Sexpol
REVISTA DE INFORMACIÓN SEXOLÓGICA
Julio/Septiembre 2024 · Número 154 · www.sexpol.net · info@sexpol.net

XII JORNADAS SEXOLOGÍA

TERAPIA SEXUAL Y GÉNERO

Vol. I

una sexualidad llena de flores - raquel pérez lafoz

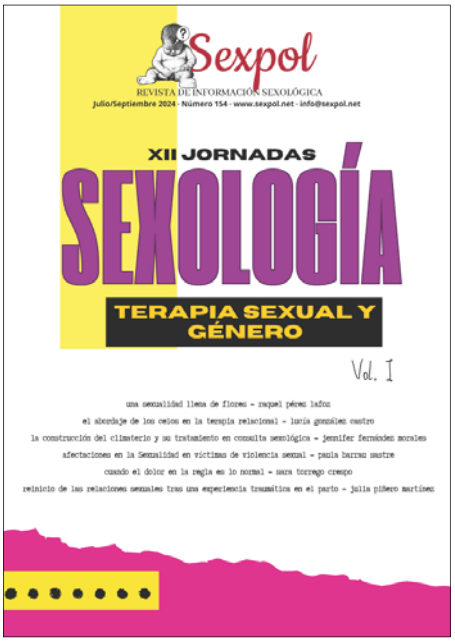
el abordaje de los celos en la terapia relacional - lucía gonzález castro

la construcción del climaterio y su tratamiento en consulta sexológica - jennifer fernández morales

afectaciones en la Sexualidad en víctimas de violencia sexual - paula barrau sastre

cuando el dolor en la regla es lo normal - sara torrego crespo

reinicio de las relaciones sexuales tras una experiencia traumática en el parto - julia piñero martínez



XII Jornadas de Sexología, Terapia Sexual y Género

Vol.I

Editorial

Hace más de veinte años, cuando yo comencé mis propias andaduras por las -entonces poco concurridas- calles de la Sexología, todo el conocimiento y la información presentaba una gran verticalidad; había una gran diferencia entre la academia y la calle, por decirlo de alguna forma. Desde entonces he/hemos podido asistir a una lenta pero agradable conexión entre ambos espacios. Hoy en día, la fructífera interrelación es más que visible. Hoy es muy visible que la Sexología tiene una importancia y un largo futuro.

Todo esto teniendo en cuenta la ausencia de reconocimiento estatal de la disciplina, claro, aún en manos de otras en el campo académico y también el profesional, como la medicina o la psicología. No olvidemos que nos movemos aún en esas pantanosas aguas de Schrödinger; desde fuera, no se sabe bien si existimos o no, mientras que desde dentro no hay ninguna duda. Somos invisibles, hasta que se nos requiere.

Desde estas dos ideas, su visibilización y su invisibilidad, es donde me surge la paradoja de nuestro avance; no existiremos, pero nuestro trabajo, nuestro saber y hacer es, cada día más, imprescindible.

Pero no me refiero a la necesidad personal y social de impulsar y mantener una Sexualidad saludable, rica, comprometida y asentada en unos Derechos Sexuales reconocidos, sino más bien a la propia generación de conocimiento y su divulgación pues, como toda disciplina de estudio, debe dar un salto hacia sí misma una vez que ha dado sus primeros pasos con las muletas que otras ciencias le prestaron. Y es en este punto en que debemos valorar toda la producción que surge desde las formaciones, pues son estas las que, por el momento, más claro tienen el campo de trabajo. Valorar los Trabajos Fin de Máster, por ejemplo.

Igual puedas pensar que es un argumento exagerado para hablar de nuestras Jornadas de Sexología, Terapia Sexual y Género, pero no lo creo: primero, porque son ya 42 promociones y 12 Jornadas (desde que estamos bajo el auspicio universitario) y esto ya es mucho. Segundo, porque, contándonos sólo a nosotras, son alrededor de setenta u ochenta trabajos al año, que también es bastante. Y tercero -el argumento principal- porque son estudios hechos desde, por y para la Sexología, son peldaños que ponemos en ese camino, ladrillos del muro, patas de la mesa, cimientos o como más te guste; bases para un conocimiento propio, para una disciplina propia.

Por esto es por lo que en este número quiero aplaudir. No sólo por la grandísima calidad que presentan o por el grandísimo esfuerzo que esas pocas páginas esconden, sino porque nos están ayudando a fortalecer, insisto por última vez, una disciplina invisible, fantasma, que la sociedad está viviendo como necesaria.

Gracias a todo nuestro alumnado y al de muchas otras entidades por el gran trabajo que hacéis, por vuestro interés y compromiso, por llevar en alto ese conocimiento que ha de hacernos libres. Nuestro aplauso y agradecimiento es bien merecido.

Roberto Sanz Martín
octubre, 2024

Sumario

Editorial / Roberto Sanz. Pág. 2
Una sexualidad llena de flores / Raquel Pérez Lafoz. Pág. 3
El abordaje de los celos en la terapia relacional / Lucía González Castro. Pág. 9
La construcción del climaterio y su tratamiento en consulta sexológica / Jennifer Fernández Morales. Pág. 15
Afectaciones en la Sexualidad en víctimas de violencia sexual / Paula Barrau Sastre. Pág. 22
Cuando el dolor en la regla es lo normal / Sara Torrego Crespo. Pág. 27
Reinicio de las relaciones sexuales tras una experiencia traumática del parto / Julia Piñero Martínez. Pág. 32

Raquel Pérez Lafoz
Graduada en Trabajo Social,
U. de Zaragoza
Máster en Sexología y Género
Fundación Sexpol

Una sexualidad llena de flores

Introducción

¿Cómo afecta la amistad a la sexualidad? ¿Cómo se reproduce el modelo sexual impuesto a través de la socialización con iguales? ¿Cómo condiciona la educación sexual de la generación millennial a las mujeres en su forma de vivir la sexualidad y relacionarse? ¿Influye una amistad sana para alimentar una sexualidad positiva?

Con la curiosidad de responder a estas preguntas, y con el **objetivo principal** de mostrar la influencia de las amistades cercanas en el desarrollo de la sexualidad, la autora analiza la vivencia de su propio grupo de amigas, las *Flores,* con un **enfoque autoetnográfico**.

La autoetnografía consiste en *"describir y analizar sistemáticamente la experiencia personal con el fin de comprender la experiencia cultural. Esta aproximación desafía las formas canónicas de hacer investigación y de representar a los otros, a la vez que considera a la investigación como un acto político, socialmente justo y consciente" (Ellis, et al., 2015).*

De esta forma, aquí se considera que una vivencia individual o de un grupo concreto puede dar cuenta de los contextos en los que les ha tocado vivir y ver a través de estos los cambios que ha habido a nivel social a lo largo de su existencia (Blanco, 2012).

Por tanto, se elige un enfoque autoetnográfico con una intención doble: por una parte, que sirva de introspección de las experiencias vividas en el grupo, y por otra, que a través de ellas se analicen los patrones culturales que han marcado su historia y que esto pueda servir de reflexión para otras personas.

Los **resultados** muestran que la amistad sí influye en la vivencia de la sexualidad de diferentes maneras: una amistad sana facilita la vivencia de una **sexualidad positiva**. También, a través de la **socialización** con iguales se refuerzan las normas sociales del modelo sexual imperante. Otro resultado es que el contexto social y temporal es vinculante por la educación sexual propia de la **generación** (en este caso la millennial). Además, se muestra como importante la situación de **privilegio** o discriminación, habiendo sido para este grupo fácil pertenecer al mismo por compartir ser mujeres, de clase media, no racializadas, heteros, cis y con cuerpos normativos. Por último, una amistad sana también actúa como factor de protección ante violencias del sistema referentes a la sexualidad, y puede ser ese lugar seguro en el que cuestionar lo socialmente preestablecido y crear otras realidades.

Para ver cómo la amistad ha influido en la sexualidad, se analiza a continuación a través de tres variables:

1- La educación sexual del grupo en la generación millennial.

2- La influencia patriarcal en el modelo sexual a través del grupo de amistad.

3- El valor de la amistad sana como factor de protección y prevención.

Cada uno de estos puntos muestra una revisión bibliográfica y los principales resultados y conclusiones del estudio autoetnográfico, que ha contado con: un texto autobiográfico de la autora, un cuestionario individual para todas las integrantes del grupo y una sesión presencial con dinámicas para profundizar en los temas expuestos[1].

La educación sexual del grupo en la generación millennial

Las Flores está compuesto por un grupo formado en la preadolescencia. Lo componen nueve mujeres que fueron juntas al colegio, y que están llenas de **privilegios**: cis[2], heterosexuales, de clase media, no racializadas y con cuerpos normativos.

Nacidas todas en Zaragoza (España) en 1994, forman parte de la generación millennial. Han sido educadas por la tradición que les llegaba de épocas anteriores, y a su vez, por lo que Bauman llamaba la sociedad líquida, que se caracteriza por la incertidumbre en todos los ámbitos. Esto incluye un **cambio** en las formas de concebir el matrimonio y los vínculos de pareja, en el que las relaciones ya no se manifiestan estables y duraderas, y pueden hasta considerarse como un producto más de consumo (Bauman, 2003). Se crea así una crisis en el modelo tradicional anterior y se va **hacia la búsqueda de nuevos patrones.** Se comentan a continuación algunos resultados que parten de características sociales que marcan esta época entre la tradición y el cambio.

- Los productos culturales educan en sexualidad e influyen en la forma de relacionarse.

En la infancia, las mujeres de la generación millennial, crecieron con **películas Disney** protagonizadas por las princesas clásicas. En la adolescencia, sin plataformas digitales que dieran mucha opción a elegir, consumían series que reproducían los estereotipos de género.

En cuanto a **revistas,** según un estudio publicado por el Instituto de la Mujer en 2008, el 66% de las chicas extrae información de sus amigas, y el 34,5% de revistas como las comentadas. También se concluye que *"Las publicaciones juveniles en general dispensan*

1 Las palabras entrecomilladas de participantes del grupo se extraen de lo respondido por personas del grupo de forma anónima en el cuestionario o tras las conclusiones de la sesión presencial.

2 Cis hace referencia a las personas que se identifican con el género que se les asignó al nacer. En este caso, mujeres.

una información sobre la sexualidad en la adolescencia en la que prevalecen intereses comerciales. Es una información con sesgos sexistas, recomendaciones poco saludables, que en ocasiones resulta peligrosa para quienes la reciben" (Rubio, et al., 2008)

La diversidad de etnias, cuerpos, orientaciones o anti-capacitismo en todos estos medios de comunicación eran nulos, por lo que crecieron con una falta de referentes que también marcó la sexualidad y lo que las personas consumidoras de este contenido entendían por iguales.

Al reflexionar el grupo de las Flores sobre este tema, se encuentran resultados que hablan de una toma de conciencia sobre lo que el consumo de este contenido ha podido afectar, con frases como: *"Todas teníamos las mismas fuentes de información y era lo que nos enseñábamos unas a las otras", "Darnos cuenta de lo diferente que puede llegar a ser tu experiencia según la época en la que naces y también de la educación tan equivocada y escasa que tuvimos nosotras en los años 90 y 2000. Supongo que, por eso mismo, utilizábamos a nuestras amigas como un "medio" más para intentar tener información más verídica que no fuera solo ese tipo de revistas que solo nos hacían sentir inseguras".*

- El nacimiento de las redes sociales marca los vínculos y la forma de compartir sobre sexualidad.

Esta generación fue testigo de la revolución de las tecnologías y las redes sociales. Nacieron llamando con el teléfono fijo y sin internet en sus casas, y acabaron su etapa de la infancia con los primeros móviles y el surgimiento de redes sociales como messenger, tuenti o fotolog (Yuste, B.). Esto marca mucho su forma de relacionarse tanto en los vínculos sexuales como con las amistades. Después, en su etapa joven-adulta también marca la era de los tips, los memes, la creación de comunidades y la vivencia de movimientos sociales como el "Me Too"[3]. Una integrante del grupo comenta sobre esto: *"Somos la primera generación a la que le tocó de lleno en la adolescencia el tema de redes sociales, y esto influyó en las fotos que subíamos, las personas con las que ligábamos y también el poder compartirlo de otra manera con las amigas".*

3 "Me Too" es un movimiento que nace en 2017 en redes sociales por la denuncia de actrices de Hollywood de la violencia sexual sufrida por hombres que sustentaban el poder.

- Los movimientos feministas y LGTB marcan al grupo en sus vivencias sexuales.

En 2005 se aprueba de forma definitiva en España el matrimonio homosexual. En 2010, cuando esta generación comenzaba a tener relaciones sexuales y a estar en edad reproductiva, se legaliza el aborto en España hasta la semana 14 de gestación.

Las millennials se benefician de las luchas y logros conseguidos por movimientos feministas y LGTB de los grupos de edad que les preceden a la vez que siguen viviendo la transformación de estas luchas.

Se va produciendo una apertura a la **diversidad sexual,** viviéndose un marco de transformación social acelerada que hace que las demandas tradicionales en cuanto a estudios sociales tengan que reformularse con nuevas herramientas conceptuales y políticas, apareciendo en los estudios sociales de España conceptos como el de interseccionalidad. De esta manera, las personas jóvenes de esta generación desafían la tradición y se hacen necesarias nuevas formas de entender la identidad personal y social (Romero & Alconchel, 2010).

La agitación en el escenario social influye en las dinámicas de relación interpersonales. De esta forma, conceptos como la **sororidad** hacen que las personas socializadas como mujeres se vean como amigas más allá de las diferencias. Esto afecta a la manera de entender la amistad y de compartir la sexualidad, ya que no hay nada por lo que competir y se extiende la idea de que el feminismo se construye desde la cercanía y la ayuda mutua (Lagarde, 2016).

El grupo recuerda estos cambios y los valora de forma muy positiva: *"antes se tenía muy poca conciencia de la sexualización y del feminismo y pasábamos muchas cosas horribles por alto". "A partir de nuestra generación se empezó a reconocer otras identidades fuera de las establecidas, también se empezó a hablar de otras maneras de vivir el amor fuera de la monogamia".*

La influencia patriarcal en el modelo sexual a través del grupo de amistad

Además de las características propias de una generación, se analiza en un nivel más general la estructura social para buscar cómo los cimientos en los que se construye la misma afectan a la forma de

elegir amistades y compartir así de una manera u otra la sexualidad con las mismas. La cultura occidental tiene sus pilares construidos en el **patriarcado y el capitalismo**. Esta alianza se vale de estrategias para el mantenimiento del orden social, como son: la jerarquización de las relaciones, la socialización de género y la existencia de privilegios-discriminación social.

Con la **jerarquización de las relaciones** se ordenan los vínculos en una pirámide: en la cúspide está el matrimonio heteronormativo, después con quienes se comparte consanguinidad (a pesar de que puedan existir violencias y de lo poco que se pueda tener en común), y relegada a un tercer lugar, quedaría la amistad. Además, en este sistema se quita valor a la red que aporta la comunidad y se pone por encima la individualidad de cada familia, cuya pertenencia se define con apellidos propios (Vasallo, 2018).

A través de la **socialización de género** se naturaliza lo que es una construcción social y se generan una cantidad de introyectos[4] que condicionan la forma de relacionarse y vivir la sexualidad según el sistema binario hombre-mujer. Así las personas socializadas como hombres son educadas en una mayor represión de sus emociones, entender el sexo como descarga y comunicarse con poca profundidad o tener poco contacto físico con sus amistades. Mientras, las personas socializadas como mujeres suelen tener más facilidad para compartir cariño físico e intimidad en sus discursos (Abril, 2023).

A través de esta socialización se interiorizan también las normas sociales que configuran la dinámica de privilegio-discriminación. Se aprende que la ruptura de los roles de género y de los patrones dominantes se castiga con mecanismos como la exclusión social, la injuria y las agresiones. Esto también lleva a la necesidad de relacionarse con otras personas que atraviesan las mismas discriminaciones y facilita el acercamiento con quien tiene los mismos privilegios(Platero, 2010). Con

4 Se llama introyecto a aquello que interiorizamos como propio y natural, sin embargo, depende de condicionamientos sociales.

relación a esto, se habla a continuación del principal resultado sobre el que reflexiona el grupo:

- Los privilegios marcan la pertenencia al grupo y su forma de compartir la sexualidad.

