norma Emilia Urtiz, p. 14

7 pasos para prevenir el Abuso sexual infantil / Margalida Rubí Tomàs, p. 16

Los hombres 'Peter Pan' / Antoni Bolinches, p. 18

Salud sexual - Salud reproductiva y construcción de identidades de género en adolescentes de 15 a 19 años, Binidorm y Gandía (Comunidad Valenciana) / Álvaro Beltrán Navarro P, Amparo Bonilla Campos DP y Vicent Bataller i Perelló DM, p. 20

Terapias complementarias a la terapia sexual / Ana Sierra, p. 21

Programa de Atención en Sexualidad a la Población Inmigrante - UNAF / María Victoria Ramírez Crespo, p. 23



INTERVENCIÓN EN SEXOLOGÍA CON TERAPIA DE INTERACCIÓN RECÍPROCA “LA EMOCIÓN DECIDE Y LA RAZÓN JUSTIFICA”

XI Congreso

Roberto Aguado

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
Psicólogo Especialista Europeo en Psicoterapia.

Presidente del Instituto Europeo de Psicoterapias de Tiempo Limitado

Autor del modelo de Psicoterapia de Tiempo Limitado: Terapia de Interacción Recíproca



Psicoterapia es el arte con el que conseguimos darnos cuenta del permanente dialogo con nuestra biografía. Por lo tanto la enfermedad hay que contemplarla en función de la trayectoria de una vida.

Roberto Aguado.

Son muchos años los que llevamos estudiando el vínculo relacional como uno de los espacios más interesantes en el cambio terapéutico. La Terapia de Interacción Recíproca es una terapia que entiende que el vínculo es uno de esos espacios mágicos donde se puede y se debe intervenir en la psicopatológica general y en la clínica sexual en particular.

Pensamos que las relaciones con las primeras personas referenciales son cruciales para el sosiego del sustrato biológico y neurológico que nos proporciona la sensación como mamíferos de seguridad o de peligro. Nuestro mosaico emocional debe estar integrado en un marco global de seguridad vital, para ello hay una serie de “cariños” o “amores” que deben haberse realizado con las personas referenciales en los primeros momentos de nuestra existencia, cualquier mamífero necesita para sobrevivir no solo que le den alimento, también cariño, ya que el cariño certifica que seguirá siendo cuidado y por lo tanto se mantendrá con vida. Entendemos que un cerebro emocional codificado en peligro, no solo gobierna la totalidad del sistema global, sino que en estas condiciones la enfermedad es una expresión necesaria dentro de una dinámica de aviso y comunicación sobre la inmediatez de la necesidad de un cambio que ayude a mantener una mejor manera de interacción con el exterior y el interior del psiquismo que esta en conflicto.

Todas nuestras representaciones, cogniciones, conductas o emociones, se pueden entender en clave de memorias, y estas memorias gobiernan no solo en el presente, sino que nos abren los senderos del futuro y determinan nuestra experiencia en el pasado. Estas memorias necesitan para grabarse caldos de cultivos propicios, y después de mucho investigar y observar, tanto neurólogos, como biólogos y psicólogos hemos llegado a la conclusión de que los condimentos de este guiso son:

- Un estado mental determinado. Que para que se produzca debe contener una biología y una activación específica.
- Un ambiente suficientemente ligado a componentes de seguridad-peligro para el sistema que memoriza.

Los vínculos son puntos de cruce, lugares en los que confluyen varias coordenadas de un mismo sistema. En estos

puntos de cruce esta lo crucial, lo esencial. Cuando nacemos lo esencial es poder vincularse, sino lo hiciéramos moriríamos. Nuestro cerebro emocional esta diseñado para que se produzca un vínculo con nuestras personas referenciales. Ser querido y alimentado es la plataforma necesaria para sobrevivir. Cuando nuestro cerebro limbico puede identificar que se están realizando las necesidades afectivas básicas, certifica que podremos sobrevivir, y esto da equilibrio al sistema. Es aquí donde se consigue el estado mental al que nos referíamos anteriormente, en este momento la biología subyacente consigue un clima de seguridad y de bienestar.

Renn concluye que cuando nos encontramos con traumas acumulativos en las relaciones, éstos van a terminar por producir un impacto en la maduración del sistema orbitofrontal y generar una permanente falta de regulación en los estados de miedo. Los trabajos de Lyons-Ruth y Jacobvitz relacionan el apego desorganizado con una predisposición a la violencia en las relaciones personales, a padecer estados disociativos y trastornos de conducta en niños y adolescentes, así como a desarrollar en la vida adulta el denominado trastorno borderline de la personalidad. De igual forma el desorden sexual esta muy determinado por el universo vincular del sujeto, de tal forma que, podríamos predecir la sexualidad de cualquier persona a través del conjunto de los vínculos con los que se relaciona. La forma en que nos relacionamos y nos vinculamos, tanto con nosotros mismos, con quien nos rodea y por supuesto con el ambiente en el que convivimos, es uno de los indicadores más certeros de nuestra forma de sentir y vivir nuestra sexualidad.

En **Terapia de Interacción Recíproca** sabemos bien que estos enlaces o vínculos tempranos no sólo nos dan climas de seguridad o de inseguridad, de dependencia o independencia, y sobre todo de simbiosis o autonomía, sino que son además las bases en las que nos apoyaremos permanentemente a lo largo de nuestra vida.

La clínica sexual ocurre como un emergente cuando nuestros vínculos están amenazados, sobre todo los vínculos que establecemos con nosotros mismos y nuestra capacidad de afrontar cada uno de los escalones de nuestra vida evolutiva. Es un error quedarse en el intento de solución de la dis-

función, del displacer o del trastorno sexual solo desde la emergencia o síntoma, ya que este sólo nos avisa, es cómo el cartero que nos trae la correspondencia, nuestra energía debería dirigirse a averiguar que vínculo dentro de nuestra red global se encuentra excesivamente presionado o a punto de romperse.

En **Terapia de Interacción Recíproca** hay tres informaciones trascendentales para elegir el tratamiento y la tecnología a emplear para qué la terapia sexual sea eficaz:

- **Que tipo de funcionamiento global encontramos en el cerebro del afectado/a.** Es decir, cuando el cerebro vive dentro de una situación de peligro vital en su globalidad se incapacita el control cognitivo (CEREBRO TIPO II), mientras que el cerebro que vive dentro de un marco de seguridad global es capaz de controlar desde la razón la respuesta emocional (CEREBRO TIPO I). Por lo tanto en cuanto a su funcionamiento son dos cerebros completamente distintos.
- **Que tipo de carencias en las relaciones con sus personajes referenciales ha tenido el sujeto.** Siendo muy distinto haber tenido estas carencias en su micro (familia de origen), meso (barrio, escuela, pueblo) o macrocontexto (sociedad).
- **Que tipo de solución queremos para el sujeto, solo a nivel sintomático o en su globalidad como persona.**

Esta información tiene una importancia sublime para la intervención ante el paciente con disfunción sexual, ya que aunque toda la comunidad científica esté de acuerdo en las premisas anteriormente expuestas, sin embargo, es habitual, por no decir global, la creencia científica de que la forma en que hay que resolver la clínica sexual es enseñando al sujeto a realizar la interpretación cognitiva de la situación a través de la psicoterapia. Cuando se aplican tecnologías terapéuticas de esta características, realmente a nivel neurofisiológico, lo que se hace es conseguir que el cerebro cortical sea capaz de poder intervenir en el proceso, reestructurando la respuesta del sujeto, para que de esta forma el sujeto sea capaz de identificar la normalidad del estímulo y por lo tanto pueda inhibir la respuesta disonante por otra más adaptada (desensibilización, exposición etc). Pero esta forma de intervención no es eficaz para todos los pacientes y la realidad clínica nos indica que, cerca del 35 % de sujetos que padecen trastornos sexuales no son capaces de salir de la cárcel psicológica en la que se encuentran, ya que su cerebro emocional impide que puedan retomar el control desde la razón (Cerebro tipo II). Y es en este punto dónde comienza nuestra investigación ya que en este tipo de funcionamiento cerebral las conexiones entre el sistema límbico y la corteza cerebral pasan por unos canales muy potentes, es decir la emoción inunda la cognición y la neutraliza, en cambio, la comunicación inversa entre la corteza cerebral y el sistema límbico pasa por unos canales muy delgados, que se pueden colapsar con facilidad impidiendo la comunicación. De aquí nuestra sentencia: "la emoción decide y la razón justifica".

Proponemos cambios en la forma cómo interpreta-

mos desde nuestra atalaya de sexólogos, al paciente que tiene una disfunción sexual. Y para ello invitamos a la comunidad clínica a que se de cuenta de que variando dónde intervenimos evitamos estériles sufrimientos a los pacientes. La reestructuración desde la razón debe hacerse siempre, esto está claro, pero para conseguir un cambio terapéutico en un porcentaje mayor que el actual, hay que trabajar las memorias emocionales que impiden dicha reestructuración, de tal manera que, en primer lugar hay que intervenir en la emoción para cambiar dichas memorias, y una vez conseguido, es cuándo podremos realizar la reestructuración cognitiva.

La creencia de que la razón siempre es capaz de modificar la respuesta emocional, no sólo no se sostiene desde el punto de vista neurológico, sino que no deja de ser una especie de idealismo, impropio de científicos. Metafóricamente podríamos decir que si es una borrasca puede servir poner diques en el puerto, pero si es un tsunami debes conseguir que el maremoto no vuelva a producirse y para esto hay que intervenir en el propio mar, en ocasiones en sus profundidades para que el choque de las placas continentales no generen un impacto tan brusco.

"La emoción tiene que ver fundamentalmente con la motivación y la acción, mientras que la cognición está relacionada con el conocimiento y conlleva el análisis de la situación y la decisión de hacer, la acción es emotiva" (Izard 1993).

La razón debe ser capaz de modular la emoción. Estar bajo la dictadura de las emociones no es conveniente. Pero saber que esto tiene que ser así, no significa que siempre lo sea, de tal forma que cuándo la emoción es la que gobierna sobre la razón (programa supervivencia, cerebro tipo II) en ese momento de poco sirve lo que <<debería ser>> y es en esta situación dónde tenemos que dejar la ideología psicológica y reconocer los hechos.

