

EDITORIAL

Estimados lectores:

Hoy día nuestra América esta abrumada por la alta tasas de trastornos que tocan directamente nuestras áreas de destrezas como son el abuso sexual, embarazos en adolescentes, aumento escalonado de la Infecciones de transmisión sexual, feminicidios altos índices de rompimientos entre las parejas, abortos clandestinos por falta de políticas gubernamentales que protejan y den apoyo a las mujeres que deciden no mantener sus embarazos, conflictos en las relaciones familiares y sobre todo una pobre respuesta de los gobiernos ante la necesidad de educación integral de la sexualidad en todos los niveles de la educación.

La FLASSES cuenta con los profesionales más destacados no solo en terapia sexual sino también de los educadores sexuales que han trazado los lineamientos para una educación que sea sensible, apropiada a la edad, científicamente precisa, culturalmente competente, basada en los derechos humanos y en la igualdad de género, con un enfoque positivo de la sexualidad y el placer.

Solo una política de estado que tome en cuenta el impacto de la educación integral de la sexualidad, puede enfrentar de manera efectiva las grandes patologías que afectan a nuestras poblaciones. Invitamos a todas las sociedades y afiliados a nuestra federación a dejar sentir su voz en demanda de una respuesta eficiente que implemente el cambio requerido por nuestros países.

Es propicia la publicación de este boletín para que todas las sociedades lo difundan y promovamos nuestra actividad más importante que es el XIX CLASSES, que tendrá lugar en septiembre 2018. Los exhorto a inscribirse temprano para que aprovechen los bajos precios. Hasta el 31 de diciembre la cuota de los profesionales es de US 200.00 dólares y les permite participar en todas las actividades programadas. En el marco del congreso tendrán la oportunidad de actualizarse en Investigación básica y biomédica (procesos básicos/neurofisiológicos/farmacología/clínica) Investigación histórica/social/conductual (no clínica), Prácticas y Terapias Sexuales Salud Pública/ Políticas Públicas/ Epidemiología, Salud y Derechos sexuales y educación sexual.

Es el programa más amplio que hemos presentado en los congresos de la FLASSES. Únete a nosotros y disemina estos conocimientos.

Dr. Rafael García Álvarez
Presidente E FLASSES 2014-2018



**Número V
Año 2017**

EN ESTA EDICIÓN

Editorial	1
Comisión Directiva 2014-2018	2
Comunicado FLASSES	4
Congresos FLASSES 2017-18	5
Parafilias y ofensas sexuales	21
ONU	26
Hinduismo y homosexualidad	27
¿Se nace pedófilo?	31
Terapia de Pareja	35
CV Transexuales	37
Enfoque cognitivo en obsesiones y compulsiones sexuales	38
Sexo falseado	45
A brief history of sexology	47
Sexualidad y discapacida	49
Trabajo sexual	50
Inteligencia erótica	52
Muere Kate Millet	54
Revistas y libros de Sexología	56
Jornadas y Cursos en Sexología	62

COMISIÓN DIRECTIVA 2014-2018

COMISIÓN DIRECTIVA FLASSES 2014-2018

PRESIDENTE en funciones: RAFAEL GARCÍA (REPÚBLICA DOMINICANA)
raf.garcia1942@gmail.com

VICEPRESIDENTE 1: JAQUELINE BRENDLER (BRASIL)
jaqbrendler@cpovo.net
jaqbrendler@terapiadosexo.med.br

SECRETARIA: LUZ JAIMES (VENEZUELA)
secretariaflasses1418@gmail.com

TESORERO: FELIPE HURTADO MURILLO (ESPAÑA)
hurtado_fel@gva.es
felipehurtadomurillo@gmail.com
tesorero@flasses.net

VOCAL 1: HILDA DINORAH MACHÍN GARCÍA (URUGUAY)
machindin@dedicado.net.uy
machindin12@gmail.com

VOCAL 2: MARÍA DE LOS ÁNGELES NÚÑEZ (ECUADOR)
angelesnunez@andina.net

VOCAL 3: LIGIA VERA GAMBOA (MEXICO)
vgamboa.uady@gmail.com

PAST PRESIDENT: ANTONIO CASAUBÓN (ESPAÑA)
ajcasaubon@gmail.com

Les presentamos las redes de FLASSES
Siguenos y aporten ideas

WWW.FLASSES.NET

Síguenos en Twitter e Instagram
[@flasses1416](https://twitter.com/flasses1416)



COMUNICADO OFICIAL


**FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE SEXOLOGÍA Y
EDUCACIÓN SEXUAL**
FLASSES

A TODAS LAS SOCIEDADES, INSTITUCIONES Y AMIGOS DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE SEXOLOGÍA (FLASSES).

Nosotros, la Comisión Directiva de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual, FLASSES, tiene a bien de invitarle a ser miembro de esta institución y para su conocimiento y fines, en mi condición de secretaria, me permito transcribirle en esta comunicación los propósitos y objetivos de nuestra Federación:

- “a) Integrar los esfuerzos de las sociedades miembros para La obtención de los mejores logros en el avance de La Sexología y La Educación Sexual en cada país y en el Continente Latinoamericano;*
- b) Facilitar el intercambio y la comunicación entre sus integrantes y las instituciones internacionales, colaborando estrechamente con todas las entidades similares;*
- c) Promover el desarrollo y La creación de sociedades de la disciplina en todos los países del área;*
- d) Preservar el nivel académico, científico y profesional de la actividad sexológica en el área, acreditando La competencia de los Sexólogos Clínicos, Orientadores en Sexología y Educación Sexuales de los Institutos o Centros que cultiven el campo de la Sexología, sus Programas de Post Grado, así como otras actividades afines, actuantes en el área;*
- e) Centralizar en un Centro de Documentación, toda la producción científica y bibliografía sobre el tema;*
- f) Divulgar por los medios adecuados la producción sexológica del área;*
- g) Organizar un Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual (CLASES) cada dos (2) años que continúe la actividad académica cumplida en seis (6) Jornadas Latinoamericanas de Sexología, favoreciendo la comunicación de estudios e investigaciones;*
- h) Apoyar las gestiones cumplidas por las sociedades para la implantación de cátedras y cursos de sexología en Institutos Universitarios, así como la inducción de la Educación Sexual en todos los niveles de enseñanza;*
- i) Estudiar a través de un Comité Latinoamericano de Nomenclatura Sexológica, la terminología regional y mundial utilizada;*
- j) Promover, organizar y apoyar toda otra gestión tendiente a un desarrollo constante y universal de esta disciplina.”*

Para ampliarle cualquier otra información puede comunicarse a través del correo de la Secretaria y le invitamos a revisar la página web de nuestra federación. Esperamos que muchos de Uds se afilien como Miembros Individuales, Adherentes y Titulares.

Reciban un cordial saludo desde la Comisión Ejecutiva y reiteramos nuestro compromiso con la sexología, la educación sexual y con ustedes.

Con nuestros mejores deseos,

Jaimes
Dra. Luz Jaimes Monsalve
Secretaria FLASSES

Secretariaflasses1418@gmail.com



CONGRESOS DE SEXOLOGÍA 2017-18

2017

FECHA	CONGRESO	LUGAR
Noviembre 10-12	V Congreso Internacional Terapia Sexual y de Pareja PSICOSEX	Chiclayo, Perú www.psicosex.org 
Noviembre 16-17	V Congreso Mundial de Sexología Médica Asociación Mundial de Sexología Médica WAMS / AMSM	On line www.worldassociationformedicalsexology.com 

**NO TE LO
PIERDAS**

2018

Septiembre 26-29	XIX Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual CLASES 2018	Buenos Aires, Argentina Facultad de Medicina (UBA) 
Noviembre	XIV Congreso Español De Sexología Federación Española De Sociedades De Sexología FESS	Barcelona, España fess.org.es www.fessbarcelona2018.com 

CLASES2018

XIX CONGRESO LATINOAMERICANO DE SEXOLOGÍA Y EDUCACIÓN SEXUAL

CLASES 2018

FACULTAD DE MEDICINA (UBA)

Buenos Aires, Argentina



Desde la fundación de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual (FLASSES), en 1980, se han realizado Congresos Latinoamericanos de Sexología y Educación Sexual (CLASES) cada dos años, de acuerdo a lo establecido en el Capítulo Quinto, Art. 20 de los Estatutos de la Federación. Cada CLASES fue organizado de acuerdo a las posibilidades de la o las Sociedades Miembros mandatarias por Asamblea para el cumplimiento de tal fin, obedeciendo a las normas de uso vigentes en cada país sede. Pronto estaremos celebrando el Congreso XIX en Argentina.

En el contexto del XVIII Congreso de CLASSES 2016 en Madrid, presidido por el Dr León Roberto Gindin se realizó la elección de sede del futuro congreso en la Asamblea de la Federación.

Los países que se presentaron fueron Perú y SASH por Argentina, siendo nuestra sociedad elegida por unanimidad.

Para nosotros es un orgullo poder ser la sede por segunda vez de un Congreso de carácter Internacional y de importante nivel científico y académico, que nuclea a personalidades de la sexología clínica y la educación sexual de excelencia y reconocimiento internacional.

Recordando algunos de los fines de los Clases vale sintetizar:

- Promover el interés y la participación de las Instituciones públicas y privadas, así como Nacionales y Internacionales.
- Promover el desarrollo de la Sexología Latinoamericana en todas sus áreas.
- Favorecer el intercambio entre las Instituciones afiliadas a la FLASSES, destacando los avances logrados en cada área. Cumplir con los propósitos y objetivos de la FLASSES, marcados en el Artículo 2, incisos a) a la j) de los Estatutos.
- Cumplir con los propósitos y objetivos de la FLASSES, marcados en el Artículo 2, incisos a) a la j) de los Estatutos.

-Dar el marco adecuado para el cambio adecuado de autoridades y el funcionamiento de su Asamblea y Comisiones (Art. 21 y 22 de los Estatutos).

Tenemos un desafío y una grata responsabilidad como Sociedad y como comunidad científica, el organizar un evento de excelencia e interés. Lo llevaremos a cabo con trabajo y humildad para enriquecer la sexología clínica y la educación sexual.

Asegurar y promover los derechos sexuales para todos es parte de nuestra relevante tarea.

La Argentina les da la bienvenida y los espera a todos en el 2018. Extendemos la invitación de participación y colaboración activa a todos.

Los esperamos!!!!

EJES PRINCIPALES

- Investigación básica y biomédica (procesos básicos/neurofisiológicos/farmacología/clínica)
- Investigación histórica/social/conductual (no clínica)
- Prácticas y Terapias Sexuales
- Salud Pública/ Políticas Públicas/ Epidemiología
- Salud y Derechos sexuales
- Educación Sexual

TÓPICOS

- Adicciones, Hábitos y sexualidad
- Condiciones médicas y sexualidad
- Conductas sexuales fuera de control
- Criterios de Clasificaciones y Nomenclaturas Sexuales – DSM V y CIE 11
- Cuerpo y sexualidad /cirugías; modificaciones corporales.
- Cultura y Sexualidad
- Derechos reproductivos –Hormonas, contracepción- Fertilidad – embarazo
- Derechos sexuales
- Dimensiones de la sexualidad Poder, Clase, Género, Etnia
- Discapacidades y Sexualidades
- Edades y Sexualidad/ Sexualidad en el ciclo vital
- Educación sexual y Ámbitos de la sexualidad
- Erotismo: autoerotismo, expresiones públicas, Comercialización.
- Ética y sexualidad
- Farmacología y Sexualidad
- Género e Identidades sexuales
- Genética y Epigenética
- Grupos marginales/ minoritarios
- Historia y sexualidad.
- Ideologías – Diferencias/ Diversidades
- Infecciones transmisibles sexualmente
- Investigaciones y sexualidad

- Oncología y sexualidad
- Placer y Bienestar
- Psicología evolutiva, Desarrollo Sexual y sexualidad
- Religiones y Sexualidad
- Salud sexual. Programas
- Sexología Clínica y Conducta Sexual
- Sexualidad en los medios, redes e Internet
- Sexualidad y arte
- Sexualidad y Política. Reglamentaciones – Políticas públicas- legislaciones.
- Tecnología – sexualidad – robótica.
- Variantes de las prácticas eróticas
- Vínculos, Sexualidades, Relaciones afectivas
- Violencia y Sexualidad / abuso, violación, rapto, femicidio
- Visión panorámica de la sexualidad
- Otros

TABLA DE ARANCELES

• DESDE EL 01/05/2017 A 24/09/2017
• Estudiantes (1) - Docentes (2) - Residentes (3) • Profesionales Universitarios Extranjeros (4) • Profesionales Universitarios Argentinos • Socios de SASH (VISA) • Socios SASH (no VISA)
• U\$S 100

FORMAS DE PAGO:

- **transferencia bancaria**

Desde Argentina debe realizarse mediante transferencia o deposito bancario a la cuenta corriente numero : 000686/2 Sucursal: 370 CUIT: 30676238375 CBU: 07203709-21000000068629.

Desde otros paises solo se puede realizar el pago bancario mediante transferencia a la cuenta corriente en dolares número: 00009688/6 Sucursal: 370 CUIT: 30676238375 CBU: 07203709-21000000068869.

Luego haber realizado la transferencia debe enviar mail a secretaria@sasharg.com.ar donde conste un adjunto del comprobante de depósito escaneado o una fotografía del mismo y pedir notificación de recepción del mail.

01/10/2017 A 31/12/2017	01/01/2018 A 30/04/2018	01/05/2018 A 24/09/2018	EN EL CONGRESO
Profesionales Universitarios Extranjeros (4)	Profesionales Universitarios Extranjeros (4)	Profesionales Universitarios Extranjeros (4)	Profesionales Universitarios Extranjeros (4)
U\$S200	U\$S250	U\$S300	U\$S350
Estudiantes (1) Docentes (2) Residentes (3)	Estudiantes (1) Docentes (2) Residentes (3)	Estudiantes (1) Docentes (2) Residentes (3)	Estudiantes (1) Docentes (2) Residentes (3)
\$2100	\$2500	\$2900	\$4200
Profesionales Universitarios Argentinos	Profesionales Universitarios Argentinos	Profesionales Universitarios Argentinos	Profesionales Universitarios Argentinos
\$2500	\$3500	\$4500	\$5500
Socios de SASH (VISA)	Socios de SASH (VISA)	Socios de SASH (VISA)	Socios de SASH (VISA)
\$1700	\$2000	\$2400	\$3400
Socios SASH (no VISA)	Socios SASH (no VISA)	Socios SASH (no VISA)	Socios SASH (no VISA)
\$1900	\$2500	\$3000	\$4300

(1).- Deberá presentar constancia que acredite la condición de Estudiante de Universitario, tener menos de 30 años.

(2).- Deberá presentar constancia que acredite la condición de Estudiante de Universitario.

(3).- Los médicos o psicólogos residentes o con menos de 5 años de graduados, deberán, para poder inscribirse como tal, presentar o adjuntar una certificación de residencia o acreditar la fecha de graduación.

(4).- Los asociados a la Sociedad Uruguaya de Sexualidad humana, entidad co-organizadora del congreso, tendrán un descuento del 20% sobre los valores establecidos para Profesionales Universitarios Extranjeros a partir del 01/08/2017 hasta el día de inauguración del congreso.

Para información más detallada, revise la página web del congreso, www.clases2018buenosaires.com.ar

Sociedad Argentina de Sexualidad Humana

SASH

www.sasharg.com.ar

secretaria@sasharg.com.ar

www.clases2018buenosaires.com.ar

SESIONES ORDINARIAS

2017

ORDEN DEL DÍA N° 1614

Impreso el día: 8 de septiembre de 2017

Término del artículo 113: 19 de septiembre de 2017

COMISIÓN DE EDUCACIÓN

SUMARIO: **Decimonoveno** Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual "Sexualidad y erotismo: Desafíos en clínica y educación", a llevarse a cabo entre los días 26 y 29 de septiembre de 2018, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Declaración de interés de esta Honorable Cámara. **Wechsler, Scaglia y Rista**. (2.113-D.-2017.)

Dictamen de comisión

Honorable Cámara:

La Comisión de Educación ha considerado el proyecto de resolución del señor diputado Wechsler y las señoras diputadas Scaglia y Rista por el que se declara de interés de la Honorable Cámara el 19° Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual "Sexualidad y erotismo: Desafío en clínica y educación", a realizarse del 26 al 29 de septiembre de 2018 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; y, por las razones expuestas en el informe que se acompaña y las que dará el miembro informante, aconseja su aprobación.

Sala de la comisión, 29 de agosto de 2017.

José L. Riccardo. – Alcira S. Argumedo. – Luana Volnovich. – Andrés E. Guzmán. – Lucas C. Incicco. – Mario D. Barletta. – Alejandro C. A. Echegaray. – Francisco A. Furlan. – Rubén D. Giustozzi. – Elia N. Lagoria. – Martín Maquieyra. – Leonor M. Martínez Villada. – María L. Masin. –

Carla B. Pitiot. – Blanca A. Rossi. – José A. Ruiz Aragón. – María T. Villavicencio.

Proyecto de resolución

La Cámara de Diputados de la Nación

RESUELVE:

Declarar de interés de esta Honorable Cámara el 19° Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual "Sexualidad y erotismo: Desafío en clínica y educación", organizado por la Sociedad Argentina de Sexualidad Humana y la Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual, que se realizará del 26 al 29 de septiembre de 2018 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Marcelo G. Wechsler. – Olga M. Rista. – Gisela Scaglia

INFORME

Honorable Cámara:

La Comisión de Educación al considerar el proyecto de resolución del señor diputado Wechsler y las señoras diputadas Scaglia y Rista por el que se declara de interés de la Honorable Cámara el 19° Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual "Sexualidad y erotismo: Desafío en clínica y educación", cree pertinente su aprobación.

José L. Riccardo.

BARCELONA 2018

XVI CONGRESO ESPAÑOL DE SEXOLOGÍA
BARCELONA 2018



V CONGRESO MUNDIAL DE SEXOLOGÍA MÉDICA



V CONGRESO MUNDIAL DE SEXOLOGIA MÉDICA

Dr. León Roberto Gindín

16 Y 17 DE NOVIEMBRE DE 2017

ON LINE

LA PRÁCTICA DE LA SEXOLOGÍA CLÍNICA

Twitter: v_congreso

wams.amsm@gmail.com

www.worldassociationformedicalsexology.com

Estimado lector:

El Comité Organizador del V Congreso Mundial de Sexología Médica tiene el honor de invitarle a integrar al máximo evento de la Asociación Mundial de Sexología Médica.

Como es de su conocimiento el Primer Congreso se celebró en Caracas, Venezuela en el 2009, el segundo en Viña del Mar, Chile en el 2011, el Tercero en Málaga, España en el 2013 y el IV en Miami en octubre de 2015.

En esta oportunidad celebraremos el congreso utilizando la modalidad ONLINE ya que la tecnología lo permite, dando la oportunidad a más personas a acceder a los avances que en el conocimiento sexológico esta adquiriendo en los últimos años.

El Tema del V Congreso es: ***La Practica de la Sexología Clínica.***

Evento científico a realizarse en dos días con dos salones funcionando simultáneamente, uno en español y otro en inglés.

Conferencias

Habrà ocho conferencias en español y ocho en ingles.

Cada conferencia será grabada previamente y el autor podrá ser contactado después de la conferencia para preguntas y opiniones vía Skipe, WhatsApp o Periscope.

Comunicaciones Clínicas.-

Presentaciones relacionadas con situaciones clínicas serán admitidas y publicadas On line. Los autores pueden ser contactados vía WhatsApp para preguntas y opiniones.

Las presentaciones pueden tener hasta 4 páginas. Los asistentes al V Congreso las pueden analizar y contactar al o los autores vía digital.

Inscripción

Nombres:

Dirección:

Nivel Profesional:

Escala Profesional Universitario

Teléfono

WhatsApp

Skype

Periscope

Instagram

E-mail

V Congreso. Matricula en USD.-

Basada en la Clasificación del World Bank Classification

	País A	País B	País C
Miembros WAMS	70	50	30
Profesionales	90	70	50
En Postgrado*	75	60	40
Estudiante*	55	45	25

*Constancia escrita

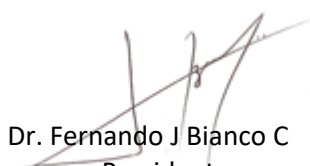
Después de cancelar la matricula le será enviado a su E-mail los códigos para entrar en la WEB del V Congreso.

En la seguridad que tendremos un exitoso evento del que aprenderemos y enseñaremos.