Sobre esto, el grupo de las Flores realiza una dinámica de privilegios, en la que todo el grupo concluye la importancia de estos para pertenecer al grupo y la facilidad con la que han compartido su sexualidad con personas que han visto como iguales. A pesar de que se consideran diferentes en cuanto a personalidad, toman conciencia de que a nivel de características sociales son iguales y esto ha influido en gran medida para formar el grupo y sentirse cómodas compartiendo su sexualidad con personas de realidades sociales muy similares: *"Por mucho que creamos que somos distintas entre nosotras, no somos realmente conscientes de la diversidad más allá de nuestro círculo". "Lo complicado que es encajar si te sales de los estándares tristemente aceptados muchas veces por la sociedad".*

El valor de la amistad sana como factor de protección y prevención

La realidad social está cambiando y el orden vincular tradicional está en cuestión. La época actual de consumismo de relaciones hace que lo duradero sean las amistades, que forman esa red de contención ante las adversidades (Vasallo, 2018). Se extraen las siguientes conclusiones de este trabajo:

- Las amistades previenen contra los mitos del amor romántico y sus consecuencias.

Las amigas pueden ser "*terreno firme al que podemos saltar cuando se hunde el suelo bajo nuestros pies, quienes forman una red horizontal como resistencia ante las violencias que solo pueden darse verticalmente. ¿No sería fantástico que construyéramos así todas nuestras relaciones?*" (Coll, 2019, p. 43). Las amigas, en esa base contra el sistema y sus relaciones patriarcales, pueden ser ACAB: Amigas contra el Amor Basura (Coll, 2021) y la familia escogida con la que poder imaginarse un futuro, hacerse mayores y vivir juntas (Coll, 2023).

Las amistades sanas tienen una función de ajuste hacia generar bienestar y son un factor de protección ante las violencias. Por ejemplo, en la infancia puede que una criatura viva como normalizado que su cuerpo sea tocado sin permiso, y a la hora de relacionarse con iguales, descubra con la observación la importancia del consentimiento (Meneses & Pávez, 2017). En etapas más avanzadas en edad, las amistades pueden ser el refugio y la ayuda ante relaciones de maltrato, por eso uno de los objetivos iniciales del sujeto maltratador es separar a la víctima de su círculo de amistades y aislarla (Martín, 2023).

Así pues, al estudiar las dinámicas de género en las experiencias sexuales, una de las principales conclusiones que se extraen es el papel clave de la amistad. En el caso de las personas socializadas como mujeres, la amistad íntima puede desafiar los estereotipos de género impuestos por la sociedad patriarcal, construyendo espacios seguros, compartiendo experiencias y creando *"un terreno común para el entendimiento mutuo y la colaboración en la búsqueda colectiva de empoderamiento y autodescubrimiento"* (Ortín, 2023, p.31). Así lo siente este grupo, lo que enlaza con otro resultado que se muestra a continuación.

- La pertenencia a Las Flores ha sido clave en el desarrollo de su sexualidad.

Al preguntarles **a quién acuden** para hablar de sexualidad, todas las integrantes contestan **"a las amigas"**, (frente a otros agentes como familia, profesorado o profesionales) porque "es un entorno en el que me siento segura para poder compartir sin ningún tipo de vergüenza mis experiencias o dudas", "porque es mi *safe zone* y con quien puedo compararme y pedir consejo porque se han educado, aprendido y vivido en la misma etapa que yo".

Comparten con el grupo todo tipo de temas. Los más votados son los referentes a relaciones afectivas, prácticas sexuales compartidas y métodos anticonceptivos por afectarles de forma directa. Los menos votados y nombrados son aquellos en los que el grupo no ha tenido preocupación grave, como las infecciones de transmisión sexual o la reproducción. Esto recuerda que la sexualidad es cambiante, al igual que lo somos las personas. Las Flores, asimismo, también es un grupo dinámico y los temas que hoy tienen menos relevancia para ellas puede que cambien si la vivencia es otra en un futuro.

Dos cuestiones muy destacadas son: la importancia de haber podido compartir **las primeras veces** (primer beso, primera menstruación, primer romance, primera ruptura, primer orgasmo) y **la masturbación.** Temas que han compartido, aconsejado y experimentado juntas. Sobre el descubrimiento de sus propios genitales, una de ellas cuenta: *"La realidad es que no sabía nada de ese (como decía entonces) monstruo que tenía entre mis piernas. Hasta que alguien del grupo me habló del clítoris, de que ella sentía placer cuando tocaba ahí. Como no nos gustaba quedarnos solo en la teoría, se bajó las bragas y me enseñó el suyo".*

Las personas del grupo cuentan que tener ese espacio seguro en el que compartir todo tipo de cuestiones que afectan a la sexualidad les ha permitido **compartir sin miedo a ser juzgadas,** aprender de las experiencias de otras cuando ellas ni las habían vivido o sentirse acompañadas en todo momento, desde la primera vez que se pusieron un tampón hasta la primera ruptura de pareja.

A nivel emocional, todas creen que la pertenencia a este grupo les ha afectado de forma positiva generando tranquilidad, crecimiento personal, apoyo y mejor autoestima, entre otras.

Conclusión

El grupo protagonista de esta autoetnografía se encuentra en el lado más amable de la moneda por dos aspectos: uno, por pertenecer a este ramo de Flores nutridas de cuidados; y dos, por encajar en un sistema cisheteronormativo, a excepción de lo que supone ser mujer en esta sociedad.

Ambas caras les han salvado de situaciones de violencia: la pertenencia al grupo ha sido ese lugar seguro en el que alimentar su autoestima y tomar decisiones en favor de su bienestar. También, cumplir con la normatividad de un sistema que premia a quienes siguen sus estándares, les ha librado de muchos castigos sociales.

No obstante, como personas socializadas como mujeres en la generación millennial, han visto su educación sexual entre la tradición y el cambio. En este momento social, pertenecer al grupo les ha permitido autoconocerse entre amigas, encontrando aquí el espacio seguro que no hallaban en otras partes. También, juntas han ido abriendo sus horizontes, contemplando la posibilidad de una sexualidad mucho más diversa a la que les habían contado en el colegio.

Por tanto, tras todo lo estudiado y los resultados obtenidos, parece que cuidar las amistades es ir por el camino de alimentar la propia salud sexual.

BIBLIOGRAFÍA:

- **Abril, M. (2023)**. Erotismo, cuerpo y placer. Fundación Sexpol.
- **Bauman, Z. (2003)**. Modernidad líquida. Fondo de Cultura económica de España.
- **Coll, E . (2019)**. Mitos del amor romántico: causas, consecuencias y alternativas. Fanzine.
- **Coll, E. (2021)**. Resistencia bisexual. Melusina .
- **Coll, E. (2023)**. Nosotras vinimos tarde. Amor de Madre.
- **Lagarde, M. (2016)**. Enemistad y sororidad: Hacia una nueva cultura feminista. Obtenido de E-mujeres.net: https://e-mujeres.net/wp-content/uploads/2016/08/Enemistad-y-sororidad.pdf
- **Martín, N. (2023)**. Coeduca, deconstruye, transforma. Dinámicas de grupo por los buenos tratos: hacia unas pedagogías interseccionales. Dirección general de Juventud del Gobierno de Canarias.
- **Meneses, F., & Pávez, E. (2017)**. Personas Favoritas: un libro sobre la amistad cuando dejamos de ser niños. SM.
- **Ortín, L. (2023)**. Dinámicas de género en las experiencias sexuales. Un enfoque autoetnográfico. Revista XI Jornadas en Sexología, terapia sexual y género, 2(151), 29-33.
- **Platero, L. (2010)**. Sobrevivir al Instituto y a la Facultad: voces y vivencias sobre la heteronormatividad, la homofobia y la masculinidad de las chicas. Discriminaciones diversas en las personas jóvenes, 39-89.
- **Romero, C., & Alconchel, G. (2010)**. Discriminaciones diversas en las personas jóvenes. Revista de Estudios de Juventud(89).
- **Rubio, A., Martín, A. M., Mesa, M. J., & Mesa, M. B. (2008)**. Influencias de las revistas juveniles en la sexualidad de las y los adolescentes. Mujeres en la educación(11).
- **Vasallo, B. (2018)**. Pensamiento monógamo, terror poliamoroso. La Oveja Roja.

El abordaje de los celos en la terapia relacional

Lucía González Castro
Graduada en Educación Social, U. de Vigo
Máster en Terapia Sexual, Parejas
y otros vínculos sexuales con perspectiva de género
Fundación Sexpol

Este artículo recoge la información obtenida del Trabajo Final del *Máster en Terapia Sexual, de Parejas y otros vínculos sexuales con perspectiva de género*, con mismo título y realizado en la Fundación Sexpol en convenio con la Universidad de Nebrija. A continuación, se presenta un análisis teórico y su correspondiente propuesta terapéutica sobre la intervención en celos desde el punto de vista de la terapia relacional.

Los celos son y han sido uno de los desafíos más comunes en la terapia de parejas y otros vínculos. Están presentes en el imaginario colectivo por su carácter universal y generalizado, ya que casi todas o todas las personas los han sentido alguna vez; sin embargo, no existe un consenso científico en torno a qué son, cómo se

producen o cuales con sus consecuencias. La Asociación Americana de Psicología, define los celos como "una emoción negativa en la que un individuo resiente a un tercero porque parece quitarle (o probablemente quitarle) el afecto de un ser querido" (VandenBos, 2007, p. 506).

En lo que sí parece haber un acuerdo general es en que los celos serían una emoción -o conjunto de las mismas- que provoca malestar o sufrimiento. Por ejemplo, asociamos los celos a temor -también entendido como miedo, terror, desasosiego, pánico, etc.- que se activaría, como indica Opi (2004) ante la amenaza concreta de la pérdida de algo a lo que se le da mucho valor, que es la persona amada o la relación con la misma. En esta línea, Sharpsteen (1991, como se citó en Chóliz y Gómez, 2002) afirma que "los celos, en sentido estricto, no son emociones simples, sino que podríamos entenderlos como una experiencia emocional compuesta de al menos tres emociones básicas: Ira, tristeza y miedo ( ) además de otras reacciones asociadas como disgusto, o sentimientos de inferioridad" (p. 15).

La sexología, como disciplina que proporciona una visión más holística de la sexualidad, debe aportar la interseccionalidad necesaria a la hora de analizar los celos. Estos, aunque se definan como una emoción o un conjunto de las mismas, poseen una fuerte influencia del contexto social y cultural. Los celos no solo se sufren a nivel individual, sino que también están profundamente arraigados en nuestras sociedades y en la visión que existe del amor. En sociedades occidentales, la monogamia y los mitos del amor romántico han jugado un papel crucial en la forma en que las personas experimentan y expresan los celos. La idea del amor exclusivo y la posesión del ser amado a menudo exacerba los sentimientos de celos.

En la actualidad, el auge de la diversidad relacional está desafiando las normas tradicionales de la monogamia. Las relaciones no monógamas presentan nuevos prismas en la vivencia de los celos y, en consecuencia, hacen necesario replantear el lugar desde el que se realiza la terapia de pareja centrada en ellos. En estas relaciones, los celos pueden surgir de manera diferente y requieren estrategias específicas para su manejo. Al mismo tiempo, la monogamia legitima cada vez más, aunque de manera encubierta, algunas prácticas fuera de la exclusividad, llegando incluso a asumir como parte de la práctica monógama la infidelidad. Cada vez es más generalizado el pensamiento que recoge que parte de practicar la monogamia pasa por asumir la infidelidad como un riesgo de la misma. Si los celos nacen del miedo a la pérdida, o de la amenaza derivada de sentir a la pareja como propiedad privada, los nuevos modelos relacionales plantean otras formas de amar y la importancia de otros vínculos. Este artículo se enfoca en las relaciones tradicionalmente entendidas como románticas o de pareja, sean o no monógamas, atendiendo a todas las peculiaridades.

Cabe aclarar que, desde un punto de vista contextual, lo que convierte a los celos en algo desagradable y disruptivo son sus consecuencias, no la propia emoción. Es la sensación de poder perder a la persona amada (consecuencia imaginada) o que la verbalización de estos provoque una discusión. En el presente, en la realidad, puede no estar ocurriendo ninguna amenaza. Los celos se entienden como la presencia de una deslealtad al proyecto de amor compartido, que en parte ha pasado a ser identitario para las personas que componen el vínculo. Es decir, los celos son una traición a un "nosotres"[1] que se ha construido y consolidado.

Al contextualizar los celos, uno de los condicionantes más determinantes de la cultura es la educación diferencial de género. Pese a que se ha avanzado mucho en materia de igualdad, las personas continúan siendo educadas en base a unas "expectativas de género", es decir, al deseo por parte de las personas adultas de que estas cumplan una serie de estereotipos de género basados en prejuicios. Estos responden a la construcción de una feminidad y una masculinidad que funcionan como opuestas, pero complementarias, ya que están pensadas para sostener el sistema cisheteronormado; es decir, para relacionarse entre sí con el fin de procrear.

Es posible afirmar que los celos se manifiestan, al menos en parte, como una consecuencia de la interiorización de los mitos del amor romántico y de su permanencia y legitimización en nuestra sociedad.

1 En el presente trabajo se utilizará lenguaje no sexista, lenguaje inclusivo o de género neutro para abarcar el amplio abanico de identidades de género que existe en la actualidad y que todas ellas puedan encontrarse representadas. En algunas ocasiones se utilizarán genéricos como "las personas", otras veces la terminación en -e.

En los mitos del amor romántico se relacionan proporcionalmente celos y amor. Sin embargo, lo que realmente acontece es que cuanta más creencia en los mismos, más deseos de cumplirlos y por lo tanto más predisposición a que se desarrollen los celos y el malestar que provocan.

Por lo tanto, la historia de la pareja ha estado marcada por un dominio de la visión patriarcal en la cual se privilegia la pareja heterosexual, monógama y reproductiva; al mismo tiempo que condena cualquier intento de configurar relaciones que se salgan de esa norma. Este esquema ha permitido mantener esos roles de género que lo sustentan, convirtiendo el amor en una estructura patriarcal, la cual denominamos “amor romántico”. (Rivera y Giraldo, 2023)

Propuesta terapéutica

Tras revisar la literatura existente, se desarrolló una propuesta terapéutica que se enfoca en varios aspectos esenciales para el manejo de los celos en la terapia relacional. Primero, aquellos aspectos previos a tener en cuenta antes del inicio de la propia intervención:

1) Clima de confianza para la vulnerabilidad

El éxito de la intervención está estrictamente relacionado con la capacidad de le terapeuta de crear un espacio cómodo, física y emocionalmente. Para que este lugar sea seguro para les acompañades, debe ser un espacio que ponga en valor la vulnerabilidad en el vínculo, tanto la de le propie terapeuta como la de las personas acompañadas. Deben aprender a relacionarse desde sus vulnerabilidades en lugar de hacerlo de estrategia de supervivencia a estrategia de supervivencia.

En esta línea, no debe perderse el foco de la neutralidad. Tanto la persona celosa como la persona "celada" necesitan ese lugar de confianza y credibilidad para avanzar.

2) Algunas peculiaridades de las NMC

Un enfoque no monógamo de la intervención terapéutica no consiste solamente en la suma de más vínculos, sino que el propio vínculo o vínculos son el sujeto de la misma. Las propias necesidades de un modelo relacional fuera de la norma van a delimitar la intervención, ya que cambia la estructura, pero también la expectativa, las dinámicas y tiempos, etc. Esta visión ampliada nos sirve también para aquellos vínculos que se definen exclusivos, porque pone de relieve la importancia de entenderlos en toda su complejidad, lo que incluye tener en cuenta todo el bagaje relacional que cada persona en terapia trae consigo.