Para poder intervenir con un cerebro en el que la emoción es la que lleva las riendas, hay que incidir sobre la emoción en sí misma, y en este territorio la reestructuración cognitiva no nos sirve. Desde la Terapia de Interacción Recíproca así como sucede en todas las psicoterapias de tercera generación, proponemos engatillar otro programa emocional incompatible o antídoto al desajustado como tratamiento en la terapia sexual, es decir allí donde hay pánico poner seguridad, donde se aprecia tristeza activar la rabia o la felicidad, y donde aparece la emoción de asco, generar una emoción tal como la curiosidad o la admiración, en ese momento el nuevo clima emocional propiciará que de nuevo la razón pueda incidir y por lo tanto volvamos a la situación ideal, en la que la lógica formal gobierna sobre la lógica caótica de la emoción. De esta manera debe quedar clara esta primera premisa:

"En un cerebro que vive dentro de un marco de peligro vital, la emoción gobierna sobre la razón, y es sólo cuándo intervenimos en la emoción, activando otro programa emocional incompatible con el anterior, cuándo volveremos a un clima de calma, y es ahí dónde la razón podrá ejercer de nuevo su gobierno".

De todo esto concluyo que la verdadera intervención eficaz ante la clínica sexual, es aquella que activa un programa

emocional incompatible o antídoto con el anterior. Ya qué si hacemos un estudio de la naturaleza de la emoción comprenderemos que la emoción en sí esta diseñada para encaminarnos a una acción específica. En el caso del miedo, la acción será querer huir, protegerse, escapar. Por lo tanto en cerebros tipo I, desde la lógica de la razón, somos capaces de engatillar una emoción incompatible con el miedo tal cómo sucede con la seguridad, el interés, la alegría etc., permitiendo que el sujeto pueda recomponer su respuesta ante estos nuevos patrones que le mueven hacia el dominio de la situación tales cómo, tener las riendas (seguridad), observar mejor, prestar a nuevos elementos de la situación atención (interés), o simplemente vivir lo cómico de la situación o de lo excitante (alegría o euforia). Pero en los cerebros tipo II, esto es imposible, ya qué al vivir una situación de supervivencia la razón no puede gobernar, y por lo tanto es preciso directamente incidir sobre patrones emocionales incompatibles cómo los descritos anteriormente.

Por todo ello concluimos que en los pacientes con cerebro tipo I, es decir enmarcados dentro de un patrón global de seguridad, el cambio de pensamiento interfiere en el

programa emocional vigente, aunque la actividad cognitiva no es la que gobierna, ya que será el nuevo programa emocional que se dispara el que tenga dicho gobierno. Sin embargo en el cerebro tipo II, en el que el sujeto se encuentra dentro de un patrón global de peligro vital, el cambio de pensamiento no interfiere en el patrón emocional vigente, ya que las estructuras subcorticales prefieren comunicarse entre si, no siendo capaz la actividad cognitiva de poder cambiar el programa emocional desadaptado, necesitando de una terapéutica que sea capaz de conseguir que el sujeto salga de este secuestro emocional, y para ello no es tan importante intentar reestructurar la actividad cognitiva, como modificar el input emocional.

La psicoterapia del siglo XXI debería dejar de intentar reparar memorias del pasado, y darse cuenta que la mejor terapia es la que genera en el presente un engatillamiento de un patrón emocional antídoto o contrario al que el sujeto esta anclado. En definitiva cambiar pánico por seguridad, vergüenza por curiosidad, culpa por admiración o asco por interés, ante el mismo estímulo.

Referencias

1. **Aguado, Roberto.** Manual práctico de Terapia de Interacción Recíproca. Hipnosis clínica en psicoterapia. Madrid: Síntesis; 2005.
2. **Aguado, Roberto.** Tengo miedo a tener miedo. Madrid: Piramide; 2009.
3. **American Psychiatric Association. Handbook of Psychiatric Measures.** Washington, 2000.
4. **Benito de Benito L.M., Aguado Romo R.** More on sedation in digestive endoscopy. Rev Esp. Enferm Dig 2009; 101; p 483-491.
5. **Caspi, Avshalom; McClay, Joseph; Moffitt, Terrie; Mill, Jonathan; Martin, Judy; Craig, Ian; Taylor, Alan ; Poulton, Richie.** Role of Genotype in the Cycle of Violence in Maltreated Children. Science, 2 August 2002; Vol. 297. n° 5582, pp. 851 – 854.
6. **Greenberg, L.S., Paivio, S.C.** Trabajar la emoción en psicoterapia. Barcelona: Editorial Paidós; 1999.
7. **Jung, C. G.** El concepto de inconsciente colectivo. (1936). En C.G. Jung. Los arquetipos y lo inconsciente colectivo. Obras Completas 9. Barcelona: Editorial Trotta; 2002.
8. **Marcus, Gary.** The Birth of the Mind. NY: Basic Books; 2004. Trad. Española: El nacimiento de la mente. Barcelona: Ariel; 2005.



Ilustraciones de "Genitarte" por alumnos del Máster de la Fundación Sexpol



Vaginas impenetrables. Mujeres que sufren de dispareunia y vaginismo postraumático precisan de un tratamiento para superar su miedo al dolor y disfrutar de nuevo del coito. La sífilis sobrepasa a la gonorrea y ambas se sitúan en los niveles más altos desde el año 2001. 3 Octubre 10 - Madrid - Silvia C. Carpallo

Las relaciones sexuales no siempre son un placer. Existen factores fisiológicos y psicológicos que pueden truncar la mejor de las sesiones amorosas. Es el caso de la dispareunia o dolor durante la penetración, y que no hay que confundir con el vaginismo, es decir, la imposibilidad de tener una relación coital debido al espasmo involuntario de los músculos de la vagina que impiden la propia penetración.

Miedo

Pese a ser diferentes, en ocasiones van unidos, y generan frustraciones. Esta dificultad, que puede ser de tipo fisiológica o psicológica incluso supone un impedimento a la hora de querer tener hijos. Matilde Gómez, ginecóloga del Gabinete Médico Ginecológico de Santa Cruz de Tenerife, explica que «lo más frecuente es la dispareunia, el vaginismo es menos frecuente y precisa apoyo psicológico durante mucho tiempo».

Son diversos los casos en los que estos problemas suceden de forma postraumática, «cualquier estímulo adverso que se asocie con el acto sexual puede ser el responsable del bloqueo que sufre la mujer», explica Blanca Rovira, psicóloga y directora del Centro de Sexología Sabadell. «Nos podemos encontrar mujeres que pasaron por alguna revisión ginecológica con dolor —explica la experta en este tipo de disfunciones sexuales— abusos sexuales en la infancia o adolescencia, ignorancia respecto al sexo debida a la escasa educación sexual recibida o por algún miedo al parto, a quedarse embarazada o no saber estar a la altura de la pareja, al rechazo, al contagio de enfermedades de transmisión sexual (ETS), etc.». Con ella se encuentra de acuerdo Gómez, que añade que «por su puesto que la mala información sobre sexualidad crea estados de ansiedad que llevan a una mala lubricación y por tanto originar cierto grado de dispareunia o vaginismo».

<http://www.larazon.es/noticia/7420-vaginas-impenetrables>

Cero penetraciones

Otra cuestión es que la paciente sepa identificar el problema. Para empezar, en el caso de vaginismo, hay que saber diferenciar entre vaginismo primario y secundario, así, tal como lo explica Rovira, «es más común el primario, es decir, las mujeres que nunca han podido realizar una penetración frente a las que sí han podido en algún momento». Respecto al tiempo que tardan en acudir a terapia, la psicóloga y sexóloga cita que «es frecuente encontrar a féminas que acuden a terapia sexual tras años con la disfunción, sobre todo si están en edad de tener hijos».

En cuanto al tratamiento, Gómez aporta que «en los casos de dispareunia en los que no identificamos la causa orgánica y en todos los casos de vaginismo, es necesario el tratamiento psicológico». Aún así, esta terapia funciona como apoyo a unos ejercicios físicos «en el caso del vaginismo —continúa Gómez— es necesario que la mujer tome conciencia de su periné y sepa contraerlo y relajarlo voluntariamente e incluso usar dilatadores progresivos de la vagina que le permitan intentar una penetración». Sobre la cuestión emocional, Rovira señala que «es fundamental trabajar con técnicas de relajación, respiración, el conocimiento del propio cuerpo, el pensamiento positivo, que ayudarán a la mujer a llevar el control de la situación sin ansiedad y con menos miedo».

A este respecto también coexisten técnicas más experimentales, puesto que, como añade Blanca Rovira, «si la mujer está muy bloqueada, también se puede optar por el uso de la hipnosis clínica con resultados muy sorprendentes». La forma más eficaz de llevar esta terapia es compaginar el trabajo en consulta con los ejercicios en casa, «lo ideal es que una vez identificado el problema y se decida el tratamiento, sea un fisioterapeuta (normalmente especializado en suelo pélvico) quien ayude a la paciente con todos los ejercicios, para que luego la paciente, más cómoda y relajada, los realice en su casa», concluye Gómez.

europapress.es

MADRID, 4 Oct. (EUROPA PRESS) 18/08/2010

Fumar es una de las actitudes "menos seductoras" que existen AFIRMAN LOS SEXÓLOGOS

El hábito de fumar no sólo eleva significativamente el riesgo de aparición de distintos tipos de disfunciones sexuales en el hombre y en la mujer sino que también "pasa por ser una de las actitudes menos seductoras" a la hora de encontrar una pareja, según han concluido los sexólogos, médicos y psicólogos reunidos en el XI Congreso Español de Sexología, que se celebra en Santiago de Compostela.

Organizado por la Federación Española de Sociedades de Sexología (FESS), este encuentro tiene como objetivo poner de manifiesto que el tabaco interfiere perjudicialmente sobre los principales "pilares" de la sexualidad, especialmente sobre la seducción, condicionada por la impresión que provocan los dientes amarillos, el aliento fuerte y molesto y la piel debilitada y deshidratada derivados del tabaquismo.