Atentamente,



Dra. Luz Jaimes
Presidente
Comité Organizador



Dr. Fernando J Bianco C
Presidente
World Association for Medical Sexology

PROGRAMA

En español

Programación:
JUEVES 16 DE NOVIEMBRE
2017

Salón B

9:00 am Bienvenida. Dra. Luz Jaimes. Presidente del Comité Organizador del V Congreso Mundial de Sexología Médica. Venezuela

9:15 am El manejo de la Intimidad durante la toma de la Historia en Sexología Clínica. Dr. Juan Carlos Kusnetzoff. Argentina

9:45 am Discusión abierta

10:00 am Exploración Clínica de la Calidad o Deseo de la Función Sexual. Clínica de la Calidad. Dr. Francisco Cabello. España

10:45 am Discusión Abierta

11:00 am Comunicaciones Clínicas

12:30 pm Receso

3:00 pm El Corazón y el Pene tienen la misma significación desde el punto de vista clínico. Dr. Santiago Cedres. Uruguay

3:45 pm Discusión abierta

4:00 pm Farmacología de la Función Sexual. Dr. Juan Andrés Venegas. Chile

4:45 pm Discusión abierta

@v_congreso wams.amsm@gmail.com

WAS FLASSES SOCIEDAD VENEZOLANA DE SEXOLOGÍA MÉDICA AISM ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE SEXOLOGÍA CIPPSV ABU

www.worldassociationformedicalsexology.com

Programación:
VIERNES 17 DE NOVIEMBRE
2017

Salón B

9:15 am Dr. Juan Carlos Jorge. Puerto Rico.

9:45 am Discusión abierta

10:00 am Hipersexualidad. Clínica, Diagnostico Diferencial y Tratamiento Dr. Rubén Hernández. Vzla/USA

10:30 am Discusión Abierta

11:00 am Comunicaciones Clínicas

12:30 pm Receso

3:00 pm Trinomio: Información, Modificación Cognitivo Conductual y Manejo Farmacológico. Dr. Rafael García. República Dominicana.

3:45 pm Discusión abierta

4:00 pm La exploración Clínica de la Respuesta Sexual en el Varón. Eusebio Rubio Auriolos. MD. PhD. México

4:45 pm Discusión abierta

5:00 pm Palabras de Clausura. Hasta el 2019 Ciudad Sede será anunciada. Dr. Fernando Bianco. Presidente WAMS

@v_congreso wams.amsm@gmail.com

WAS FLASSES SOCIEDAD VENEZOLANA DE SEXOLOGÍA MÉDICA AISM ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE SEXOLOGÍA CIPPSV ABU

www.worldassociationformedicalsexology.com

In english

Program
THURSDAY, NOV 16
2017

Room A

9:00 am Opening Remarks. Dra. Luz Jaimes. President Organizing Committee. Venezuela

9:15 am Psychological treatments for sexual dysfunctions: New developments from basic science to outcome studies Dr. Pedro Nobre. Portugal

9:45 am Open Discussion

10:00 am How happy patients are with penile implant surgery? Edward Gheiler. MD USA

10:45 am Open Discussion

11:00 am Clinical Communications.

12:30 pm Lunch Break

3:00 pm Sex Development and Chromosomes. Katherine Bianco Sylvester MD USA

3:45 pm Open Discussion

4:00 pm Update on Treating Paraphilic Disorders. Eli Coleman. PhD. USA

4:45 pm Open Discussion

@v_congreso wams.amsm@gmail.com

WAS FLASSES SOCIEDAD VENEZOLANA DE SEXOLOGÍA MÉDICA AISM ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE SEXOLOGÍA CIPPSV ABU

www.worldassociationformedicalsexology.com

Program
FRIDAY, NOV 17
2017

Room A

9:15 am Length, Girt or both. Paul Perito. MD.USA

9:45 am Open Discussion

10:00 am Cancer and Sexual Function. Luca Incrocci. MD. Holland

10:45 am Open Discussion

11:00 am Clinical Communications.

12:30 pm Lunch Break

3:00 pm Prostate Cancer, Focalyx and Sexual Response, Fernando Bianco Jr. MD.USA

3:45 pm Open Discussion

4:00 pm The contemporary management of testosterone deficiency in men. Chris G McMahon. MD. Australia

4:45 pm Open Discussion

5:00 pm Closing Remarks. Until 2019, Venue will be announced. Fernando Bianco Sr. MD. PhD

@v_congreso wams.amsm@gmail.com

WAS FLASSES SOCIEDAD VENEZOLANA DE SEXOLOGÍA MÉDICA AISM ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE SEXOLOGÍA CIPPSV ABU

www.worldassociationformedicalsexology.com

Asociación Mundial de Sexología Médica. Fundada en 2009.
Qta Trinidad. Ave. Occidente. Urb. San Bernardino. Caracas.1050. Venezuela
+(58) 212 5513055 (Thais)
Para información más detallada revise la página web:

www.worldassociationformedicalsexology.com

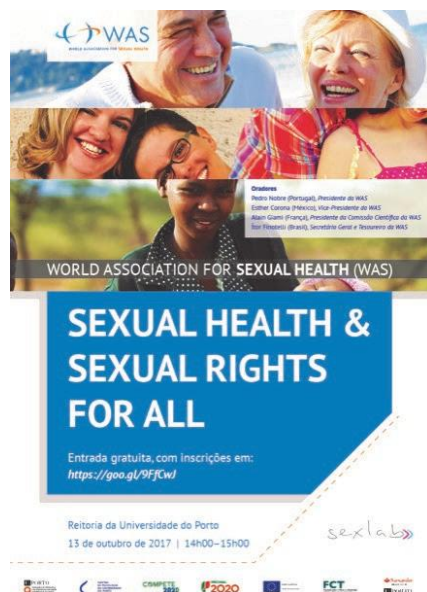
wams.amsm@gmail.com

WAS EN PORTUGAL

ENCUENTRO DE LA WAS EN PORTUGAL

Jaqueline Brendler

WAS - Secretaría Asociada para las Américas.



secretariat@worldsexualhealth.info

<https://goo.gl/9FfCwJ>

La Asociación Mundial para la Salud Sexual tuvo de 13 a 15 de octubre una reunión en la Universidad de Porto con el objetivo dar el primer paso para definir prioridades, discutir el papel y el plan de trabajo de los comités y estudiar su Plan Estratégico.

La WAS realizó con el apoyo de la Universidad de Porto una sesión abierta al público discutiendo Salud Sexual y Derechos Sexuales para todos. Un breve vídeo sobre esta parte se puede ver en el enlace. <https://www.youtube.com/watch?v=uxPRL5Bi5ac&feature=youtu.be>

Pedro Nobre preside la WAS hasta 2021 e inició su gestión de modo inteligente uniendo a todos los elegidos en un trabajo conjunto para cumplir la misión de la WAS.



Foto de la cena después de un día de trabajo intenso en Oporto

CURSO FLASSES EN EL SBRASH

CURSO FLASSES EN EL CONGRESO BRASILEÑO DE LA SBRASH

Jaqueline Brendler
Vice-presidente de FLASSES

Queridos amigos.

En el XVI Congreso Brasileño de Sexualidad Humana de la SBRASH en Campinas la FLASSES dio un Curso para los brasileños: **EL PAPEL DE LA EDUCACIÓN EN SEXUALIDAD EN LA ACTUACIÓN DEL SEXÓLOGO CLÍNICO.**



La primera oradora fue la ginecóloga y sexóloga Jaqueline Brendler y su tema fue **"La Internet como fuente de educación sexual para adolescentes: ventajas y riesgos"** recordó que el proceso educativo es amplio y ejercido a lo largo del desarrollo de la persona y abarca los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y éticos. Cita que la adolescencia es un fenómeno cultural y depende de influencias históricas y socias de cada región, país.

Ella mencionó que en Brasil en 2016 más de 42. El 2% de la población tenía acceso a internet. Jaqueline comentó investigación con 2002 adolescentes (12 a 17 años) realizada por UNICEF en Brasil que apunta que en promedio 31% de ellos marcan encuentro con alguien que conocieron en internet y que el 11% ya vio a alguien ser abordado con contenido sexual o pornográfico y el 23% ya vieron a alguien ser "no respetado" por tener una relación afectiva con alguien del mismo sexo. La misma encuesta dice que el 54% de los padres controlan lo que los hijos acceden en internet y que eso se realiza a través de preguntas y quedando junto al momento de la navegación en internet

Cita la encuesta "TIC Kids Online Brasil 2015" realizada con 2.105 personas de (9 a 17 años) que encontró que el 85% usa el celular para entrar en internet lo que dificulta el control de los padres en el horario de trabajo.

El análisis de varias páginas web populares dirigidas a adolescentes en Brasil y que hablan sobre sexualidad Jaqueline dijo que podemos cuestionar la calidad del contenido, muchos no promueven la reflexión y dan información vagas o imprecisas. En estos sitios web la visión de la sexualidad a menudo es distorsionada,

preconcebida, reforzando estereotipos como mujer sumisa que desea agradar al hombre sexualmente y nunca lo opuesto. Algunos sitios web refuerzan la represión sexual y otros estimulan la liberación sexual, como también niegan la discriminación que sufren personas homosexuales y transexuales. Se ha encontrado en Brasil sitios web que al citar que la naturaleza de los problemas sexuales es de origen emocional, induce la culpa en el momento que aconsejan a los adolescentes no quedarse nerviosos y ansiosos frente a la dificultad sexual, sin orientar otra solución más allá.

Otro punto comentado por Brendler es que muchos sitios web dirigidos al público adolescente olvidan citar los factores culturales en la construcción de la sexualidad sana y disfuncional. Por ejemplo cuando el tema es el orgasmo durante el coito, se podría citar que hay el factor cultural de valorización del pene dentro de nuestra cultura que falocéntrica, lo que contribuye para sobrevalorar el orgasmo en esta práctica en detrimento del orgasmo obtenido por otras prácticas que involucran (sexo oral, en las caricias íntimas).



En Brasil fueron 1.422 páginas denunciadas por pornografía infantil en el año 2016, siendo ellas retiradas de internet. Siendo que desde 2015 hay, en Brasil, un Proyecto de Ley 494/2008 que fue aprobado "Contra explotación sexual virtual".

Jaqueline habló que los adolescentes poseen acceso también a las "aplicaciones de móvil" para coquetear lo que facilita el fácil acceso a la invitación sexual, con oportunidad de aumento de socios para sexo sin compromiso, siendo que los vínculos afectivos son raramente establecidos lo que puede provocar en el mercado usuario de gran frustración emocional, cuando esa es la intención principal para el uso de esta herramienta.

En cuanto al uso no autorizado de imágenes o vídeo divulgados en internet, por Brasileños, la ONG Safernet que lidia con ese tipo de queja dice que de 2013 (101 casos) para 2016 (515 casos) hubo aumento de 5 veces el número de quejas y procesos. Jaqueline comentó que el impacto emocional negativo es mayor para la mujer que tuvo su imagen erotizada vehiculada en la red pues ella fue "usada como objeto de placer" lo que provoca devaluación de ella como persona. Por otro lado, el hombre que divulgó el material de la mujer en Internet comúnmente puede ser visto, dentro de la cultura machista, como habiendo obtenido un "trofeo" o "prueba" de su virilidad. Sabemos que algunos hombres sufren con su exposición no autorizada en Internet, aunque la mayoría de las quejas son de mujeres.

Todos estos elementos anteriormente expuestos refuerzan, según Jaqueline, que Internet puede ser peligrosa con fuente aislada de información sexual (sin uso de mediadores adultos) y cómo puede ser hecho un uso inadecuado de cualquier imagen / vídeo que identifique al adolescente, principalmente en una situación erótica.

En el caso de que la persona tenga una sexualidad sana, puede vivir todas las fases de la respuesta sexual durante la práctica del sexo virtual, aunque Jaqueline cuestionó el nombre de sexo virtual.

Según Eisenstein E, Estefenon SB (Orgs) 2008 en la internet la autoimagen es evaluada por desconocidos, siendo aprobada, rechazada, deformada o explotada en rebeldía. Hay el estímulo a la libido, además del estímulo de la actitud erótica online con banalización del acto sexual. Los autores todavía citan que puede haber disociaciones y confusión mental cuando la personalidad real es diferente de la personalidad virtual.

Jaqueline citó cuando la navegación es ayudada por padres y educadores puede haber beneficios con educación sexual virtual 1) Facilitar el punto y el contrapunto; 2) visión plural y más crítica sobre la sexualidad; 3) puede ser esclarecedora; 4) orientación ética; 5) favorecer la reflexión; 6) cuestionar el comportamiento social / sexual típico; 7) Discutir prejuicios y estereotipos.

Según Jaqueline la internet es una buena herramienta a ser usada por padres y educadores en la construcción de jóvenes pensantes, con mayor autonomía en relación a la sexualidad y postura más crítica en relación a la vida. Dejó los enlaces para cuatro manuales que orienta el uso de internet por los adolescentes. Deixou os links para quatro manuais que orienta o uso da internet pelos adolescentes.

Raquel Simone Varaschin, neuropsicóloga y sexóloga, habló sobre el tema “ **Educación en la diversidad sexual**” abordando “ Diversidad, educación, salud sexual, violencia e visibilidad”

La diversidad sexual se compone de infinitas formas de vivencia y expresión de la sexualidad, e incluye el sexo biológico (informaciones cromosómicas, órganos genitales, capacidades reproductivas y características fisiológicas secundarias), identidad de género (personas que no se identifican con el género que fue designado al nacimiento a partir del sexo biológico), expresión de género (como la persona manifiesta su masculinidad o feminidad) y orientación sexual (atracción afectivo-sexual inherente a cada individuo).



Según Raquel la educación sexual "es un factor imperativo para el desarrollo completo del ser humano de su vida, que comprende factores éticos, biológicos, emocionales, culturales, cuestiones de género, diversidad, identidad sexual y orientación sexual, y de derechos humanos" (Carta de Aveiro, I International Congress in Sexuality and Sex Education, Portugal, 2010). Y el proceso educativo no sólo pasa por la información, sino por el análisis de factores que involucra creencias, tabúes, prejuicios, valores y toda experiencia humana en su diversidad y sexualidades. Además, se hace necesaria una interacción profícua, activa y comprensiva entre el

educador (familia, escuela, profesional de salud) y el educando. La salud sexual será el resultado de esta dinámica.

Sin embargo, vivimos una realidad social que edita y reedita patologización de conductas, comportamientos y formas de ser, que protagoniza la violencia como resultado de una cultura heteronormativa y sexista.

En Brasil se reportan 30 violaciones de Derechos Humanos de carácter homofóbico y cada día, 15 personas son víctimas de violaciones homofóbicas reportadas en el país, 5.352 LGBT asesinados en Brasil entre 1980 y 2016 (Fuente: GGB / SDH). Las violencias que ocurren en el país se dirigen 56% contra gays, 37% travestis y transexuales, 5% lesbianas y 1% bisexuales.

Raquel citó que en el levantamiento de los derechos humanos realizado por el Departamento de Estado de Estados Unidos en 2011, ser homosexual, en 40 países en el mundo, es ilegal. Países como Egipto, Jamaica, Irán, Indonesia, Uganda, Moscú y Guyana, poseen leyes que discriminan o criminalizan a los homosexuales.

Las personas Trans representan el 0,5% de la población, que corresponde a un millón de brasileños, y 35 millones en el mundo. En la investigación "Los hombres trans en Brasil: las políticas públicas y la lucha por la afirmación de sus identidades", de Roberto Cezar Maia de Souza, en asociación con el Instituto Brasileño de Transmasculinidades (IBRAT), 66,4% hombres trans afirmaron ya tener pensado en suicidio. El 71,6% de los hombres trans ya pasaron por algún tipo de violencia. De este número, 94,7% ya sufrieron violencia verbal, 38% violencia institucional, 18,1% violencia física y 6,4% ya tuvieron otros tipos de violencia. La propia casa es donde las personas más sufren violencias (73,9%), seguida de la escuela (59,6%), hospital (20,5%), unidades de salud (18,6%) y clínica especializada (17, 4%).

Raquel mencionó que los antiguos y nuevos desafíos son imprescindibles en la promoción de la Salud Sexual en la Diversidad y para el desarrollo de la educación: Inclusión en el nuevo Código Penal de la criminalización de la homofobia; Aprobación del PL 7582/14, que tipifica los crímenes de odio e intolerancia y crea mecanismos para cohibirlos; Reinicio de los términos "orientación sexual" e "identidad de género" en la Base Nacional Común Curricular (BNCC); Inclusión en los cursos de graduación, disciplinas sobre Género y Sexualidad, y formación en las áreas de la salud, educación, política social y comunicación; Aprobación del Proyecto de Ley 5002/2013, Ley João W. Nery, o Ley de Identidad de Género; Modificar el Art. 64, inciso IV, que considera inaptos temporales por doce meses para donación de sangre "hombres que tuvieron relaciones sexuales con otros hombres y / o las parejas sexuales de éstos"; Deconstrucción del binarismo hombre / mujer y de la heteronormatividad compulsoria y sexismo; Ejecutar el acuerdo que el Estado brasileño asumió ante la ONU en garantizar la educación con perspectiva de sexualidad y género; Promover campañas que sensibilicen e instiguen mayor visibilidad; Tener acceso al Sistema Único de Salud, humanizando la atención, a través de la capacitación del equipo de salud; Hacer cumplir Resoluciones que implican en la no discriminación, prejuicio o patologización de las diversidades; Educar padres, profesores, profesionales de salud, acción social y medios de comunicación para que éstos promuevan el desarrollo de la salud sexual y de los derechos humanos y sexuales.

Según Raquel es fundamental una intervención y actuación del profesional de la salud, social o educador, considerando los cuatro pilares de la educación básica: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a vivir con los demás y aprender a ser (Comisión Internacional de Educación para el Siglo XXI, Jacques Delors), libre de coerción, discriminación y violencia.

Vânia Macedo Bressani, psicóloga y sexóloga, expone el tópico **"El papel de la educación en la resolución de la queja sexual"**.

Cuando el objetivo es tratar las quejas sexuales, la Educación Sexual puede ser resolutive en el tratamiento, enfocando en las orientaciones y aclaraciones, el paciente puede cambiar comportamientos disfuncionales y extinguir la queja.



Para tanto se necesita evaluar primero la queja bruta, la identificación del problema y trabajar la queja tomando en consideración la introyección (paciente se atribuye a sí mismo, un problema que es del otro) y la proyección (paciente transfiere al otro un problema que es suyo). El segundo paso es realizar la evaluación cuantitativa; frecuencia, duración e intensidad, frente a la frecuencia de éxitos del desempeño sexual. El tercer paso es la evaluación subjetiva de la queja, expectativas y metas del paciente (y no del terapeuta). El cuarto paso según Vania es clasificar la disfunción según la respuesta sexual, apuntando donde el bloqueo ocurre. La investigación sobre la cronología (a lo largo de la vida y adquirida), amplitud (generalizada y situacional) y la gravedad (leve, moderada, grave) también colabora para elucidación.

Vania aún enfatizó que en la investigación de la etilogía son importantes: factores biológicos, socioculturales y psicológicos, y el contexto vivenciado (intrapersonal, interpersonal, y cultural).

Los tabúes, creencias y mitos, deberán ser investigados y elucidados en relación al compromiso de la insatisfacción.

Vania concluye que "percibimos así, a través de la educación, muchos pacientes pueden obtener resolución de sus quejas sin someterse a técnicas de tratamiento terapéuticas".

PARAFILIAS Y OFENSAS SEXUALES

PARAFILIAS Y OFENSAS SEXUALES:

Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento

Introducción

El término parafilia, derivado del griego *pará* “cerca de” y de *philein* “amar” (Farré, 1991), es un trastorno caracterizado por fantasías sexuales muy específicas, así como por necesidades y prácticas sexuales normalmente repetitivas, que causan un intenso malestar a la persona. La fantasía específica es el elemento patognomónico, a él se asocian la excitación y el orgasmo. La influencia de la fantasía y sus manifestaciones conductuales se extienden más allá de la esfera sexual, invadiendo la vida de la persona (Coleman Dwyer y Pallone, 1996).

Teniendo en cuenta que las principales funciones de la conducta sexual en los humanos son: reforzar la unión entre dos personas, expresar amor y procrear. Las parafilias son conductas diferentes, ocultas por sus participantes, que excluyen o dañan a otros, y alteran el potencial para la unión entre dos personas (Kaplan, Sadock y Grebb, 1996).