3) Herramientas, no soluciones

El trabajo terapéutico consiste en dotar a las personas de las herramientas que les resulten útiles en su proceso, sobre todo que les empoderen a tomar las riendas del mismo. Para les terapeutas resulta imperioso interiorizar este enfoque. Esto hace que la responsabilidad total de la terapia no recaiga en quien la imparte, sino que las personas que deciden iniciarla se hacen cargo. El trabajo en casa será fundamental, y que sobre él recaerán la mayor parte de los avances que se den.

Tras estos aspectos previos, se recoge un **guión de intervención** que contempla algunas claves respecto al orden de la intervención y aspectos a tener en cuenta dentro de cada bloque.

1) Evaluación Inicial

Como su propio nombre indica, el primer paso en la terapia relacional debe ser la evaluación inicial. Esta puede marcar significativamente el desarrollo de la misma. A veces el malestar de las personas participantes marca los ritmos de la intervención, y es importante ser flexible en lo referente a cuánto tiempo o cuántas sesiones necesitan. Independientemente de estos condicionantes más o menos flexibles, una buena evaluación puede ser significativa en el desarrollo de la propia terapia. En esta primera evaluación será necesario recoger qué modelo relacional practican y cómo lo definen.

También es necesario elaborar un esquema de como entienden los celos las personas que están siendo acompañadas, y qué percepción tienen de la gravedad de esta situación. Es vital elaborar un recorrido guiado por su relación/vínculo y analizar las estructuras de poder y los roles dentro de ella. También será necesario elaborar el historial relacional de las personas en terapia. Por último y respecto al propio proceso terapéutico, es necesario hablar de las expectativas y metas que se tienen del mismo.

2) Devolución y propuesta de trabajo

Para que las personas acompañadas entiendan que van a trabajar sobre los celos, será necesario explicarle primero qué son los celos, cuál es su función evolutiva y por qué ocurren las cosas que les ocurren. Informar y normalizar como el pilar de toda intervención en celos.

Una vez se inicie la intervención, se recomienda que cada sesión empiece con un breve resumen de la sesión anterior y un análisis del trabajo realizado en casa a través del cuaderno de campo. A esto, a medida que avanza la intervención, será necesario añadir un repaso periódico de los objetivos marcados al principio, con el fin de adaptarlos a los resultados que se van obteniendo

3) Guiones para el trabajo de los celos

- **Modificación del pensamiento y distorsiones cognitivas**

Para iniciar el trabajo con los celos es necesario tratar de modificar los pensamientos que no son realistas y que disparan ese malestar.

- **Trabajo individual**

En las sesiones de trabajo individual se pueden colocar cosas que en las sesiones conjuntas no tienen espacio. Por ejemplo, ampliar el alcance de la terapia; recoger información que tienen miedo de mencionar en sesiones conjuntas (dinero, problemas sexuales, infidelidades reales, etc.) o conocer las expectativas o fantasías que existen respecto a dejar la relación

Es importante que cada persona que compone la pareja o vínculo trabaje en su autoestima individualmente para poder abordar los celos de manera más efectiva.

- **Límites y Acuerdos:**

Para asentar las bases de una relación sana es imprescindible colocar los márgenes de la misma, y para ello, deben trabajarse los límites (flexibles o inflexibles) que cada persona en el vínculo tiene. Dicho esto, no se puede obviar que los límites evolucionan con la relación y que es indispensable poseer cierta apertura y flexibilidad sobre los mismos, así como también respetar aquellos que son inamovibles, conocidos como "innegociables".

La negociación es una capacidad que es necesario entrenar en este proceso de acuerdo. El hecho de negociar es en sí positivo, ya que denota compromiso con la mejora. Sin embargo, va a ser vivido como algo negativo. "La negociación siempre va a suponer pérdida, aunque sólo sea en términos de tiempo y energía" (Sexpol, 2024). Estas pérdidas son la "ofrenda" que las personas le hacen al vínculo, entendiendo que el funcionamiento del mismo es una prioridad.

- **Comunicación y Lenguajes de amor**

Sin lugar a dudas si hay un aspecto clave a la hora de trabajar los celos, este es la comunicación. Es necesario empezar por lo más básico: verbalizar los celos.

Una de las cosas fundamentales en la comunicación de pareja es el "lenguaje del yo". La persona que expresa sus sentimientos y emociones debe hacerlo desde su vivencia y su subjetividad, y no imponer o achacar a quien tiene enfrente.

La comunicación en la terapia relacional para los celos lleva implícito destapar el "juego de roles" que está retroalimentándolos. El "no te cuento para que no estés más celose", "no me cuenta porque seguro que oculta cosas". Trabajar en estas dinámicas, hacerlas visibles, es el camino para romperlas.

En el caso concreto de las NMC a menudo se presenta un reto que consiste en cuando se juntan personas con mucha necesidad de comunicar y aquellas que prefieren no saber. Es probable que para esto tengan que realizar primero un trabajo individual para averiguar sobre sus necesidades, antes de llevarlo a la pareja o vínculo.

Conocer el lenguaje de amor propio y el de la pareja/vínculo/vínculos permite trabajar con ventaja sobre las necesidades de la relación. Permite poder expresar mejor lo que necesita une y hacer un esfuerzo consciente por expresar amor en el lenguaje que la otra persona prefiere. Esto mejora la comunicación, reduce los conflictos, fortalece la relación y, en consecuencia, reduce el impacto de los celos.

- **El problema como el enemigo común**

El vínculo es un equipo que debe luchar contra un enemigo común, que es el propio problema de celos. Acompañarse en este proceso y elaborar estrategias conjuntas es imprescindible, aunque en ocasiones salgan los reproches. Estos son lógicos y legítimos, ya que la otra persona ha hecho o está haciendo daño, pero es importante entender que esa no es su motivación real. Ver el problema como un tercero que ataca el vínculo, no alguien de la pareja, permitirá avanzar.

- **Alta terapéutica y seguimiento**

Conforme lleguen los resultados esperados en la intervención, en las últimas sesiones se realizará una recogida de las conclusiones de lo trabajado en el proceso terapéutico. En estas conclusiones se revisa si se han cumplido las expectativas iniciales o no, que avances y aprendizajes han tenido lugar y, sobre todo, destacando logros conseguidos y qué áreas hay que mejorar (de ser el caso).

Se elaborará un plan de seguimiento que incluya sesiones periódicas de revisión, si fuera necesario, con la posibilidad de recurrir a le terapeuta si sienten que están teniendo una recaída o se presenta un cambio en su relación que suponga un desafío.

Conclusiones

En conclusión, esta guía proporciona algunas directrices para el trabajo sobre los celos, aunque la práctica terapéutica tendrá que irse adaptando a las necesidades concretas de cada vínculo y de las personas que los conforman.

Tras analizar la bibliografía existente, y pese a ser esta amplia y de largo recorrido histórico, se puede concluir que los celos en el ámbito científico han sido tratados desde una visión patológica y pocas veces desde

el conflicto en el vínculo. En la literatura sobre celos y no monogamias sí se puede apreciar una visión más completa y compleja del fenómeno, que resulta útil para abordar también los celos en relaciones monógamas, pero parece necesario continuar ampliando la visión de los celos desde la sexología. Esta especialidad permite aportar al tratamiento de los celos una visión interseccional y aterrizada en las vivencias de las personas. Es esencial considerar una visión más social de los mismos, que facilite la confluencia de factores como el género, la orientación sexual y las estructuras relacionales en el estudio de los celos.

En la propuesta se abordan los celos como ese conflicto que se encuentra presente en la realidad relacional de las personas, desde una mirada amable y conciliadora, tan necesaria en el ejercicio de la práctica terapéutica.

Se identifica una clara necesidad de continuar investigando sobre los celos, especialmente en contextos de relaciones no monógamas y otras formas de vinculación afectiva. Futuros estudios deberían centrarse en desarrollar y validar nuevas herramientas terapéuticas que se adapten a la evolución de las estructuras relacionales contemporáneas.

REFERENCIAS Y CITAS BIBLIOGRÁFICAS

- **Castañeda Builes, M., Jalil Barrera, J., & Ramírez Zuluaga, C. (2020).** Manifestación de los celos en veinticinco personas poliamorosas de la ciudad de Medellín Antioquia en el año 2020. [Trabajo de grado, Corporación Universitaria Minuto de Dios].
- **Chóliz, M. (2005).** Psicología de la Emoción: El proceso Emocional, Universidad de Valencia. https://www.uv.es/choliz/Proceso%20emocional.pdf
- **Chóliz, M., & Gómez, C. (2002).** Emociones sociales II (enamoramiento, celos, envidia y empatía). En Palmero, F., Fernández-Abascal, E.G.,Martínez, F., &Chóliz, M. (eds.), Psicología de la Motivación y Emoción (pp. 395-418). McGrawHill.
- **Opi, E. (2004).** Ellos, ellas y los celos: Una nueva mirada a un viejo problema. Anuario de sexología, ISSN 1137-0963, N.º. 8, 2004, págs. 69-89
- **Rivera Alzate, J. D., & Giraldo Doria, M. (2023).** Del amor romántico al amor libre. Configuraciones del amor en las relaciones no monógamas. Poiésis, (45), 57-73. https://doi.org/10.21501/16920945.4558
- **VandenBos, G. R. (Ed.). (2007).** APA DictionaryofPsychology. American PsychologicalAssociation.

La construcción del climaterio y su tratamiento en consulta sexológica

Jennifer Fernández Morales
Licenciada en Psicología, UNED
Máster en Terapia Sexual, Parejas y otros vínculos sexuales con perspectiva de género,
Fundación Sexpol

Actualmente, en el mundo occidental, la etapa climatérica en general y la menopausia en particular, tienen una connotación negativa en el imaginario colectivo. Con este trabajo, se quiere confirmar si, la perspectiva biomédica del climaterio, predominante en nuestra cultura es, como se indica, algo universal o si, por el contrario, también está influenciada por la cultura, por los prejuicios asociados a esta etapa, por el simbolismo en torno a la misma o por las cogniciones que, cada una, tiene sobre lo que es el climaterio. Para ello, se van a revisar tres perspectivas en torno al climaterio: la biomédica, la antropológica y la feminista/de género para poder confirmar o refutar la perspectiva biomédica que nos aboca a un futuro de malestares a partir de la menopausia. Se revisará la idea de universalidad de los síntomas y de la construcción de esta etapa como enfermedad y se buscará, a través de las perspectivas antropológica y de género, una visión alternativa más amable y natural, de lo que es el climaterio.

Se utilizarán, a lo largo de todo el trabajo, los términos de personas socializadas como mujeres, personas menstruantes y personas climatéricas, indistintamente, para referirnos a mujeres y con la intención de ser lo más inclusivas posible. Igualmente, se utilizará el femenino genérico, en la medida de lo posible, ya que nos referimos a personas.

Desde la **perspectiva Biomédica**, lo primero es, por tanto, definir qué se entiende por climaterio y esto es una etapa amplia, que marca la transición paulatina, de la etapa fértil a la no fértil, de las personas menstruantes. Así, dentro de la definición de climaterio, nos encontramos con tres etapas: perimenopausia, menopausia y postmenopausia.

La perimenopausia se entiende como la etapa previa al cese de las menstruaciones. Suele iniciarse entre 2 y 5 años antes de la menopausia con alteraciones del ciclo y síntomas diversos. Esta etapa termina 12 meses después de la última menstruación que, sería, la menopausia en sí misma (Manubens Grau, 2021). En la postmenopausia, encontramos, también, dos etapas: la temprana, que comprende los 5 primeros años después de la última menstruación. Es, en esta fase, donde

aparecen los síntomas vasomotores (sofocaciones) y se acelera la pérdida de masa ósea. Y la tardía, que es un periodo amplio que continúa desde el quinto año y hasta el final de la vida (Manubens Grau, 2021).

Desde la clase médica, se usan los términos climaterio y menopausia como sinónimos pero, como hemos podido ver, no lo son y se considera más adecuado el término climaterio para el objetivo de este trabajo.

Según la OMS, la menopausia viene marcada por el fin de la menstruación mensual que, a su vez, se debe a la pérdida de la función folicular de los ovarios. Se sitúa entre los 45-55 años y, se considera que una persona ha entrado en la menopausia, cuando lleva 12 meses sin tener el periodo. Los cambios hormonales asociados a la menopausia, pueden afectar al bienestar físico, emocional, mental y social. Los síntomas que se experimentan durante y después de la transición menopáusica varían notablemente de una persona a otra (OMS, 2024). Estos síntomas, según la Clínica Mayo, pueden ser: menstruaciones irregulares, sequedad vaginal, sofocos, escalofríos, sudores nocturnos, problemas de sueño, cambios en el estado de ánimo, aumento de peso y metabolismo lento, afinamiento del cabello y piel seca, así como, pérdida del volumen de los senos. Afirman que, estos síntomas, pueden variar entre mujeres[1] y avisan del riesgo de tener embarazos no deseados en esta etapa previa a la menopausia. Además, nos indican que podemos sufrir complicaciones como son: enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, incontinencia urinaria, aumento de peso y disfunciones sexuales (Mayo Clinic, 2023).

Ya tenemos establecida la definición de climaterio que, como se puede ver, es la definición de una enfermedad que se da por un déficit estrogénico. Por tanto, si hay una enfermedad, con sus síntomas, habrá un tratamiento. Desde la Clínica Mayo, se pauta desde la THS[2] para el tratamiento de los sofocos y la pérdida de densidad ósea, pasando por el estrógeno vaginal para el alivio de la sequedad de la zona, tratamiento con antidepresivos a bajas dosis, vitamina D, consumo de fitoestrógenos[3], hormonas bioidénticas[4],

1 Se utiliza la palabra “mujeres” ya que es como se refiere La Clínica Mayo a las personas menstruantes.
2 Terapia hormonal sustitutiva.
3 Son los estrógenos que hay de forma natural en algunos alimentos.
4 Planteadas como alternativa segura a la THS. En España, no están avaladas por el Ministerio de Sanidad ni por la AEMPS.

yoga, acupuntura, hipnosis y, por último, los remedios naturales de toda la vida como pueden ser vestir por capas, beber agua fría, buscar lugares frescos, llevar un abanico encima… (Mayo Clinic, 2023).

Pasemos, ahora, a la **perspectiva antropológica**, desde la cual se pretende comprobar la supuesta universalidad de los síntomas que, desde la clase médica, nos presentan asociados a esta etapa y, en cuyos estudios, se tienen en cuenta, además de las variables biológicas, variables psicológicas, educacionales, socioeconómicas, culturales y actitudinales.

Uno de esos estudios, lo llevó a cabo, Marcha Flint, a mediados de los 70, intentando comprobar si los síntomas que trasladaban las mujeres norteamericanas en torno a la vivencia del climaterio, se daban en otras culturas. Descubrió que, eran muy pocas, las mujeres indias de la casta Rajput, que tenían problemas con la menopausia. La autora buscó una explicación fuera de la esfera biológica y, vio que, en esta cultura, cuando las mujeres entraban en la menopausia se producía un cambio de rol social a mejor. Pasaban de estar encerradas en las habitaciones de mujeres a poder salir e ir a visitar a los hombres y tomar cerveza con ellos (Flint, 1975). En este mismo artículo escrito por Flint, nombra otros casos similares como pueden ser los Qemant, en Etiopía, donde las mujeres postmenopáusicas adquieren privilegios especiales, por lo que se las permite entrar en los lugares sagrados y tener contacto con la comida ritual o los hutteritas de Dakota del Sur que liberan a las personas socializadas como mujeres, de entre 45 y 55 años, de las pesadas cargas del campo pero siguen manteniendo su estatus dentro de sus extensas familias y se las sigue teniendo un gran respeto (Flint, 1975).