Según explica la presidenta de la FESS, Miren Larrazábal, "los fines de la sexualidad son la reproducción (afectada por el tabaco), el placer (también afectado por el consumo de cigarrillos) y la comunicación (en cuyo apartado se encuentra de forma primordial la comunicación persuasiva o seducción)".

<http://www.europapress.es/sociedad/salud/noticia-fumar-actitudes-menos-seductoras-existen-20101004162404.html>

Además, cada cigarrillo produce, por el efecto de la nicotina, en torno a media hora de vasoespasmos arteriales, por lo cual, si alguien está despierto unas 16 horas al día y fuma 30 cigarrillos diarios, no le da suficiente descanso a sus arterias, comentan desde la FESS.

Esto provoca que las arterias se mantengan en contracción casi toda la jornada, un hecho que no ayuda a que los vasos de los genitales reciban la sangre que necesitan y se dilatan para lograr la erección en el hombre o la lubricación en la mujer, subrayan los especialistas.

A nivel general, la nicotina del tabaco tiene una incidencia negativa en todos los niveles de la salud humana. De hecho, el efecto de ciertas sustancias y metales tóxicos contenidos en los cigarrillos (cadmio, aluminio, cobre, níquel, cromodisulfuro de carbono y cianuro hidrogenado) disminuyen la distribución del oxígeno e incrementan el trabajo cardíaco, con un ascenso del colesterol total, del LDL --colesterol "malo"--, los triglicéridos y un descenso del HDL --colesterol "bueno"--.

MILENIO.COM Criarse con parejas gay no determina orientación sexual

El temor de que un niño se vuelva gay o lesbiana al ser criado por una pareja del mismo sexo es una creencia generalizada que no corresponde a la realidad y en la cual se basa el rechazo social a que estas parejas adopten hijos.

Guadalajara.- El temor de que un niño se vuelva gay o lesbiana al ser criado por una pareja del mismo sexo es una creencia generalizada que no corresponde a la realidad y en la cual se basa el rechazo social a que estas parejas adopten hijos, aseguró el ex presidente de la Asociación Mundial para la Salud Sexual (la cual presidió de 2005 a 2009) Eusebio Rubio-Aurioles.

"Todo el temor de que la crianza pueda estar problematizada, está fundamentada por la creencia de que la imitación, la identificación o el ambiente en que viven las personas homosexuales puedan determinar o facilitar el surgimiento de una orientación homosexual en el niño", apuntó el especialista, entrevistado por Público tras su ponencia en las Jornadas Estatales Avance en Salud Mental 2010, que realizó el Instituto Jalisciense de Salud Mental (Salme).

... En su ponencia, Rubio-Aurioles, doctor en sexualidad humana, expuso los resulta-

dos de estudios mundiales sobre el tema, que en su momento también entregó a la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

"Es muy claro que hay un componente biológico en la orientación sexual que se traduce en la realidad de que no es algo ni elegido, ni producto de la educación, ni del trauma, como durante muchos [años] creímos que era", sostuvo. El estímulo homosexual es algo que viene en la estructura neurológica, se puede aprender a funcionar, y a aguantarse pero no se quita", insistió.

Para los científicos esta certeza es insuficiente, por lo cual dieron seguimiento a hijos criados por familias homoparentales que, en resumen, demuestran que la orientación sexual tampoco se aprende por estos mecanismos de imitación, ni de identificación, dijo el entrevistado.

<http://www.milenio.com/node/549919>

Los cursos de educación sexual que imparten técnicos de sanidad desde hace dos años, en la mayoría de los 400 institutos públicos y concertados, no solo están paralizados "temporalmente", sino que su reedición pende de las presiones de grupos ultra católicos dirigidas a modificar sus contenidos. Fiel a los valores morales de grupos católicos conservadores -Camino Neocatecumenal, conocidos como kikos por su fundador Francisco Argüello, o Valencia Educa en Libertad-, la secretaria autonómica de Educación, Concha Gómez, propuso a la Consejería de Sanidad cambios en el Programa de Intervención en Educación Escolar (PIES) que se ofrecen a los adolescentes de 3º de ESO con la idea de centrar el temario "en la sexualidad en la familia", según apuntan fuentes sanitarias.

Desde la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad se elaboró una contrapropuesta que mantenía, en esencia, el contenido "científico, de educación sexual basada en la evidencia" del programa original. De hecho, fue esta dirección general la autora del PIES, que contó con el aval de las principales sociedades científicas de sexualidad estatales y por la principal entidad de médicos de familia (Semfyc). Ante estas diferencias hay pendiente una reunión para definir el temario final de los materiales educativos, en caso de que -como ha matizado la Generalitat Valenciana- se impartan el año que viene. "No tenemos nada que decir al respecto", se limitó a afirmar ayer la Consejería de Educación. No obstante, dejó la puerta abierta a futuros cambios en el temario, ante la pregunta reiterada de si se mantendría íntegro el contenido original de estos programas.

La Consejería de Educación ha hecho oficial ya que los próximos cursos serán impartidos por "psicopedagogos y no por técnicos de sanidad [enfermeras o sexólogos]". La paralización temporal del PIES, según el mismo portavoz, obedece a la necesidad de hacer "ajustes que se han observado con los años de funcionamiento, como simplificar el lenguaje", sin precisar la orientación del cambio.

La suspensión no ha sido notificada a los directores, ni a los departamentos de orientación de los institutos ni a los propios psicopedagogos o psicólogos que tienen que impartir la materia, confirman desde la Asociación Profesional de Directores de Secundaria.

En primera línea de oposición al "polémico PIES" está la Federación Educación y Desarrollo en Libertad (Fedel) integrada por docentes católicos y adscrita a la plataforma estatal España Educa en Libertad a través de la filial Valencia Educa en Libertad (Vael). Esta entidad ha pedido a Educación que arbitre las medidas necesarias "para que los derechos de las familias queden salvaguardados siempre que se pretenda que nuestros hijos asistan a actividades extracurriculares y, especialmente, si tienen alguna implicación de carácter moral, como es el caso de los programas PIES".

Juan Carlos Muñoz, portavoz de Fedel, comentó ayer a este diario que "la sexualidad está íntimamente relacionada con la afectividad y la moral" e insiste en que "los técnicos de la Consejería de Sanidad no son quienes para arrogarse la potestad de decir con qué criterios se educa a sus hijos". También los miembros del Camino Neocatecumenal (conocidos como kikos) han presionado en centros concertados para combatir los PIES e impartir clases de sexualidad desde el prisma de la moral católica conservadora.

Estos mismos grupos ya se opusieron al capítulo del temario de Educación para la Ciudadanía, por considerar que el Gobierno socialista pretendía "adoctrinar" a los estudiantes. Entonces, el consejero Font de Mora y Concha Gómez, en otro guiño hacia esos grupos católicos, consintieron introducir la objeción de conciencia en la norma valenciana, que finalmente en julio de 2009 acabó tumbando el Tribunal Superior de Justicia valenciano.

En el polo opuesto, la presidenta de la Confederación Gonzalo Anaya de la escuela pública, María José Navarro, considera "muy grave" la paralización de los PIES, ya que "han funcionado correctamente y han servido de orientación y ayuda a los alumnos de ESO". Además, recuerda que "la educación sexual es necesaria y no se puede paralizar, es un complemento de la tarea educativa de las familias".

Los padres de la escuela laica sostienen que los PIES son programas que "son muy importantes para los alumnos de ESO, tanto para prevenir enfermedades de transmisión sexual, como para ayudarles a resolver dudas y darles nociones para vivir una sexualidad sana y positiva". Navarro solicitó a Educación que lleve a los órganos de consulta establecidos -como la Mesa de Padres- la adaptación de estos contenidos para poder valorarlos.

También el Col·lectiu Lambda salió en defensa de una educación sexual que reconozca "la diversidad afectivo-sexual".

...

El ministro de Educación, Ángel Gabilondo, terció ayer en la polémica y defendió la guía elaborada en colaboración con los ministerios de Sanidad y Bienestar Social, que desarrolla cada comunidad autónoma. "No contiene recomendaciones, ni recetas, ni mandatos, ni consignas. Son indicaciones de carácter general". El Gobierno central no trata de "banalizar" ni "trivializar" la sexualidad, sino vincularla a "una educación integral". Gabilondo precisó que en la conferencia sectorial de comunidades autónomas ya se determinó que cada Gobierno regional aplicaría la guía de la forma que considerara oportuna.



Campaña promueve el ejercicio digno de los derechos sexuales y reproductivos

EFE, Madrid. 17/11/2010

Una campaña de sensibilización, en la que están previstas acciones por toda España, promoverá que cualquier persona pueda ejercer sus derechos sexuales y reproductivos "con dignidad y respeto".

La campaña, presentada hoy en Madrid, es una iniciativa de la **Federación de Planificación Familiar Estatal** y de su filial madrileña, y cuenta con el respaldo del **Instituto de la Mujer**, dependiente del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

A juicio de sus promotores, la campaña se hace necesaria en estos momentos después de que el debate social y político sobre temas como el aborto o la anticoncepción de urgencia hayan puesto "en evidencia el desconocimiento de una parte de la sociedad de los principios que fundamentan los derechos sexuales y reproductivos".

La campaña habla de igualdad social y legal, del derecho a la autonomía sexual, a la

<http://www.adn.es/lavida/20101117/NWS-0859-Campana-reproductivos-ejercicio-sexuales-derechos.html>

libertad y la integridad corporal y a decidir sobre las distintas opciones reproductivas, además de insistir en la necesidad del derecho a la información sobre estas cuestiones y a recibir una educación sexual "de calidad, libre de estereotipos y prejuicios morales, ideológicos o religiosos".

En los actos informativos programados se promoverá el derecho a la atención y la protección de la salud sexual y reproductiva, y al que tienen todos los ciudadanos de "constituir la forma de convivencia que consideren más adecuada".

Isabel Serrano, presidenta de la Federación de Planificación Familiar Estatal, considera que "cuando hablamos de derechos sexuales y reproductivos estamos hablando de derechos humanos trasladados a una parte de nuestra vida, la que tiene que ver con nuestra capacidad para vivir nuestra sexualidad y nuestra vida reproductiva de una manera saludable, libremente elegida y sin riesgos".