Desde una perspectiva antropológica se observa, por un lado, que las parafilias suelen darse en sociedades grandes y complejas y por otro, que son más frecuentes en los varones, en una proporción abrumadora (Eysenck y Wilson, 1981; Gregersen, 1988; Aluja y Farré, 1989).

Características diagnósticas

La característica esencial de la parafilia es la presencia de repetidas e intensas fantasías sexuales de tipo excitatorio, de impulsos o comportamientos sexuales que por lo general engloban: 1) objetos no humanos; 2) el sufrimiento o la humillación de uno mismo o de la pareja, o 3) niños u otras personas que no consienten, y que se presentan durante un período de al menos 6 meses.

Para algunos individuos, las fantasías o los estímulos de tipo parafilico son obligatorios para obtener excitación y se incluyen invariablemente en la actividad sexual. En otros casos, las preferencias de tipo parafilico se presentan sólo episódicamente, como en épocas de estrés, mientras que otras veces el individuo es capaz de funcionar sexualmente sin fantasías ni estímulos de este tipo.

En todos los trastornos parafilicos, el diagnóstico se efectúa si durante un período de al menos seis meses, hay una excitación sexual intensa y recurrente derivada de fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos y el individuo ha cumplido estos deseos sexuales irrefrenables o si los deseos irrefrenables o fantasías sexuales producen un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Las ofensas sexuales hacia los menores constituyen una proporción significativa de todos los actos sexuales criminales documentados, y los individuos que necesitan exhibirse, practican la pedofilia o el voyerismo comprenden la mayoría de los procesados por delitos sexuales.

Las relaciones sociales y sexuales pueden verse afectadas si los demás descubren dichos comportamientos sexuales, ya que son considerados vergonzosos o repugnantes. Asimismo, si la pareja se niega a participar en sus preferencias sexuales.

Estas personas raramente acuden voluntariamente a los profesionales de la salud y cuando lo hacen es porque su comportamiento les ha ocasionado problemas con su pareja o con la sociedad.

Síntomas y trastornos asociados

El estímulo preferido puede ser altamente específico. Las personas que no tienen una pareja que esté de acuerdo en realizar las fantasías del individuo pueden solicitar los servicios de prostitución o incluso obligar a sus víctimas a realizarlas en contra de su voluntad.

Los individuos que padecen este tipo de trastornos pueden escoger una profesión, tener aficiones u ofrecerse como voluntarios para trabajar en oficios que les permita estar en contacto con el estímulo deseado. Asimismo, de manera selectiva, pueden mirar, leer, comprar o coleccionar fotografías, películas, o libros cuyo foco principal sea el tipo de estímulo sexual preferido.

Muchas de estas personas afirman que su comportamiento sexual no les ocasiona ningún tipo de malestar y que el único problema es el conflicto social, consecuencia de la reacción de la gente frente a su comportamiento. Otros, en cambio, manifiestan intensos sentimientos de culpa, vergüenza y depresión por el hecho de efectuar actividades sexuales inusuales, que no son aceptadas socialmente o que ellos mismo consideran inmorales.

A menudo, les es difícil desarrollar una actividad sexual recíproca y afectiva, por lo que pueden manifestar diversas disfunciones sexuales. También, las alteraciones de la personalidad son frecuentes y pueden ser lo suficientemente graves como para que se efectúe el diagnóstico de trastorno de la personalidad.

Prevalencia, curso y pronóstico

Las parafilias son practicadas por un pequeño porcentaje de la población, pero la naturaleza repetitiva e insistente de estos trastornos produce una alta frecuencia de actos parafilicos, siendo una proporción amplia de la población víctima de las personas con parafilia.

De entre los casos identificados legalmente, la paidofilia es el trastorno más común. De un 10% a un 20% de todos los niños han sido objeto de abusos sexuales. El 20% de las mujeres adultas han sido objeto de episodios de exhibicionismo o voyeurismo. El masoquismo y el sadismo sexual están muy poco representados en las estadísticas. Las parafilias que tienen que ver con funciones excretoras rara vez se hacen públicas ya que tienen lugar entre adultos que consienten, o entre prostitutas y clientes. Las personas que practican el fetichismo travestista raramente entran en el sistema legal. La zoofilia es muy rara.

Algunas fantasías y comportamientos asociados con las parafilias pueden iniciarse en la infancia o en las primeras etapas de la adolescencia, pero su desarrollo se define y elabora mejor durante la adolescencia y los primeros años de la vida adulta. Más del 50% de las parafilias comienzan antes de los 18 años. Los pacientes parafilicos suelen presentar con frecuencia varias parafilias a la vez, o bien se han ido alternando a lo largo de sus vidas. La ocurrencia de la conducta parafílica tiene su pico máximo entre los 15 y los 25 años y va declinando progresivamente. Por definición, las fantasías e impulsos asociados a estos trastornos son recurrentes.

A excepción del masoquismo sexual, en el que la relación según el sexo es de 20 hombres por 1 mujer, las otras parafilias prácticamente no se diagnostican en las mujeres, aunque se han descrito algunos casos (APA, 2013).

En las parafilias, un mal pronóstico se asocia a una edad de inicio temprana, a una alta frecuencia de estos actos, a la ausencia de sentimientos de culpa o de vergüenza hacia estos actos, y al abuso de sustancias.

El curso y pronóstico es bueno cuando el paciente practica el coito además de su parafilia, cuando tiene una gran motivación para el cambio, y cuando es él mismo el que busca tratamiento y no lo hace por razones legales.

Etiología

Factores Psicosociales

Para el modelo psicoanalítico clásico, un persona con una parafilia es alguien que no ha completado el proceso de desarrollo normal hacia el ajuste heterosexual (Freud, 1953).

Otras teorías atribuyen el desarrollo de una parafilia a experiencias tempranas que condicionan o socializan al niño en el seno de un acto parafílico. La primera experiencia sexual compartida puede ser muy importante a este respecto. Ser objeto de abuso cuando se es un niño, puede predisponer a una persona a ser objeto de abusos en la edad adulta, o bien todo lo contrario, a abusar de los demás.

El inicio de los actos parafilicos puede ser el resultado de un modelamiento de la propia conducta, a partir de las conductas de los demás que han llevado a cabo conductas parafilicas, a partir de copiar conductas sexuales descritas en los medios de comunicación, o recordando sucesos pasados de fuerte impacto emocional, como por ejemplo sufrir abusos de otros.

La teoría del aprendizaje indica que debido a que las fantasías sobre actos parafilicos empiezan a edades muy tempranas, y que debido a que las fantasías y pensamientos personales no se comparten con otros (que podrían bloquear o criticar estas ideas), la utilización de estas fantasías parafilicas y las necesidades que generan siguen estando desinhibidas en la edad adulta. El uso repetitivo de estas fantasías que no han sido bloqueadas, produce que los pensamientos y conductas se hayan asociado o condicionado a dichas fantasías parafilicas.

Sólo más tarde la persona empieza a darse cuenta de que este interés parafilico y estas necesidades son incongruentes con las normas sociales.

Factores orgánicos

Numerosos estudios han identificado anormalidades orgánicas en personas con parafilias (Langevin, 1992). Ahora bien, ninguno ha utilizado muestras aleatorias de estos sujetos; los estudios son, por tanto, investigaciones extensas de pacientes parafilicos que reciben tratamiento en centros médicos.

De entre las personas evaluadas en estos centros que muestran alteraciones orgánicas, un 74% presentaba niveles hormonales anómalos, un 27% presentaba signos neurológicos, un 24% presentaba anomalías cromosómicas, un 9% sufría dislexia, un 9% sufría crisis epilépticas, el 4% tenía electroencefalogramas anormales sin crisis epilépticas, el 4% presentaba trastornos mentales mayores y el 4% eran retrasados mentales.

La cuestión que queda pendiente es si estas anomalías desempeñan algún papel causal en las parafilias, o si son hallazgos incidentales que no tienen ninguna relevancia en el desarrollo de estos trastornos.

Diagnóstico diferencial

La parafilia debe diferenciarse del uso de fantasías o comportamientos sexuales no patológicos o de los objetos como un estímulo para la excitación sexual que presentan los individuos sin parafilia. Las fantasías, los comportamientos o los objetos son considerados parafilicos sólo si provocan malestar o alteraciones clínicamente significativas: son obligatorias, producen disfunciones sexuales, requiere la participación de otras personas en contra de su voluntad, conducen a problemas legales o interfieren en las relaciones sociales.

En el retraso mental, la demencia, el cambio de personalidad debido a una enfermedad médica, la intoxicación por sustancias, un episodio maniaco o la esquizofrenia puede existir una reducción de la capacidad de juicio, de las habilidades sociales o del control de impulsos que, en raras ocasiones, produce un comportamiento sexual inusual. Estos casos se diferencian de las parafilias por varios motivos: el comportamiento sexual poco frecuente del individuo no constituye el patrón obligatorio o preferido del sujeto, los síntomas sexuales aparecen exclusivamente durante el curso de estos trastornos y los actos sexuales inusuales tienden a ser aislados, más que recurrentes, y a tener un inicio más tardío.

Evaluación de las parafilias y ofensores sexuales

Es un hecho evidenciado que los ofensores sexuales son un grupo heterogéneo al igual que lo son otro tipo de ofensores no sexuales y que la población general. Ahora bien, los resultados de investigaciones sobre evaluaciones psicológicas con ofensores sexuales, comparados con otro tipo de ofensores no sexuales, tanto violentos como no violentos, han demostrado que los ofensores sexuales se diferencian del resto de ofensores en rasgos de personalidad, en problemas de conducta y en características demográficas (Van Wijk, Van Horn, Bullens, Bijleveld, y Doreleijers, 2005).

Si bien hay un amplio cuerpo de conocimientos en la literatura científica sobre las secuelas psicológicas en menores que han sufrido abusos sexuales, sorprendentemente hay un gran desconocimiento científico sobre perfiles psicopatológicos de pedófilos.

En cuanto a la identificación de factores de riesgo para el desarrollo de pedofilia, exhibicionismo, violación y parafilias en general, en estudios donde han comparado ofensores sexuales tanto con otros ofensores no sexuales, como con hombres normales de características demográficas similares; los resultados han mostrado que un alto porcentaje de sujetos parafilicos han sufrido abuso emocional y/o sexual en la niñez,

han vivido en una familia disfuncional y han tenido problemas de conducta durante la niñez. Por otro lado, el abuso emocional en la niñez y tener una familia disfuncional ha sido encontrado como un consistente factor de riesgo para pedofilia, exhibicionismo, violación o parafilias múltiples. En cambio, el abuso sexual durante la niñez fue encontrado como un específico factor de riesgo para la pedofilia (Lee, Jackson, Pattisson y Ward, 2002; Cohen, McGeoch, Gans, Nikiforov, Cullen y Galynker, 2002; Agathonos-Georgopoulou, 2004).

La evaluación de una persona con conducta parafilica es difícil y compleja. Se requiere por un lado, evaluar los determinantes no sexuales: personalidad, salud mental, habilidades sociales, relación familiar, relación de pareja si tuviere. Por otro lado, se requiere evaluar los determinantes sexuales: historial psicosexual (descripción de posibles problemas sexuales actuales, desarrollo psicosexual, primeras experiencias sexuales y relaciones sexuales actuales), elementos cognitivos (evaluación del estado mental, fantasías sexuales), análisis detallado de la secuencia parafilica, cuestionarios sexuales y evaluación psicofisiológica (Cáceres, 2001).

No obstante la evaluación psicofisiológica tanto mediante pletismografía o falometría como mediante instrumentos poligráficos, son medidas controvertidas, dada las críticas que han recibido tanto de la comunidad científica como del público general, puesto que para determinar la culpabilidad o inocencia de un individuo no se consideran éticamente correctas y además, está en entredicho su fiabilidad (Association for the treatment of Sexual Abusers, 1993; Krueger y Kaplan, 2002).

1. Tratamiento de las parafilias y ofensores sexuales

Objetivos terapéuticos

1.1 Supresión o atenuación de la sexualidad parafilica y potenciación de una conducta sexual más normalizada o aceptable.

1.2 Intentar una mejor adaptación del sujeto a su variante sexual. Esto no es posible cuando se trata de parafilicos potencialmente peligrosos para los demás, pero puede intentarse en otros más “privados”, caso de fetichismo o transvestismo.

1.3 En algunos pacientes, la parafilia se asocia a disfunciones sexuales, siendo en muchos de estos casos suficiente con solucionar la disfunción sexual para que disminuya o desaparezca la conducta parafilica.

1.4 Hay que destacar que algunos parafilicos exhiben un déficit importante en habilidades sociales, lo que requerirá un tratamiento específico, puesto que puede ser, por un lado, el factor que mantiene la actividad parafilica y por otro, dichas carencias impiden que desarrolle una conducta sexual y socialmente aceptable.

1.5 Modificar terapéuticamente los factores psicopatológicos que pueden superponerse al acto parafilico. Este es el caso de manifestaciones depresivas, ansiosas, psicóticas, disfunciones cerebrales, trastornos de personalidad.

En cuanto a los ofensores sexuales los objetivos generales serían los siguientes (Noguerol, 2005):

- A) Reconocer el problema y tomar la responsabilidad de sus acciones.
- B) Eliminar las justificaciones y excusas.
- C) Suprimir la excitación sexual disfuncional y desarrollar la excitación sexual adecuada.
- D) Desarrollar sus habilidades sociales.
- E) Desarrollar la empatía hacia la víctima.
- F) Mejorar la autoestima.
- G) Mejorar su autocontrol y habilidad en la resolución de problemas.
- H) Afrontar las variables conectadas con su historia pasada de abuso.
- I) Prevención de la recaída.

Distintas modalidades de tratamiento se han venido utilizando para el tratamiento de las parafilias: castración quirúrgica, farmacoterapia y psicoterapia desde diferentes modelos: psicoanalítico, conductual y cognitivo-conductual (Kenworthy, Admas, Bilby, Brooks-Gordon y Fenton, 2004; Winton, 2005; González Rodríguez, Lanchares Sánchez y Lanchares Pérez, 2005).

Estrategia terapéutica con métodos bioquímicos o fármacos

La intervención farmacológica puede consistir en usar antiandrógenos (acetato de ciproterona o medroxiprogesterona son los más utilizados) para reducir completamente la secreción de testosterona y/o antagonizar la acción de la testosterona a nivel de los receptores.

El problema es que los antiandrógenos solamente son efectivos relativamente a altas dosis y, tienen un número importante de efectos secundarios severos que limitan su uso considerablemente. Más recientemente se han venido utilizando hormonas agonistas liberadoras de gonadotropinas (GnRH) como el acetato leuprolide que libera la hormona luteinizante (LH-RH) y que tiene un potente efecto antiandrógeno reversible con muchos menos efectos secundarios y que ha demostrado ser efectiva tanto en reducir síntomas parafílicos como en prevenir recaídas bajo tratamiento, en pacientes adultos con distintas parafilias: pedofilia, sadismo sexual, frotteurismo, exhibicionismo, voyeurismo, siendo por ello una prometedora forma de terapia efectiva, junto a la psicoterapia, para el control de ofensores sexuales (Rosler y Witztum, 2000; Raymond, Robinson, Kraft, Rittberg y Coleman, 2001; Briken, Hill y Berner, 2003; Saleh, Niel y Fishman, 2004).

Los antiandrógenos, como el acetato de ciproterona y el acetato de medroxiprogesterona se han utilizado de forma experimental en las parafilias hipersexuales (Cooper, 1987), con lo que se ha conseguido en algunos casos una disminución de la conducta hipersexual, pareciendo pues ser útil en pacientes cuya hipersexualidad está fuera de control o es peligrosa, ahora bien la orientación sexual no cambia.

Los antiandrógenos bloquean la síntesis de testosterona, reduciendo asimismo los niveles plasmáticos de gonadotropinas, por acción directa sobre el eje hipotalámico-hipofisiario.

Entre los efectos secundarios destacan la ganancia de peso (20% de los casos), ligera hipertensión (30%) y otros síntomas semejantes a los que describen las mujeres con menopausia (rubor, excesos de calor, sudoraciones nocturnas y mialgias). No hay evidencia de que causen impotencia, ni que sea cancerígena a dosis terapéuticas.

La farmacoterapia, incluida la medicación antipsicótica y antidepresiva, está indicada para el tratamiento de la esquizofrenia o de los trastornos depresivos, si es que la parafilia va asociada a alguno de ellos.

Otra forma de farmacoterapia utilizada son los fármacos psicotrópicos antidepresivos (trazodona e inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina), que pueden ser efectivos en casos menos severos, sobre todo en hombres con un definido componente de trastorno obsesivo-compulsivo (Briken, Hill y Berne, 2003; Terao y Nakamura, 2000).

Estrategia terapéutica con psicoterapia

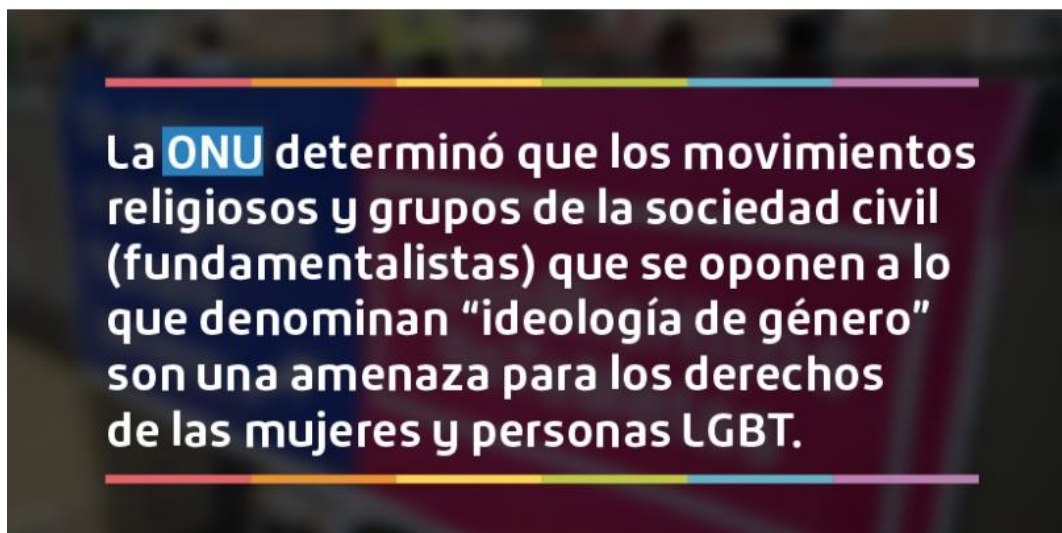
Respecto a la psicoterapia, en estudios comparativos entre los distintos modelos, conductual, cognitivo-conductual y psicoanalítico, la terapia cognitivo-conductual es la estrategia que mejores resultados ha producido tanto para reducir o controlar el impulso sexual parafílico, modificar distorsiones cognitivas y mejorar habilidades sociales como para aumentar el interés sexual por estímulos y conductas sexuales adecuadas, además reducir los porcentajes de recidivas (Krueger y Kaplan, 2002; Kenworthy, Admas, Bilby, Brooks-Gordon y Fenton, 2004; Walker, MacGovern, Poey y Otis, 2004; Lindsay Taylor, 2005).

Con la terapia cognitivo-conductual se intenta reducir la conducta parafílica, incrementar la heterosexualidad u homosexualidad "normales" y afrontar los factores precipitantes o la falta de habilidades sociales (Abel y Blanchard, 1974; Bancroft, 1974; Aluja y Farré, 1989). En líneas generales las tasas de éxito oscilan entre el 50 y el 60%.

Felipe Hurtado Murillo.

ONU

ONU advierte que grupos religiosos y sociales que se oponen a la “ideología de género” son amenazantes para los Derechos Humanos



“Cada avance en la lucha por los derechos de la mujer es también un avance en la lucha contra el fundamentalismo”[1]

En el más reciente Informe de la *Relatora Especial sobre los derechos culturales* de Naciones Unidas (<http://undocs.org/es/A/72/155>), que toma en consideración el informe elaborado por Promsex sobre los ataques fundamentalistas a las políticas educativas con igualdad en Perú (<https://goo.gl/YofYQp>), se hace **un llamado a dar una respuesta mundial urgente frente a la avalancha del fundamentalismo y el extremismo. Los mismos que en diversas formas y en todas las regiones, representan una de las principales amenazas contra el sistema de derechos humanos y, especialmente, los derechos de determinados grupos como las mujeres y personas LGBTI**, pues tratan de hacer retroceder los avances realizados para lograr la igualdad, tienen por objeto impedir nuevos avances y tratan de castigar y estigmatizar a defensores de derechos humanos que promueven tan importante labor.[2]

El informe emplea el término “fundamentalismo” para aludir a grupos cuyo postulado central es el rechazo de la igualdad y la universalidad de los derechos humanos[3]; siendo que, entre los elementos centrales de sus programas se encuentran la represión de los derechos de las mujeres y el control sobre ellas[4], basados en cosmovisiones rígidas, centradas en la aversión por “el otro”, así como la demonización de los esfuerzos que se oponen a la fijación de estereotipos calificándolos como “ideología de género”[5]. Algunos de estos grupos suelen imponer su interpretación de las doctrinas religiosas u otras [6], por lo que **las leyes y las políticas que promueven se sustentan en ideas estereotipadas y sexistas sobre las relaciones de género, las cuales discriminan claramente a las mujeres[7] y personas LGBTI**. Siendo así, a la Experta le preocupa la creciente aceptación de este tipo de discursos entre lo/as principales candidato/as, partidos políticos y medios de comunicación, lo que tiene graves consecuencias y empodera a fundamentalistas y extremistas.