Una década después de los hallazgos de Marcha Flint, otra gran antropóloga, Margaret Lock, ya afirmaba que sólo el cese de la menstruación y el descenso del nivel de estrógenos es universal, mientras que, el resto de signos, incluidos los sofocos, pueden darse en muchas culturas pero no en todas. Para ella, la vivencia del climaterio tenía mucho que ver con la cultura y la sociedad. (Lock, 1982). Pocos años después de esta afirmación, hizo un gran estudio con mujeres climatéricas de Japón, en el que descubrió que, muy pocas eran las personas que referían síntomas, independientemente del momento del climaterio en el que se encontraran. En Japón, la menopausia, es percibida como una transición natural del ciclo vital en la que, el cese de la menstruación, como marcador biológico, no tiene una gran importancia (Lock, 1986).

A finales de la década de los 90, hubo otro estudio, con mujeres tailandesas de mediana edad sobre los síntomas y actitudes hacia la menopausia. Lo más interesante de este estudio es que, se tuvieron en cuenta variables como el nivel de estudios y la ocupación laboral, el número de criaturas, etc., y se detectó que las personas que referían más síntomas negativos eran mayores de 50 años, con mayor descendencia, peri o postmenopáusicas, bajo nivel de estudios y ocupaciones como ama de casa o propietarias de tierras, habiendo reportado que, con anterioridad, su salud no era tan buena y necesitaban tratamiento. En este estudio, al igual que en los anteriores, con el cumplir de los años, las mujeres ganaban en respeto y estatus social achacado este a la experiencia que aportan los años. (Punyahorta, Dennerstein, & Lehert, 1997).

Son sólo tres ejemplos de tres estudios en distintas décadas. Para cerrar esta perspectiva antropológica y dar paso a la siguiente, se ha querido plasmar el resultado de una revisión sistemática realizada en 2021, que consistió en recopilar todos los estudios sobre las actitudes de las personas menstruantes hacia la menopausia. El objetivo de dicha revisión, era evaluar qué factores influyen en las actitudes de las personas menstruantes hacia la menopausia. Los factores encontrados que más influyeron en las actitudes hacia el climaterio fueron la edad, los signos menopáusicos, el estado psicológico y socioeconómico, la profesión y la etnia (Dashti, y otros, 2021).

Desde la **perspectiva feminista/de género**, lo que se pretende es dar voz y poder a las personas menstruantes para poder contar su experiencia y poder reapropiarse de su cuerpo. También intentar hacer que, la vivencia de esta etapa a la que, con suerte, todas llegaremos, no se viva como una enfermedad si no como una etapa de introspección para afrontar, los siguientes 30 ó 40 años que se espera que vivamos, de la forma más saludable posible.

La psicóloga, escritora y pensadora feminista Anna Freixas, se hace eco de todo lo expuesto en la perspectiva anterior al afirmar, en su ensayo sobre

la Menopausia que, cuanto más respetadas son las personas menstruantes en la vejez, menos problemas físicos y psicológicos parece causarles la menopausia (Freixas, 2024).

Esta autora, en su ensayo sobre la menopausia, informa que fue un médico canadiense, Robert Wilson, el que a través de su libro, Feminine Forever[5] (1966) decidió convertir la menopausia en una enfermedad provocada por un déficit hormonal, con cura y con capacidad de prevención: "Wilson describe la menopausia como un signo de deterioro y vincula el envejecer con la pérdida de la feminidad" (Freixas, 2024).

Pocos años después de la publicación de Feminine Forever, Susan Sontag, autora feminista, publicó un artículo, en el que ya hablaba del doble rasero que se usaba para cada género[6], a la hora de envejecer. En dicho artículo, la autora feminista, habla sobre cómo, la relación de las personas menstruantes con el envejecimiento es mucho más íntima que en los hombres y, ésta, estriba en hacer todo lo que esté en su mano para evitar que su cara y su cuerpo muestren signos de envejecimiento. Igualmente, en dicho artículo, Sontag reflexiona sobre cómo, para la sociedad, la vejez, en las personas menstruantes, es sinónimo de fealdad y considera que, esta idea, está inscrita en el imaginario cultural (Sontag, 1972).

A principios de los 90, comenzaron desde el Feminismo, a teorizar sobre el climaterio y la menopausia. En esta década, se encuentran Germaine Greer y Gail Sheehy. Ambas publicaron sendos libros[7] [8] en los que abordaban esta etapa de la vida como un proceso natural en el que se anima a las personas climatéricas, a ponerse en el centro de su mundo y a empoderarse, a través de la información sobre esta etapa para poder tomar las decisiones más adecuadas para sus propios cuerpos.

Fue en esta década, cuando la THS se impuso como tratamiento estrella para el climaterio pero, desde los años 50 ya se estaba pautando. Esto provocó la primera epidemia de cáncer de endometrio en los años 70 (Mosquera Terreiros, 2017). Carmen Mosquera Terreiros, es una de las voces feministas que surgen desde la Medicina. Ella es médica epidemióloga y, en el año 2017, publicó un artículo en el que habla de cómo, la THS ha sido el mayor caso de iatrogenia[9] de la historia de la Medicina, financiado por la industria farmacéutica en connivencia con la clase médica y la clase política. Hasta el año 2002, no salieron los primeros resultados arrojados por el uso de la THS, a través de dos importantes estudios realizados en Estados Unidos y Reino Unido. Ambos estudios correlacionan el uso de la THS con el aumento del cáncer de mama, de endometrio, infartos, ictus y tromboembolismos. Se encontró, también, que a mayor tiempo de consumo de THS, más aumentaban las probabilidades de padecer alguna de estas enfermedades (Mosquera Terreiros, 2017).

Siguiendo en los 90, nos encontramos, también, con Betty Friedan, psicóloga y feminista estadounidense que publicaba su libro[10] en el cual explora la experiencia de las personas menstruantes a medida que envejecen, desafiando las percepciones culturales sobre la vejez y el papel de las mismas en la sociedad. Friedan nos habla del edadismo[11] de nuestra sociedad, en especial, con las personas climatéricas, pero también destaca la riqueza de experiencias y sabiduría que pueden aportar. La autora aboga por una mayor visibilidad y valoración de las personas socializadas como mujeres en todas las etapas de la vida. Una de las muchas ideas a destacar de este libro es el hecho de que, los prejuicios que tienen las personas menstruantes sobre lo que implica la menopausia, pesan mucho más en su experiencia particular sobre el climaterio que los sofocos, o cualquier otro síntoma fisiológico menor (Freixas, 2024).

A finales de la misma década, nos encontramos con otra autora estadounidense, Margaret Gullette que, en su obra[12] reflexiona sobre cómo el envejecimiento, en EEUU, se ha construido culturalmente como una enfermedad a la que se expone a la sociedad en la adolescencia y se desarrolla en torno a la mediana edad. Esta "enfermedad" no discrimina entre géneros y su objetivo es hacernos pensar de forma pesimista

5 "Femeninas para siempre". Ya sólo el título es estremecedor.
6 Géneros binarios: masculino y femenino.
7 "El cambio. Mujeres, vejez y menopausia" , Barcelona: Anagrama, 1991/1993.
8 "La menopausia. El pasaje silencioso", Barcelona: Plaza & Janés, 1991/1993.
9 RAE: f. Med. alteración, especialmente negativa, del estado del paciente producida por el médico.
10 La Fuente de la Edad, Barcelona: Planeta, 1993/1994.
11 Término acuñado por Robert Butler ya en 1969 que hace referencia a la discriminación por cuestiones de edad.
12 Declining to decline: Cultural combat and the politics of midlife, Charlottesville, Virginia: University of Virginia Press, 1997.

sobre el futuro. Esto no se trata de un problema psicológico privado de la persona, sino de un problema colectivo. La autora, nos exhorta a darnos cuenta de esta manipulación y a resistirnos a ella a través de la formación de comunidades "anti-edad" y del concepto "identidad de edad", como una forma de contar nuestras historias de ser y llegar a ser, a lo largo de todo el ciclo vital.

Ya, en el nuevo milenio, nos encontramos con otra de las voces feministas que surgen desde la Medicina. Ella es Christiane Northrup. En 2001 escribió su libro[13] en el cual aborda la menopausia desde una perspectiva positiva y empoderadora, compartiendo la visión que tienen otras autoras feministas de que esta etapa no es sólo el final de la etapa reproductiva, si no que es una oportunidad para el crecimiento personal y la transformación (Northrup, 2001/2002).

En 2003, en España, nos encontramos con otra médica feminista, Elena Arnedo, y su obra[14], en la cual se destaca la necesidad de cuestionar los roles tradicionales asignados a las personas socializadas como mujeres y promueve la idea de que cada mujer tiene el derecho de definir su propia identidad y destino. Además de

13 La sabiduría de la Menopausia, Barcelona: Urano, 2001/2002.

14 "La picadura del tábano. La mujer frente a los cambios de la edad", Madrid: Aguilar, 2003.

desestigmatizar la vivencia de la menopausia, empodera a las personas menstruantes, validando tanto sus experiencias como sus emociones y sentimientos hacia esta etapa ineludible de nuestras vidas (Arnedo, 2003).

Ya, en esta década, nos encontramos con Paloma Andrés, otra médica ginecóloga, sexóloga y feminista y su obra[15] que apostilla todo lo que las autoras feministas, incluida ella misma, han ido desarrollando e investigando a lo largo de más de 50 años. Desafía los estigmas y tabúes que rodean esta etapa de la vida y propone un enfoque que promueve el respeto y el buen trato en este proceso natural, enfatizando la importancia de la educación y la información para empoderarnos. En su obra analiza cómo la sociedad ha construido narrativas negativas en torno a la menopausia, asociándola con el envejecimiento y la pérdida de vitalidad. Como contrapunto, destaca las oportunidades que esta etapa puede ofrecer, como el autoconocimiento y la liberación de ciertas presiones sociales. Se tratan temas como la salud emocional y sexual, además de la física y plantea la necesidad de crear espacios seguros donde, las personas menstruantes, puedan compartir sus experiencias (Andrés Domingo, 2022).

Como hemos podido comprobar, con unos pocos ejemplos desde la Antropología y el Feminismo, la perspectiva biomédica del climaterio no se sostiene. Los síntomas universales no son tales y, mucho menos, una enfermedad. Estamos ante otra construcción del Patriarcado, llena de sexismo y de edadismo. Con la construcción del climaterio como sinónimo de vejez y, vejez como sinónimo de fealdad, se han instaurado una serie de prejuicios en torno a esta etapa que hacen que, muchas personas menstruantes, la vivan con miedo e inquietud.

Como terapeutas sexuales, nuestra responsabilidad es conocer toda esta construcción que se ha hecho en torno a una etapa natural de la vida, además de tratar a nuestras usuarias como seres biopsicosociales que, en torno a los 50 años, tienen muchas cosas que la pueden estar influyendo en su día a día como tener que cuidar a sus progenitores enfermas, descendencia adolescente, nido vacío, enfermedad propia o del vínculo sexual (si se tiene), estado psicológico, situación laboral, nivel educativo, nivel económico y las ideas previas que tenga sobre el climaterio para, una vez en consulta, poder ir desmontando uno a uno, todos los mitos asociados a esta etapa y poder hacerle un acompañamiento, mucho más positivo y natural. Aparte de desmontar los mitos propios del patriarcado y del edadismo podemos aportar los consejos que, desde el Feminismo, se plantean para esta etapa como son: cuidar de nuestra alimentación, vigilar el peso comiendo menos y más sano, también, haciendo deporte. Llevar una vida activa, tanto física como mentalmente, descansar bien, sensualizarnos, escuchar a nuestro cuerpo y nuestra mente, buscar paz interior y armonía exterior. Identificar lo que nos hace sentir mal y enfrentarlo, cuidar de nuestros afectos y vínculos y participar de la comunidad en vez de aislarnos (Freixas, 2024).

15 Andrés Domingo, Paloma. "Menopausia: Una mirada feminista desde el buen trato", Madrid: Los Libros de la Catarata, 2022.

BIBLIOGRAFÍA

- **Andrés Domingo, Paloma.** Menopausia: una mirada feminista desde el buen trato, Madrid: Los Libros de la Catarata, 2022.
- **Arnedo, Elena.** La picadura del tábano: la mujer frente a los cambios de la edad, Madrid: Aguilar, 2003
- **Dashti, S., Bahri, N., Najafi, TF, Amiridelui, M. y Roudsari, RL (2021).** <<Factores que influyen en las actitudes de las mujeres hacia la menopausia: una revisión sistemática>>. Revista Menopausia , 28 (10), pp. 1192-1200. Recuperado de https://journals.lww.com/menopausejournal/abstract/2021/10000/influencing_factors_on_women_s_attitudes_toward.18.aspx. Consultado 20/07/2024
- **Flint, Marcha (1975).** «The menopause: reward or punishment?» en Psychosomatics. 1975, pp. 161-163. Recuperado de 1-s2.0-S0033318275711830-main.pdf. Consultado 14/07/2024.
- **Freixas, A. (2024).** Nuestra Menopausia. Una versión no oficial. Madrid: Capitán Swing, 2024.
- **Friedan, B. (1994).** La Fuente de la Edad. España: GeoPlaneta, Editorial, S. A.
- **Gullette, M. M. (1997).** <<Declining to decline: cultural combat and the politics of the midlife>>. Reino Unido: University Press of Virginia. Recuperado de https://www.google.es/books/edition/Declining_to_Decline/t1-wAAAAIAAJ?hl=es. Consultado 29/07/2024
- **Definición de menopausia OMS.** https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/

menopause. Consultado 05/07/2024
- **Definición de climaterio.** https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/es-lo-mismo-el-climaterio-que-la-menopausia#:~:text=El%20climaterio%20es%20una%20etapa%20amplia%20que%20marca%20la%20transici%C3%B3n,del%20ciclo%20y%20s%C3%ADntomas%20diversos. Consultado 05/07/2024
- **Síntomas y causas Menopausia Clínica Mayo.** https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/menopause/symptoms-causes/syc-20353397. Consultado 06/07/2024
- **Diagnóstico y tratamiento Menopausia Clínica Mayo.** https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/menopause/diagnosis-treatment/drc-20353401. Consultado 06/07/2024
- **Germaine Greer.** https://radiojaputa.com/maestras-radicales/germaine-greer/ Consultado el 17/07/2024
- **Sheehy, Gail.** The silent passage. -- https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=CDPJNtmPg1IC&oi=fnd&pg=PR11&dq=Sheehy+%2B+menopause&ots=HSUCk25hY5&sig=xT4pgbCBZUT4cXicaWpvY1fFtBw#v=onepage&q=Sheehy%20%2B%20-menopause&f=false Consultado 20/07/2024
- **Reedición de un libro de lectura imprescindible: "La mística de la feminidad" de Betty Friedan**. -- https://lahistoriamemata.com/2017/10/30/reedicion-de-un-libro-de-lectura-imprescindible-la-mistica-de-la-feminidad-de-betty-friedan/ Consultado 27/07/2024
- **Declining to decline : cultural combat and the politics of the midlife.** https://search.worldcat.org/es/title/35986171 Margaret Gullette. Consultado 28/07/2024
- **Lock, M. (1982).** <<Models and practice in menopause: Menopause as syndrom or life transition?>>. Revista Cultura, Menidicina y Psiquiatría, 1982, pp. 261-280
- **Lock, M. (1986).** <<Ambigüedades del envejecimiento: experiencia y percepciones japonesas de la menopausia>> Revista Cultura, Medicina y Psiquiatría , 10, pp. 23-46
- **Mosquera Terreiros, C. (2017)** <<Terapia hormonal para la menopausia: historia de una epidemia provocada>> En Mujeres y Salud, 43, pp. 16-19. Recuperado de https://matriz.net/mys43/img/Mujeres-y-Salud-43.pdf Consultado el 20/07/2024
- **Punyahorta, Suwipa; Dennerstein, Lorraine; Lehert, Philippe (1997).** «Menopausal experiences of Thai women. Part 1: symptoms and their correlates», en Maturitas 1997;26, pp. 1-7. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2670463/ Consultado el 13/07/2024
- **Sontag, Susan (1972).** <<El doble rasero del envejecimiento>> En The Saturday Review, 23 de septiembre de 1972, pp. 29-38). Recuperado de https://archive.org/details/the-double-standard-of-aging/page/n29/mode/2up Consultado el 12 julio 2024

Paula Barrau Sastre
Graduada en Psicología, U. de Barcelona
Máster en Terapia Sexual, Parejas y otros vínculos sexuales con perspectiva de género
Máster en Sexología y Género
Fundación Sexpol

Afectaciones en la Sexualidad en víctimas de violencia sexual

Diferencias según género y etapa vital

El propósito de este trabajo es explorar si existen diferencias en las consecuencias observadas en la esfera de la sexualidad según el género y la etapa vital en la que se ha sufrido la violencia sexual. Este objetivo nace de la elevada prevalencia en la sociedad de la violencia sexual, tratándose de un problema social muy común y normalizado y la información inespecífica en torno a las afectaciones en la sexualidad.