...

Los cortometrajes deberán estar realizados en castellano y su duración oscilará entre los 90 segundos y los 30 minutos. La temática de los mismos deberá estar centrada en alguno de estos tres aspectos: el inicio de las relaciones sexuales (la 'primera vez'), la homosexualidad masculina y femenina o la maternidad libremente elegida.

...

Los participantes tendrán hasta el próximo 15 de abril para presentar sus obras, que deberán enviar junto con sus datos personales, al área de Promoción de la Salud del Distrito Poniente. Junto al cortometraje (que se entregará en formato DVD), cada proyecto deberá adjuntar una ficha técnica y artística, en la que se incluyan tanto el reparto como los distintos miembros del equipo técnico que hayan colaborado en su realización.

...

...



El Distrito Poniente convoca el II Certamen de Cortometrajes Forma Joven sobre Educación Sexual

Está dirigido a alumnos de los centros educativos de la comarca y a través de él se pretende que reflexionen acerca de la sexualidad

El Distrito Poniente de Almería ha convocado el II Certamen de Cortometrajes Forma Joven sobre Educación Afectivo-Sexual. El concurso está dirigido a los alumnos de los centros educativos participantes en el programa Forma Joven, que en el curso escolar 2010-2011, ascienden a 28. En esta edición el certamen se centra en la iniciación en las relaciones sexuales, la homosexualidad y la maternidad elegida.

Forma Joven es un programa impulsado por las Consejerías de Salud, Educación e Igualdad y Bienestar Social, que tiene como objetivo difundir hábitos de vida saludables entre los jóvenes. El programa incluye la asesoría, formación y difusión de información sobre los problemas de salud más habituales entre la población adolescente, haciendo especial hincapié en la prevención. La lucha contra el tabaquismo, los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual, los accidentes de tráfico, los trastornos alimentarios, la violencia de género, el acoso escolar o la salud mental, se encuentran entre los temas abordados a través de este programa.

<http://www.elalmeria.es/articulo/almeria/828864/distrito/poniente/convoca/ii/certamen/cortometrajes/forma/joven/sobre/educacion/sexual.html>



7 PASOS PARA PREVENIR EL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Margalida Rubí Tomàs

Trabajadora Social / Sexóloga

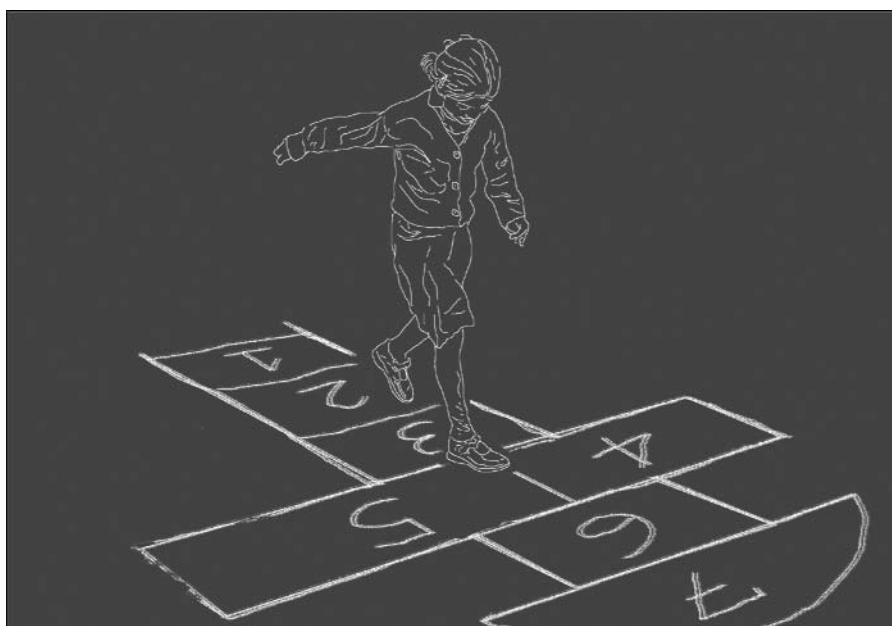
Este es un trabajo de divulgación para la sensibilización ante el grave problema que nos rodea, el abuso sexual. Esta es una apuesta de entre los varios proyectos que presenta RANA (Red de ayuda niños abusados), como el impulso del protocolo de actuación en casos de menores abusados, stands en ferias, conferencias, campañas de sensibilización, etc.

Formamos RANA una serie de profesionales que trabaja en la promoción y defensa de los derechos de los niños y niñas, dentro del marco de la Convención de Naciones Unidas de 1989 sobre los Derechos del Niño. Surge como instrumento de respuesta ante una necesidad detectada: falta de conciencia, falta de conocimientos, falta de instrumentos de detección, falta de implicación,.... Para posicionarse ante este fenómeno social que nos atañe a todos y todas, atañe a la ciudadanía.

7 pasos es un programa de SENSIBILIZACIÓN Y PREVENCIÓN del Abuso Sexual Infantil. Se lleva a cabo mediante una serie de actividades, talleres interactivos, de formación dirigidos a la población en general, a escolares, estudiantes universitarios, profesionales del ámbito educativo, policial, sanitario,...

El grupo de técnicos trabajamos con un objetivo: elaborar un material didáctico, de formación, que posibilitara una información práctica y motivadora, aportando además de los conocimientos teóricos los datos estadísticos con la finalidad de dibujar la dimensión del fenómeno.

La **estructura del material didáctico** se despliega en 7 fases:



1. CONOZCA LOS HECHOS.

La realidad – no la confianza – debe regir las decisiones que toma sobre su hijo. El mayor riesgo para nuestros niños proviene de personas conocidas, familiares o amigos. No se autoengañe, el abuso sexual a menores ocurre en todos los estratos sociales y en todas las culturas.

2. REDUZCA AL MÍNIMO LOS RIESGOS.

Si usted disminuye las ocasiones en las que un adulto esté a solas con un niño, reducirá enormemente la posibilidad de que sea abusado sexualmente. En realidad todas las organi-

zaciones que trabajan con niños deberían formarse en la prevención de este tipo de abusos. No está de más asegurarse de que sea así cuando dejamos a nuestros hijos en sus manos. Los abusadores son seres inteligentes que saben cómo ganarse la confianza de los pequeños. Muchos se sirven de internet para lograrlo. Así que, de la misma manera que se preocupa por las relaciones de sus hijos, con qué amigos van y qué ambientes frecuentan, también debe interesarse por conocer qué sitios de internet visitan y con quién se comunican online.

3. HABLE SOBRE EL TEMA.

En general, los niños mantienen el abuso en secreto pero las barreras caerán si usted habla abiertamente del asunto. La buena comunicación puede disminuir la vulnerabilidad del niño ante el acoso sexual. Y aunque por lo general el niño que se atreve a hablar lo suele hacer con una persona de confianza que no es ni su padre ni su madre, resulta necesario que su hijo comprenda que sólo podrá ayudarlo si le transmite lo que está sucediendo. Ayúdele a hablar del sexo con naturalidad, adaptando su lenguaje y hágale comprender que ningún adulto debe manifestar intenciones sexuales a niños. Tenga presente que el abusador es manipulador, tendente al chantaje y que el niño puede estar guardando el “secreto” para evitar destrozar la armonía familiar.



4. MANTÉNGASE ALERTA.

No espere señales obvias de que el niño esté siendo abusado sexualmente pero conozca cuáles son. Un comportamiento y un lenguaje sexual atípico para la edad del menor pueden revelar que se esté produciendo el abuso.

5. INFÓRMESE, SEPA REACCIONAR.

Sepa a dónde ir, a quién llamar y cómo reaccionar. Ni se imagine la importancia que tiene para el niño que vence sus miedos y se decide a sincerarse que usted sepa cómo reaccionar. No se exalte, no le someta a un interrogatorio, felicítele por su valentía, dígame lo orgulloso que se siente de él o ella y ofrézcale su ayuda incondicional. Este será un buen comienzo para asegurar que el tratamiento posterior sea un éxito.

6. ACTÚE CUANDO TENGA SOSPECHAS.

Está en riesgo el futuro bienestar de un niño y probablemente de muchos más puesto que el abusador lo suele ser de varios menores, ya sea al tiempo, antes o después. Las autoridades norteamericanas cifran en un promedio de 380 los abusos que a lo largo de su vida cometerá un delincuente sexual típico.

7. INVOLÚCRESE.

Participe como voluntario o apoye financieramente a las organizaciones que luchan contra la tragedia del abuso sexual a menores. Este es un trabajo de todos los adultos, un deber para con nuestra infancia. Utilice su voz y su voto para conseguir una legislación que garantice la protección de nuestros niños contra el abuso.

ROMPER EL CICLO DEL SILENCIO

Debemos ser conscientes de que el abuso sexual a menores se ha mantenido en silencio generación tras generación.

Es nuestra responsabilidad romper el ciclo para empezar a combatir este fenómeno: educando, formando, denunciándolo, divulgándolo...
INVOLUCRÁNDONOS.





LOS HOMBRES 'PETER PAN'

Antoni Bolinches

Psicólogo Clínico, Sexólogo y Escritor
Creador de la Terapia Vital



Hace un siglo nació un personaje teatral que el cine inmortalizó y después sirvió para tipificar un síndrome. El autor de la obra fue James Matthew Barrie; el creador de la película Walt Disney; el Síndrome lo definió Dan Kiley, y el protagonista del fenómeno se llama Peter Pan, el niño que no quería crecer.

De ese personaje de ficción, o más exactamente de cómo su nombre se ha convertido en sinónimo de hombre inmaduro y con miedo al compromiso, quiero hablarles en este artículo en el que voy a resumir los puntos básicos de mi libro *Peter Pan puede crecer*.

Lo primero que quiero destacar es que el libro no es una crítica a la inmadurez masculina sino un análisis de las causas sociales, educacionales y biográficas que explican el fenómeno y hacen entendibles las razones por las cuales alrededor del 50% de los jóvenes actuales presentan en mayor o menor grado, rasgos de comportamiento propios del hombre Peter Pan.