Por ello, **los grupos que promueven causas fundamentalistas y extremistas no pueden ser considerados defensores de los derechos humanos** por constituir fundamentos ideológicos para la violación de los mismos. En ese sentido, la Experta advirtió que **los fundamentalistas a veces intentan promover sus causas o**

resguardarse de las críticas empleando el lenguaje de los derechos humanos y de la libertad de religión; sin embargo, no se puede reconocer derecho alguno a un grupo o individuo para emprender actividades encaminadas a la destrucción de los derechos humanos [8].

En cuanto a los impactos del fundamentalismo, pueden ser diversos; sin embargo, **suele repercutir de forma desproporcionada en los derechos de las mujeres y personas LGBT. Lo que se evidencia en la presión que ejercen la Iglesia Católica y los movimientos evangélicos en las organizaciones de mujeres de América Latina que luchan por la salud y los derechos reproductivos [9].** Asimismo, se registra que los fundamentalistas atacan la educación de diferentes maneras, en un intento de imponer su visión del mundo [10], como lo que sucede en Perú, donde las iniciativas para fomentar la protección de los derechos humanos de las mujeres y personas LGBT en las escuelas se ven frustradas por acciones fundamentalistas concertadas. Por tanto, la medida más importante que pueden adoptar los Gobiernos para derrotar al fundamentalismo es garantizar la educación con un sistema de enseñanza de carácter laico y no sexista que promueva una cultura de igualdad de género [11].

Cabe precisar que, La Relatora Especial hace hincapié en que **es obligación de los Estados prevenir y sancionar los actos cometidos por los agentes no estatales (grupos de sociedad civil, iglesias, etc.) fundamentalistas y extremistas contra los derechos humanos, de lo contrario puede ser responsable de dichos actos al no adoptar medidas con la diligencia debida** para impedir la violación o para investigar y castigar los actos de violencia [12].

En ese sentido, instamos al Estado peruano a considerar los estándares señalados a tomar públicas frente a los discursos y acciones de grupos fundamentalistas contrarias al sistema de derechos humanos, en nuestro país. Pues vienen actuando impunemente obstaculizando el reconocimiento y garantía de los derechos humanos de las personas LGBTI y de los derechos sexuales y reproductivos; además de incitar a la violencia y discriminación contra las mujeres y personas LGBTI en diversos ámbitos.

[1] Zeinabou Hadari, citada en Karima Bennoune, *Your Fatwa Does Not Apply Here: Untold Stories from the Fight against Muslim Fundamentalism* (Nueva York, W.W. Norton and Company, 2013), pág. 82.

[2] Informe de la Relatora Especial sobre los derechos culturales Karima Bennoune, presentado de conformidad con lo dispuesto en la resolución 28/9 del Consejo de Derechos Humanos. Fecha: 17 de julio de 2017(A/72/155)., párr. 02y 95

[3] Ibidem., párr. 04 y 06.

[4] Ibidem., párr. 15.

[5] Ibidem., párr. 07.

[6] Ibidem., párr. 12.

[7] Ibidem., párr. 16

[8] Ibidem., párr. 55

[9] Ibidem., párr. 57.

[10] Ibidem., párr. 88.

[11] Ibidem., párr. 97.

[12] Ibidem., párr. 45.

Fuente: <http://promsex.org/index.php/informacion/comunicados/3172-onu-advierte-que-grupos-religiosos-y-sociales-que-se-oponen-a-la-ideologia-de-genero-son-amenazantes-para-los-derechos-humanos>

HINDUISMO Y HOMOSEXUALIDAD

El tercer género, la fluidez sexual o la androginia: La historia gay desconocida del hinduismo



El hinduismo se remonta hace más de 3.500 años y es cuando surgen algunas ideas bastante asombrosas sobre el género y la sexualidad. Es la tercera religión más numerosa del mundo. Se practica ampliamente en el sudeste de Asia y también se considera la más antigua en la que se habla del concepto de la homosexualidad. Un texto médico del año 600 a.C. describe el hecho de tocar fondo y de “hombres que devoran el semen de otros hombres”.

No existe una autoridad central hindú así que las actitudes hacia las personas LGBTI varían mucho. Los textos sagrados hindúes no distinguen entre los actos heterosexuales y homosexuales, sino los actos sexuales procreadores (dentro del matrimonio) y los actos sexuales no procreadores, como el sexo oral.

Amara Das Wilhelm es la presidenta de la Asociación Vaishnava Gay y Lesbiana (GALVA-108), la primera organización religiosa hindú LGBTI: “El hinduismo tradicionalmente reconoce a las personas LGBTI como un tercer género natural, personas con cualidades masculinas y femeninas mixtas, y su presencia fue considerada una parte importante de cualquier festival. Este entendimiento habitual se perdió algo bajo el dominio islámico y británico, pero aún se puede ver en gran medida”, le contó a la revista Gay Star News.

Incluso hay varios templos hindúes con tallas que representan hombres y mujeres que realizan relaciones homosexuales. ‘Las personas LGBTI se deleitarán con los pasatiempos del crossdressing de Subala Milana’, explica la experta de GALVA-108 sobre este patrimonio inclusivo.

En la antigua mitología hindú, Subala, que es hombre, se viste con atuendo femenino. Intercambia ropa con Radharani, una lechera y amante del dios Krishna. Mientras tanto, Radharani se viste con el atuendo masculino de Subala. Su parecido es tan similar que no pueden distinguirse.

En Vrndavana, en la India, los templos todavía visten a Radharani con atuendos masculinos en el día en el que se le conmemora y es una de las pocas oportunidades para ver sus pies de loto y recibir bendiciones especiales.

También está la historia de Shikhandi, presentada en el sagrado Mahābhārata. Esta es una de las dos épicas más importantes de la India antigua, escrita en el idioma sánscrito.

Shikhandi nació como una mujer (con el nombre de Shikhandini) pero fue criado como un hombre. Luego se arregló para casarse con una mujer pero cuando se enteró de que él era realmente una mujer, su esposa le insultó y huyó de él. Luego se encontró con un yaksha (espíritu) que aceptó cambiar su género. Shikhandini luego regresó como un hombre con el nombre 'Shikhandi' y llevó una feliz vida de casados con su esposa e hijos. También hay muchos temas andróginos e intersexuales en la mitología hindú. Los dioses a veces cambiaron el sexo y los seres no divinos experimentaron cambios de sexo a través de las acciones de los dioses. Esto podría haber sido como resultado de maldiciones o bendiciones, o como el resultado natural de la reencarnación.

Hijra todavía están borrando las líneas de género en la India hoy. Si tuviera que traducir la palabra hijra al español, podríamos llamarlos transgénero. Pero en realidad, es una identidad social y cultural mucho más complicada que eso. Si bien se rechazan en algunas circunstancias, también son importantes para la vida cultural india. Ninguna boda hindú es bendecida si la hijra no la asiste. Y cada vez más obtienen protección y están comenzando a tener acceso a mejores trabajos. Los hijras son reconocidos oficialmente como tercer género por algunos gobiernos en el sudeste de Asia. Pueden ser transgénero, intersexuales o eunucos.

En 2014, la Corte Suprema de la India dictaminó que las personas transgénero deberían poder declarar que son de tercer sexo. Las personas transgénero ahora pueden registrar documentos oficiales como el tercer género, con todos los derechos asociados. Las leyes de Hijra también existen en Bangladesh y Nepal. Y algunos países los reconocen al ofrecer pasaportes de "género x".

Las antiguas sociedades hindúes no consideraban la homosexualidad como una perversión o pecado. De hecho, un texto médico que data de 600 a.C. menciona dos tipos diferentes de hombres homosexuales. Kumbhika son "hombres que toman el papel pasivo" en el sexo anal y los asekya son "hombres que devoran el semen de otros hombres". También establece que los hombres que se comportan como mujeres o mujeres que se comportan como los hombres están determinados en la concepción en el útero. Y establece que si dos mujeres tienen relaciones sexuales y una se queda embarazada, el niño nacerá sin huesos. Esto se debe a que creían que un padre proporciona huesos y las madres proporcionan carne y sangre.

Sri Sri Ravi Shankar, fundador del movimiento internacional Art of Living, dice sobre la homosexualidad: "Cada individuo tiene tanto de hombre como de mujer en ellos. A veces uno domina, y veces otro; todo es fluido". De manera similar, Srinivasa Raghavachariar, sacerdote principal del templo Srirangam, tiene una interpretación romántica de la homosexualidad. La filosofía india enseña que después de morir, somos re-nacidos. Nuestro propósito en la tierra debería ser evitar esta reencarnación, al vivir una vida perfecta podemos escapar al 'nirvana' o al cielo. Entonces, Raghavachariar creía que las parejas del mismo sexo debían haber sido parejas entre sexos en una vida anterior, reunidas por la reencarnación. El género puede cambiar, "pero el alma conserva sus apegos; por lo tanto, el amor los impulsa uno hacia el otro".

Algunos expertos incluso interpretan el hinduismo como un apoyo al matrimonio entre personas del mismo sexo. En 2002, la académica hindú Ruth Vanita entrevistó a un sacerdote de Shaiva que realizó una ceremonia de matrimonio para dos mujeres. Habiendo estudiado las escrituras hindúes, concluyó: "El matrimonio es una unión de espíritus. Y el espíritu no es hombre o mujer".



La mitología hindú también es rica en homosexualidad. Un ejemplo es el gran rey Bhagiratha. Es famoso en el mito indio por traer el gran río Ganges del país a la Tierra desde los cielos. Y se cree que nació de la cópula entre dos reinas.

Hay una historia similar sobre Karttikeya: el dios hindú de la guerra. Él nació cuando Lord Agni, el dios del fuego, tomó semen de una de las principales deidades, Shiva.

Pero el sexo homosexual no es completamente aceptado. En todos los aspectos de la vida hindú, el celibato es importante a menos que sea para la procreación.

Diwali es el festival hindú más famoso. Celebra la victoria de la luz sobre las tinieblas, el bien sobre el mal, el conocimiento sobre la ignorancia y la esperanza sobre la desesperación. Y se celebra con luces y fuegos artificiales. Todo sucede durante el mes sagrado de Kartik o Kartika. En esas fechas las personas LGBTI están interesadas en saber que cuando Rama (un dios llamado ‘Ser Supremo’) se exilió de Ayodhya. La gente del tercer género pacientemente mantuvo una vigilia para él regresara a la ciudad durante todo su exilio. “El Señor estaba especialmente complacido con ellos y ofreció sus bendiciones”. Diwali es un tiempo en el que los devotos de Rama ofrecen lámparas como un medio para guiar al Señor a su regreso.

También es el año nuevo hindú o Kali Puja, un día en que se adora a la poderosa diosa de la energía material del Señor. Por lo tanto, Diwali se celebra de diversas maneras dentro de todas las expresiones del hinduismo. La fecha de Diwali varía con la luna, pero suele ser un punto entre mediados de octubre y mediados de noviembre. Las escrituras hindúes dicen que los buenos resultados de la devoción a Dios se multiplican cuando haces esas buenas obras durante este mes sagrado. El Hare Krishna y Kartika es igualmente observado por todos los hindúes sin importar el género, la raza, la nacionalidad, la orientación sexual o cualquier otra consideración externa. Es un momento para nutrir el alma y avanzar rápidamente en la vida espiritual.

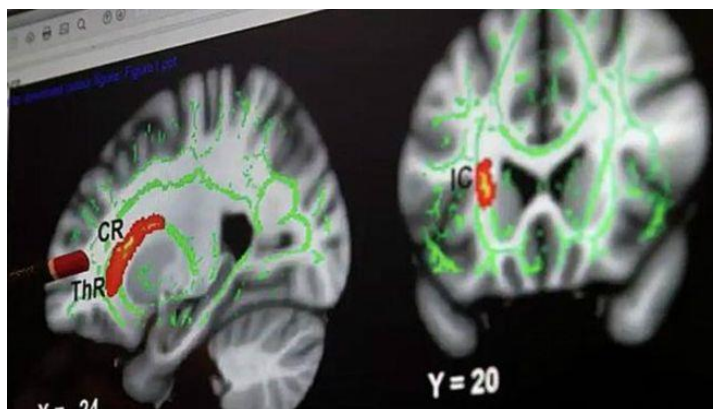
Kartikeya, el dios de la guerra, nació de dos dioses masculinos (Siva y Agni). Él es adorado por el tercer género como un soltero eterno junto con su compañero masculino, Visakha. La aparición de Kartikeya se celebra en el día de la luna llena y la última noche de Kartika.

Diwali y los muchos días especiales de Kartika se celebran cada año en sus templos hindúes y Hare Krishna locales y es que es la bendición hindú. ‘Hare’ es una palabra a la energía de Dios y ‘Krishna’ es un Dios.

Fuente: <https://www.loottis.com/tercer-genero-la-fluidez-sexual-la-androginia-la-historia-gay-desconocida-del-hinduismo/?platform=hootsuite>

¿SE NACE PEDÓFILO?

Nace o se hace: el debate sobre el origen de la pedofilia



¿Los cerebros de los pedófilos son iguales que los de los demás?

En los últimos años ha habido una gran preocupación sobre la magnitud del abuso sexual a niños. Pero tras años de estudio e investigación, todavía hay **desacuerdo sobre las causas de la pederastia**.

"La gente piensa '¿por qué deberíamos ayudar a los pedófilos? Deberíamos perseguirlos, ponerlos en la cárcel y castrarlos'. Pero si les ofrecemos ayuda, quizás estemos salvando a niños que hayan sido víctimas de abusos". Estas fueron las sorprendentes palabras de Paul Jones, padre de April Jones, quien fue **secuestrada y asesinada por un pederasta en octubre de 2012**.

Ahora, Paul y su esposa Coral están haciendo campaña para mejorar la comprensión del abuso sexual a niños, incluyendo el ofrecimiento de ayuda a los pedófilos para que no vuelvan a delinquir. En su opinión, esto es clave para proteger a los niños.

James Cantor, del centro de Adicción y Salud Mental de Toronto, en Canadá, pasa la mayor parte de su tiempo explorando los cerebros de pederastas con escáneres por resonancia magnética. Y ha llegado a una conclusión llamativa y controvertida.

"La pedofilia es una orientación sexual", dice. "Es algo con lo que nacemos, esencialmente; no cambia a lo largo del tiempo y es tan central para nuestro ser como cualquier otra orientación sexual".

Cantor encontró que los cerebros de los pedófilos que estudió tenían un "cableado" diferente a los de los que no lo son, algo que él describe como "cables cruzados" en el cerebro.

"Es como si, cuando ven un niño, se les despierta su instinto sexual en lugar de su instinto de crianza", dice.

Desarrollo

Cantor añade que los pederastas convictos tienen tres veces más posibilidades de ser **zurdos o ambidiestros** que el resto de la población, y que son significativamente **más bajos** que otros criminales condenados.

Hay que dejar claro que esto no significa que la gente de poca altura o los zurdos tienen significativamente más probabilidades de ser pederastas, pero estas son características que son determinadas generalmente durante el primer trimestre de embarazo, lo que indica que la pedofilia podría determinarse en el mismo momento, dice Cantor.



James Cantor examina los cerebros de los pedófilos.

Una posible causa puede ser **el estrés materno o la malnutrición**.

"Cuanto más podamos enfocarnos en exactamente qué y cuándo está pasando, mayor es la posibilidad de prevenir su desarrollo", dice Cantor.

Sin embargo, esta teoría diverge en gran medida de otras explicaciones de la pederastia. El debate entre **si es algo que se hace o con lo que se nace** es intenso entre los expertos en el campo del abuso sexual infantil.

Durante mucho tiempo, la tesis dominante fue lo que Duncan Craig, de Survivors Manchester -una organización para sobrevivientes masculinos de abuso- llama "el Síndrome Vampiro".

Craig lo define como "la idea de que si te ha mordido un vampiro, te convertirás en vampiro. Si has sufrido abusos, te convertirás en abusador".

Muchas personas que trabajan con sobrevivientes de abusos son muy hostiles a esta idea, porque creen que estigmatiza a los que han sufrido el horror del abuso sexual cuando eran niños.

"Me parece muy triste. Impide a los hombres ser padres", dice Craig. "La cantidad de veces que me he sentado con un cliente que ha estallado en llanto por no poderle cambiar el pañal a un bebé, no porque vaya a hacer algo, sino porque existe un mito al respecto".



El trabajo de Cantor proporciona **una explicación alternativa a cómo se desarrolla la pedofilia**. Sin embargo, lleva consigo la implicación de que, si naces siendo pederasta, estás condenado a seguir siéndolo.

¿Tiene cura?

Muchos expertos ponen en duda esto, incluido Paul Fedoroff, director de la Clínica de Comportamientos Sexuales en el Centro de Salud Mental Royal Ottawa, en Canadá.

Fedoroff mantiene que es capaz de "curar" a pedófilos, utilizando tratamientos antiandrógenos para eliminar temporalmente el deseo sexual.

"**Sacamos el sexo de la ecuación**", dice Fedoroff. "Les damos la oportunidad de desarrollar estilos de vida saludables". Quienes reciben tratamiento son capaces de conseguir un trabajo e idealmente tener una relación consensuada con otro adulto "que no esté basada en primer lugar en el sexo".

"Una vez están en esa situación... suspendemos el tratamiento y su deseo sexual vuelve. Y resulta que si se desarrolla una relación normal saludable, empiezan a tener actividades sexuales con su pareja que ambos disfrutan. Sus preferencias cambian".



El debate se complica por el hecho de que no todos los abusadores infantiles son calificados de pedófilos en el **tradicional uso psiquiátrico del término**.

Mientras que los pederastas se definen por una persistente atracción hacia niños prepubescentes, los "efebófilos" sienten una atracción muy específica por adolescentes, de entre 11 y 14 años.

Según Donald Findlater, uno de los más destacados expertos en abuso sexual de menores quien trabaja con la Fundación Lucy Faithfull, hay estudios preocupantes que indican que hay más gente de la que se piensa que sienten deseos sexuales por adolescentes ocasionalmente.

"Pero manejan esos pensamientos, no los hacen realidad y los guardan donde debe ser. En el caso de los abusadores sexuales, se autoconvencen de que ese comportamiento es aceptable o no les importa".

Los efebófilos tienen frecuentemente relaciones adultas al mismo tiempo que relaciones abusivas con niños.

Aquellos con un interés sexual por los adolescentes abusan con más frecuencia a niñas, mientras que los pederastas, definidos clínicamente, tienden a tener una proporción mayor de niños como sus víctimas, dice Findlater.

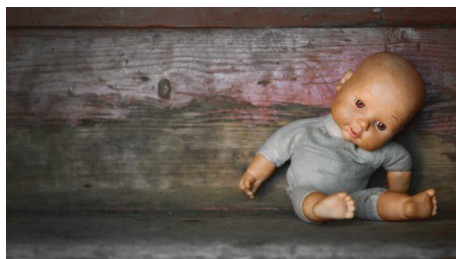
Para añadir más complejidad, alrededor de **un tercio de aquellos que cometen ofensas contra niños son otros niños o jóvenes menores de 18 años**.

"La mayor parte de jóvenes de cualquier edad que incurren en comportamiento sexual inadaptado con otros niños lo abandonarán cuando crezcan o, con la ayuda y la intervención adecuada, son capaces de entender de dónde viene eso, hacer trabajo de víctima y superar esos incidentes", dice Kevin Gallaguer, director de un centro de intervención para agresores sexuales en Gales, Reino Unido.