Es cierto que se trata de un fenómeno altamente estudiado, pero generalmente se ha centrado en las consecuencias salud mental, no investigándolo desde una perspectiva sexológica. Además, las investigaciones existentes suelen centrarse en la victimología de las mujeres, existiendo muy poca información referida específicamente a los hombres, y a las violencias vividas en la infancia, siendo las violencias sexuales sufridas en la adultez poco exploradas de forma específica. Por lo tanto, he considerado interesante ver las consecuencias según estas variables y, así, poder colaborar a la adaptación de la intervención según las diferencias y puntos en común encontrados.

1. Introducción

Las violencias sexuales han sido descritas desde muchas perspectivas diferentes, incluyendo unas prácticas u otras y más o menos violencia según el caso. Pero, en lo que todas coinciden es en la falta de consentimiento que envuelve aquel acto sexual, también incluyendo los casos en los que ese consentimiento esté viciado por coerción, manipulación, intimidación o uso defuerza; el punto clave es que se están llevando a cabo en contra de la voluntad de la persona. También

nos encontramos con múltiples clasificaciones que pretenden establecer diferencias entre tipos de violencia sexual, a la vez que categorizarlas según su gravedad (Basile, 2015; Ley Orgánica 10/2022, 2022; Organización Mundial de la Salud, 2024).

Cualquier persona puede ser víctima de violencia sexual, aun así, nos encontramos con que existen varios factores de riesgo a la vez, muchos de estos factores también se han visto relacionados con convertirse en perpetrador de esta. Esta coincidencia probablemente esté relacionada con que haber sido víctima de violencia sexual está asociado con perpetrarla posteriormente, no se ha encontrado una diferencia directa entre ambos factores, la gravedad del abuso, la salud mental y el apoyo familiar son mediadores relevantes en esta relación (Aebi et al., 2015; Bauchner, 2003; Freund& Kuban, 1994).

Los factores de riesgo comunes incluyen niveles bajos de educación, un historial de victimización previa, tanto si se trata de maltrato infantil (físico o psicológico), abuso sexual o exposición a la violencia en el entorno familiar (Dworkin et al., 2017; Greathouse et al., 2015; Tharp et al., 2013; Widanaralalage et al., 2024). En cuanto a las víctimas, los factores de riesgo específicos incluyen estar en la etapa de la adolescencia o juventud, ser mujer, encontrarse en situación de dependencia económica dentro del contexto de pareja y tener algún problema de salud mental (Dworkin et al., 2017; Pereira et al., 2020; Widanaralalage et al., 2024). Por lo que respecta a los perpetradores, los factores de riesgo más observados están relacionados con conductas agresivas, una falta de recursos para la gestión del estrés y la ira, y encontrarse en un entorno social donde los roles de género hipermasculinos o con comportamientos antisociales estén valorados e incentivados (Breiding et al., 2014; Greathouse et al., 2015; Tharp et al., 2013). La desinformación en el ámbito de la sexualidad, un inicio temprano en la actividad sexual y la exposición temprana a material sexual explícito y agresivo son otros factores de riesgo que se han visto de importancia (Greathouse et al., 2015; Tharp et al., 2013).

Aunque debido a múltiples factores socioculturales hay un menor número de víctimas que sean hombres, estos también pueden serlo. En este caso, se enfrentan a algunas barreras específicas tanto para su denuncia como para el acceso a recursos de ayuda a víctimas. El mito de que los hombres no pueden ser víctimas y deben estar siempre predispuestos al sexo, dificulta que se les vea como víctimas incrementando su vergüenza y miedo a no ser creídos, además del estigma social provocado por la creencia de que los hombres no pueden ser vulnerables (Depraetere et al., 2020; Peterson et al., 2011; Taylor et al., 2022; Thomas & Kopel, 2023).

El impacto de la violencia sexual en las víctimas ha sido ampliamente estudiado, relacionándose con múltiples afectaciones a nivel de salud mental y física, variando desde muy graves a inexistentes (Campbell et al., 2009; Rubini et al., 2023; Stockman et al., 2023). En el ámbito sexual, esta consecuencias han sido menos exploradas. La polarización del deseo sexual, situándose la hipersexualidad en un extremo y la evitación de las relaciones en el otro, es una de las consecuencias más habituales: las dificultades sexuales son otra afectación común (Campbell et al., 2009; Dworkin et al., 2017; Stockman et al., 2023).

Aunque la literatura científica suele centrarse en las consecuencias negativas, también se han descrito posibles consecuencias positivas, referidas como crecimiento postraumático (Ulloa et al., 2016). Estos cambios consisten en una mejoría de las relaciones interpersonales, tener más empatía, una mejor valoración de una misma y, una mejor visión de la vida, de sus oportunidades y aspectos positivos. La sensación de control en la recuperación, las capacidades de afrontamiento, el apoyo social recibido y la espiritualidad han demostrado ser los factores más importantes para que se dé este crecimiento positivo (Guggisberg et al., 2021; Ulloa et al., 2016).

Los mediadores son mecanismos que interfieren en cómo un factor influencia a un efecto final, pudiendo estos ser distintos dependiendo de cada mediador en concreto y las interacciones entre varios mediadores (Tremblay et al., 1999; Ullman et al., 2014). En el caso de la violencia sexual, las estrategias de afrontamiento, las habilidades de resolución de problemas y de gestión del estrés, el uso de sustancias y el soporte social son factores que moderan la gravedad de las consecuencias

de haber vivido violencia sexual, aunque se trata de interacciones complejas (Asberg & Renk, 2012; Popiel & Susskind, 1985; Tremblay et al., 1999; Ullman et al., 2014).

Por otra parte, las dificultades sexuales son definidas como una combinación de factores psicológicos, sociales e interpersonales que pueden existir, aunque no haya una consciencia o identificación del problema (Brotto et al., 2016). Existen multitud de dificultades sexuales y muchas clasificaciones distintas, generalmente, se explican según la fase de la respuesta sexual en la que se dan y según si existe o no dolor. También se tiene en cuenta si existe una afectación de la satisfacción sexual o ansiedad o miedo en relación con el sexo (Brotto et al., 2016; Fundación Sexpol, 2023).

La etiología de las dificultades sexuales se atribuye a una gran variedad de factores o a una mezcla ente ellos. Los factores sociales, que incluyen errores en el aprendizaje y la ansiedad que estos provocan debido a la educación recibida. Ambos se encuentran muy influenciados por la sociedad capitalista y patriarcal en la que vivimos que genera miedos y prejuicios que limitan la vivencia plena de la sexualidad. Los conflictos de pareja también son un motivo común de la aparición de dificultades sexuales, pero cuando estos se solucionan también tiende a hacerlo la problemática sexual. También son habituales los factores psicológicos o médicos, en este caso deberían ser tratados por el especialista que corresponda o realizando un trabajo en conjunto con la sexología si fuera necesario (Brotto et al., 2016; Fundación Sexpol, 2023).

2. Metodología

Para este trabajo, se ha realizado una revisión narrativa con el objetivo de analizar las consecuencias en la sexualidad tras haber sufrido violencia sexual, diferenciando según el género y la edad en el momento del abuso (infancia o adultez). Se han establecido cuatro categorías para organizar la información: mujeres que sufrieron violencia sexual en la adultez, mujeres que la sufrieron en la infancia, hombres que la sufrieron en la adultez y hombres que la sufrieron en la infancia.

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en bases de datos como PubMed, ProQuest, BMC PublicHealth y Springer, utilizando términos relacionados con abuso sexual y sus consecuencias. Los criterios de inclusión consideraron artículos científicos en inglés o español, publicados en los últimos 10 años y que fueran de acceso abierto, mientras que se excluyeron estudios enfocados en poblaciones con problemas de salud mental específicos o en situaciones de crisis.

Tras la selección de artículos han quedado 9 que cumplían los criterios establecidos y abordaban la problemática a estudiar.

3. Análisis y discusión de los resultados

Según la revisión de artículos que se ha llevado a cabo, se puede afirmar que la violencia sexual puede conllevar consecuencias en la esfera sexual de la persona. Si analizamos la información obtenida por géneros y la etapa en que se vivió la violencia sexual, nos podemos encontrar tanto puntos en común como algunas diferencias.

El presente estudio ha evidenciado que las mujeres que han sufrido violencia sexual en la adultez pueden experimentar alteraciones significativas en su función sexual. Estos cambios se manifiestan principalmente en una mayor prevalencia de disfunciones sexuales y una disminución en la satisfacción sexual, lo cual está en concordancia con investigaciones previas. Entre las afectaciones más comunes destacan la reducción del deseo sexual y las dificultades para alcanzar el orgasmo (Figueira et al., 2021; Pulverman & Creech, 2021; Tadayon et al., 2018).

Además, se ha planteado que la relación entre la victimización y la satisfacción sexuales puede no ser directa, sino mediada por factores de salud mental (Figueira et al., 2021; Tadayon et al., 2018). Se ha encontrado que el alcohol puede actuar como un mediador significativo en las consecuencias de la victimización sexual, asociándose con hipersexualidad. Sin embargo, esta hipersexualidad también puede ocurrir independientemente del consumo de alcohol (Fontanesi et al., 2021).

En cuanto a las motivaciones sexuales post abuso sexual en la adultez, estas pueden estar alteradas dependiendo del estado de salud mental de las mujeres, medido por indicadores como la autoestima

y los síntomas depresivos. Cuando la salud mental es buena, las relaciones sexuales suelen buscarse por placer e intimidad. En cambio, cuando la salud mental es deficiente, las relaciones sexuales pueden ser vistas como una herramienta de poder o manipulación, o darse por complacencia hacia la pareja. En mujeres que no han experimentado violencia sexual, los motivos principales para tener sexo incluyen el placer, la reducción del estrés y la búsqueda de nuevas experiencias, aunque también se consideran motivos la validación emocional, el compromiso y la complacencia (Meston & Buss, 2007). Sin embargo, no es posible determinar si las alteraciones en las motivaciones sexuales son una consecuencia directa de la violencia sexual o si ya estaban presentes antes de la victimización (Gouvernet et al., 2016).

El impacto de la agresión sexual en la infancia (ASI) en mujeres también se manifiesta en la función sexual. En este estudio se ha observado que las mujeres que han sido víctimas de ASI presentan una menor satisfacción sexual, hallazgo que está respaldado por la literatura existente, que asocia esta insatisfacción con el resurgimiento del trauma durante las relaciones sexuales y una autoimagen corporal negativa (Pulverman et al., 2018; Williams & Wyatt, 2002). No obstante, algunos estudios señalan que la insatisfacción sexual posterior a la victimización no es universal, sino que puede estar condicionada por la presencia de problemas psicológicos o sexuales preexistentes (Leonard & Follette, 2002; Rellini & Meston, 2011).

Además, el ASI en mujeres ha sido vinculado a diversas disfunciones sexuales, siendo la disminución del deseo sexual y una menor sensación de excitación las más comunes. También se ha encontrado evidencia de que puede afectar la lubricación y causar dolor durante las relaciones sexuales, respuesta afectación se ha interpretado como una posible reacción de estrés aprendida ante estímulos sexuales (Rellini et al., 2009).

En relación con el orgasmo, los resultados son contradictorios; aunque algunos estudios sugieren que podría existir una afectación (Leonard &Follette, 2002; Pulverman et al., 2018). Cabe mencionar que, incluso en mujeres que no han sido víctimas de violencia sexual, los problemas para alcanzar el orgasmo son comunes y se han asociado con una imagen corporal negativa (Horvath et al., 2020), factor que también se ha visto comprometido en víctimas de ASI, lo que podría mediar en esta problemática y explicar la variabilidad en los resultados.

Respecto al deseo sexual, se menciona una posible polarización: las mujeres podrían experimentar desde ausencia total de deseo hasta deseo sexual muy frecuente. Aunque esta polarización ha sido mencionada previamente en la literatura, los resultados no son concluyentes (Rumstein-Mckean & Hunsley, 2001). Sin embargo, no se descarta esta posibilidad, ya que se ha observado que el ASI puede estar asociada tanto con la hipersexualidad como con la ansiedad o el rechazo hacia el sexo. Además, ambos fenómenos pueden alternarse, lo que genera aún más ambivalencia en las víctimas que los experimentan (Vaillancourt-Morel et al., 2015).

En hombres que han sufrido una agresión sexual en la adultez (ASA), se ha identificado una mayor probabilidad de desarrollar hipersexualidad, aunque también pueden experimentar rechazo hacia las relaciones sexuales, ambos fenómenos documentados en la literatura. Además, se han observado disfunciones sexuales como un problema frecuente en esta población, aunque no se pudieron especificar los tipos exactos, a diferencia de otros estudios que han destacado problemas de erección y eyaculación (Coxell& King, 1996; Fontanesi et al., 2021).

Los hombres que han sufrido ASI presentan una alta prevalencia de disfunciones sexuales, entre las más comunes se encuentran los problemas de erección, eyaculación prematura y deseo sexual inhibido, y alguno también mencionan dificultades para alcanzar el orgasmo (Gewirtz-Meydan & Opuda, 2020; Williams & Wyatt, 2002). La hipersexualidad es otro fenómeno frecuente, aunque la mayoría de los estudios se centran en hombres que tienen sexo con otros hombres, existiendo poca investigación sobre hombres heterosexuales (Blain et al., 2012; Vaillancourt-Morel et al., 2015). También es común que experimenten una ambivalencia entre hipersexualidad y rechazo hacia el sexo, así como una baja autoestima, autoimagen negativa, y ansiedad de ejecución, lo cual puede agravar las disfunciones sexuales (Gauthier-Duchesne et al., 2022; Lassri et al., 2023). También pueden experimentar confusión en

cuanto a su identidad de género y orientación sexual, especialmente si el agresor era un hombre, y desarrollar una visión negativa de la sexualidad masculina (Kia-Keating et al., 2010; Williams & Wyatt, 2002).

Las mujeres que han sufrido violencia sexual, independientemente de la edad de la agresión, tienden a experimentar una baja satisfacción sexual, dificultades sexuales como menor deseo, excitación y lubricación, y en algunos casos, problemas de orgasmo (Phillips, 2000). En hombres, la violencia sexual también resulta en dificultades sexuales como problemas de erección, eyaculación prematura y bajo deseo sexual, aunque menos prevalentes que en mujeres (Ferreira et al., 2023).

Independientemente del género y la edad en que se ha experimentado violencia sexual, se identifican dos consecuencias comunes: la polarización del deseo sexual y la aparición de dificultades sexuales. La polarización del deseo puede manifestarse como evitación o rechazo hacia las relaciones sexuales, o como hipersexualidad (Kalichman & Cain, 2004; Rowland et al., 2024). Las dificultades sexuales son frecuentes en todas las víctimas, aunque su naturaleza varía según factores como el género y la edad en que ocurrió la violencia (Stockman et al., 2023; Williams & Wyatt, 2002).

A pesar de las contribuciones de este trabajo, existen varias limitaciones que deben considerarse. En primer lugar, las definiciones de violencia sexual varían entre los estudios, con diferencias en las prácticas incluidas, lo que complica la comparación de resultados. Además, las afectaciones a la sexualidad se explican de manera diversa, y la medición de estas variables es a menudo subjetiva, lo que dificulta la comparación entre sujetos. La categorización de la edad también presenta ambigüedades, especialmente en lo que respecta a la adolescencia, que es tratada de manera inconsistente entre los estudios.