Lo segundo que conviene aclarar es que esos hombres no tienen una patología ni son responsables de su situación, pero convendría que fueran los primeros interesados en evolucionar hacia la madurez, puesto que ellos son los máximos perjudicados por su situación.

Y lo tercero, y más importante, es que ellos deben ser los principales implicados en su proceso de mejoramiento personal, aunque para conseguirlo primero deberán superar la dificultad inicial de aceptar su condición. Por eso, quiero invitar a todos los hombres que intuyan o sospechen que pueden presentar determinados grados de inmadurez que contesten este sencillo cuestionario.

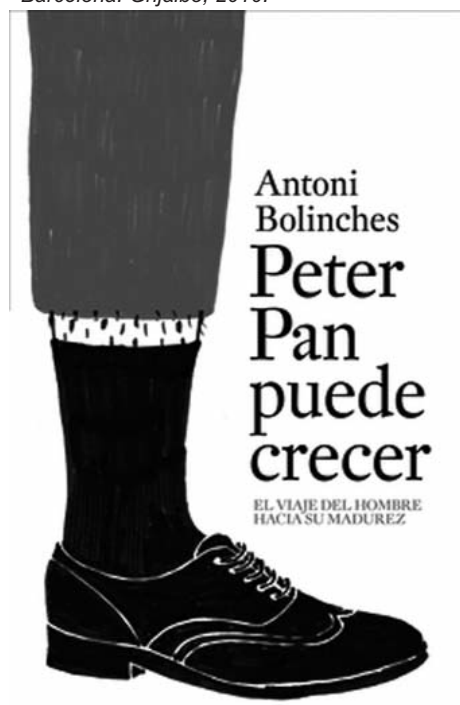
Cuestionario Peter Pan

Conteste SI o NO a las siguientes preguntas, de forma que la respuesta recoja su actitud o comportamiento más habitual, en la situación descrita:

- 1 Recibe quejas frecuentes de su entorno porque le consideran excesivamente inmaduro o egoísta.
- 2 Tiene tendencia a aparentar cosas que no es, o a exagerar sus méritos, para captar el interés de las mujeres.
- 3 Necesita sentirse querido pero se cansa fácilmente de las personas con las que mantiene relaciones amorosas.
- 4 En las reuniones sociales le gusta flirtear aunque eso pueda incomodar a su pareja.
- 5 Se pone de mal humor cuando no puede satisfacer inmediatamente sus necesidades.
- 6 Considera que debe ser el centro de atención en las situaciones públicas en las que participa.
- 7 Cree que su seguridad depende mucho o bastante de la aceptación que recibe de los demás.
- 8 Tiene tendencia a culpabilizar a los demás de sus problemas en lugar de hacer algo para resolverlos.
- 9 Cuando tiene un conflicto entre lo que le gustaría hacer y lo que considera que debe hacer se inclina con frecuencia por lo primero.
- 10 Le resulta fácil incumplir los compromisos que usted mismo ha decidido aceptar.

PUNTUACIÓN	VALORACIÓN DEL RESULTADO
10	Difícilmente puede alcanzar esta puntuación porque indicaría una capacidad de asumir su inmadurez que Peter Pan no suele tener.
9	Si es usted joven tiene un perfil característico de Peter Pan. Si está en la frontera de los 40 años su inmadurez puede cronificarse y neurotizarlo. Le conviene reaccionar inmediatamente para evitar ese peligro.
8-7	Tiene usted comportamientos propios de Peter Pan, pero el hecho de reconocerse en ellos le va a permitir reaccionar. Su pronóstico es tanto mejor cuanto más joven sea.
6-5	Si usted está cerca de los 20 años la puntuación indica una inmadurez normal. Si está cerca de los 40 significa que no está madurando de forma adecuada.
4-3	Si está cerca de los 20 años tiene un nivel de madurez superior a la media de su edad, lo cual supone que está asumiendo adecuadamente las responsabilidades propias de la edad adulta. Si está cerca de los 40 años evidencia que ha sido capaz de aprender de sus errores y de ir madurando gracias a ellos.
2-1	Esta puntuación es característica de las personas adultas que han sabido madurar con el tiempo. Suelen ser personas seguras y autorrealizadas.
0	Difícilmente puede obtener esta puntuación. Por tanto o es usted una persona óptimamente madura o tiene un problema semejante al de la persona que obtiene la máxima puntuación, porque significa que está negando su inmadurez.

Antoni Bolinches. *Peter Pan puede crecer: el viaje del hombre hacia su madurez.*
Barcelona: Grijalbo, 2010.



Después de haber cumplimentado el cuestionario y valorado el resultado, lo primero que me gustaría proponerles es una pequeña reflexión sobre hasta qué punto ustedes mismos están de acuerdo con la interpretación. Si la valoración es coincidente entonces deben felicitarse por lo acertado de su análisis y actuar según el resultado. Si su grado de madurez es el adecuado, enhorabuena, pero si no lo es, entonces les recomiendo que se planteen la posibilidad de educar a su niño interior para que llegue a convertirse en un adulto sano y autorrealizado. También puede ocurrir que al

conocer el resultado se sienta desorientado porque existan discrepancias entre la opinión que tiene de usted mismo y el grado de madurez que le otorga la valoración. En ese caso le recomiendo que varias personas que le conozcan bien cumplimenten también el cuestionario contestando lo que ellas opinan sobre usted, de esa manera obtendrá una información muy valiosa que le servirá para iniciar su proceso de autocrítica, porque no hay mejor manera de cuestionarse que la de aceptar el hecho de que cuando varias personas opinan algo sobre alguien algo de razón tendrán en lo que opinan. Pero por si no tiene bastante con su propia reflexión y con las opiniones que recibe de su entorno, le detallo a continuación cuales son los rasgos básicos del perfil del hombre Peter Pan para que pueda completar su valoración:

1. Mantiene un alto grado de necesidad afectiva.
2. Posee un exceso de egocentrismo y narcisismo.
3. Tiene escasa resistencia a la frustración.
4. Desarrolla poco la capacidad de autocrítica.
5. Presenta dificultades para aceptar relaciones simétricas con el otro sexo.

Si se siente identificado con alguno o varios de estos comportamientos quiere decir que algo le ocurrió en la infancia que le generó el déficit afectivo que se encuentra en el origen de los jóvenes Peter Pan, porque en todos ellos se observa una herida afectiva producida por no haberse sentido suficientemente queridos, lo cual no significa, naturalmente, que no les hayan querido sino que basta con que durante su infancia se hayan sentido príncipes destronados, príncipes vagabundos, patitos feos o niños invisibles, bien porque ha nacido un hermanito, se han separado sus padres, se sienten poco agraciados o se consideran poco significativos en la dinámica familiar. En todos esos casos, el niño desarrolla un sentimien-

to de no ser querido que se transforma, en la juventud, en un miedo al compromiso ya que en el fondo de su alma infantil persiste el temor que le impide asumir, como adulto, el riesgo de un nuevo desamor.

A ese joven Peter Pan indeciso, que no sabe si arriesgarse a volar o quedarse en el País de Nunca Jamás, quiero decirle que si él quiere puede convertirse en terapeuta de sí mismo y viajar, gracias a su propio esfuerzo, al País del Presente y el Ahora. Para ello sólo hace falta que confíe en sus posibilidades y siga las pautas que encuentre útiles de las siete consignas que le he preparado para facilitarle el camino.

Siete consignas que ayudan a madurar

- 1ª Acepte que tiene un déficit de autoestima y que si no empieza a quererse a sí mismo difícilmente conseguirá obtener y conservar el amor de los demás.
- 2ª Tenga en cuenta que, aunque sus problemas vengan de la infancia, las soluciones sólo podrá encontrarlas siendo adulto.
- 3ª Recuerde que si no es capaz de volar hacia el País del Presente y el Ahora corre el riesgo de quedarse para siempre en el País de Nunca Jamás.
- 4ª Confíe en sus capacidades para desarrollar sus valores y moderar sus defectos.
- 5ª Conviértase en maestro de sí mismo y decida lo que debe hacer para convertirse en quien quiere ser.
- 6ª No olvide que nunca es tarde para cambiar y que siempre se está a tiempo de mejorar, pero piense que cuanto antes inicie el proceso mayor será el beneficio que obtendrá.
- 7ª Piense que si alcanza la madurez tendrá tres grandes recompensas: se sentirá congruente, se sentirá realizado y se convertirá en un hombre digno de ser amado.

Bien, ahora sólo hace falta que el lector haya encontrado en el texto el estímulo suficiente para arriesgarse a evolucionar hacia la madurez, porque seguro que en el camino encontrará a otras personas como él dispuestas a construir, todas juntas, un futuro mejor para todos.

La sexualidad de los hombres Peter Pan

¿Por qué se ha incrementado la inseguridad sexual en los hombres en general y en los jóvenes Peter Pan en particular? Por resumir el tema de forma sencilla y contrastada podríamos decir que desde que las mujeres han desarrollado su potencial y han ejercido su derecho al placer, los hombres han empezado a sufrir una serie de disfunciones sexuales que están asociadas al miedo al desempeño y al sentimiento de tarea. Y quienes están más afectados por esa problemática son los distintos tipos de hombres Peter Pan, puesto que cada uno de ellos tiende a compensar su inseguridad de un modo peculiar. El seductor enamorando sin satisfacer, el narcisista exhibiendo su cuerpo y su potencia, el intelectual con refinamientos varios que no siempre resultan sanos y el servicial haciendo honor a su nombre de la manera más íntima y eficaz posible.



SALUD SEXUAL - SALUD REPRODUCTIVA Y CONSTRUCCION DE IDENTIDADES DE GÉNERO EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS BENIDORM Y GANDIA (COMUNIDAD VALENCIANA).