La opinión de un pederasta

Cuando entrevistamos a uno de los pacientes de Fedoroff, un hombre que estuvo en la cárcel por abusar de sus hijas, confesó que todavía tiene siente deseos sexuales por sus víctimas.

Hay hombres adultos que reconocen ser pedófilos pero insisten en que no abusan de niños ni ven imágenes indecentes.



Chris (no es su nombre real) es uno de ellos. Ha hecho terapia intensiva.

"Para mí, fue cuestión de aprender la diferencia entre querer y necesitar", dice.

"Todos tenemos deseos de hacer cosas, pero son solo deseos, no significa que tengamos que hacerlas. Y así como puedes decidir actuar, también puedes decidir no actuar".

Chris proporciona su fascinante aportación al debate.

"Yo creo que mi sexualidad es lo que soy, **es con lo que nací y está en mi naturaleza**. La forma en que actúo y mi sentimiento moral de que actuar de acuerdo a ese impulso está mal y hacer daño a un niño está mal, se debe al hecho de que me educaron con una brújula moral muy clara, una idea muy clara de lo que está bien y mal".

Findlater defiende con fuerza el uso de fondos públicos para ayudar a Chris a no ser un peligro para los niños.

"Mi principal preocupación", dice, "es proteger a los niños y, si partimos de esa premisa, entonces tenemos que ampliar los servicios que ayudan a los agresores sexuales a no representar un peligro para los niños en el futuro".

Fuente: http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/11/151124_finde_ciencia_pedofilos_cerebro_causas_ac

TERAPIA DE PAREJA

La terapia de pareja el mejor camino para solucionar los problemas

Todas las parejas atraviesan por baches que pueden ser determinantes en su relación, razón por la cual se debe proceder adecuadamente con el objetivo de solventarlos de la forma más positiva que sea posible, garantizando de esta manera una relación más sólida y sobre todo con mucho más futuro.



En la actualidad hay muchos factores que influyen negativamente en las parejas, y es que vivimos un ritmo de vida demasiado rápido, teniendo que hacer frente a una gran cantidad de obligaciones, responsabilidades y problemas que van surgiendo día tras día. Esto puede llevar a un distanciamiento de la pareja y a otros muchos problemas de relación y/o convivencia, de manera que hay que establecer una serie de pautas a través de las cuales consigamos solucionar cualquier problema que pueda surgir y, por supuesto, **consigamos consolidar nuestra relación y mirar al futuro con optimismo.**

Los problemas por los que atraviesan las parejas modernas

En la actualidad ha aumentado considerablemente el número de divorcios y parejas que se separan debido a que no son capaces de superar las situaciones de tensión por las que todos tenemos que atravesar, y es que en la sociedad actual nos hemos acostumbrado a querer ser siempre el centro de todo, de manera que **hemos perdido en buena medida la capacidad de adaptarse y convivir con otras personas.**

Por otra parte, también debemos tener en cuenta que la presión social aumenta considerablemente, de manera que cada vez tenemos más responsabilidades y exigencias a las que hacer frente, lo que significa que esta situación nos afecta negativamente con lo que lo acabamos traspasando también a nuestra vida conyugal.

En definitiva, aumentan las dificultades a la vez que nosotros disminuimos nuestra paciencia y nuestra capacidad para poder vivir en pareja, con lo cual todo desemboca en rupturas constantes y en la pérdida de los valores que debemos tener para poder salir adelante y superar los momentos difíciles.

Los inevitables periodos negativos

Hay que tener muy claro que inevitablemente vamos a tener que hacer frente a periodos negativos dentro de nuestra relación, es decir, es imposible que una relación vaya siempre bien, sino que pasa por etapas en las que nos llevamos mejor y otras en las que las cosas se tuercen más de lo que deberían.

De hecho, si conseguimos superar estas etapas negativas, es lo que verdaderamente va a consolidar nuestra unión, pero por supuesto estamos hablando de algo difícil a lo que tendremos que hacer frente juntos, ya que de nada sirve que uno esté dispuesto a superar las dificultades y el otro no quiera dar su brazo a torcer.

Buscando la solución a todos los problemas a través de la terapia en pareja

Para poder contar con más fuerza y nuevas armas para vencer estos momentos difíciles, la terapia en pareja es una de las mejores alternativas, y es que siempre existe solución para esta situación, pero claro, debemos aprender a pensar y razonar de forma común para llegar a un acuerdo y lograr esa estabilidad que necesitamos en nuestra relación.

Con profesionales de la psicología y sexología podremos organizar sesiones que nos permitan entender qué es lo que está ocurriendo en nuestra relación y cómo debemos proceder para solucionarlo, y recordad que, cuanto antes nos pongamos manos a la obra, más posibilidades habrá de que salgamos positivamente de todo esto.

Uno de los inconvenientes que de hecho son bastante frecuentes es el dejar para otro momento la solución de problemas, lo cual puede hacer que se acaben acumulando con lo que poco a poco la pelota se hace más grande, razón por la cual os aconsejamos que hagáis todo lo posible por solucionarlos siempre desde el primer momento, ya que de esta manera habrá muchas más posibilidades de poder solventar los siguientes y sobre todo podremos estar convencidos de que estamos evitando que se acumulen los elementos negativos en nuestra relación para conseguir por fin esa estabilidad que siempre hemos buscado.

Fuente: <https://larepublica.es/2017/09/18/la-terapia-pareja-mejor-camino-solucionar-los-problemas/?platform=hootsuite>

CV TRANSEXUALES

Transexuales condenadas a la calle

El colectivo tiene vetados numerosos trabajos y muchas se ven abocadas a la prostitución
Son marginadas en empleos de atención al público porque se visibiliza su fisonomía



Sabrina Sánchez, en la calle de Rogent de Barcelona, la semana pasada. / FERRAN NADEU

El mundo laboral es una ratonera para las **transexuales**: empleos vetados, rechazo para puestos de atención al público o entrevistas laborales donde se les pregunta más por su sexo que por su formación. "Puedes ser 'trans', pero que no se note", apunta **Txus Pedrosa**, coordinadora de programas de la Fundació Surt, una organización feminista de acción social. Tanto Pedrosa como **Belén Camarasa**, responsable de inserción de la entidad, añaden: "La exclusión laboral es una de las violencias más opresivas y menos visibles". Las escasas cifras que hay sobre el empleo en el colectivo revelan que el paro "está disparado".

Las trabas les abocan, a menudo, a aceptar puestos en la **economía sumergida** o directamente a la **prostitución**. El rechazo, la vulneración de derechos laborales y la falta de oportunidades son las quejas que repite el colectivo cuando acude a la Fundación Surt. "Aquí les damos recursos y herramientas para acceder a un empleo", explica Pedrosa.

Currículos

Una de estas herramientas consiste en enseñarles a redactar un currículum y asesorarles sobre cómo acudir a una entrevista laboral. A algunas les aconsejan "presentarse como hombre para evitar problemas—relata Pedrosa—, es un error. Lo mejor es resaltar la transexualidad como un valor que aportan a la empresa".

Pero "este valor" en la práctica es una utopía. Algunas aspirantes cuentan que en las entrevistas "si el sexo que figura en el carnet de identidad no concuerda con el aspecto físico, la charla desvaría y se centra en el sexo de la candidata", denuncian. "No dicen que no nos dan el empleo por ser 'trans', pero ya no nos llaman. Las colocaciones son ínfimas", reconoce Camarasa. Por eso, en Surt les dan apoyo para romper el techo de cristal laboral.

Hay trabajos en los que no solo les ponen trabas, "directamente les vetan al exigir no tener enfermedades mentales", afirma Pedrosa. Desde 1980, pese a la oposición del colectivo, la transexualidad se cataloga como enfermedad mental, ya que para cambiarse de sexo en el DNI (no siempre es necesario estar operada) hay que presentar un diagnóstico de disforia de género, un trastorno de identidad sexual.

Mossos d'Esquadra

Este diagnóstico les impide acceder a bomberos, fuerzas de seguridad o a empleos con menores y se exige: "poseer la capacidad física y psíquica necesaria para ejercer las funciones propias de las plazas a cubrir". Uno de estos casos lo vivió una mosso d'Esquadra. Entró como hombre por eso no tuvo ningún impedimento. Camarasa afirma que "las empresas no son agentes aliados y mantienen con sus prácticas la **transfobia**". Las firmas argumentan que son los clientes los que rechazan a las trans en puestos de atención al público. "Hay que visibilizarlas y cuando en una tienda la dependiente sea transexual, la gente lo normalizará", concluye.

Fuente: <http://www.elperiodico.com/es/sociedad/20171023/acorralados-transexuales-laboral-6367261>

ENFOQUE COGNITIVO EN OBSESIONES Y COMPULSIONES SEXUALES

El enfoque cognitivo en el tratamiento de una adolescente con obsesiones y compulsiones de contenido sexual

Araitz Petrizán¹, Eduard Forcadell^{2,3}, Maria T. Nascimento¹, Ester Camprodon¹, Xavier Estrada¹, & Luís M. Martín^{1,3} ¹ Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, CSMIJ Sant Martí i La Mina, Parc de Salut Mar, Barcelona, España ² Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell, Sabadell, España ³ Departament de Psiquiatria i Medicina Forense, Facultat de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, España

Resumen

El presente trabajo es un estudio de caso único sobre una adolescente de 15 años con un trastorno obsesivo compulsivo (TOC) de contenido sexual. Este tipo de obsesiones y compulsiones tienen la particularidad de la ocultación, ya que aquellos que lo padecen acostumbran a esconder los síntomas por ser percibidos como inaceptables. El tratamiento utilizado combina técnicas cognitivas en los momentos iniciales y técnicas conductuales (exposición con prevención de respuesta, EPR). Se llevó a cabo una evaluación pretest-postest empleando la Child Behavior Checklist (CBCL), la Youth Self-Report (YSR) y la Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS). La evolución fue favorable, observándose una reducción notable en las obsesiones y compulsiones tras la aplicación de las técnicas cognitivas y obteniendo una remisión completa aplicando de forma consecutiva la exposición con prevención de respuesta. Este estudio subraya la importancia de un modelo de intervención cognitivo en la intervención del TOC en adolescentes con obsesiones de tipo sexual, además de la técnica de EPR.

Palabras clave: trastorno obsesivo compulsivo, obsesiones sexuales, estudio de caso único, tratamiento cognitivo, terapia cognitivo-conductual.

Abstract

The cognitive approach in the treatment of an adolescent with sexual obsessions and compulsions. This work is a case study of a 15-year old adolescent with an obsessive compulsive disorder (OCD) of sexual content. These types of obsessions and compulsions have the particularity of the occultation, given that those who have such symptoms tend to hide the indications because they are perceived as unacceptable. The treatment used combines cognitive techniques in the initial stages of therapy and behavioral techniques (exposure response prevention, ERP). The assessment consists of a pretest-posttest assessment using the Child Behavior Checklist (CBCL), the Youth Self-Report (YSR) and the Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS). The evolution of the treatment approach was favorable, showing a significant reduction in obsessions and compulsions after the application of cognitive techniques. Furthermore, findings suggested a complete remission after subsequent exposure with response prevention. This study highlights the importance of cognitive intervention in adolescents with sexual related OCD, in addition to the ERP technique.

Keywords: obsessive compulsive disorder, sexual obsessions, case study, cognitive therapy, cognitive behavioral therapy.

Según la quinta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association, 2013) el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se caracteriza por las obsesiones y/o compulsiones que consumen tiempo, son estresantes y/o interfieren con la rutina, relaciones interpersonales o el funcionamiento cotidiano. Las obsesiones constituyen impulsos, ideas, imágenes o pensamientos persistentes que se introducen en la mente de la persona y provocan una preocupación o ansiedad excesiva. Las compulsiones conforman actos o conductas repetitivos que se ejecutan como respuesta a las obsesiones para aliviar o evitar la preocupación y/o ansiedad.

Asimismo, muchos de los individuos que presentan un TOC también tienen unas creencias disfuncionales asociadas (un alto sentido de la responsabilidad, tendencia a la sobrevaloración, perfeccionismo, 144 Intervención cognitiva en obsesiones y compulsiones sexuales dificultades de tolerar la incertidumbre,

sobrevaloración y necesidad de controlar los pensamientos) (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1997; Steketee et al., 2003).

La prevalencia global de este trastorno es de 1.1 - 1.8% en la población general. En la edad adulta las mujeres están ligeramente más afectadas que los hombres, aunque en la infancia y adolescencia los chicos presentan mayor afectación (American Psychiatric Association, 2013). El inicio del trastorno suele ser alrededor de los 19.5 años (los chicos suelen debutar antes que las chicas) y un 25% de los casos se inician sobre los 14 años (American Psychiatric Association, 2013).

Cuando el trastorno se inicia en la adolescencia es habitual que presenten interferencia en las relaciones sociales. El contenido de las obsesiones y compulsiones varía entre los individuos. El contenido de las obsesiones también pueden ser del área de la religión, agresividad o sexuales (Bloch, Landeros-Weisenberger, Rosario, Pittenger, & Leckman, 2008; Mataix-Cols, Do Rosario-Campos, & Leckman, 2005). Este último puede incluir pensamientos no deseados sobre actos sexuales con miembros de la familia o niños pequeños, comportamiento sexual agresivo, infidelidad y actos homosexuales (Grant et al., 2006; Williams & Farris, 2011). Las obsesiones sexuales pueden permanecer sin ser detectadas ya que los afectados presentan mucha vergüenza de revelar síntomas que puedan ser percibidos como inaceptables (Baer, 2001). A pesar de esto, las obsesiones sexuales son comunes en los adultos con TOC, con una prevalencia que oscila entre 5-24% (Foa & Kozak, 1995; Rasmussen & Eisen, 1992). Las obsesiones sexuales son también comunes en pacientes adolescentes y también pueden estar presentes en niños de hasta 8 años (Geller et al., 2001).

Hoy en día los tratamientos del TOC que han demostrado de forma controlada su eficacia y están dentro de la categoría de tratamientos bien establecidos son el tratamiento de exposición con prevención de respuesta y el tratamiento psicofarmacológico (Foa et al., 2005; Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team, 2004). Dentro de la categoría de tratamiento probablemente eficaz están las aportaciones cognitivas dentro de la exposición con prevención de respuesta. En este contexto, el estudio y aplicación de técnicas cognitivas en el tratamiento del TOC se han situado en un segundo plano. No obstante, no se ha de olvidar la importancia del papel de los pensamientos, concretamente de cómo interpretan y valoran los pacientes los pensamientos intrusivos y obsesivos (Rachman, 2002; Salkovskis, 1999). En el modelo cognitivo para el TOC las aportaciones de Salkovskis han sido las más relevantes (Salkovskis, 1985, 1989). Los pensamientos intrusivos, imágenes o impulsos son consideradas como un fenómeno normal y común para la mayoría de las personas (Rachman & De Silva, 1978). El 90% de las personas reconocen tener ese tipo de pensamientos (Rachman & De Silva, 1978; Salkovskis & Harrison, 1984). Sólo los que interpretan inadecuadamente y catastróficamente estos pensamientos los transforman en obsesiones y pueden generar el TOC, tal y como se da en la clínica (Rachman, 2002). La consideración de los rituales como un subproducto de diversos factores y procesos cognitivos sigue siendo el punto central de las teorías cognitivas sobre el TOC. Así, en el modelo cognitivo el objetivo principal es la intervención sobre el sistema cognitivo; modificación de las interpretaciones inadecuadas a través de experimentos comportamentales que facilitan cambios cognitivos.

Múltiples ensayos clínico han demostrado la eficacia del tratamiento cognitivo para el TOC (Whittal, Thordarson, & McLean, 2005; Wilhelm et al., 2005, 2009). Recientes estudios han demostrado que la presencia de obsesiones sexuales así como una elevada motivación hacia el tratamiento predijeron una mayor remisión de los síntomas a través del tratamiento cognitivo (Steketee et al., 2011).

El presente trabajo ofrece un tratamiento que combina técnicas cognitivas en los momentos iniciales de la terapia y técnicas conductuales (exposición y prevención de respuesta), sin tratamiento farmacológico como coadyuvante, en un caso de TOC en una adolescente con obsesiones de tipo sexual.

Descripción del caso

Identificación de la paciente

La paciente es una adolescente de 15 años de edad. Presenta antecedentes psiquiátricos en familiar de primer grado vía paterna de trastorno depresivo. No constan más antecedentes a nivel familiar. En cuanto a la historia de desarrollo presenta embarazo, parto e hitos evolutivos dentro de los parámetros de la normalidad. Temperamento fácil. No constan consumo de tóxicos ni más antecedentes médicos de interés. A nivel psiquiátrico, en octubre de 2015 destaca una única visita en la red privada en la cual se realiza orientación diagnóstica de TOC y se le indica tratamiento psicofarmacológico que la paciente no llega a iniciar. Respecto a su familia es hija única y sus padres están separados desde que la paciente tenía 5 años de edad. Convive en domicilio familiar junto a su madre en una ciudad y mantiene contacto regular con el padre. Cursa tercero de secundaria en un instituto público con buen rendimiento escolar y social.

Motivo de consulta

Acude a la unidad de salud mental infanto-juvenil derivada por su pediatra de atención primaria solicitando una segunda opinión en relación a pensamientos obsesivos que interfieren en la funcionalidad de la paciente. La paciente oculta tanto a la familia como a la pediatra referente el contenido de los pensamientos obsesivos.

Historia del problema

A finales de 2014 inicia cuadro clínico compatible con un TOC, caracterizado por pensamientos obsesivos de temática sexual (“¿y si soy homosexual?”) con sintomatología compulsiva asociada con repercusión emocional intensa y deterioro en la funcionalidad social (períodos en los cuales disminuyó el contacto con algunas amistades). Cuadro clínico que cursa con fluctuaciones en la intensidad hasta que realiza una primera visita en la red privada de salud mental al cabo de un año, momento en el cual recibe el diagnóstico e indicación de pauta médica. La familia se muestra reticente ante la indicación médica y solicita segunda opinión en la red pública de salud mental por lo que el pediatra referente deriva la paciente al centro de salud mental infanto-juvenil de zona, donde recibirá tratamiento por parte de una psicóloga clínica.

En cuanto a la exploración psicopatológica destaca aspecto adecuado, actitud colaboradora pero parcialmente inhibida. Consciente y orientada, sin alteraciones de atención, memoria ni a nivel psicomotriz, ligera hipotimia y labilidad emocional. Se muestra reactiva y con capacidad hedónica conservada. Moderada ansiedad basal. Discurso fluido y coherente. Presencia de obsesiones de temática sexual y compulsiones asociadas. No clínica de la esfera psicótica. Niega ideación autolítica. Sueño y apetito conservados.

Evaluación del caso

En una primera fase de evaluación se entrevistó a los padres y la paciente por separado y se administraron dos escalas: la Child Behavior Checklist (CBCL) y la Youth Self-Report (YSR) (Wu et al., 2001). Se trata de dos cuestionarios autoadministrados (el primero por los padres y el segundo por el adolescente) que evalúan un amplio abanico de problemas emocionales y conductuales del niño y el adolescente. Las puntuaciones se resumen en 8 escalas: introversión, somatizaciones, ansiedad/depresión, problemas sociales, problemas del pensamiento, problemas de atención, conducta transgresora y conducta agresiva.

Todas las puntuaciones de los dos cuestionarios se encuentran dentro de la normalidad excepto la escala “problemas del pensamiento” en el CBCL contestado por la madre, que se encuentra en la franja significativa con una puntuación igual a 70. Aunque esta escala probablemente recoge parte de las alteraciones que sufre la paciente antes de iniciar la intervención psicológica, es llamativo que sea la única puntuación alterada considerando el malestar que presenta. Una posible explicación de lo sucedido reside en el fenómeno de la ocultación, que tendría la función de evitar ser juzgado por los demás. Este proceso, aparte de ser relevante en

el mantenimiento de las obsesiones, puede complicar la detección de los síntomas por parte del entorno del paciente.

En una segunda fase de evaluación se utilizó una escala específica para la exploración del TOC; la Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS) (Goodman et al., 1989) (versión española de Godoy et al., 2011). Se trata de una escala semiestructurada en la que el clínico valora la gravedad de los síntomas del TOC. La CY-BOCS ha demostrado poseer adecuadas propiedades psicométricas (Scahill et al., 1997). Este instrumento sí pudo detectar la gravedad del trastorno. En concreto, obtuvo una puntuación igual a 19 que indicaría gravedad moderada, con un predominio de las compulsiones (puntuación igual a 11) por encima de las obsesiones (puntuación igual a 8).