Además, la mayoría de las investigaciones se centran en mujeres como víctimas, dejando a los hombres subrepresentados, especialmente aquellos que son heterosexuales. Cuando se estudian hombres, suele enfocarse en los que tienen sexo con otros hombres, y a menudo se emplea una metodología cualitativa que, aunque útil para explorar experiencias, limita la generalización de los resultados. También es difícil encontrar estudios que se centren exclusivamente en la violencia sexual en adultos sin incluir casos de violencia en la infancia, lo que dificulta el análisis de las consecuencias específicas del ASA.

En general, hay pocos estudios que aborden de manera exhaustiva las consecuencias en la sexualidad; la mayoría solo mencionan estas afectaciones de manera superficial. Finalmente, estos estudios se han realizado en personas que han continuado teniendo relaciones sexuales después de la violencia, sin considerar a quienes han optado por no hacerlo.

4. Conclusiones

Las conclusiones de este trabajo indican que las consecuencias de la violencia sexual en la sexualidad varían según el género y la etapa de la vida en que se sufre. Las mujeres tienden a experimentar dificultades sexuales y baja satisfacción sexual, mientras que, en los hombres, además de estas dificultades, surgen dudas sobre su orientación sexual e identidad de género, especialmente si la violencia fue perpetrada por otro hombre. La violencia sexual en la infancia resulta en más variedad y gravedad de consecuencias. La polarización del deseo y las dificultades sexuales son habituales en todas las categorías.

La salud mental influye significativamente en las consecuencias sexuales, actuando como un mediador clave. Sin embargo, la variabilidad en las definiciones de violencia y dificultades sexuales dificulta la comparación entre estudios, y la literatura específica sobre estas afectaciones es limitada, especialmente en hombres. Los estudios en hombres suelen enfocarse en aquellos que tienen sexo con otros hombres, lo que refleja prejuicios y contribuye a la estigmatización.

Es fundamental establecer definiciones y categorizaciones comunes para la investigación en violencia y afectaciones sexuales, así como ampliar la investigación específica por edad y género para mejorar las intervenciones. Además, se necesita una mayor investigación sobre cómo la violencia sexual afecta a los hombres, lo que podría facilitar la denuncia y la búsqueda de ayuda. Finalmente, un enfoque interdisciplinario, que incluya la sexología, podría ofrecer un abordaje más completo y efectivo de las consecuencias de la violencia sexual.

Sara Torrego Crespo
Licenciada en Psicología,
U. Complutense de Madrid
Máster en Terapia Sexual,
de Pareja y otros vínculos
con Perspectiva de Género
Fundación Sexpol

Cuando el dolor en la regla es lo normal

propuesta para el abordaje de las disfunciones sexuales en las fases de la respuesta sexual en mujeres* con endometriosis

* Entendiendo como mujer a las personas nacidas con vulva y socializadas como mujeres

La dismenorrea o "dolor en la regla" es una condición que afecta a una de cada tres mujeres. Estas molestias pueden comenzar unos días antes del sangrado y prolongarse durante los tres primeros días. Es un dolor que se da con cierta frecuencia y que, como mujeres, hemos normalizado. Pero ¿es normal el dolor? Y matizo, ¿es normal el dolor durante la menstruación? La función del dolor es informar al sistema nervioso de que una zona del organismo está expuesta a una situación que puede provocar una lesión, por lo que repito la pregunta ¿es normal el dolor durante la menstruación o lo hemos normalizado?

Es posible que, durante la menstruación o en los días previos, se produzcan leves molestias o calambres en la zona pélvica. Puede deberse a los cambios hormonales o a las contracciones del útero durante el proceso de descamación del endometrio. Si ese dolor se produce de manera puntual, en algunos ciclos, en mujeres sanas y al comenzar la menstruación, se denomina dismenorrea primaria. Sin embargo, en ocasiones ese dolor se da de manera repentina y recurrente en todos los periodos, abarcando incluso más días. En estos casos, recibe el nombre de dismenorrea secundaria. Las principales condiciones que se pueden encontrar detrás de la dismenorrea secundaria son: endometriosis, miomas, adenomiosis, enfermedad inflamatoria pélvica, síndrome del ovario poliquístico, estrés o ansiedad.

La endometriosis es una enfermedad crónica ginecológica, estrógeno dependiente, y una de las principales causas de dolor durante la menstruación

(pero no la única). Se estima que afecta a entre un 10% y un 20% de la población, aunque es una condición frecuentemente infradiagnosticada por la normalización del dolor y el desconocimiento de la enfermedad. Se caracteriza por la presencia de tejido similar al endometrio fuera de la cavidad uterina, lo que desencadena un proceso inflamatorio crónico en las zonas en las que se adhiere el tejido. El endometrio es la capa interna del útero y recubre la cavidad uterina. Durante la etapa fértil, el tejido endometrial se engrosa gracias a la acción de los estrógenos. Cuando no se produce el embarazo, se descama con el descenso de la progesterona al final del ciclo volviendo a quedar el endometrio fino al final de la regla. El tejido endometrial que sale de la cavidad uterina también se ve afectado por el influjo de las hormonas, produciéndose sangrado de éste, dando lugar a modificaciones e inflamación tras la aparición de adherencias, dando lugar a los períodos dolorosos.

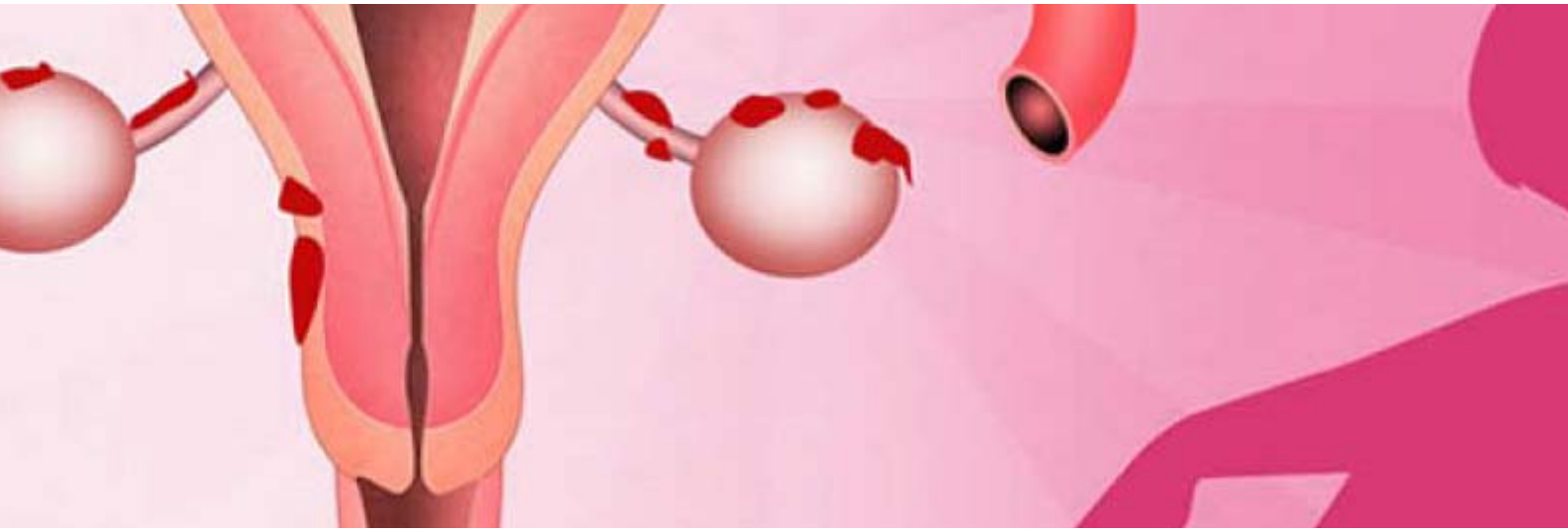
El origen de esta enfermedad es desconocido y se han elaborado diversas teorías explicativas. La más aceptada es la "Teoría de la implantación o menstruación retrógrada", que sugiere que la endometriosis se produce cuando fragmentos de tejido endometrial migran de forma retrógrada durante la menstruación a través de las trompas uterinas y se implantan en ovarios y peritoneo. Sin embargo, la menstruación retrógrada ocurre en muchas mujeres y no todas desarrollan endometriosis. Las investigaciones recientes muestran que, junto con la menstruación retrógrada, determinados factores ambientales, algunas alteraciones genéticas y la deficiencia inmunológica generan un ambiente permisivo que facilita el establecimiento, crecimiento y progresión de las lesiones. Es posible que el sistema inmunitario de estas mujeres tenga su función alterada y no sea capaz de reconocer como extrañas las células endometriales extrauterinas, no las ataque y fije el tejido ectópico, dando lugar a la reacción inflamatoria de ese tejido. Además, al ser una enfermedad dependiente del estrógeno, la enfermedad empeora si hay un desequilibrio hormonal en favor de los estrógenos. La disfunción inmunológica y la inflamación crónica facilitan que se perpetúe el ciclo del dolor, agravando los síntomas.

La historia natural de la endometriosis es imprevisible, con una extensión y progresión variable. Puede consistir en pocas y pequeñas lesiones o grandes endometriomas ováricos, extensos nódulos, fibromas o adherencias que distorsionan la anatomía pélvica. La localización más frecuente es en el ovario, peritoneo, ligamentos útero-sacros y fondo de saco de Douglas. A veces el tejido endometrial se ubica en las paredes del útero, dando lugar a una variante conocida como adenomiosis o endometriosis interna. Este tejido tiene la capacidad de crecer, infiltrar o diseminarse. Cuando se localiza en la pelvis, puede invadir órganos distintos de los genitales, como intestino, vejiga y uréteres. Estas afecciones pueden dar lugar a complicaciones en función de la distribución de los focos o, por el contrario, resultar asintomáticas.

Los síntomas que presenta son muy variados, siendo los principales dolor pélvico no cíclico (en ocasiones se cronifica) e infertilidad, aunque también puede darse fatiga, síntomas urinarios (dolor durante la micción) y gastrointestinales (dolor al defecar, estreñimiento, hinchazón, flatulencias), alteraciones musculoesqueléticas y afectación psicológica y emocional. Se ha observado que las formas más profundas de enfermedad con infiltraciones aumentan la posibilidad de sintomatología dolorosa. No obstante, el tamaño o la cantidad de las lesiones no siempre se correlaciona con la gravedad de los síntomas ni con la fertilidad.

Al ser una enfermedad crónica, no existe tratamiento curativo, por lo que el abordaje desde la medicina dependerá de la evolución y localización de las lesiones y la gravedad y extensión de los síntomas. Los principales objetivos del tratamiento farmacológico son suprimir los síntomas de dolor y la inflamación y evitar la progresión de la enfermedad, para lo que se emplean fármacos analgésicos y hormonales; y restaurar la fertilidad mediante técnicas como la inseminación intrauterina o la fecundación in vitro. Las técnicas quirúrgicas se emplean para eliminar las lesiones y con ello paliar el dolor o restaurar la fertilidad.

Además de la terapia médica, se están incluyendo los cambios en el estilo de vida como complemento del tratamiento. Introducir la dieta antiinflamatoria



y el deporte son propuestas clave para el manejo de la enfermedad y su sintomatología. Otras a tener en cuenta son la terapia psicológica, buena higiene del sueño y estrategias para la gestión del estrés, ya que este aumenta la percepción del dolor y la inflamación.

En los últimos años se ha investigado la importancia de abordar la enfermedad desde una perspectiva psicosocial dado que cursa con afectación psicológica y emocional y produce un gran impacto en la salud psicológica de quienes la padecen y su entorno. El dolor, la fatiga y los síntomas urinarios y/o digestivos pueden desencadenar una serie de problemas emocionales y cognitivos que influyen en la calidad de vida, la autoestima, las relaciones interpersonales y el bienestar general de las personas con endometriosis y sus parejas.

Los problemas psicológicos y emocionales vinculados a la endometriosis tienen un gran efecto en la sexualidad de quienes padecen la enfermedad y sus parejas. La sexualidad es un aspecto esencial del ser humano y presente a lo largo de toda su vida y va más allá de la atracción física o las relaciones sexuales, abarca todo lo que una persona es y siente. Su vivencia es parte integral de cada ser humano, por lo que es necesario contar con condiciones favorables para conocerla, disfrutarla y ejercerla. La salud sexual es un aspecto esencial del bienestar del individuo, y se encuentra influenciada por condiciones médicas, como es la endometriosis. El desarrollo de una sexualidad positiva y saludable aporta beneficios al ser humano: obtención de placer, aumento de la autoestima y liberación de hormonas vinculadas a la felicidad, entre otros. La endometriosis afecta directamente la salud sexual de quien la padece y, con ello, al crecimiento y vivencia de una sexualidad sana y placentera.

La endometriosis es una de las principales causas de dispareunia profunda, probablemente debido a la presencia de lesiones profundas. También puede dar lugar a disfunciones en las fases deseo, excitación y orgasmo.

Variables como el catastrofismo, la hipervigilancia y el miedo al dolor son predictores de disfunciones sexuales o de evitación de las relaciones. La presencia de estas tres variables incrementa el ciclo de retroalimentación del dolor y evitación de las relaciones sexuales, lo que repercute en la autoestima, generando estados de ansiedad o depresión que agravan la sintomatología dolorosa. Otras consecuencias de la endometriosis en la sexualidad son la disminución del deseo, disminución de la excitación, disminución de la intensidad de los orgasmos, anorgasmia o dolor durante los orgasmos.

Se ha comprobado que el tratamiento médico también puede tener efecto sobre la sexualidad produciendo disminución de la líbido y la lubricación, labilidad emocional o disminución de la intensidad de los orgasmos. Por otro lado, la combinación de tratamiento quirúrgico y hormonal mejora la sintomatología y con ello la sexualidad.

El efecto en las relaciones de pareja es una cuestión que no ha sido muy estudiada, pero que tiene especial relevancia. Si bien es cierto que, debido al dolor y a la sintomatología psicológica, las relaciones sexuales y la comunicación en las parejas disminuyen, ayudarles a entender la enfermedad e involucrarles en el proceso terapéutico y toma de decisiones es positivo para ellos y para la relación. También es interesante analizar cómo los hombres sufren las consecuencias del dolor de sus parejas y cómo responden ante ello, ya que es posible que la calidad de la relación, el funcionamiento psicosocial del hombre y su respuesta al dolor estén relacionados con la sintomatología, el funcionamiento sexual y el procesamiento emocional y cognitivo del dolor de la mujer.

Para abordar las disfunciones que se producen en las fases de la respuesta sexual de las mujeres con endometriosis, se ha planteado una propuesta terapéutica basada en un enfoque pedagógico en combinación con técnicas de la psicología cognitivo-conductual.

La propuesta de tratamiento se plantea desde el enfoque multimodal, es decir, personalizado según las necesidades, combinando técnicas de la terapia sexual y la psicología cognitivo conductual. En ella se incide en la importancia de la evaluación y de la anamnesis sexual para el diseño de la estrategia. Sin embargo, la sexualidad es uno de los aspectos más íntimos y personales, por lo que es importante tener presente que pueden darse dificultades por parte del paciente para acceder a esa información. La creación del vínculo terapéutico basado en la empatía y la aceptación incondicional proporciona un entorno seguro para que se exprese sin miedo a ser juzgada, rechazada o abandonada. Esta percepción de seguridad es esencial cuando se presentan dificultades al abordar las cuestiones relacionadas con la sexualidad.

A continuación, se plantean las líneas de intervención:

- **Educación sobre la endometriosis:** el objetivo es facilitar conocimiento de la enfermedad y de la importancia de los cambios en el estilo de vida para el manejo de la sintomatología, estrategias psicológicas para la gestión del dolor pélvico y trabajo emocional y cognitivo para ampliar el conocimiento de las emociones y estados internos. El conocimiento profundo sobre la endometriosis es fundamental para que las pacientes comprendan su condición y los efectos que tiene en su vida.