Álvaro Beltrán Navarro, Amparo Bonilla Campos y Vicent Bataller i Perelló

IV PREMIO DE INVESTIGACIÓN EN SEXOLOGÍA

"El respeto a los derechos sexuales, a la orientación sexual y a la identidad de género es esencial para la realización de la igualdad entre hombres y mujeres...los Estados deben adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar los prejuicios y las prácticas que se basen en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en roles estereotipados para hombres y mujeres, reconociendo el derecho de las personas a decidir libre y responsablemente en asuntos relacionados con su sexualidad, sin sufrir coerción, discriminación, ni violencia". Principios de Yogyakarta (2007)

La sexualidad, como todo proceso humano, se integra mediante una relación dialéctica entre la vivencia individual del hecho sexual humano y la construcción de una identidad genéricamente determinada -performativizada- por los discursos sociales en los que se desarrolla. Entendemos aquí el género, tal y como lo plantea Judith Butler (2001): "un sistema de reglas, convenciones, normas sociales y prácticas institucionales que producen performativamente el sujeto que pretenden describir".

En este estudio se postula que si el discurso social hegemónico actual sobre la sexualidad es genérico, genitalista y heterosexista tendrá una influencia determinante -performativizante- sobre los distintos comportamientos, actitudes y prácticas sexuales de chicos y chicas alrededor de su salud sexual y reproductiva. No se puede obviar estos discursos sociales dado que conforman la posibilidad de constituirse como sujetos y permiten la subjetivación adolescente. En esta dirección, Beatriz Preciado (2008) llama "programación de género" a una tecnología psicopolítica de modelización de la subjetividad que permite producir sujetos que se piensan y actúan como cuerpos individuales, con una identidad de género y sexualidad fijas, dependientes del momento histórico, del contexto político y cultural". La construcción de identidades de género en chicos y chicas adolescentes, interactúan con las representaciones que elaboran sobre su salud sexual y reproductiva.

El objetivo del presente estudio es analizar los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud sexual y salud reproductiva en un grupo de adolescentes de entre 15 y 19 años, y cómo éstos inciden en las formas en las que se establecen las relaciones entre los sexos, profundizando en los distintos factores que conforman la sexualidad y contrastando estos factores con distintas variables sociodemográficas (sexo, edad, tener o no actividad sexual y tener o no pareja).

Se realizó un estudio descriptivo transversal, desarrollado en Institutos de Educación secundaria de Benidorm, Gandia y Catadau (Comunidad Valenciana), con 122 estudiantes de 4º de ESO y de 1º Bachillerato (69 chicos y 53 chicas). En el estudio se recogieron datos sobre variables sociodemográficas y se pasó una encuesta de Salud Sexual y Reproductiva formada por 74 ítems, compuesta por cuatro dimensiones: Salud Sexual, Salud Reproductiva, VIH/Sida/ITS y uso del preservativo. Se esperan encontrar diferencias significativas en el conjunto de categorías (conocimientos, actitudes y prácticas sexuales) que componen las dimensiones del instrumento de medida, en función del sexo, edad, actividad sexual y pareja actual.

Entre los resultados obtenidos se observa que los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales (CAP) evaluados en cada una de las dimensiones han sido diferentes en función del sexo, revelando la posible incidencia de estereotipos de género que son representados de forma desigual en el imaginario cultural.



Los chicos obtienen mejores resultados en lo que respecta a la salud sexual. Las chicas obtienen mejores resultados en los aspectos relacionados con la salud reproductiva. Las actitudes frente a las personas que padecen VIH tienen mayor carga prejuiciosa en los chicos que en las chicas. Las chicas tienen unas actitudes, frente al uso del preservativo, más positivas que los chicos.

Se concluye que los CAP se desarrollan en consonancia con los estereotipos socialmente asignados a cada sexo, de marcado carácter androcéntrico y heterosexista, y repercutiendo, en mayor o menor medida, en las prácticas interpersonales y sexuales de chicos y chicas, siendo necesario trabajar sobre éstos desde una perspectiva de género para incidir en aquellos aspectos más relevantes para cada sexo en función de cómo han construido su identidad de género.

Las intervenciones psico-educativas en adolescencia llegan tarde para la posibilidad de flexibilizar las identificaciones de género establecidas en la infancia y significadas, tanto desde el entorno social como en la estructuración psíquica. Por tanto, se hace evidente la necesidad de trabajar sobre la salud sexual de chicos y chicas en edades más tempranas y desde la perspectiva de género, para así poder contribuir a la vivencia placentera del hecho sexual humano de adolescentes y jóvenes. Para ello, se tiene que incidir en los distintos factores que conforman la sexualidad humana, teniendo en cuenta como son los conocimientos, las valoraciones y los comportamientos que conforman la salud sexual. Se ha de considerar la salud sexual como un ámbito en el que además de la información es fundamental trabajar sobre actitudes y valores que favorezcan comportamientos y prácticas sexuales saludables y de calidad de vida al llegar a la adolescencia.

Trabajo Completo presentado para el Grado de DEA lo puedes encontrar en : <http://www.psoe.es/ambito/saludsexual/news/index.do>



TERAPIAS COMPLEMENTARIAS A LA TERAPIA SEXUAL

Ana Sierra

Psicóloga, Sexóloga y Risoterapeuta. Vicepresidenta Fundación Sauce.
Docente del Máster de Sexología, Terapia Sexual, Pareja y Género, de la Fundación Sexpol
ana@fundacionsauce.org



Por fin, en un congreso de sexología, se habla de la fusión, o la ayuda, de diferentes herramientas terapéuticas y naturales, como complemento a la terapia sexual y de pareja.

Se trata de terapias totalmente compatibles con las terapias convencionales y sin efectos secundarios nocivos para las personas que lo utilicen, como yo siempre comento a mis paciente, lo peor que puede ocurrir es que no notes que te hace efecto o encuentres que la terapia no va contigo, ya sabemos que para gustos los colores y que, lo realmente bueno es poder conocer para elegir la mejor o mejores terapias, o con las que mejor me encuentro, para llevar a cabo mi mejoría y dar solución a mis disfunciones o desequilibrios físicos, emocionales/mentales y relacionales.

En la mayoría de las ocasiones estas terapias complementarias aceleran el proceso de terapéutico convencional, se refuerzan los logros y ayudan a conseguir cambios más profundos, de forma holística y otorgan al paciente un papel activo en todo momento.

Algunos de los resultados observados en la aplicación conjunta de la terapia sexual, al igual que en otras terapias como la psicológica o farmacológica, son una mayor satisfacción de los paciente y de los profesionales pues se acelera el proceso y se consiguen resultados en menos sesiones, una mayor confianza por parte de los pacientes tanto en los profesionales, pues ven que se utilizan diversas herramientas para su mejoría, y también una mayor confianza en ellos mismo a nivel personal, ya que les ayuda a reconocer sus propias herramientas y adquieren una mayor seguridad para ponerlas en práctica.

Igualmente, también se han observado menores recaídas y una mayor satisfacción generalizada, ya que aumentan las recomendaciones profesionales por parte de antiguo pacientes.

Lo que me ha quedado claro, sin duda, en estos años de "fusión" entre la terapia sexual y estas terapias complementarias, es que resulta ser una buena combinación y me facilitan el trabajo enormemente y reducen el malestar subjetivo, en intensidad y tiempo, de manera considerable en mis pacientes.

Hasta el momento sólo he encontrado aportaciones positivas de estas terapias pero, ¿cuáles son estas terapias complementarias de las que tantos beneficios comento?

En primer lugar el *Reiki Usui japonés*, una técnica de autosanación energética, similar a la acupuntura pero sin agujas, cuyo nombre significa Energía Universal y sigue el proto-

colo clínico del Dr. Usui. Existen diversos estudios clínicos sobre los efectos de esta técnica y a través del voluntariado de la Fundación Sauce, por ejemplo, se han formado a más de 3000 en hospitales, de personal sanitario, únicamente en la comunidad de Madrid en apenas 2 años. Entre otras acciones formativas. Para mayor información consulta en:

<http://www.sanacionysalud.com/>

Otra de las terapias, que muy bien conozco, es la *Risoterapia y el Yoga* de la Risa www.larisoterapia.com cuyos efectos no sólo ayudan a reírnos y mantener un buen estado de ánimo, desarrollar nuestro sentido del humor, sino que también es un magnífico pegamento humano, favorece la autoestima y asertividad, nos ayuda a conocernos y a crecer



de manera equilibrada, genera emociones agradables, desestresa y desinhibe entre otras cuestiones, tan necesarias para vivir la sexualidad de manera placentera. En terapia de pareja resulta estupendo para trabajar los celos o el contacto físico, las caricias, etc.

Otras de las técnicas que presenté en el congreso de este año son el EMDR o *Reprocesamiento y Desensibilización a través del Movimiento Ocular*, cuyos rápido resultado he podido comprobar en muchas ocasiones, al igual que las *Técnicas de Liberación Emocional* o EFT; ambas técnicas las pongo en práctica de forma habitual y adquiero unos resultados realmente sorprendentes y muy gratificantes.

Otras fueron:

la *Coherencia Cardíaca*, <http://www.coherenciacardiaca.es/>, que entrena nuestro corazón frente al estrés; o *las meditaciones TODO AMOR®*, <http://www.todoamor.net/>, que permite conseguir una sanación de bloqueos a nivel emocional.



Por último, el complemento de la *Terapia Floral* o *Flores de Bach*, <http://www.sanacionysalud.com/floresbach> me ha resultado muy interesante durante este último año pues, aunque ya la conocía, nunca la había utilizado en terapia y he quedado asombrada de sus efectos. Algunas de las esencias que mezcladas adecuadamente y de manera individualizada, según las necesidades del paciente, han sido, por ejemplo, las siguientes:

Deseo:

WHITE CHESTNUT (Castaño de Indias): Para cuando no podemos desconectar de las preocupaciones

CRAB APPLE (Manzano Silvestre): Cuando no estás a gusto con tu cuerpo, te resulta incómodo desinhibirte y disfrutar de tu sexualidad. Apoya la autoaceptación

Disfunción Eréctil:

ELM: "flor antiestrés". Exceso de responsabilidad. Personas con un alto nivel de autoexigencia y perfeccionismo

LARCH: Para cuando existe miedo al fracaso, sentimiento de incapacidad, Inferioridad e infravaloración

Por supuesto estas esencias mezcladas adecuadamente sirven para muchas otras disfunciones o desequilibrios y son sólo una muestra de los 39 elixires naturales extraídos de flores silvestres de los campos de Gales, que fueron descubiertas por el Dr. Edward Bach.