Análisis topográfico y funcional

Como se ha comentado con anterioridad, el diagnóstico clínico de la paciente es de trastorno obsesivo-compulsivo. Aunque es imposible determinar la etiología del mismo, sí podemos hacer una aproximación a algunos de los aspectos que pudieron precipitar el trastorno clínico así como aquellas variables que habrían facilitado el mantenimiento del cuadro.

Según explica la paciente, los pensamientos obsesivos se iniciaron un año antes de acudir a consulta (cuando tenía 14 años). Los pensamientos que cuestionan ocasionalmente la orientación sexual de uno mismo en la adolescencia son habituales y no patológicos. Partiendo de esta base, podemos hipotetizar que eventualmente nuestra paciente pudo presentar una inquietud sobre su orientación sexual ("¿y si soy homosexual?") que generó en la paciente un importante malestar. Así mismo, en primera instancia la paciente presentó pensamientos obsesivos con un contenido de duda sobre su orientación sexual ("¿y si soy homosexual?") con una elevada frecuencia (de 10 a 20 veces por hora) y malestar emocional (9 sobre 10).

La aparición de estos pensamientos y, sobretodo, la valoración o el significado que les otorgó la paciente, como potencialmente peligrosos, probablemente precipitó las conductas de evitación así como las conductas de comprobación con la finalidad de reducir el malestar. La paciente explica que se aislaba en el baño y miraba imágenes de chicas en actitud íntima con el objetivo de comprobar que no le gustaban y que no presentaba respuesta sexual asociada o excitación. Dicha comprobación la realizaba 3 veces al día (mañana, mediodía y noche) con una duración total de una hora. Sólo lograba relajarse cuando se aseguraba que no presentaba respuesta sexual asociada a las imágenes de chicas en actitud íntima. Asimismo, cuando aparecen los pensamientos obsesivos en un inicio intenta suprimirlos y posteriormente evoca imágenes de chicas en actitud íntima para volver a comprobar que no le gustan y que no presenta respuesta sexual asociada. Por otro lado, realizaba comportamientos de evitación tales como no pasar mucho rato en el vestuario de chicas y alejarse progresivamente de algunas amistades femeninas. Así como, el contenido de los pensamientos obsesivos a la familia, amistades y pediatra.

Como es sabido, emplear estas conductas no sólo mantiene los síntomas sino que evita que el paciente pueda desconfirmar los pensamientos distorsionados así como experimentar la reducción de la ansiedad sin necesidad de hacer nada. Los pensamientos fueron apareciendo con más frecuencia e intensidad y consecuentemente también lo hicieron sus conductas neutralizadoras, perpetuándose el trastorno gracias a este refuerzo negativo continuado.

Aplicación del tratamiento

Objetivos del tratamiento

– Ayudar a la adolescente a que comprenda su problema, cómo se adquiere y cómo se mantiene.

- Proporcionar psicoeducación sobre la universalidad de las intrusiones y sobre el mecanismo de fusión pensamiento-acción moral.
- Reducir los comportamientos de comprobación, evitación, supresión y ocultación.
- Desarrollar habilidades cognitivo-conductuales para afrontar las obsesiones y compulsiones y malestar asociado.

Técnicas de tratamiento

El tratamiento de primera línea para el TOC es la exposición con prevención de respuesta (EPR) (Foa et al., 2005; Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team, 2004), en el que el paciente debe exponerse a la ansiedad que generan las obsesiones sin realizar conductas neutralizadoras hasta lograr una habituación. Sin embargo, se han descrito resultados positivos con una intervención de perfil más cognitivo (Whittal, Robichaud, & Woody, 2010) principalmente cuando las obsesiones son primarias y de contenido sexual (Steketee et al., 2011). Dicha intervención se centra en aquellos procesos cognitivos implicados en el mantenimiento de la ansiedad.

De esta manera, la intervención empleada se basó en los principios de la EPR y de la intervención cognitiva. El tratamiento tuvo una duración de 10 sesiones de entre 30 y 45 minutos a lo largo de 5 meses. La Figura 1 resume la estructura del tratamiento. En un primer momento se realizó una evaluación (definida anteriormente) para llegar a un diagnóstico y valorar su gravedad. Posteriormente, se puso el acento en la psicoeducación de aquellos factores que podrían mantener la ansiedad para a continuación iniciar la intervención. Finalmente se realizó otra evaluación para valorar la reducción de síntomas y el éxito de la intervención.

Tabla 1. Estructura del tratamiento.

Sesiones 1-2: Historia clínica y evaluación pre-tratamiento.
Sesiones 2-3: Psicoeducación e intervención cognitiva.
Sesiones 4-8: Exposición con prevención de respuesta.
Sesiones 9-10: Prevención de recaídas y evaluación post-tratamiento.

En la fase de psicoeducación se hizo hincapié en las manifestaciones de la ansiedad (triple sistema de respuestas), su papel adaptativo, el círculo vicioso del que forman parte obsesiones y compulsiones, así como el papel de la evitación. En este sentido, desde la perspectiva cognitiva es importante destacar la universalidad de las intrusiones. Este factor constituye una de las premisas de la intervención cognitiva: las intrusiones indeseadas son esencialmente universales, de tal manera que la intervención no se basa en la intrusión sino en la valoración o la interpretación que hace el paciente de ésta. En población clínica, esta valoración de la intrusión acostumbra a ser exagerada, dándole mucha importancia al pensamiento que aparece (en el caso que nos ocupa, trabajamos la idea que lo importante no es pensar en ser homosexual, sino en cómo valoramos este pensamiento). Precisamente por el malestar que genera dicha intrusión, la paciente realiza importantes esfuerzos por suprimirlo. Sin embargo, es importante trabajar con la paciente el efecto paradójico que produce la supresión del pensamiento; lejos de atenuar el poder de las intrusiones, éstas aumentan en frecuencia e intensidad.

Otro factor que cobra importancia desde la perspectiva cognitiva es el de la sobrevaloración de los pensamientos. Este concepto engloba la necesidad de controlar lo que pensamos así como el poder que otorgamos al pensamiento. La fusión pensamiento-acción (o en el caso de nuestra paciente, fusión pensamiento-acción moral) implica que la paciente da a sus pensamientos el mismo peso que un hecho o una manera de ser. En nuestra intervención trabajamos este sesgo con el fin de debilitar la asociación entre pensar en ser homosexual y serlo. Para lograrlo, es útil hacer ejercicios con la paciente en los que experimente que pensar en algo concreto no lo convertirá en real (por ejemplo, pensar en que algo malo le ocurrirá a alguien o pensar que le tocará la lotería).

La ocultación del contenido de las obsesiones es un aspecto frecuente en pacientes que sufren obsesiones sexuales o agresivas, principalmente por el miedo a ser juzgados por los demás. Sin embargo, el proceso de ocultar los síntomas está involucrado en el mantenimiento de las obsesiones, razón por la cual a lo largo de la intervención es necesario plantear la opción de romper esta dinámica. La dificultad de dar este paso y la ansiedad que puede generar, hacen recomendable llevarlo a cabo en fases avanzadas de la terapia. La paciente explicó sus obsesiones a la familia después de la sesión 7.

La segunda parte del tratamiento se basó en la EPR. En un primer momento se explicaron los principios de la técnica para después definir la jerarquía de exposiciones junto a la paciente. En este caso en concreto, se definió la siguiente jerarquía de 6 pasos:

1. Reducir rituales de comprobación en el baño (de 3 veces a 1).
2. Detener supresión de pensamientos.
3. No introducir imágenes mentales de chicas cuando aparece la obsesión.
4. Detener progresivamente los rituales en el baño (por la noche).
5. Explicar compulsiones a los padres.

Se programaron las exposiciones y se supervisaron cada una o dos semanas, registrando paralelamente la frecuencia y malestar de las obsesiones así como la habituación de la ansiedad a lo largo de las exposiciones. Los dos primeros pasos de la jerarquía se realizaron en las primeras sesiones, evidenciándose una rápida mejora de los síntomas. En concreto, la paciente redujo las compulsiones que realizaba en el baño y dejó de intentar suprimir las intrusiones que sufría (por contra, aprendió a observar y dejar pasar estos pensamientos).

Posteriormente se trabajó en detener otro tipo de respuestas que la paciente utilizaba para neutralizar la ansiedad producida por las obsesiones: tuvo que dejar de eliminar pensamientos espontáneos relacionados con chicos así como detener las imágenes de chicas que generaba cuando aparecía la obsesión. Finalmente, las 2 últimas sesiones se dedicaron a consolidar logros y a la prevención de recaídas.

Resultados

Durante todo el tratamiento se observó a nivel clínico una mejora constante, consiguiendo paulatinamente una reducción de los síntomas obsesivos y compulsivos.

Se realizaron 2 evaluaciones más (después de la inicial) (Figuras 1 y 2) con el CY-BOCS. Como se observa en la Figura 2, en la sesión 5 se detectó una remisión completa de los pensamientos obsesivos y una disminución muy importante de las conductas compulsivas. En la evaluación final (sesión 10) se constató una remisión completa del cuadro obsesivo-compulsivo así como de la psicopatología general (Figura 2) reportada por la paciente y por sus padres, apareciendo adaptada a nivel social, familiar y escolar.

Discusión

Tal y como se plantea en la hipótesis de trabajo, en un caso de TOC en una adolescente con obsesiones de tipo sexual, se postula un tratamiento que combina técnicas cognitivas y conductuales. Y además, se aboga por la aplicación inicial de técnicas cognitivas, que supuso una remisión importante de la sintomatología obsesivo-compulsiva, obteniendo una remisión completa aplicando de forma consecutiva la exposición y prevención de respuesta. Es decir los resultados obtenidos son compatibles con los de Steketee et al. (2011), que detecta una mayor remisión de los síntomas a través del tratamiento cognitivo cuando hay presencia de obsesiones sexuales así como una elevada motivación al tratamiento. No obstante, no se trata de iniciar un debate sobre la

preponderancia de lo cognitivo sobre lo conductual, sino de comenzar a hablar sobre la aplicación de cada técnica en función de las variables del sujeto.

Las obsesiones relacionadas con la orientación e identidad sexuales también conducen potencialmente a interpretaciones erróneas y consecuentemente al retraso en el tratamiento, en particular en el periodo peripuberal. Este tipo de obsesiones y la angustia asociada pueden ser mal interpretados como el resultado de conflictos de identidad y orientación sexual, y así obstaculizar el acceso a un tratamiento basado en la evidencia para el TOC. Por otro lado, destacar que la presencia regular de obsesiones de tipo sexual, tanto en niños como en adolescentes, pone de relieve la importancia de indagar sobre las obsesiones sexuales en el proceso de evaluación, incluso en niños muy pequeños.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, cabe destacar que la aplicación del tratamiento no pudo realizarse con la intensidad deseada (sesiones más concentradas en el tiempo) por el encuadre que se ofrece en la red de salud pública. Asimismo, hubiera sido interesante conocer los resultados de CY-BOCS durante las diferentes sesiones para analizar de forma más detallada el grado de remisión a través de las diferentes técnicas utilizadas. En esta línea, en futuras investigaciones se debería de determinar el impacto de las técnicas cognitivas en el tratamiento del TOC y compararlo con el tratamiento conductual, así como estudiar la eficacia de cada componente de la terapia cognitivo-conductual y variables del contexto terapéutico.

Artículo recibido: 08/08/2016

Aceptado: 15/10/2016

Conflicto de intereses

Los autores de este trabajo declaran que no existe conflicto de intereses.

Agradecimientos

Se agradece la cooperación fluida y eficiente de los compañeros de trabajo del CSMIJ del Parc de Salut Mar, desde las fases de concepción hasta la revisión crítica del mismo.

Fuente: http://www.revistapcna.com/sites/default/files/16-24_0.pdf

SEXO FALSEADO

Sexo falseado

Samuel Díez Arrese

Por el otro, tal vez más sorprendente, porque al detenerse a examinar los contenidos a los que se hacen referencia cuando se dice sexo, sexual o sexualidad, se comprueba que rara vez están relacionados con el sexo sino con otras cuestiones. Periféricamente relacionadas en el mejor de los casos y muy distantes en el resto.

Así, cuando se dice sexo, sexual o sexualidad, se puede llegar a estar hablando de reproducción de la especie, de besos, enfermedades, afectos, peligros, follar, abusos, placer, trastornos, embarazos, orgasmo, derechos, violencia, acoso, genitales, celos, etc., e incluso de determinados dispositivos de control, regulación y coerción social. Es decir, se emplea un mismo término para referirse a multitud de cosas. Pareciera, pues, que todo vale.

Un ejemplo: cuando se dice que se habla de sexualidad, generalmente se habla de tantas cosas (obtención de placeres, prácticas con los genitales, normatividades, derechos,...) que, con semejante ruido y cúmulo de distracciones, se termina por no pensar ni hablar de la propia sexualidad. Esto es, la dimensión subjetiva que cada cual da a su hecho de ser sexuado en relación, y que no puede no darse.

Cuestiones éstas que se van sumando como oleadas y contribuyen a dibujar ese escenario que alimenta el tabú cuando se empieza a entorpecer el pensamiento y estudio sobre la cuestión de los sexos, sus identidades, relaciones y convivencias. Su propia inteligibilidad.



Tal y como sucedía con “sexualidad” se ha llegado a emplear el adjetivo sexual para (casi) todo: zona, violencia, violación, vigor, vida, víctima, vía, trastorno, transmisión, trabajo, tono, terapia, tensión, tabú, situación, servicio, salud, sádico, rutina, rubor, rol, revolución, respuesta, resignación, reproducción, represión, relación, rehabilitación, reasignación, química, pureza, punto de vista, proposición, problema, práctica, potenciador, postura, política, placer, perversión, persecución, pensamiento, patrón, partes, orientación, órgano, orden, opresión, olor, obseso, objeto, moral, mirada, mensaje, medicina, masoquista, maníaco, madurez, liberación, lenguaje, juguete, inversión, interés, intención, instinto, información, inapetencia, impulso, impotencia, imagen, identidad, humedad, hostigamiento, hormona, hormigueo, historia, higiene, hábito, gusto, guía, funcionamiento, función, frustración, frigidez, fracaso, fluido, feromona, fetiche, fantasía, explotación, experiencia, evolución, evaluación, estructura, estímulo, estilo, estereotipo, escena, encuentro, educación, diversidad, disfunción, discriminación, diosa, dimorfismo, diferencia, desviación, desorden, deseo, desempeño, descubrimiento, derechos, depredador, delito, delincuente, curiosidad, cultura, criterio, crimen, contenido, consultorio, conquista, conducta, coerción, clímax, cirugía, ciudadanía, chantaje, célula, campo, cambio, brutalidad, aventura, autoestima, atractivo, asistencia, asesoramiento, asalto, área, aprendizaje, apetito, angustia, ámbito, ambiente, alteración, aliciente, agresión, acto, actividad, acoso, abuso, aberración, etc.

Todas ellas, y muchas más, se adjetivan con mayor o menor frecuencia con “sexual”. De hecho, a cualquiera de éstas alguien le añade “sexual” y casi seguro algo le dice. Tal vez cosas distintas para uno u otra y posiblemente con cada término un significado diferente pero, en general, casi seguro estarán relacionados con la generación, los genitales, los placeres, la cosa del follar o su periferia.

Ahora bien, ¿cuántos de estos significados hacen referencia al hecho de ser sexuados y construirnos en relación en mutua referencia? ¿Cuántos hablan de la dimensión que cada cual da a su hecho de ser sexuado? Entonces, ¿quién y cuándo se piensa, habla, trabaja en torno a la construcción de los sexos como los hombres y mujeres convivientes y relacionales que desean ser? ¿Quién y cuándo se habla de sex con sexo?

La respuesta suele ser casi ninguna, casi nadie, casi nunca. Demoledor. A esto nos referimos cuando decimos que se nos impide acceder al sexo. Porque está escondido a plena vista. Parece que sí está (la partícula sex está en todos lados) pero no (el concepto de sexo no está en ninguno).

¿Y quién encuentra algo de sexo en ese vertedero? La verdad es que cuesta mucho... en esa nube de sobrepresencias cuesta mucho encontrar palabras como identidades, convivencia, proceso, biografía, diferencia, semejanza, caracteres, unicidad, etc.

Así las cosas, en la mano de cada cual está la decisión de seguir colaborando con la *orwelliana* tendencia de echar todo tipo de cosas a ese vertedero que se ha hecho del sexo o, pasar del morbo y entrar a pensar el sexo desde el sexo mismo, colaborando en el desescombrado en su parcela y con el margen de maniobra que tenga. Hay sexo más allá de los genitales, los placeres, los orgasmos, los peligros, la patología y las miserias. Hay sexo más allá del tabú. Un sexo con sexo(logía). Un concepto de sexo que no está falseado y que tiene mucho que ofrecer.

Fuente: <https://sexologiaenredessociales.wordpress.com/2015/04/15/sexo-falseado/>

A BRIEF HISTORY OF SEXOLOGY

Archive for Sexology

Introduction

In our Western civilization attempts at a rational and systematic study of human sexual behavior date back at least to the ancient Greeks. Indeed, physicians like Hippocrates and the philosophers Plato and Aristotle can be claimed as the legitimate forefathers of sex research, since they made extensive observations and offered the first elaborate theories regarding sexual responses and dysfunctions, reproduction and contraception, abortion, sex legislation, and sexual ethics. In imperial Rome, Greek physicians like Soranus and Galen further advanced and systematized ancient sexual knowledge. Their work, in turn, prompted later Islamic scholars to devote a great deal of attention to sexual questions. These studies, originally written in Arabic, were translated and introduced into medieval Europe. Together with re-edited Greek and Roman manuscripts, they became standard texts at newly established medical schools and stimulated a rebirth of anatomical research in the 16th, 17th, and 18th centuries. The names of Fallopio (Fallopian tubes), de Graaf (Graafian follicles), Berthelsen (Bartholin's glands) and Cowper (Cowper's glands) recall, even today, the first flowering of modern anatomy and remain associated with the then newly discovered parts of human sexual anatomy. The Age of Enlightenment ushered in a vigorous and increasingly secularized discussion of sexual ethics and produced the first programs of public and private sex education as well as new classifications and documentations of sexual behavior. In 19th century, new concerns about overpopulation, sexual psychopathy and degeneracy gave rise to the concept of "sexuality" and led to intensified efforts on many fronts to get a firmer intellectual grasp on a subject matter that rapidly seemed to grow ever more complex. Biological, medical, historical, and anthropological research by von Baer, Darwin, Mendel, Kaan, Morel, Magnan, Charcot, Westphal, Burton, Morgan, Mantegazza, Westermarck, Krafft-Ebing, Forel, and others, laid the foundations of sex research in the modern, more specific sense. Finally, at the turn of the 20th century, the pioneering work of Havelock Ellis, Sigmund Freud, and Iwan Bloch established the investigation of sexual problems as a legitimate endeavor in its own right.

The concept of a special scientific and scholarly effort devoted to the understanding of sex was first proposed by the Berlin dermatologist Iwan Bloch (1872-1922), who also coined the new term for it: *Sexualwissenschaft*. The term was first translated as "sexual science", but this is somewhat misleading, since the German *Wissenschaft* comprises both the natural sciences and the humanities. The translation as "sexology" is therefore preferable, because the Greek root "logos", which is part of the word, traditionally refers to all powers of reason and therefore to any rational study, to organized knowledge of any kind. Thus, the Latin-Greek hybrid "sexology" simply refers to the theoretical study of sex, just as the German original. In this sense, Iwan Bloch may be rightfully called the father of sexology (or *Sexualwissenschaft*). The modern concept of sexology (i.e. the theoretical study of sex or *scientia sexualis*) is, of course, to be distinguished from the older concept of erotology (i.e. the practical study of lovemaking or *ars amatoria*). Erotological writings like Vatsayana's *Kama Sutra* and other Hindu love manuals, indeed even recent Western counterparts like van de Velde's *Ideal Marriage* or Comfort's *Joy of Sex* want to guide the reader to subjective experiences. They are, in a popular phrase, "how-to books". Sexological writings, in contrast, want to convey objective insight. In this general sense, therefore, the term "sexological" can also be applied retroactively to older Western literature, such as Hippocrates' *On Semen* or Schurig's *Gynaecologia historica-medica*.

The purely theoretical study of sex had, several decades before Bloch, entered a new phase of concentration and specialization. 19th-century medicine, elaborating a theme it inherited from the Age of Enlightenment, began to concern itself more with the bizarre, dangerous, and supposedly unhealthy aspects of sex. As early as 1843, the Russian physician Heinrich Kaan, in his book *Psychopathia Sexualis*, offered a classification of sexual mental diseases, a method that was adapted, greatly expanded and refined over forty years later by von Krafft-Ebing in another book of the same title. Indeed, this presexological era of modern sex research was almost

exclusively devoted to the study of people believed to be sick. The sexual manifestations of their sickness were carefully listed and, as a rule, ascribed to degeneration.