- **Educación sexual:** en esta fase se propone revisar y desmontar estigmas sobre sexualidad para ponerla en valor y la importancia de trabajar en y para el placer, así como ampliar el conocimiento de las fases de la respuesta sexual y los efectos de la endometriosis sobre las mismas. Es importante, antes de trabajar el crecimiento erótico, trasladar la importancia y los beneficios de una buena salud sexual en la calidad de vida de nuestras pacientes.

- **Intervenciones terapéuticas en las fases de la respuesta sexual:** la endometriosis afecta significativamente las fases de la respuesta sexual (deseo, excitación, orgasmo), por lo que la intervención terapéutica debe abordar cada una de estas fases de manera integral. La estrategia terapéutica deberá tener en cuenta el origen de la disfunción, su la evolución temporal, si se dan o no componentes aversivos y el efecto de la pareja. A continuación, se describen las técnicas empleadas:

    - **Deseo**: la estrategia se enfoca en identificar las causas subyacentes de la disminución del deseo sexual, ya sea por dolor, ansiedad o depresión. Se emplean técnicas como la focalización sensorial o la erotización de los sentidos.

    - **Excitación**: Se trabaja en la regulación emocional y la reducción de la ansiedad, que son cruciales para mejorar la excitación. Técnicas de relajación como la respiración diafragmática, o el uso adecuado de lubricantes íntimos son esenciales para facilitar una respuesta sexual más satisfactoria y reducir el dolor durante las relaciones sexuales.

- **Orgasmo**: la propuesta se centra en abordar las dificultades para alcanzar el orgasmo, que a menudo están relacionadas con el dolor pélvico y la disminución del deseo y la excitación. Se exploran opciones como la sexualidad sin orgasmo para reducir la presión y aumentar el disfrute de las relaciones sexuales.

La endometriosis es una enfermedad muy compleja que debe ser abordada desde distintos enfoques, e incidir en los aspectos psicosociales. Solo de esta manera se podrá realizar un abordaje integral de la enfermedad y conseguir reducir el impacto de la enfermedad en la vida de quienes la padecen, especialmente en los cuadros más sintomáticos.

Es importante continuar investigando los efectos de la endometriosis en las mujeres y su impacto en la calidad de vida y relaciones para poder mejorar la intervención en estas áreas. También resulta imperativo que las guías de salud de las distintas administraciones incluyan el abordaje de esta sintomatología en sus protocolos de actuación.

También es necesario investigar el efecto de la endometriosis en las relaciones de pareja, así como el efecto que la pareja y la relación que tienen en la gestión de la enfermedad. En este punto, es importante incluir a la comunidad LGTBI Q +, ya que los estudios siempre hacen referencia a relaciones de pareja entre mujeres y hombres, dejando de lado las relaciones entre mujeres. Debido a la educación diferencial de géneros y a la escasa educación emocional de los hombres, es posible que la falta de estrategias emocionales y de comunicación de algunos hombres afecte a la gestión de la enfermedad de quien la padece.

BIBLIOGRAFÍA

- **Amaro, J. A. B., Moya, T. S., Gil, A. M. C., Campos, J. L. C., Linde, J. M. M., Guerra, I. V., & Lozano, M. P. R. (2020).** Modelo de atención a las mujeres con endometriosis. Revisión sistemática de guías de práctica clínica. AETSA, Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; Madrid: Ministerio de Sanidad, 2020.
- **Guía de Atención a mujeres con endometriosis en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.** (n.d.). Servicio Andaluz de Salud. Retrieved August 31, 2024, from https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/guia-de-atencion-mujeres-con-endometriosis-en-el-sistema-sanitario-publico-de-andalucia-0
- **La Rosa, Valentina Lucia, Barra, F., Chiofalo, B., Platania, A., Di Guardo, F., Conway, F., Di Angelo Antonio, S., & Lin, L.-T. (2020).** An overview on the relationship between endometriosis and infertility: the impact on sexuality and psychological well-being. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 41(2), 93–97. https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1659775
- **Sexpol, F. (2024).** Manual del máster en terapia sexual y de pareja y otros vínculos sexuales con perspectiva de género.
- **Sistema Nacional de Salud. (2013).** Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENDOMETRIOSIS.pdf

Julia Piñero Martínez
Graduada en Medicina, U. de València
Máster en Sexología Sanitaria
con Perspectiva de Género
Fundación Sexpol

Reinicio de las relaciones sexuales tras una experiencia traumática del parto

El parto es una experiencia trascendental en la vida de una mujer, pero cuando esta experiencia se ve marcada por situaciones de estrés extremo, dolor, pérdida de control, falta de cuidados, desinformación o miedo, puede convertirse en un evento traumático con repercusiones a corto y largo plazo. Este trabajo explora cómo una experiencia traumática de parto puede afectar la vida sexual de las mujeres durante la etapa de posparto, analizando las dificultades que enfrentan para reanudar las relaciones sexuales y los factores que influyen en este proceso. A partir de una revisión exhaustiva de la literatura y entrevistas con mujeres que han vivido este tipo de partos, se busca arrojar luz sobre un tema que a menudo se pasa por alto: la relación entre el trauma obstétrico y la sexualidad.

El parto como hito en la sexualidad femenina

La sexualidad está presente desde el nacimiento ya que el ser humano nace con un cuerpo sexuado que va desarrollando con la edad y con la experiencia sensorial de formas diferentes en cada etapa de la vida. La sexualidad es algo que se construye con la experiencia, con la información y con la cultura. El entorno cultural en el que se nace y se crece influye directamente en la sexualidad.

El parto forma parte de la sexualidad femenina, es decir, constituye una etapa más de la sexualidad y corresponde a un momento de vulnerabilidad donde la mujer expone su intimidad y su sexualidad a profesionales sanitarios. La violencia ejercida en el contexto del parto provoca consecuencias similares a la violencia sexual, y dado que también presenta similitudes en su forma de ejercerla, debe ser considerada como tal.

Cuando el parto se convierte en una experiencia traumática, caracterizada por dolor, pérdida de control, sensación de peligro inminente, o falta de cuidados por parte de los profesionales, las consecuencias pueden extenderse mucho más allá del momento del nacimiento y afectan no solo a la mujer, sino también al bebé, a la pareja, a la familia, a los profesionales sanitarios y a la sociedad. En este contexto, la violencia obstétrica, entendida como el trato deshumanizado o coercitivo por parte del personal sanitario durante el parto, fruto de la violencia estructural de una sociedad heteropatriarcal y

misógina, es un factor clave que contribuye a la aparición de estos traumas.

El parto traumático y su relación con la sexualidad femenina

La experiencia traumática del parto hace referencia a la experiencia de una mujer de interacciones y/o eventos directamente relacionados con el parto que causaron emociones y reacciones angustiantes y abrumadoras, las cuales generaron impactos negativos a corto y/o largo plazo en la salud y el bienestar de una mujer (Leinweber, et al., 2022).

La mujer puede sentir inseguridad y tener la sensación de que manejan su cuerpo sin que ella tenga el control de lo que sucede (algunas mujeres describen sentirse como una "muñeca de trapo"). Este tipo de parto puede dejar cicatrices físicas y emocionales que sin el correcto acompañamiento y sin la debida atención, repercutirán negativamente en la maternidad y en todo lo que engloba ésta. Desde el punto de vista físico, las mujeres pueden experimentar dolor persistente, cicatrices perineales, dispareunia, dificultad en reconectar con sus genitales, dificultades en la lactancia, imagen corporal distorsionada y otros problemas relacionados con el trauma del parto.

Las mujeres que han pasado por esta experiencia pueden desarrollar miedo al dolor, ansiedad, y en algunos casos, depresión posparto. Estos problemas emocionales pueden agravar las dificultades sexuales, creando un ciclo en el que el miedo y la ansiedad refuerzan la disfunción sexual. La sensación de pérdida de control durante el parto, combinada con la percepción de que sus necesidades no fueron atendidas adecuadamente, puede generar un sentimiento de vulnerabilidad y baja autoestima, lo que también puede afectar la vida sexual (Sadler, 2018; Woolhouse, McDonald, & Brown, 2012).

Las expectativas sociales sobre la rápida recuperación y el regreso a la "normalidad" pueden ejercer una presión adicional sobre las mujeres, empujándolas a reanudar su vida sexual antes de estar realmente preparadas. Este contexto puede generar ansiedad y evitación y puede perpetuar la disfunción sexual.

En el ámbito psicológico, el trauma del parto puede desencadenar trastornos como el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), que se manifiesta a través de flashbacks, ansiedad y depresión posparto. Estos afectan a la salud mental de la mujer y tienen un impacto directo en su vida sexual, dificultando aún más el proceso de reanudar las relaciones íntimas.

A pesar de la creciente atención que ha recibido la salud mental perinatal en las últimas décadas, el impacto específico del parto traumático en la sexualidad de las mujeres sigue siendo un área insuficientemente explorada. Esto subraya la necesidad de un análisis más exhaustivo que tenga en cuenta las complejidades de la experiencia del parto traumático y sus repercusiones en la vida sexual y emocional de las mujeres (Márquez Carrasco, 2014; Leeman& Rogers, 2012).

Dificultades en el reinicio de las relaciones sexuales

El posparto es una etapa llena de cambios fisiológicos, hormonales y emocionales que pueden influir en la sexualidad de la mujer. Muchas mujeres experimentan una disminución significativa del deseo sexual durante este periodo, que puede verse exacerbada por su estado emocional, que puede incluir ansiedad, cansancio, estrés y las preocupaciones sobre el cuidado del recién nacido (De Judicibus & McCabe, 2002).

También existen otros factores que influyen en la sexualidad de la mujer en esta etapa, y más concretamente cuando se ha vivido un parto traumático: las lesiones del periné con desgarros o episiotomías, la disminución de la lubricación vaginal, la estructura social heteropatriarcal y coitocentrista y la influencia de los mitos y falsas creencias sobre la sexualidad, la percepción alterada del cuerpo que genera baja autoestima y el miedo al dolor relacionado con el reinicio de las relaciones sexuales.

Además, la carga mental que recae principalmente sobre las mujeres en esta etapa, sumada al cansancio físico y emocional, puede disminuir aún más su interés por la intimidad sexual. Este agotamiento, junto con la falta de apoyo adecuado por parte de la pareja y de los profesionales de la salud, perpetúa un ciclo de disfunción sexual y malestar emocional que puede prolongarse durante un tiempo considerable.

Dinámica de pareja y sexualidad en el posparto

La calidad de la comunicación y el apoyo emocional dentro de la pareja son factores importantes para superar las dificultades sexuales después de un parto traumático. No obstante, el estrés añadido que supone el cuidado de un recién nacido, junto con la reestructuración de los roles familiares, puede provocar un distanciamiento emocional entre los miembros de la pareja generando sensación de aislamiento y soledad. Si no se abordan adecuadamente, estas tensiones pueden perpetuar los problemas sexuales, creando un ciclo vicioso de insatisfacción y desconexión.

Los testimonios recogidos en las entrevistas realizadas para este estudio indican que las parejas que mantenían una buena comunicación y una vida sexual satisfactoria antes del embarazo tienen más probabilidades de superar las dificultades sexuales en el posparto. Por el contrario, las parejas que ya tenían problemas de comunicación o disfunciones sexuales previas enfrentan mayores desafíos en esta etapa.

Análisis y discusión

El estudio se basa en un enfoque cualitativo en el que se pretende explorar y comprender las experiencias de mujeres que han vivido un parto traumático y cómo este evento ha afectado su vida sexual posterior.

Las entrevistas a mujeres aporta información cualitativa a modo de relatos de parto y su experiencia en el reinicio de las relaciones sexuales. El fin de aportar esta información es corroborar y comprender de forma más personal la literatura existente sobre la sexualidad en posparto y tras un parto traumático. El análisis revela patrones recurrentes que ilustran la complejidad del impacto de estos eventos en la vida sexual posparto.

A nivel físico, las mujeres reportan complicaciones como dolor persistente, cicatrices perineales y dispareunia, que actúan como barreras inmediatas para reanudar las relaciones sexuales. Estas complicaciones suelen ser el resultado directo de intervenciones médicas invasivas o mal manejadas durante el parto, que no solo causan daño físico, sino que también dejan profundas cicatrices emocionales.

Uno de los temas más prevalentes en las entrevistas es el miedo al dolor durante las relaciones sexuales. Este miedo está profundamente arraigado en la experiencia traumática del parto, donde el dolor físico, combinado con la sensación de pérdida de control, crea una asociación negativa con la intimidad sexual. Esto puede generar una respuesta de ansiedad anticipatoria, donde la mujer experimenta altos niveles de estrés incluso antes de intentar cualquier actividad

sexual. Esta ansiedad no solo reduce el deseo sexual, sino que también puede llevar a un ciclo de evitación que perpetúa la disfunción sexual.

Desde el punto de vista psicológico, el impacto del parto traumático puede tener consecuencias graves. Muchas mujeres desarrollan TEPT posparto, caracterizado por flashbacks, pesadillas y una constante sensación de amenaza. Este trastorno no solo afecta la vida diaria de las mujeres, sino que también tiene un impacto significativo en su vida sexual. Las mujeres con TEPT pueden experimentar una hipervigilancia que las hace reacias a la intimidad, temiendo que cualquier contacto físico pueda desencadenar recuerdos intrusivos del trauma.

También puede aparecer la depresión posparto, que a menudo coexiste con la ansiedad y el TEPT, y contribuye a la disminución del deseo sexual y a la incapacidad de disfrutar de las relaciones íntimas. La depresión puede generar sentimientos de inutilidad y desconexión, lo que agrava la disfunción sexual.

En el ámbito social, la falta de apoyo adecuado por parte de los profesionales de la salud y del entorno familiar agrava estos problemas. Las mujeres a menudo se sienten aisladas y desatendidas, lo que intensifica sus sentimientos de desesperanza y frustración. La falta de discusión abierta sobre la sexualidad posparto en la sociedad refuerza el tabú y la incomodidad que rodean estos temas, lo que impide que las mujeres se sientan cómodas buscando apoyo.

Relevancia clínica y propuestas de intervención

Los resultados de este estudio manifiestan la necesidad de mejorar la formación y la capacitación de los profesionales de la salud en relación con los problemas de sexualidad en la etapa posparto y más si se trata de una experiencia de parto traumático. A pesar de la alta prevalencia de estas dificultades, muchas mujeres no reciben el apoyo adecuado, lo que sugiere una brecha en la atención posparto actual. Ésta puede atribuirse a varios factores, incluyendo la falta de capacitación específica en salud sexual durante el posparto y la persistencia de tabúes que rodean la discusión abierta de la sexualidad en este contexto (ONU Relatora Especial, 2019).

Es esencial que los programas de apoyo y educación incluyan la dimensión sexual del posparto, de modo que las mujeres puedan recibir una atención integral que aborde tanto sus necesidades físicas como emocionales. Estos programas deben abordar no solo las complicaciones físicas, como el dolor y las cicatrices, sino también los factores emocionales como el miedo, la ansiedad y la percepción negativa del cuerpo o baja autoestima. Es fundamental que los profesionales de la salud estén capacitados para facilitar conversaciones abiertas y empáticas sobre sexualidad y que se sientan equipados para proporcionar el apoyo emocional adecuado (Sánchez, 2023).

Los programas de educación y sensibilización deben centrarse en la importancia de la comunicación abierta entre los miembros de la pareja y en la necesidad de abordar los problemas sexuales de manera conjunta. Esto podría incluir el desarrollo de recursos educativos específicos, como talleres y materiales informativos, que aborden los cambios sexuales posparto y ofrezcan estrategias para superarlos (Olson et al., 2005).

La terapia de pareja también es importante para abordar los problemas sexuales en el contexto de la relación. Un terapeuta capacitado puede ayudar a las parejas a mejorar su comunicación, resolver conflictos y desarrollar una mayor empatía mutua. Además, la redistribución de los roles familiares y el manejo del estrés son aspectos que deben abordarse para evitar que las tensiones en la vida diaria se traduzcan en problemas sexuales.

La formación en asesoramiento sexual y en la identificación de síntomas de TEPT y depresión posparto debe ser parte integral de la educación de los profesionales sanitarios. Además, se necesitan protocolos de atención que incluyan la evaluación del bienestar sexual de las mujeres en las consultas posparto, creando un entorno donde se puedan abordar estos temas de manera abierta y sin juicio.

Por último, la creación de programas de educación sobre la sexualidad en el posparto puede proporcionar a las mujeres y sus parejas la información y los recursos que necesitan para navegar por los cambios físicos y emocionales que acompañan esta etapa. Estos programas deben abordar temas como la dispareunia,

la sequedad vaginal, la disminución del deseo sexual, y ofrecer estrategias para mejorar la intimidad y la conexión emocional.

La urgencia de una atención sensible y específica

El impacto del parto traumático en la sexualidad de las mujeres es un problema de salud que requiere una atención urgente y específica. La recuperación integral de las mujeres afectadas depende tanto del tratamiento de las secuelas físicas como del abordaje de las profundas cicatrices emocionales y psicológicas que estos traumas dejan. Las intervenciones deben ser ecosistémicas, integrando el apoyo físico, emocional y social para promover una recuperación saludable y una vida sexual plena.

Este estudio, destaca la importancia de una atención más comprensiva y especializada en el posparto. Es necesario un enfoque multidisciplinario que considere la salud sexual como una parte integral del bienestar de las mujeres en la etapa de posparto.

Solo dándole la importancia que tiene a la atención del parto y del posparto, poniendo en el centro la díada madre-bebé e involucrando a la sociedad entera, entre ellos a los profesionales sanitarios, promoviendo medidas políticas globales y específicas en cada localidad, se puede lograr un acompañamiento y recuperación real de las mujeres que hayan sufrido una experiencia de parto traumático.

BIBLIOGRAFÍA

Artículos y documentos

- **American PsychiatricAssociation. (2013).** Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- **Álvarez, L. (2024).** Psicoterapia en el trauma perinatal: Evaluación, diagnóstico y tratamiento. [Archivo PDF]. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal.
- **Bahamondes, C., et al. (2012).** Mitos y creencias sobre sexualidad en embarazo y puerperio. http://www.buenastareas.com/ensayos/mitos-sobre-sexualidad-en-embarazo-y/6609077.html
- **Carvalho JM das N, Ribeiro Fonseca Gaspar MF, Ramos Cardoso AM.** Challengesofmotherhood in thevoiceofprimiparousmothers: Initialdifficulties. Investig y Educ en Enferm. 2017;35(3):285–94.
- **Castelo-Branco, C., & Molero, F. (2018).** Manual de sexología clínica. Editorial Médica Panamericana.
- **Dahan, O.** Thebirthingbrain: A lacuna in neuroscience. Brain and Cognition, 150, 2021, 105722, <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2021.105722>.
- **De Judicibus, M. A., & McCabe, M. P. (2002).** Psychologicalfactors and the sexuality of pregnant and postpartum women. Journal of Sex Research, 39(2), 94-103. https://doi.org/10.1080/00224490209552129
- **Dekel S, Ein- Dor T, Dishy GA, Mayopoulos PA.** Beyond postpartum depression: posttraumatic stress-depressive response follow in gchildbirth. Arch Womens MentHealth. 2020;23(4):557- 564
- **Gómez, A. (2024).** Psicopatología del parto y nacimiento: tratamiento de las secuelas físicas del parto traumático desde la fisioterapia. [Seminario de psicopatología del parto y nacimiento, clase 4]. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal.
- **Hernández, et al. (2009).** Preparación a la maternidad y paternidad. Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva. Gobierno de Canarias.
- **Leeman, L., & Rogers, R. (2012).** Relaciones sexuales después del parto. Función sexual posparto. Revista ObstetGynecol, 119, 647-655.
- **Márquez Carrasco, Á. M. (2014).** Dificultades en el reinicio de las relaciones sexuales de la pareja en el periodo puerperal. Biblioteca Lascasas, 10(3). Recuperado dehttp://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0790.php
- **Montemurro B, Siefken JM.** MILFS and Matrons: Images and RealitiesofMothers' Sexuality. Sex Cult. 2012;16(4):366–88

- **Olson, A., et al. (2005).** Women'sthoughtsabout sexual life after child birth: Focus group discussions with women after child birth. Revista Scand J CaringSci, 19(4), 381-387.
- **Olza, I. (2024).** Psicopatología del parto y nacimiento: Detección, clínica y vivencia del parto traumático. Impacto y consecuencias para la díada y la madre. [Seminario de psicopatología del parto y nacimiento, clase 2]. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal.
- **París, I. [@ilianaparis]. (2024)**. Psicoterapia en el trauma perinatal: Evaluación, diagnóstico y tratamiento. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal.
- **Kitzinger, S. (2006).** Birth as rape: Theremust be anendto 'just in case' obstetrics. British Journal of Midwifery, 14(9), 544-545.
- **Sánchez, P. (2024).** Sexualidad en el embarazo y puerperio. Fundación Sexpol.
- **Trice-Black S, Foster V.** Sexuality of Women with Young Children: A Feminist Model of Mental Health Counseling. J MentHeal Couns. 2011;33(2):95–111.
- **Sadler, M. (2018).** Cuerpos vividos en el nacimiento: Del cuerpo muerto de miedo al cuerpo gozoso. En M. Cordero Fernández, P. Moscoso-Flores & A. Viu (Eds.), Rastros y Gestos de las Emociones, Desbordes Disciplinarios (pp. 199-245). Santiago: Cuarto Propio.
- **Viñal, M. (2023).** Violencias sanitarias contra las mujeres. Fundación Sexpol.
- **Woolhouse, H., McDonald, E., & Brown, S. (2012).** Women'sexperiences of sex and intimacy after childbirth: Making the adjustment to mother hood. Revista J Psychosom Obstet Gynaecol, 33(4), 185-190.

Informes y otros documentos

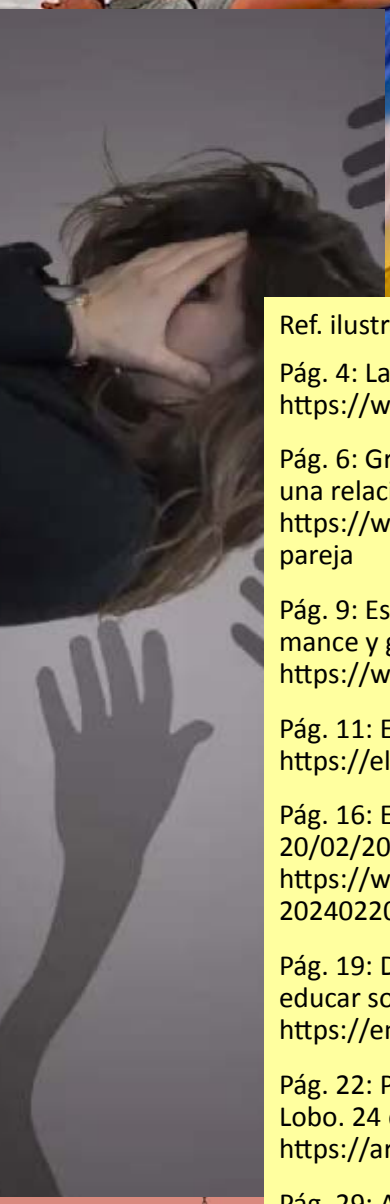
- **Šimonović, D. (2019).** Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. Naciones Unidas.
- **COST Action CA18211.** (n.d.). DEVOTION: Optimisingtheoutcomesoflabour and childbirth. Recuperado dehttps://www.ca18211.eu/

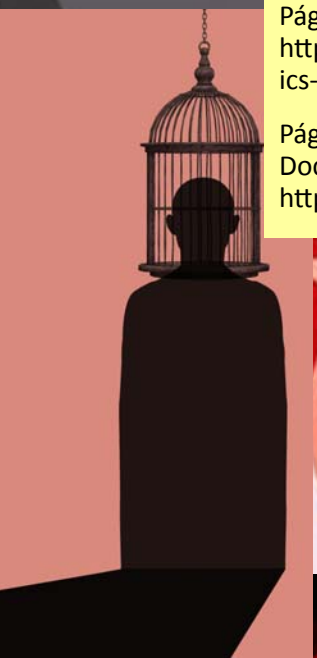
Libros

- **Carmona, S. (2024).** Neuromaternal. ¿Qué le pasa a mi cerebro durante el embarazo y la maternidad? Sinequanon.
- **De Miguel, A. (2015).** Neoliberalismo sexual: El mito de la libre elección. Ediciones Cátedra.
- **Encinas, S. (2022).** Feminidad salvaje: Manifiesto de una sexualidad propia. Maxi.
- **García Puig, M. (2023).** La historia de los vertebrados. Literatura Random House.
- **Gómez López, A. (2022).** Puérpera perdida: La transformación vital del posparto. Oberon.
- **González, C. (2006).** Un regalo para toda la vida: Guía de lactancia materna. Ediciones Espasa.
- **Olza, I. (2024).** Gestar: El creativo origen de la vida humana. Olza, I. (2022). Palabra de madre: El poder de la maternidad. Ediciones Vergara.
- **Olza, I. (2017).** Parir: El poder del parto. Vergara.
- **Olza, I., & Lebrero, E. (2012).** Nacer por cesárea. Barcelona: ObStare.
- **Rich, A. (1996).** Nacemos de mujer: La maternidad como experiencia e institución. Ediciones Mapas.
- **Ruppert, F. (2014).** El trauma precoz. El embarazo, el parto y los primeros años de vida. Madrid: Desclée De Brouwer.
- **Vidal, G. (2015).** Reparar el trauma del nacimiento. Barcelona: Herder.

Sitios web

- **Birth Trauma Association. (n.d.).** Birth Trauma Association: Support and Information. Recuperado de https://birthtrauma.org.au/
- **El Parto Es Nuestro. (n.d.).** ¿Qué es el trastorno de estrés postraumático?. Recuperado eldehttps://www.elpartoesnuestro.es/informacion/posparto/el-parto-que-no-esperabas/que-es-el-trastorno-de-estres-postraumatico
- **El Parto es Nuestro. (n.d.).** El Parto es Nuestro: Asociación de apoyo a mujeres durante el parto. Recuperado dehttps://www.elpartoesnuestro.es/





Ref. ilustraciones:

Pág. 4: La Importancia de Tener Amigos / por Aesthesis Psicólogos Madrid | 4 May 2017
https://www.psicologosmadridcapital.com/blog/importancia-tener-amigos/

Pág. 6: Grupo Crece, Blog de Psicología y coaching. ¿Qué pasa con los amigos cuando tengo una relación de pareja? March 21, 2013
https://www.grupocrece.es/blog/que-pasa-con-los-amigos-cuando-tengo-una-relacion-de-pareja

Pág. 9: Escuela Internacional de Neurociencia Empresarial. Celos en las relaciones, sexo, romance y género.
https://www.escoeuniversitas.com/celos-en-las-relaciones-sexo-romance-y-genero/

Pág. 11: El malpensante. Nueva historia del sexo y los celos / por Paul Brito, Enero 27 2021
https://elmalpensante.com/articulo/3984/nueva-historia-del-sexo-y-los-celos

Pág. 16: Estos son los síntomas que indican que llega la menopausia / Melissa González, 20/02/2024. Actualizado a las 20:26h.
https://www.abc.es/bienestar/fitness/sintomas-indican-llega-menopausia-20240220140719-nt.html

Pág. 19: Día mundial del climaterio y la menopausia: “Una oportunidad para concienciar y educar sobre la salud de las personas en esta etapa de la vida”. 17 octubre 2024
https://enfermeriacanaria.com/wptfe/?p=13941

Pág. 22: Psicoterapia para pessoas vítimas de abuso sexual / Beatriz de Oliveira Meneguelo Lobo. 24 de jun, 2024
https://artmed.com.br/artigos/psicoterapia-para-pessoas-vitimas-de-abuso-sexual

Pág. 29: Abordaje Integral en Pacientes con Endometriosis - FisioClinics Logroño
https://logrono.fisio-clinics.com/abordaje-integral-en-pacientes-con-endometriosis-fisioclinics-logrono

Pág. 33: Parto traumático: una definición inclusiva centrada en la mujer y en su experiencia. Documento para el debate.
https://staging.saludmentalperinatal.es/tag/parto-traumatico/

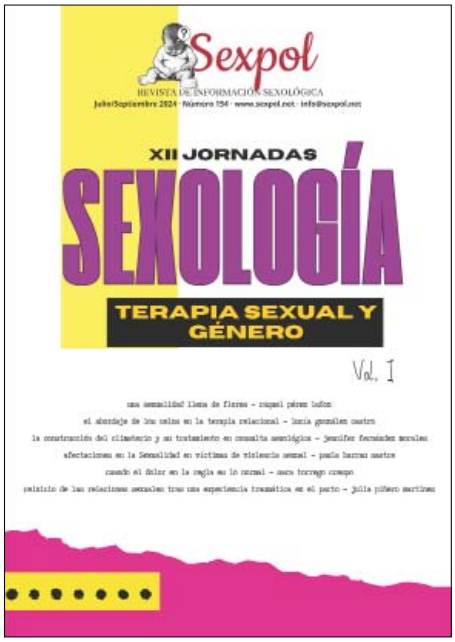
Nº 154 - Julio / Septiembre 2024
· Edita, Fundación Sexpol ·
· Sociedad Sexológica de Madrid ·
C/ Fuencarral, 18-3ºIzda.
28004 Madrid
Tel. 91 522 25 10
http://www.sexpol.net
info@sexpol.net

Dirección
Rosario Mora
Consejo de Redacción
Ana Márquez, Clara González,
Roberto Sanz, Rosario Mora

D.L. M.41536-1982 / ISSN:0214-042X
Diseño cubierta: C. G. Mora
Revisión y maquetación: Fundación Sexpol
La revista no se hace responsable de las opiniones expresadas por sus redactores y colaboradores

Redes sociales:

Web: https://www.sexpol.net
Correo electrónico: info@sexpol.net
Instagram: https://www.instagram.com/fundacionsexpol/
Facebook: https://www.facebook.com/fsexpol/
Youtube: https://www.youtube.com/user/FSEXPOL
Telegram: https://t.me/fundacionsexpol
Twitter: https://twitter.com/@fundacionSexpol



En el número 153:

https://www.sexpol.net/wp-content/uploads/2023/12/Sexpol151.pdf

Editorial / Roberto Sanz. Pág. 2
Sexualidad y gordofobia / Anna Sirisi Anguera. Pág. 3
Viejas discapacitadas, mis amigas anormales / Alba Fernández Turrero. Pág. 8
Quien seduce ¿algo quiere? / Iris Mateu Escrivá. Pág. 12
La anodispareunia en hombres que tienen sexo con hombres (HSH): presente y futuro / Carlos Rubio Miguel. Pág. 16
Repensando la masculinidad / Ane Echave Isasmendi. Pág. 20
Experiencias afectivo-sexuales y estilos de apego en adultos / Verónica Goicoechea. Pág. 24
El sexilio: una realidad del contexto rural en el Estado español / Garazi Aranzabe Urretabizkaia. Pág. 28
La Sexualidad en las instituciones residenciales / María Regue-ra Cañadilla. Pág. 32

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

¿Quieres estudiar Sexología con perspectiva de Género?

MÁSTER SEXOLOGÍA Y GÉNERO

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

+INFO

MÁSTER TERAPIA SEXUAL, PAREJAS Y OTROS VÍNCULOS SEXUALES CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

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

+INFO

MÁSTER SEXOLOGÍA SANITARIA CON P. DE GÉNERO

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

+INFO

CURSO MONITORA ED. SEXUAL CON P. DE GÉNERO*

+INFO

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

*400 horas (no titulación universitaria)

Másteres de Formación Permanente de la U. Nebrija y la Fundación SEXPOL

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

FUNDACIÓN Sexpol

UNIVERSIDAD NEBRIJA