Para finalizar, os comentaré que, personalmente, probé un elixir a base de Albahaca que me ofrecieron para utilizarlo con mis pacientes con falta de deseo y quise conocer los efectos en primera persona, obteniendo unos resultados increíbles y muy simpáticos, vamos que conseguí un "subidón" increíble. Desde entonces no dudo en ofrecer a mis pacientes la posibilidad de combinar la terapia sexual y de pareja con esta terapia que, por supuesto, aunque no tiene efectos negativos, siempre ha de estar supervisado por una persona conocedora de esta terapia.

Consultorio telefónico gratuito sobre sexualidad y temas afines

91 522 23 33



**Acceso por Messenger
a través de:**

sexpol_orienta@hotmail.com

**Puedes llamar: lunes, miércoles y jueves
de 10:00 a 13:00 y de 16:00 a 19:00**

- Prevenir embarazos no deseados, ETS y SIDA
- Informar sobre aspectos de la sexualidad a la población en general
- Orientar sobre aspectos sociales y psicológicos para llegar a conocer el ejercicio de la sexualidad
- Favorecer actitudes de igualdad y respeto entre sexos
- Potenciar actitudes de responsabilidad especialmente entre los jóvenes
- Suplir las carencias de Educación Sexual en el medio familiar y escolar
- Aumentar la calidad de vida con el conocimiento de la Educación Sexual



Es un servicio de la Fundación Sexpol
subvencionado por el Ministerio de Sanidad
y Política Social



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL



PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SEXUALIDAD A LA POBLACIÓN INMIGRANTE - UNAF

María Victoria Ramírez Crespo

Sexóloga y psicóloga. Profesora del IUNIVES (Instituto Universitario de Sexología) de la Universidad Camilo José Cela. Vicepresidenta de Lasexologia.com. Programa de atención en sexualidad a la población inmigrante de la UNAF
mvr Ramirez@lasexologia.com. Tel. 91 523 08 14



Resumen:

Los distintos colectivos que forma la población inmigrante en España presentan características específicas que merece la pena conocer para ofrecer una correcta atención en sexualidad. El programa de atención en sexualidad a la población inmigrante de la UNAF (Unión de Asociaciones Familiares), pretende apoyar la educación sexual de este colectivo, y facilitar a las profesionales y los profesionales de la sexología, de la salud, la educación, etc., claves para ofrecerles atención en sexualidad. También, dentro del presente programa, pretendemos ampliar los conocimientos de que disponemos sobre la forma de vivir la sexualidad en otras culturas.

Palabras clave: sexualidad, inmigración, migración, culturas, inmigrante, población.

1. Objetivos del programa.

Desde la UNAF se está llevando a cabo desde el año 2007 un **programa de atención en sexualidad a la población inmigrante**, con el que se pretende facilitar atención y educación sexual a este colectivo, prestando especial atención a las características que presenta.

En este programa pretendemos facilitar a las mujeres y los hombres inmigrantes conocimientos, actitudes y destrezas para el cuidado integral de su sexualidad, promoviendo asimismo el acceso y utilización de los servicios sanitarios y de salud sexual.

La educación sexual no consiste simplemente en lograr evitar los embarazos no deseados o la transmisión de ITS (infecciones de transmisión sexual). La educación sexual también tiene como objetivos el lograr que cada persona se sienta digna de amor, sea capaz de establecer relaciones amorosas de buen trato, relacionarse de una manera equilibrada, reconocer sus derechos a nivel erótico, tomar decisiones de manera libre en pos de su felicidad, saber pedir, decir no cuando así lo quiera, atender a sus deseos, disfrutar de las relaciones eróticas que decida tener, saber que existen relaciones eróticas de muy diverso tipo (no sólo el coito), cuidarse... Todo ello es lo que intentamos promover con el presente programa.

2. Una realidad desconocida.

Los distintos colectivos que forma la población inmigrante en España presentan características específicas que merece la pena conocer para ofrecer una correcta atención en sexualidad. De cara, no sólo a la prevención, sino también a otros factores relacionados con el desarrollo de una sexualidad armoniosa (satisfacción erótica, buen trato en las relaciones amorosas...), necesitamos saber mucho más.

Como hemos comentado antes, la atención en sexualidad no sólo es necesaria para la prevención de embarazos o ITS, sino también para mejorar en general la forma en que las personas vivimos nuestra sexualidad, y para proteger los derechos sexuales y reproductivos, **que son derechos humanos**.

Durante el desarrollo de este programa nos hemos acercado

con curiosidad e interés a la sexualidad de las personas inmigrantes en España, a sus vivencias, sus ideas, sus opiniones, su forma de entender el hecho de ser mujer u hombre, su concepción de la erótica humana, su manera de cuidar la salud sexual, sus conocimientos sobre sexualidad, las prohibiciones y permisos al respecto, el uso de los recursos sanitarios...

En el desarrollo de este programa, y en nuestra labor como sexólogos, hemos aprendido algunas cosas sobre la sexualidad de la población inmigrante, pero también hemos constatado cuánto nos queda aún por conocer al respecto. Hay colectivos de población inmigrante de los que lo ignoramos todo o casi todo con respecto a su forma de vivir la sexualidad o de pensar sobre ella. La población procedente de India, de Pakistán, de Nepal, de Irán o de Palestina, por poner algunos ejemplos, ¿cómo vive su sexualidad, cuáles son sus costumbres, qué reflexiones ha generado al respecto?.

En la sociedad occidental nos ha costado mucho abordar ciertos temas que tienen que ver con la sexualidad, al igual que ha sucedido y todavía sucede en otras culturas. Se hace preciso que los agentes que trabajan en contacto con población inmigrante presten atención también a esta cuestión, y, entre todos y todas, vayamos investigando, informándonos y conociendo poco a poco más sobre su forma de vivir la sexualidad.

3. Fomentar el diálogo.

Durante el desarrollo del programa, hemos fomentado el diálogo sobre la sexualidad de la población inmigrante. Nuestro objetivo era impulsar el que las propias personas inmigrantes hablaran entre ellas sobre sexualidad, intercambiaron información y conocimientos, y se cuidaran todo lo posible en este aspecto. Igualmente, hemos dedicado nuestros esfuerzos a lograr que las profesionales y los profesionales que trabajan con población inmigrante "pusieran en la agenda" la atención en sexualidad, le dedicaran también algo de su tiempo y esfuerzo. En cuanto a las profesionales y los profesionales de la salud, y en especial de la salud sexual, nuestra intención ha sido promover el que se prestará atención a las características específicas que presentan ciertos colectivos de población inmigrante de cara a facilitarles el uso de los recursos y la adquisición de hábitos saludables.

En las distintas comunidades autónomas en las que hemos desarrollado el programa, hemos procurado incentivar actividades que tuvieran como objetivo la atención en sexualidad de las personas inmigrantes, potenciar las ya existentes (dándoles voz en cursos y jornadas, ofreciéndoles materiales de educación sexual y también orientación sexológica...), y por supuesto, aprender de otras personas que están realizando nuestra misma labor. Consideramos que un buen agente de educación sexual siempre trata de potenciar la labor de otros agentes, se coordina con ellos, aprende de ellos, y les ofrece apoyo. Por ello, hemos intentado fomentar el diálogo al respecto, recordando siempre que es importante evitar el silencio o tratar la sexualidad de la población inmigrante sólo cuando aparece como "problema".

4. Los derechos humanos como marco de referencia.

En el trabajo en sexualidad con personas procedentes de otros países, podemos encontrarnos con tradiciones y creencias muy diversas, y no es extraño que nos asalte la duda de si debemos intervenir o no para cambiar ciertas formas de vivir la sexualidad, o de pensar sobre la misma. No debemos olvidar que el respeto por las distintas culturas (incluida la nuestra) no implica que no **podamos reflexionar y dialogar sobre las distintas posibilidades que abren o cierran ciertas ideas o creencias**, aún aquellas de larga tradición histórica (y esto incluye también, por supuesto, a nuestra propia cultura). Las sociedades del mundo avanzan y evolucionan gracias al pensamiento crítico, al diálogo y la reflexión.

Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos. Cualquier tradición, por muy larga que sea su historia, que atente contra dichos derechos, merece ser revisada. También en los aspectos referentes a la sexualidad. Y cualquier tradición que muestre consideración por dichos derechos, por muy distinta que sea de las nuestras, merece ser respetada.

5. Descripción del programa.

En el **programa de atención en sexualidad a la población inmigrante de la Unaf** participamos tres sexólogos: Carlos de

la Cruz Martín-Romo, Ana Belén Carmona Rubio, y yo misma, María Victoria Ramírez Crespo, aunque su desarrollo es posible gracias a la colaboración del personal de la Unaf, y de muchos otros colaboradores y colaboradoras (trabajadoras y trabajadores de ONGs y asociaciones de inmigrantes, voluntarias y voluntarios de dichas entidades, personal de centros de salud, profesoras y profesores, mediadoras y mediadores culturales, profesionales de la sexología... y por supuesto, las propias personas inmigrantes).

El programa consta de una serie de **actividades**:

5.1. La edición y distribución de una serie de materiales sobre sexualidad e inmigración: una guía de sexualidad para inmigrantes; una guía para profesionales, que ofrece claves para atender la sexualidad de las personas inmigrantes; folletos de educación sexual en varios idiomas (español, árabe, francés, inglés, rumano, chino, ruso...); carteles fomentando el cuidado de la salud sexual en varios idiomas (español, inglés, árabe, rumano...); y la presente publicación, en la que damos difusión a varias ponencias realizadas en nuestras Jornadas sobre Sexualidad e Inmigración.

5.2. Jornadas sobre sexualidad e inmigración. Hasta el momento hemos realizado 8 jornadas en diversas ciudades españolas (Madrid, Zaragoza, Jaén, Albacete, Tenerife, Valencia...) sobre sexualidad e inmigración, en el transcurso de las cuales hemos tenido ocasión de difundir los conocimientos obtenidos en nuestra experiencia del programa, de aprender de otras experiencias de educación y atención en sexualidad a personas inmigrantes, y de conocer un poco más cómo se vive la sexualidad en otras culturas. Estas jornadas nos han permitido intercambiar conocimientos sobre sexología, pedagogía e inmigración. También nos han permitido trabajar actitudes, reflexionar juntos, fomentar el diálogo sobre el tema y propiciar que se le preste atención. En total, hemos tenido la satisfacción de contar con más de 500 asistentes de nacionalidades muy diversas.

5.3. Cursos y talleres con profesionales. En nuestra experiencia, hemos comprobado que es muy fructífero ofrecer claves de sexología y educación sexual a los profesionales que trabajan con población inmigrante, por lo que, además de las jornadas, hemos ofrecido cursos fundamentalmente dirigidos a voluntarias y voluntarios de asociaciones, personal de ONGs, monitoras y monitores, mediadoras y mediadores, así como a profesionales de la salud y de la enseñanza. Cuando observábamos que la población inmigrante presentaba características que nos harían difícil realizar educación sexual directamente con ellos o ellas, hemos trabajado con los profesionales de los centros. Por ejemplo, con algunos grupos de chicos menores marroquíes que llevaban poco tiempo en España, no dominaban el idioma, y conocían poco aún de nuestra cultura,



comprobamos que resultaba muy útil trabajar con los educadores (que tenían más ascendiente sobre ellos, los veían a diario, y podían ofrecer claves de educación sexual con más eficacia y profundidad que si se las ofrecíamos nosotras puntualmente). Los cursos con profesionales han surgido, por tanto, a raíz de la demanda de los centros, y de la necesidad de hacer llegar la educación sexual a personas inmigrantes con determinadas características, que harían difícil el aprovechamiento de un taller o la asistencia la mismo.

5.4. Talleres de sexualidad con personas inmigrantes. Hemos realizado unos 40 talleres de este tipo en toda España, con más de 400 beneficiarias y beneficiarios, que eran originarios fundamentalmente de Marruecos, de América Latina, o del África Subsahariana. Muchos de estos talleres han consistido en “diálogos sobre sexualidad”, es decir, la sexóloga proponía un tema (anticoncepción, maternidad/paternidad, placer erótico, orientación sexual, educación sexual de las hijas y los hijos, sexualidad femenina y masculina, anatomía reproductiva y erógena, prevención, roles de género...) y las asistentes y los asistentes intervenían dando su opinión, comentando sus ideas... al hilo, la sexóloga iba ofreciendo información sexual, trabajando actitudes, aportando conocimientos, y facilitando el acercamiento a los recursos existentes. En estos talleres se han generado reflexiones conjuntas de gran interés.

Los talleres realizados con personas adultas no han tomado la forma de charlas magistrales porque consideramos que, tratándose de personas procedentes de culturas en ocasiones muy diferentes a la nuestra, era más apropiado un intercambio y un diálogo que una transmisión unidireccional de conocimientos y opiniones. Aunque cabe señalar que en educación sexual, siempre que es posible, es deseable promover el diálogo y la reflexión, también con población nacional. Los talleres realizados con menores han sido más directivos, aunque también se ha promovido el intercambio de ideas, intentando siempre “enseñar a pensar sobre sexualidad”, más que el ofrecer simplemente un conjunto de conocimientos.

En nuestra experiencia, hemos comprobado que los grupos funcionan mejor con gente que lleve un tiempo en España y comprenda un poco cómo funciona el país, el sistema de salud (también en el taller se puede informar más al respecto), y la cultura. Los talleres menos provechosos posiblemente hayan sido los realizados con chicos (hombres) jóvenes procedentes de Marruecos que llevaban muy poco tiempo en España y apenas conocían la cultura, pensamos que en estas circunstancias se daba un choque cultural excesivo que causaba una menor asimilación de los contenidos del taller. En general, con los grupos de mujeres casi todos los talleres han resultado bastante provechosos.

También encontramos que los talleres ofrecen mejores resultados cuando las personas que conforman en el grupo ya han realizado otras actividades juntas, de manera que existe un cierto conocimiento y confianza entre ellas. Hemos observado que por ejemplo las mujeres marroquíes acuden con más probabilidad a un taller de sexualidad si acuden acompañadas de otras amigas o conocidas. Si el taller se realiza en el marco de una actividad ya en marcha (como por ejemplo, integrado

dentro de un taller de autoestima, de habilidades para el empleo, de cuidado de la salud, o incluso de las clases de español...) también suelen obtenerse mejores resultados por lo que se refiere a asistencia y participación.

5.5. Otras actividades: dentro de las labores de difusión de información sexológica y de educación, también hemos realizado intervenciones en medios de comunicación (radio, televisión, y prensa escrita dirigida a población inmigrante). Pensamos que esta forma de ofrecer educación sexual es muy útil, porque llega a una población muy numerosa, y a la que posiblemente no tendríamos acceso a través de otras actividades. También hemos llevado a cabo visitas a ONGs, centros de atención a inmigrantes y de salud sexual, así como colaboraciones con estas entidades (asesoramiento personalizado, orientación ante determinadas situaciones, indicaciones para promover hábitos de cuidado...).

Estas son las actividades que llevamos a cabo en el programa, y que esperamos ir ampliando y mejorando en el futuro. Durante el desarrollo de las mismas, hemos comprobado cuán necesaria es nuestra labor. La educación sexual sigue siendo la asignatura pendiente en España, pero es aún más deficitaria en otros países del mundo.

La información sexual sigue siendo escasa, se mantienen muchos mitos sobre la sexualidad, la prevención en algunos casos brilla por su ausencia, se piensa erróneamente que las infecciones de transmisión sexual no existen o sólo afectan a ciertos grupos, el preservativo sigue siendo rechazado (principalmente por los hombres), la idea de encuentro erótico sigue girando en torno al coito, y la libertad erótica o el respeto de los derechos (la igualdad de género, la aceptación de la diversidad sexual...) todavía tienen mucho camino que recorrer para ser una realidad.

Evidentemente, estas circunstancias afectan a mujeres y hombres, pero son las mujeres y las eróticas no normativas (ejemplo: las personas homosexuales o transexuales...), las que más las sufren.

Pero recordemos: la sexualidad es una fuente de felicidad y no solo de problemas. Por ello, como hemos comentado antes, no habría que pensar en atender la sexualidad en la población inmigrante sólo cuando aparezcan dificultades. Y en nuestro trabajo no sólo hemos encontrado “dificultades”. También, en muchas de las personas inmigrantes con las que hemos trabajado, la sexualidad (y sus manifestaciones, las sensaciones y emociones que provoca, el deseo y la ilusión de un encuentro amoroso o de una pareja...) constituía una fuente de satisfacciones, un estímulo vital, un motivo de felicidad e ilusión. También en la migración, una situación personal que resulta muy dura a veces, la sexualidad puede constituir una fuente de riquezas y no de contrariedades.

La sexualidad es un valor, y la forma en que la vivimos influye en nuestra calidad de vida, y puede potenciar una existencia individual y social armoniosa. Por todo ello seguiremos trabajando. Gracias por vuestra atención.



- ▶ Si quieres hacerte publicidad en nuestra revista llama al **91/522 25 10** o envía un fax al **91/531 34 59**
- ▶ Si quieres hacerte socio/a de la Sociedad Sexológica de Madrid puedes hacerlo llamando al **91/522 25 10**

● DESCUENTOS PARA SOCIOS

- 50% en la matrícula de nuestros cursos
- 15% en todos los tratamientos de la clínica dental ASSIDENT, teléfono 91/3772744 (consultas, presupuestos y revisiones gratuitas)
- 25% en terapia sexual en la Fundación Sexpol
- 25% en la consulta ginecológica y de planificación familiar de la Sociedad Sexológica de Madrid
- 50% en la inscripción a congresos, jornadas y eventos organizados por la FES.
- Derecho a consulta y préstamo gratuito de los fondos bibliográficos de la Sociedad Sexológica (contamos con una biblioteca de sexología con más de 2000 volúmenes)
- Recibirás gratuitamente en tu domicilio la revista SEXPOL

● **SEXPOL** es la primera y única revista de divulgación sexológica que existe en nuestro país desde hace más de 10 años.

● **SEXPOL** no recibe subvenciones y se mantiene de las aportaciones de los socios de la Sociedad Sexológica de Madrid y otras Sociedades Sexológicas, de los suscriptores y de la posible publicidad.

● **SEXPOL** mantiene su carácter divulgativo combinando artículos de alto nivel científico con otros de información sobre temas básicos de sexualidad, noticias de actualidad, actividades sexológicas, bibliografía, comentarios de libros...

● **SEXPOL** contribuye a aumentar la cultura sexual del país y a disminuir la ignorancia y los problemas derivados

BOLETÍN DE SOCIO/A



Nombre y apellidos _____

Dirección _____

C.P. Población / Provincia / País _____

Teléfono _____

Fax: _____

- ☐ Deseo ser socio/a de la Sociedad Sexológica de Madrid durante un año al precio de **48 euros**

Forma de pago:

- ☐ Transferencia bancaria a Sociedad Sexológica de Madrid, Caja Madrid ccc **2038 1018 21 6000342334**
- ☐ Cheque a Sociedad Sexológica de Madrid (adjuntar a este boletín)
- ☐ Giro postal a la Sociedad Sexológica de Madrid, c/ Fuencarral nº 18, 3º izda., 28004 Madrid

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN A SEXPOL



Nombre y apellidos _____

Dirección _____

C.P. Población / Provincia / País _____

Teléfono _____

Fax _____

- ☐ Deseo recibir la revista SEXPOL en mi domicilio durante un año (6 números) al precio de **26 euros**

Forma de pago:

- ☐ Transferencia bancaria a Sociedad Sexológica de Madrid, Caja Madrid ccc **2038 1018 21 6000342334**
- ☐ Cheque a Sociedad Sexológica de Madrid (adjuntar a este boletín)
- ☐ Giro postal a la redacción de la revista SEXPOL c/ Fuencarral nº 18, 3º izda., 28004 Madrid.