A broadening of this view could come only from outside medicine and biology as they were then understood. Indeed, as the work of Iwan Bloch demonstrates, it eventually came from two hitherto neglected sources - history and anthropology. Bloch, a man of enormous erudition, who spoke several languages and possessed a personal library of 40,000 volumes, knew from his readings that many supposedly pathological and degenerate sexual behaviors had always existed in many parts of the globe and among both "primitive" and civilized peoples. Therefore, he gradually came to the conclusion that the medical view of sexual behavior was shortsighted and needed to be corrected by historical and anthropological research. He began to see the "sexual psychopathies" as timeless and universal manifestations of the human condition and finally, in the first years of our century, attacked the notion of sexual degeneration in a seminal study.

Fuente: <http://www.sexarchive.info/GESUND/ARCHIV/HISTORY.HTM>

SEXUALIDAD Y DISCAPACIDAD

Prácticas de sexualidad para personas con discapacidad



Prácticas de sexualidad para personas con discapacidad

No consiste en charlas ni conferencias sobre cómo abordar la sexualidad. **No se trata de escuchar, sino de practicar.** Sin embargo, si la ecuación la forman las palabras curso, sexo y prácticas la mente reduce el resultado al coito, y eso nada tiene que ver con el objetivo del que será el **primer taller de sexualidad para personas con movilidad reducida**. Pionero en España y en Europa. Y es que una cosa son las iniciativas de educación sexual y otra muy diferente el que será el «primer programa evolutivo y práctico de desarrollo sexual» que, en esta ocasión, está dirigido a personas con movilidad reducida.

El próximo sábado, 23 de septiembre, la asociación Sexualidad Funcional realizará una charla explicativa y gratuita sobre los talleres en la calle de los Leones, 39 (espacio del Taller de Independencia, de 11 a 13 horas) para disipar las dudas que puedan surgir. Los seis talleres se llevarán a cabo, una vez al mes, entre octubre y marzo.

La directora del proyecto, Charo Ricart, explica que el objetivo del curso es «**conocer nuestros cuerpos, aceptarnos como somos**, aprender a saber lo que nos gusta y dónde ampliar el campo de la erótica en un espacio interactivo que invita a experimentar... En definitiva, aprender sobre sexualidad en el sentido de aprender a disfrutar». Su compañero Dimitri puntualiza: «Las personas que solo tienen una experiencia sexual genital, cuando experimentan el placer extragenital descubren un nuevo mundo. Este taller rompe con los esquemas de una sexualidad pornográfica».

El proyecto que lideran Charo y Dimitri ha tenido muy buena aceptación desde sus inicios ya que existen recursos para personas con discapacidad (relacionados con la vivienda, el empleo, la salud, la accesibilidad...), pero nada hay (o hasta ahora, había) para que el colectivo pueda cubrir, también, sus necesidades sexuales y sensoriales para tener relaciones plenas y satisfactorias más allá de acudir a la prostitución.

Por ello, las consultas, dudas y preguntas de usuarios y familiares no paran de llegar a la recién creada asociación que está a punto de montar su sede cerca de la plaza de España, un lugar que será **el primer centro de desarrollo sexual en la Comunitat Valenciana**.

«Hay muchas familias con hijos con alguna discapacidad que buscan relacionarse pero no saben cómo. Hacemos terapias individuales, en grupo, con personas con discapacidad y sin ella, talleres para profesionales que trabajan con personas con el colectivo... Estudiamos los perfiles de los usuarios para que se sientan cómodos y tenemos una metodología que funciona», explica Ricart.

Fuente: <http://www.levante-emv.com/comunitat-valenciana/2017/09/15/practicas-sexualidad-dicapacitados/1615446.html?platform=hootsuite>

TRABAJO SEXUAL

TRABAJO SEXUAL:

Autonomía Y Libertad, Estigma y Discriminación

Clàudia Viñals

Hace aproximadamente siete años que trabajo en el ámbito de la sexualidad, los derechos, los placeres y la discriminación; atendiendo de manera individual y colectiva a jóvenes, adolescentes y personas adultas; cómo también al colectivo de personas que se dedican al trabajo sexual. Hoy me gustaría hacer una reflexión sobre el trabajo sexual, las trabajadoras del sexo y toda la carga ética, moral y social que padecen por el mero hecho de dedicar su cuerpo y su tiempo a ofrecer servicios de carácter sexual a cambio de dinero. Hablo sobre trabajo sexual y no bajo el concepto de prostitución, ya que este segundo criminaliza, vulnera y victimiza a la mujer que lo ejerce; ojo que nos podemos encontrar con varias realidades, personas (ampliamos el abanico a mujeres y hombres cis y personas Trans*) que se encuentren en situación de prostitución y otras personas bajo los parámetros del trabajo sexual. Sé que para una gran parte de la población no coincidiremos en esta reflexión de catalogar el trabajo sexual como una actividad laboral, dado que para muchos y sobre todo muchas relacionan este tipo de servicio como una derivación del sistema patriarcal donde contempla la mujer como un objeto sexual. Y sí, hay una lógica en todo eso, pero no todo el mundo se encuentra en esta situación de vulnerabilidad jerárquica del sistema en cuanto a la toma de decisiones y autonomía; aunque si todo el colectivo de personas trabajadoras del sexo se encuentra en una situación vulnerable de derechos civiles, sociales y laborales.

Aunque el artículo no lo quiero enfocar a dichos derechos, pero sí en otro tipo de derechos, por ejemplo, el derecho al placer (aunque sea retribuido económicamente), a la autonomía y autogestión, y a la libertad y visibilización social, fuera de estigma social y discriminación.

¿Por qué seguimos desprestigiando, apartando, invisibilizando, victimizando y estigmatizando a las personas, pero sobre todo a las mujeres trabajadoras del sexo? ¿Por qué están clasificadas a la más baja escala social? Por qué si habláramos de una mujer nacional, sin responsabilidades familiares y trabajadora del sexo, ya de por sí socialmente está discriminada por hacer de su cuerpo una fuente de ingresos económicos, pues imaginarnos la presión social y discriminación que puede vivir una mujer que es madre, inmigrante, con papeles o sin ellos, y que su actividad laboral es el trabajo sexual, ¿cuál es el adjetivo con el que la clasificamos?

Quizás porque durante muchísimos siglos a las mujeres se nos ha prohibido el placer sexual, se nos ha prohibido el poder tener una vida lúdica y de gozo, se nos ha prohibido escuchar nuestro cuerpo e instinto, se nos ha prohibido la auto-estimulación, prohibido también el descubrimiento de nuestra sexualidad, se nos ha negado el poder de decisión sobre nuestro cuerpo y sobre nuestras vidas, se nos ha negado ser libres y autónomas, se nos ha adoctrinado para obedecer y complacer al otro cuando el otro lo desee sin pararnos a pensar en lo que queremos nosotras... todo esto y mucho más hace que siglo tras siglo y año tras año sigamos arrastrando pensamientos y conceptos tradicionales que nos dañan y dañan nuestra libertad sexual; no solo la libertad sexual de las trabajadoras del sexo, si no de todo el conjunto de mujeres, porque si cambiamos éste pensamiento paternalista y discriminador que a día de hoy, como he comentado hace un instante sobre el estigma que padece el colectivo,

avanzaremos en política y convivencia social fomentando el respeto, la diversidad, la libre elección y la tolerancia de la personas que forman nuestra sociedad.

Para finalizar me gustaría hacer una comparativa de género... ¿qué pensamos sobre los trabajadores del sexo? No en el sentido de hombres que practican sexo con otros hombres (éstos también sufren estigma y discriminación semejante al de la mujer), sino con el imaginario mental y social que tenemos de los hombres que prestan su cuerpo y su compañía a realizar servicios a mujeres... la reflexión es bastante diferente, ¿no? La palabra “gigoló”, nos hace hacer una reflexión bastante opuesta a la actividad femenina: hombre que es mantenido por una mujer, generalmente mayor que él, a cambio de prestarle su compañía o de mantener con ella relaciones sexuales” contiene un gran peso de éxito social, ¿verdad? Para nada lo relacionamos con los conceptos anteriores, si no todo lo contrario (lo mismo con los actores de la industria de la pornografía) ... Misma situación, pero llevada a cabo por personas de sexo opuesto... Y sí, hay mucha más demanda por la parte masculina que la femenina a nivel de clientela del trabajo sexual... Si hay tanta demanda, ¿será que el sexo convencional se queda corto para hombres y para las mujeres que rompen con estas estructuras clásicas del sexo? ¿Será que nos han vendido la moto con la monogamia? ¿Será que el sexo convencional no complace al deseo, a los fetiches y las fantasías? ¿Será que cuando hablamos de “confianza en la pareja” se traduce también a estos deseos, fetiches y fantasías?, y más allá de los fetiches, las fantasías y la erótica... ¿puede haber personas que, por sus circunstancias físicas, psicológicas o emocionales, necesiten de estos servicios? Dejo este tema porque daría para otro post...

En definitiva, la sociedad necesita un cambio de sistema, necesita un sistema que ampare, proteja, deje decidir y ejercer, y que dé la libre disposición de que las personas tengan su propia escala de prioridades de cara a la vida para que nadie se vea desprotegido/a y libre de poder disfrutar de su actividad laboral sin tener que esconderse de nadie ni de nada.

Fuente: <https://assexoratgn.blogspot.com.es/2017/10/trabajo-sexual-autonomia-y-libertad.html>

INTELIGENCIA ERÓTICA

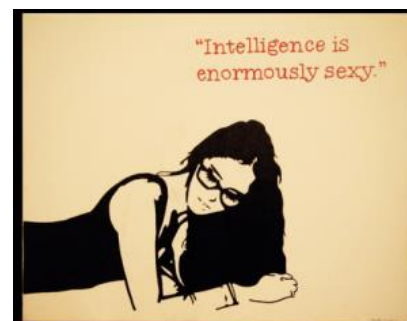
Sapiosexualis o más comúnmente sapiosexual: Inteligencia erótica.

Vivimos **en una época de renovaciones conceptuales, crecimiento lógico y deconstrucción de viejas ideas**. En lo que respecta a la sexualidad humana, el método y el contenido científico, así como la proliferación de investigaciones en este terreno, en los últimos cien años, ha propiciado que este ámbito, repleto y plagado de mitos, ideas preconcebidas y añadidos culturales, políticos, sociales, históricos e incluso podríamos decir que hasta religiosos, fuera acercándose a **una forma más racional, más crítica y más objetiva de entender que somos seres sexuados**, demostrando así que **este plano** -entiéndase el sexual- **nos conforma, nos define y nos estructura de algún modo, seamos o no conscientes de ello**.

En este aspecto, en las últimas décadas, han surgido **nuevas y más matizadas formas de entender**, acercarnos y estructurar, **nuestro espectro de posibilidades en el terreno de lo sexual**. La homosexualidad, la transexualidad y la bisexualidad han dejado de ser comprendidas como una patología hace relativamente poco tiempo, en gran parte gracias a las aportaciones que el colectivo LGTBI ha ido promoviendo a través de sus luchas. Del mismo modo vemos que, en el panorama de las orientaciones sexuales y el marco de las diferentes posibilidades respecto del juego de identidades, **surgen nuevas formas como** la asexualidad, la pansexualidad y, la ya renombrada, **sapiosexualidad**.



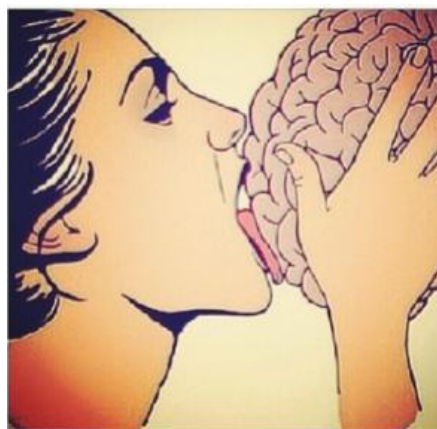
El conocimiento, desde el inicio de los tiempos ha sido y es una fuente de poder, empoderamiento y una forma de entender y definir nuestro lugar en el mundo. La erótica del poder, se suma a una sociedad en la que el saber ocupa un lugar privilegiado dentro de las prioridades a nivel social y político, de forma que esta realidad, de alguna manera, también revierte en el aspecto sexual, **haciendo que surjan nuevas maneras de integrar al plano de la erótica, en nuestra cultura, un aspecto relacionado con el conocimiento**. De esta forma, la frase celebre que define el movimiento sapiosexual por antonomasia es **"yo me follo a los cerebros"** e ilustra a la perfección esta erótica asociada al pensamiento, el mundo de las ideas, los saberes y, en última estancia, el conocimiento.



Pocas cosas hay, hoy en día, más excitantes que un buen discurso, una persona armada más con la fuerza de las ideas que vestida de gala, un prototipo de hombre o de mujer que en lugar de lucir un ‘buen palmito’ prefiere ocuparse de cultivar su cerebro, crecer en el sentido lógico de la palabra, dando prioridad a ser mejor persona en el aspecto del conocimiento, que a cubrir las expectativas de un mundo de apariencias externas, vacío en el fondo, o poco cultivado a nivel cognitivo.

En un momento de hipersexualización social aparente, de hedonismo y de culto al cuerpo en el gimnasio, como contrapartida, surge todo **un movimiento de personas, que consideran que es más erótico que alguien te de un buen meneo a las neuronas, que el típico empujador sin tema de conversación** más allá de sí mismo, o la mujer perfecta que se ocupa más de cómo luce su máscara de pestañas, que de saber si Simone de Beauvoire era una escritora célebre o una actriz de Bollywood.

Es bien sabido que **el órgano sexual más potente del ser humano es el cerebro**, precisamente por eso, no es de extrañar que seamos muchas, las personas que consideramos que no hay nada más excitante, más erótico y que despierta más nuestra fantasía, que un pensamiento bien nutrido, elaborado, sabido y leído. Sapiosexual se llama a eso hoy en día, apuesto a que no es nada nuevo, pero sin embargo hoy podemos ponerle un nombre, alardear de poseer esta idea, **congeniar con quien a través de las ideas es capaz de conquistar una parte de nosotras mismas**, hacernos lubricar, a nivel neuronal, y excitarnos como nunca, en una parte de nuestras ramificaciones cerebrales. Tener una erección cognitiva. Dilatar nuestras ideas, regar de sangre el corazón y eyacular nuevos conceptos, al roce con los pensamientos de otras personas, brillantes, que nos hacen brillar eróticamente nuevas



Eso es **ser Sapiosexual**, a través de las palabras, **orgasmar al tacto con la lengua, en un ejercicio de sexo oral que se practica desde el mundo**, siempre apasionante, fértil y eróticamente abonado, **de las ideas**.

Fuente: <https://cristiangsexologiaygenero.wordpress.com/2016/05/03/sapiosexualis-o-mas-comunmente-sapiosexual-inteligencia-erotica/>

KATE MILLET

Muere Kate Millett

La revolucionaria sexual

Publicó 'Política Sexual' en 1970, texto que se convirtió en un mapa para entender el feminismo que todavía sigue vigente



Kate Millett en el año 2000. TOPHAM PICTUREPOINT CORDON PRESS

A veces, aquellos que sientan bases sobre las que después se remueve el mundo, tienen tiempo de verificar si lo hicieron bien, mal, regular o, incluso, de maldecir por llevar razón medio siglo después. Kate Millett tuvo ese tiempo. La escritora y activista feminista murió el pasado 6 de septiembre en París, a punto de cumplir los 83 y rodeada por un panorama que reafirma en gran parte la vigencia de aquel discurso que comenzó en 1969; aquel año leyó su tesis doctoral en la Universidad de Oxford y unos cuantos meses después la convertía en *Política Sexual* (Doubleday, 1970), uno de los libros imperdibles para entender el feminismo de la segunda ola, el llamado radical, defensor de la teoría de que cualquier desigualdad social tiene en su origen la dominación del hombre sobre la mujer.

Millett fue infinidad de cosas en aquel Estados Unidos en el que la izquierda empezaba a chisporrotear y las mujeres, en bloque, marchaban envueltas en pancartas reclamando la propiedad de su propio cuerpo, el aborto, la atención a la infancia, el papel de las mujeres en la familia, en sus puestos de trabajo... Fue la primera en pergeñar y leer una tesis doctoral sobre género, posgraduada en Oxford y Columbia; escultora, cineasta, bipolar y panfletaria; miembro de la Organización Nacional de Mujeres y durante un tiempo también del grupo New York Radical Women; madre de Women's Art Colony Farm, una comunidad de mujeres relacionadas con el mundo de la literatura y el arte en un pequeño pueblo del condado de Dutchess (Nueva York); profesora de inglés en Japón durante dos años, donde conoció al que después, ya de vuelta en Estados Unidos, fue su marido, el escultor Fumio Yoshimura; defensora de los derechos de la mujer en Irán, de donde fue deportada más temprano que tarde y acusada de islamofobia; miembro de la institución estadounidense Salón Nacional de la Fama de Mujeres (National Women's Hall of Fame)...

Y fue visionaria. Acuñó la frase "lo personal es político", cuatro palabras que resumían con nitidez su discurso: que el heteropatriarcado nace y se consolida en el ámbito privado y pasa a expandirse a lo público, donde las relaciones de poder adquieren el carácter político que sirve para seguir manteniendo la dominación. De ahí, ese párrafo que ahora sirve para recordarla: "El amor ha sido el opio de las mujeres como la religión de las masas. Mientras nosotras amábamos, ellos gobernaban. Tal vez no se trate de que el amor en sí sea malo, sino de la manera en que se empleó para engatusar a la mujer y hacerla dependiente, en todos los sentidos. Entre seres libres es otra cosa".

Ella, libre, se atrevió a definirse como bisexual, acabó siendo portada del *Times* el 31 de agosto de 1970. Su discurso y su rostro dieron la vuelta al mundo. Betty Friedan, líder feminista liberal de aquellos años y premio Pulitzer en 1964 por *Mística de la feminidad* (1963), lo recuerda en su biografía (*Mi vida hasta ahora*, Cátedra, 2003). "El furor se concentró en un reportaje de portada de la revista *Time* sobre Kate Millett, que se desacreditó como portavoz del movimiento porque admitió que era bisexual. Personalmente, a mí me daba igual que lo fuera. Eso era cosa suya. Pero odiaba las tácticas de las lesbianas radicales que habían forzado a Kate a confesar públicamente que era bisexual en una reunión de la Universidad de Columbia".



Marcha de mujeres en Washington en 1970. WARREN K LEFFLER

Millett no tuvo durante mucho tiempo esa libertad absoluta que su movimiento demandaba. Y desde esa posición, aventuró la jerarquía familiar como espejo y lazo de unión con la sociedad y punto sobre el que gravita el patriarcado; definió los estereotipos culturales que intentan vestir a hombres y mujeres con un carácter, un temperamento y un lugar en el mundo según el sexo; puso sobre el papel mucho de lo que venían sufriendo las mujeres a lo largo de la historia, en casi todas las esferas, desde la literatura hasta el sindicalismo, la economía, la política, la familia, los círculos sociales.

Las hubo antes de ella, las hubo después, las seguirá habiendo. Y, como guía entre generaciones, sirva el último párrafo de su *Política sexual*, un mapa que, pese a casi medio siglo, todavía se puede transitar: "Tal vez una segunda ola de la revolución sexual pueda finalmente lograr su objetivo de liberar a la mitad de la raza de su subordinación inmemorial —y en el proceso nos acerquemos mucho más a la humanidad—. Tal vez incluso podamos retirar el sexo del duro terreno de la política, pero no hasta que hayamos creado un mundo más soportable que el desierto que habitamos".

KATE MILLETT, EN ESPAÑOL

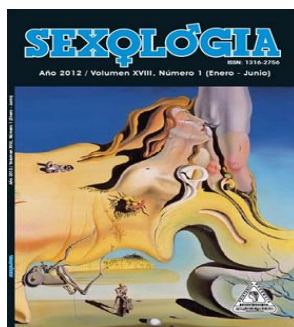
La primera ola del feminismo, desde la Ilustración hasta los 60 y en escueto resumen, se caracterizó por la lucha para esos primeros (y básicos) derechos que hoy damos por hechos: sufragio, educación, igualdad dentro del matrimonio o derechos de propiedad. Con los setenta y los ochenta, la segunda ola intentó avanzar hacia los derechos reproductivos, el rol en la familia y en el lugar de trabajo.

Fue en ese segundo periodo en el que Kate Millett (14 de septiembre de 1934, Saint Paul, Minnesota, EE UU, - 6 de septiembre de 2017, París) tomó nombre y forma. Aunque su bibliografía en inglés es más extensa, solo dos de sus obras han sido traducidas al castellano. En México se tradujo por primera vez *Política Sexual* en 1975 (en España lo editó Cátedra en 2010); y en 1990, Editorial Hacer y Vindicación Feminista, editaron la autobiografía *En pleno vuelo*.

Fuente: https://elpais.com/cultura/2017/09/06/actualidad/1504734065_757864.html

REVISTAS Y LIBROS DE SEXOLOGÍA

SEXOLOGÍA



La revista SEXOLOGÍA es una publicación periódica, un volumen anual con un número por semestre, orientada a la difusión de trabajos teóricos, metodológicos y terapéuticos dentro del campo de la Sexología y afines, bajo los auspicios del Centro de Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela (C.I.P.S.V.)

Indexada en:

- Índice y Biblioteca Electrónica de Revistas Venezolanas de Ciencia y Tecnología. (REVENCYT)
- Catálogo en el sistema regional de información en línea para revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. (LATINDEX)

Revista digital de la Academia Internacional de Sexología Médica

Reune artículos de los académicos, a disposición de los profesionales y de la comunidad científica. Están en formato PDF descargable, y también en formato audio, para dar más accesibilidad a quién tengan dificultades para la lectura. También hay una sección de opinión, otra de libros de los académicos, y un archivo. La comisión de la revista digital, valorará los artículos recibidos, para su publicación.



Revista desexologia.com

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

ISSN:2174-4068

Revista desexología

Calle Serpis, 8-1º-2ª

46021 – Valencia

Frecuencia: Semianual

Publicación: Periodica

Documento de consenso de madrid

Recomendaciones de un grupo internacional de expertos

Volumen 5 Número 1 julio 2016

ISSN 2174-4068



La Revista Desexología está incluida en el catálogo de revistas de investigación científica Latindex

<http://www.latindex.unam.mx/index.html>



Asociación de
Especialistas
en Sexología

Asociación Española de Especialistas en Sexología (AES)



Academia Española de Sexología y Medicina Sexual (AESMES)



Instituto ESPILL de Psicología, Sexología y Medicina Sexual



Federación Latinoamericana
de Sociedades de Sexología y
Educación Sexual (FLASSES)



Universidad Nacional
de Educación a Distancia

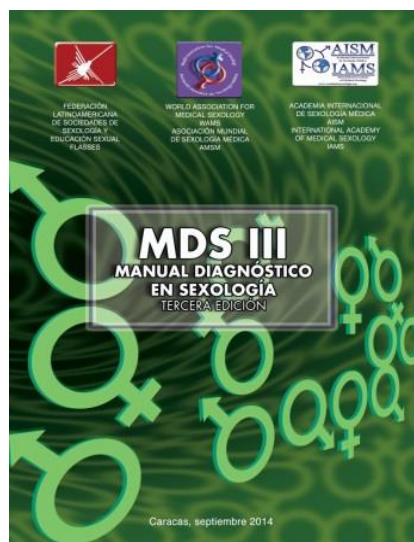


Asociación Mundial
de Sexología

Artículos científicos 1

Manual Diagnóstico en Sexología.

Tercera Edición
MDS III



Libro Oficial de la FLASSES. AISM y WAMS.

La idea de desarrollar un Manual Diagnóstico que contuviera la Clasificación Codificada de todas las alteraciones, desórdenes, patologías que se presentan durante el ejercicio de la práctica de la Sexología Clínica nació en 1985, cada entidad nosológica codificada sería descrita con el objetivo de unificar los criterios semiológicos (síntomas, signos y síndromes) elemento básico para la planificación de investigaciones clínicas las cuales pudieran ser replicadas en cualquier parte del mundo y sus resultados se aplicarían en el campo clínico.

El Manual Diagnóstico en Sexología se planificó como un medio que permite una comunicación objetiva, fluida y coherente, comprensible para todos y todas a nivel mundial.

El proyecto fue avanzando, presentándose en congresos, asambleas y simposios, creciendo hasta llegar a donde hemos llegado, recogiendo todas las recomendaciones que se han hecho incorporando nuevos profesionales que han contribuido a perfeccionar el ahora documento oficial de la FLASSES, la WAMS y la AISM, adoptado y apoyado por distintas organizaciones Nacionales e Internacionales.

Publicado septiembre 2014. Pronta Edición en Inglés

302 páginas con ilustraciones

Contiene la Clasificación y Codificación de las Alteraciones del Sexo y de la Función Sexual.

Costo 25 USD (América);

25 Euros (resto del mundo)

Incluye envío.

Para Pedidos escribir a

manualdiagnosticoensexologia@gmail.com

Política Sexual

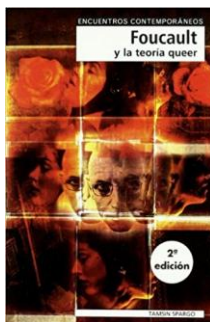
Kate Millet



El gran interés de este ensayo de Kate Millet —ensayo que, a pesar de su modernidad, se ha convertido en un clásico de la literatura feminista— radica en la coexistencia en su análisis de dos críticas, la literaria y la cultural, que permiten captar los nítidos reflejos que la literatura ofrece de esa vida que describe, interpreta e incluso deforma. «Política sexual» se divide en tres grandes partes. La primera gira en torno a la afirmación de Millet de que el sexo reviste un cariz político que suele pasar inadvertido la mayoría de las veces. La segunda parte es eminentemente histórica y su objetivo es aclarar la transformación de las relaciones sexuales tradicionales, experimentada a finales del siglo XIX y principios del XX. En la tercera parte Kate Millet se centra en las consideraciones literarias estudiando la obra de autores tan representativos de esa época como D. H. Lawrence, Henry Miller, Norman Mailer y, como contraste frente a éstos, Jean Genet.

Foucault y la Teoría Queer

Tamsin Spargo



Michel Foucault es la celebridad más venerada del posestructuralismo francés. Algunos que antes se llamaban lesbianas o gays reivindican con orgullo el insulto homofóbico «queer». ¿Qué conexión hay entre estos dos hechos?

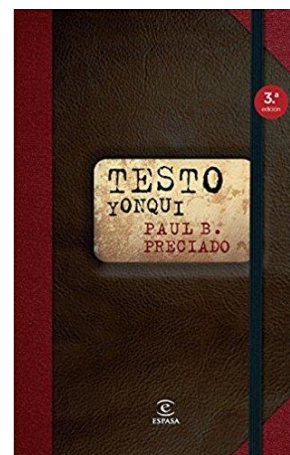
Este texto es un encuentro contemporáneo entre las teorías de Foucault sobre la sexualidad, el poder y el discurso, por un lado y, por el otro, los actuales representantes del pensamiento queer que han adoptado, revisado y criticado las ideas de Foucault.

Este encuentro entre figuras transgresoras cambiará radicalmente nuestra manera de entender el género, la identidad, la sexualidad y la política cultural.

Foucault y la teoría «queer» sobresale como una breve introducción a las fascinantes ideas de Foucault y al desarrollo de la cultura queer con sus propios puntos de vista explícitos sobre la heteronormatividad, el sado-masochismo, el travestismo, el cambio de sexo, el final de los géneros, la liberación en oposición a la diferencia, el capitalismo tardío y el impacto del sida en las teorías y las prácticas

TESTO YONQUI

Paul B Preciado



El modelo capitalista actual se asienta en dos pilares fundamentales: la industria farmacéutica y la pornografía. En paralelo al discurso filosófico que analiza esta realidad farmacopornográfica, la autora relata un autoexperimento que le lleva a aplicarse testosterona, para desmentir con él la determinación biológica del género y la sexualidad.

DESHACER EL GÉNERO

Judith Butler



Deshacer el género recoge reflexiones recientes de la autora sobre el género y la sexualidad, centrándose en el nuevo parentesco, el psicoanálisis y el tabú del incesto, el transgénero, el intersexo, las categorías de diagnóstico, la violencia social y la labor de transformación social. A partir de la teoría feminista y la teoría queer, Butler considera las normas que rigen –y no lo consiguen– el género y la sexualidad en tanto que vinculadas a las restricciones de una categoría reconocible de persona. El libro supone un replanteamiento de su pensamiento inicial sobre la performatividad del género en *El género en disputa*. En esta obra, la crítica a las normas de género se sitúa claramente dentro del marco de la tenacidad y la supervivencia humanas. «Hacer» el propio género exige en ocasiones «deshacer» las nociones dominantes de la categoría persona. La autora escribe sobre la «nueva política del género» surgida en estos últimos años, una combinación de movimientos interesados por el transgénero, la transexualidad, el intersexo y sus complejas relaciones con la teoría feminista y la teoría queer.

JORNADAS Y CURSOS EN SEXOLOGÍA

Centro de Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela

Instituto de Investigación y Postgrados



Todo profesional busca mejorar sus conocimientos y capacidades a lo largo de su carrera, por lo tanto, los estudios de cuarto nivel son de suma importancia para cualquier persona que busca superarse en el ámbito profesional y personal.

Siendo el CIPPSV una institución pionera en el estudio e investigación de la conducta humana, y de su implicación psicológica y sexológica, ofrece diferentes postgrados que podrían clasificarse en dos grandes áreas:

Maestrías en ciencias

Área salud

- Sexología médica
- Orientación en sexología
- Orientación de la conducta
- Orientación en educación para padres
- Terapia de la conducta

On-line

- Orientación en sexología
- Orientación de la conducta

Área educativa

- Supervisión y gerencia educativa
- Planificación y evaluación de la educación

Especializaciones

- Terapia de la conducta infantil
- Supervisión y gerencia educativa
- Planificación y evaluación de la educación

Diplomados

- Metodología de la investigación
- Sexualidad humana
- Asesoramiento clínico en la relación de pareja

Los Postgrados tienen una duración aproximada de dos (2) años, con una asistencia presencial de (1) vez por semana, salvo Sexología Médica que es dedicación exclusiva, tres (3) años de duración y beca institucional.

Postgrados, especializaciones y diplomados dirigidos a psicólogos, médicos, enfermeros, trabajadores sociales, profesores, investigadores y Profesionales universitarios.

www.cippsv.com

info@cippsv.com

+58212 5513055/ 5528922/ 5528355



Entidad creada a principio del año 2001 por un grupo de profesionales de la salud, con la finalidad de prestar diversos tipos de servicios: clínicos, educativos y de apoyo a otras profesiones, relacionadas en el mundo de la sexualidad y la pareja.

Másteres, Postgrados y Experticias, Especializaciones y Seminarios

- Máster en Sexología Clínica y Salud Sexual
- Máster en Sexualidad Humana
- Máster en Psicoterapia
- Máster en Terapia Familiar
- Máster en Terapia Breve y Estratégica

+34 93 215 58 83

secretaria@iesp.cat

Gran Via de les Corts Catalanes, 617, 3-3

08007 Barcelona.

ESPAÑA

www.iesp.cat



Instituto Andaluz de
SEXOLOGÍA Y PSICOLOGÍA

Master en Sexología Clínica y Terapia de Pareja

Taller de Erotización y Crecimiento Sensual

Training en Sexología Clínica y Terapia de Pareja

Más Información:

Tlf: 952 60 28 28

Fax: 952 60 36 40

Email: iasp@iasexologia.com

Centro de Estudio de la Sexualidad Chile.

Centro de Estudios de la Sexualidad-Chile, espacio para el crecimiento personal, la formación y lugar para descansar y compartir, luego de tantas jornadas de viajar y buscar.

Terapia, Investigación y Formación

- Formación en Sexualidad y Terapia Sexual Concepción
- Diplomado en Sexualidad General 2016
- Psicoterapia Sexual Nivel 2
- Diplomado en Consejería y Terapia Sexual 2015
- Diplomado en Sexualidad Online
- Diplomado en Sexualidad General
- Diplomado en Consejería y Terapia Sexual
- Programa de Educación para una Sexualidad del Siglo XXI
- Formación en sexualidad para educadores
- Diplomado en Sexualidad General Modalidad On-Line
- Diplomado en consejería y terapia sexual- Iquique
- Diplomado en Sexualidad Humana
- Diplomado Sexualidad Humana

Obispo Donoso #5, oficina 23
Providencia · Santiago · Chile
(56-2) 2 209 6806/ 09 2359883
contacto@cesch.cl
<http://cesch.cl/>

Instituto Paulista de Sexualidade

44º Curso de Atualização em Terapia Sexual: Novas Abordagens Técnicas e Teóricas

Para profissionais que buscam lidar com questões de sexualidade no consultório.

Duração: 20h em uma semana, de segunda a sexta-feira, das 14h às 18h

Datas: 23 a 27 de janeiro de 2017

Investimento: Até 30 de outubro de 2016 = R\$1050,00 (novecentos e cinquenta reais)

Até 15 de novembro de 2016 = R\$1100,00 (mil reais)

Após 15 de novembro de 2016 = R\$1250,00. (mil cento e cinquenta reais)

Inscrições: Até 15 de dezembro de 2016.

Vagas limitadas a psicólogos e médicos e estudantes destes cursos.

O curso de duração com 20 horas – em 5 Módulos.

Coordenação: Psic. Ms. Oswaldo M. Rodrigues Jr. - Psic. Carla Zeglio

Corpo docente: Psic. Carolina Costa Fernandes, Psic. Giovanna Lucchesi, Psic. Diego Viviani.

Informações e inscrições:

Instituto Paulista de Sexualidade

rua Angatuba, 370 – Pacaembu

CEP: 01247-000 - São Paulo - SP

Telefone: (11)3662-3139

e-mail: inpasex@uol.com.br / <http://www.inpasex.com.br>



Máster en Sexología Clínica y Terapia de Parejas

Aporta una sólida formación científica y multidisciplinar sobre los diferentes aspectos de las disfunciones sexuales que afectan al ser humano y las relaciones de pareja desde una perspectiva biopsicosocial.

La **metodología** se basa en una formación práctica mediante dinámicas (*role playing* y debates de casos clínicos), sesiones clínicas y prácticas en centros colaboradores.

Titulación

Título de **Máster en Sexología Clínica y Terapia de Parejas** expedido por ISEP.

<http://www.isep.es/>

Centros

ISEP Barcelona

ISEP Madrid

ISEP Valencia

ISEP Zaragoza

ISEP Bilbao

Máster Oficial en Sexología Universidad Camilo Jose Cela UCJC


**UNIVERSIDAD
CAMILO JOSÉ CELA**

Facultad de Ciencias de la Salud

**Máster Universitario en
Sexología: Educación Sexual
y Asesoramiento Sexológico**



Instituto Universitario de Sexología UCJC (**IUNIVES**) - Madrid
 (+34) 91 523 08 14
sexologia@ucjc.edu
www.iunives.com
<http://iunives.com/master-en-sexologia-a-distancia>

RADIOGRAFÍA DEL MÁSTER
TITULACIÓN: MÁSTER OFICIAL
DURACIÓN: 2 cursos, 90 ECTS
METODOLOGÍA: SEMIPRESENCIAL; CLASES PRESENCIALES, TUTORÍAS Y CLASES ONLINE A TRAVÉS DE LA BLACKBOARD
CALENDARIO: 18 FINES DE SEMANA DE FORMACIÓN PRESENCIAL, VIERNES TARDE Y SÁBADO COMPLETO. TUTORÍAS Y CLASES ONLINE A TRAVÉS DE LA BLACKBOARD, DE LUNES A MIÉRCOLES.
IDIOMA: ESPAÑOL
INICIO-FIN:
 1º CURSO - OCTUBRE A JUNIO.
 2º CURSO - OCTUBRE A MARZO.
PRECIO:
 5200 € MÁS GASTOS MATRÍCULA (MÁSTER COMPLETO)

RADIOGRAFÍA DEL MÁSTER
TITULACIÓN: MÁSTER EN SEXOLOGÍA (TÍTULO PROPIO)
DURACIÓN: 1 curso, 60 ECTS
METODOLOGÍA: A DISTANCIA; CON CLASES VIRTUALES, Y MATERIALES DIDÁCTICOS A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA DE FORMACIÓN E-LEARNING
IDIOMA: ESPAÑOL
INICIO-FIN: OCTUBRE DE 2017 A JUNIO DE 2018
PRECIO: 2.900 € MÁS GASTOS MATRÍCULA (MÁSTER COMPLETO)



Programación primer semestre de 2017

Programate para el 2017 con la Asociación Nacional de Sexología.
Estos son nuestros encuentros académicos del primer semestre.

Ingreso Gratuito

Febrero

Miércoles 1 de febrero

¿Inexistencia del SIDA?

Por Rogers Cid Patiño Chaverra

Marzo

Miércoles 1 de marzo

Cómo cerrar ciclos en la relación de pareja

Por Elizabeth Gutiérrez Flórez

Abril

Miércoles 5 de abril

La presunción de la paternidad en las parejas homoparentales

Por Juan David Belalcázar Pérez

Mayo

Miércoles 3 de mayo

Del Sistema Sexo/Género al Paradigma de los Sexos:

- Aproximaciones a las "otras masculinidades" -

Por Carlos Mario Sánchez Villegas

Junio

Miércoles 7 de junio

La comunicación en la pareja

Por Juliana Isaza Hernández

Mayores informes:

E-mail: secretaria@asansex.org

 **[/asansexcolombia](https://www.facebook.com/asansexcolombia)**

 **[@asansexcolombia](https://twitter.com/asansexcolombia)**



Todas nuestras actividades académicas mensuales son
a las 7:00 p.m. en la Calle 34 Nro. 65-36
Sede ASANSEX - CEPI 2 en el barrio Conquistadores.
Medellín - Colombia.

Fundación UNED

El programa de Formación en Salud Sexual de la UNED da respuesta a una necesidad ampliamente sentida entre diferentes grupos profesionales. Este programa universitario proporciona un marco formativo de calidad y con el máximo rigor científico y técnico. El objetivo es capacitar a nuestros alumnos para su desempeño profesional como sexólogos, en los distintos ámbitos en que se desarrollen su trabajo (Educación para la salud sexual. Promoción de la salud sexual, Sexología clínica), ofreciéndoles un completo programa de formación teórico-práctico.

Desde el año 2015, nuestro programa está avalado por la Escuela Nacional de Sanidad, a través de IMIENS (Instituto Mixto de Investigación Escuela Nacional de Sanidad / UNED).

Nuestra oferta formativa de la UNED tiene en cuenta que:

La formación en sexología representa ahora una excelente oportunidad profesional.

El programa de Formación en Salud Sexual de la UNED es una oferta de la máxima calidad en los ámbitos de la salud, la educación y la intervención social y comunitaria.

Las titulaciones que ofrece este programa modular son las idóneas para el desarrollo profesional de educadores, enfermeras, matronas, psicólogos y médicos,

El objetivo principal del Programa Modular de Salud Sexual de la UNED es el de formar profesionales en el ámbito de la sexualidad humana y de la salud sexual; dirigido especialmente a personas que ya cuentan con una formación universitaria compatible con la temática de estos estudios y que deseen especializarse para desempeñar estas actividades de forma profesional.

Se ofrecen tres itinerarios formativos, que conducen a tres perfiles profesionales, con sus correspondientes titulaciones:

- Experto en Sexualidad Humana y Educación Sexual
(35 créditos que se pueden cursar en un año)
- Master en salud sexual: Promoción de la Salud sexual
(60 créditos que se recomiendan cursar en dos años, pero si se desea puede hacerse todo en un solo año)
- Master en Sexualidad Humana: Sexología clínica
(60 créditos que se recomiendan cursar en dos años, pero si se desea puede hacerse todo en un solo año)

Información:

saludsexual@psi.uned.es

686007712 --- 609 668 211

Fundación UNED

c/ Guzmán el Bueno, 133 - Edificio Germania, 1ª planta

28003 Madrid (España)

Tfnos.: (+34) 91.386.72.75/15.92 Fax: (+34) 91.386.72.79

secretaria@fundacion.uned.es

<http://www.fundacion.uned.es>

Programa modular
de formación en

SALUD SEXUAL



Máster en Salud sexual y
Sexología clínica

Máster en Promoción de la
Salud sexual

Experto Universitario en Sexualidad
humana y Educación sexual

Cursos adscritos al IMIENS
(Instituto Mixto de Investigación Escuela Nacional de Sanidad)



Instituto de Salud Carlos III

Con la participación de:

