

# **¿DE DÓNDE VENIMOS? BREVE RECORRIDO HISTÓRICO DE LA SEXUALIDAD.**

**Dr. Alvaro Beltrán Navarro.**  
**Psicólogo especialista en Psicología clínica.**  
**Sexólogo clínico.**

## **MARCO CONCEPTUAL.**

### **INTRODUCCIÓN.**

La sexualidad es un proceso biográfico que discurre desde lo biológico, se enraíza en la psique y se matiza en lo social. Por tanto, la sexualidad, más allá de la mirada biologicista, es un constructo social que se construye en los diferentes campos del poder sociopolítico. Por esto se hace necesario empezar conociendo el desarrollo histórico social con objeto de entender su devenir hasta la sexología científica tal y como hoy la conocemos. Esto permitirá establecer el marco conceptual con el que hoy se comprende la sexualidad humana.

Este capítulo pretende realizar un esfuerzo de reconstrucción diacrónica y conceptual que permita identificar los posibilitantes y condicionantes que han caracterizado el desarrollo de la sexualidad y que han determinado la evolución del concepto hasta llegar a la conceptualización actual de salud sexual. Es por ello que los contenidos de este capítulo se organizan en tres grandes apartados:

En un primer apartado, siguiendo los planteamientos de Jeffrey Weeks (1998) en los que se reflejan los tres momentos clave en la evolución del significado que se le da a la sexualidad:

- Las innovaciones del siglo I de nuestra era consistentes en una desaprobación cada vez mayor del sexo realizado meramente por placer, siendo la Iglesia quien asume las directrices morales sobre la sexualidad y donde el objetivo del sexo era la reproducción.
- Los siglos XII y XIII, establecen un segundo momento fundamental donde se perfila una nueva norma impuesta tanto por el brazo religioso como por el secular.
- Los siglos XVIII y XIX en los que se da una definición cada vez más precisa de la normalidad sexual como las relaciones heterosexuales y la consiguiente categorización de otras sexualidades como desviaciones.

Una vez se haya establecido estos hitos históricos que establecen la evolución del concepto de sexualidad, a caballo de las ideologías y de la evolución de la moralidad que, desde el espacio público liderado por las religiones y los estados, han caracterizado el abordaje y valoración de la sexualidad se dará paso al segundo apartado que refleja el periodo en el que se desarrolla el estudio científico de la sexualidad con el surgimiento del movimiento sexológico.

Este segundo apartado, seguirá los planteamientos de María Lameiras, María Victoria Cabrea y Yolanda Rodríguez (2013) en los que plantea tres apartados diferenciados para el desarrollo de la sexología científica:

- Los inicios del estudio científico de la sexualidad humana en el siglo XIX.
- La formalización del estudio científico de la sexualidad humana: primera mitad del siglo XX.
- La consolidación del estudio científico de la sexualidad humana: la revolución sexual.

A través de este recorrido histórico realizado en este capítulo se pretende contextualizar y comprender los tres sesgos que han condicionado la expresión diversa de la sexualidad humana: la patologización de la misma, el sexismo inherente en su construcción histórica y su carácter homofóbico limitador de la diversidad

El tercer apartado pretende aproximarnos a la conceptualización actual de salud sexual según la Organización Mundial de la Salud y que es fruto de la evolución histórica del concepto de sexualidad y su relación con la vivencia saludable de la misma, estableciendo el marco conceptual sobre el que se van a desarrollar las intervenciones sobre educación sexual.

### **1. OBJETIVOS DE APRENDIZAJE:**

- Conocer el desarrollo histórico del concepto de sexualidad humana.
- Comprender la construcción de la sexualidad humana a través de su historia.
- Plantear el marco conceptual que surge del estudio de la sexualidad humana y se desarrolla en el concepto actual de salud sexual.

## 2. CONTENIDOS:

### A. LA EVOLUCIÓN DEL SIGNIFICADO DADO A LA SEXUALIDAD.

1. De los primeros hitos históricos respecto a la sexualidad hasta el surgimiento del cristianismo al principio de nuestra Era:

1.1. Hacia el año 1000 a.c ya existía la reprobación ante el incesto, la valoración de la mujer estaba situada como un objeto de pertenencia personal, útil para la reproducción y para proporcionar placer sexual al hombre, se aceptaba la prostitución.

1.2. En el antiguo testamento:

1.2.1. Se prohíbe el adulterio y se condena categóricamente la homosexualidad.

1.2.2. En el Cantar de los Cantares se habla del sexo como algo placentero y no se restringe el acto sexual a fines reproductivos exclusivamente. Trata de dos amantes, un joven pastor y una sulamita, que han sido obligados a separarse, que se buscan con desesperación, declaman su amor en una forma poética altamente sofisticada, se reúnen y vuelven a separarse, siempre con la profunda esperanza de volver a estar juntos para siempre, apoyándose en la antigua premisa de que "el amor siempre triunfa". Es una forma descriptiva, sensual e inspiradora, que utiliza la metáfora a través del mundo de la naturaleza, los frutos, las flores, los capullos, los árboles y la miel, para relacionarlo con los enamorados, el deseo de verse y el amor profundo entre ambos.

1.3. En la Grecia antigua existía una actitud tolerante respecto a ciertas formas de homosexualidad masculina: los varones adultos se responsabilizaban de la formación ética e intelectual de los adolescentes púberes. La mujer era ciudadana de segunda categoría junto con los esclavos. Su misión era la reproducción.

1.4. En el mundo oriental (Islam, Hinduismo, antiguo oriente) se establecen criterios más positivos respecto a la sexualidad, de hecho el KamaSutra se escribió en la misma época que S. Agustín escribía sus Confesiones y fue considerado un manual hindú del sexo. En China y Japón también existían manuales que hacían un canto del goce sexual y sus variedades.

1.5. En el mundo occidental el cristianismo establece la distinción entre el amor carnal y el amor espiritual, siguiendo el dualismo platónico. La doctrina cristiana ensalza el celibato, de hecho, a finales del s. IV se establece una postura rígida y restrictiva respecto al sexo por parte de la Iglesia (S. Agustín), considerando el sexo dentro del matrimonio y con fines procreativos como algo “menos degradante que otros tipos de sexualidad”.

Para Weeks (1998) en el momento del nacimiento del cristianismo toma forma el primer momento clave en la evolución del significado que se le da a la sexualidad, manifestándose en una nueva austeridad y una desaprobación cada vez mayor del sexo realizado meramente por placer, siendo la Iglesia quien asume las directrices morales sobre la sexualidad y donde el objetivo del sexo era la reproducción. Desde estas posiciones moralistas, todo comportamiento sexual no reproductivo se consideraba contra natura y pecado.

2. Un segundo momento fundamental donde se perfila una nueva norma impuesta tanto por el brazo religioso como por el secular es en los siglos XII y XIII. Existe un fuerte poder de la Iglesia que repudia todo lo relacionado con la sexualidad que no tenga fines reproductivos. Es el periodo en el que la nobleza ensalzó el amor cortés y caballeresco. La mujer se consideraba inmaculada y se cantaron el romanticismo, el amor secreto y el valor. También aparecen los cinturones de castidad, para impedir las violaciones, aunque servían realmente para salvaguardar lo que los caballeros consideraban su honor y su propiedad personal.

2.1. Para Weeks (1998) en la Edad Media la religión establecía su poder en las sociedades europeas y definía las normas sexuales definiendo una moral sexual. Ahora el matrimonio es un asunto de acuerdo familiar, por el bien de las familias, elaborándose un conjunto estricto de reglas para las personas que se unen, las cuales con frecuencia eran desconocidas. La conducta sexual sólo era legítima en el contexto del matrimonio. Para Oscar Guasch (2007, p.39), la sociedad cristiana occidental “recela del placer sexual, prefiere la castidad, circunscribe la sexualidad al espacio matrimonial con fines reproductores y ubica a quienes se apartan de esa meta en el ámbito del pecado”.

2.2. En la etapa moderna (siglos XV al XVIII) se da el tránsito del teocentrismo medieval a un pensamiento filosófico antropocéntrico que da lugar a la emergencia de la racionalidad (Rene Descartes, 1506-1650). Surge el Humanismo en Europa y se alejan las rígidas normas en materia de sexualidad. La Reforma protestante (Lutero y Calvino) fue más tolerante de lo que había sido la Iglesia Católica, no considerando ni la castidad ni el celibato como signos de virtud. Aunque esta provoca la Contrarreforma de la Iglesia Católica cobrando importancia la Inquisición Romana (1542). En este periodo una epidemia de sífilis procedente de América, propició otra vez en Europa una reacción contra la promiscuidad sexual. En Inglaterra o Francia se respiraba una cierta tolerancia sexual. En la América puritana predominaba una ética que condenaba la sexualidad fuera del matrimonio. El adulterio o las relaciones sexuales antes del matrimonio eran condenados y castigados públicamente. Un ejemplo de este contexto histórico se ve perfectamente reflejado en la novela de Nathaniel Hawthorne “La letra escarlata” publicada en 1850. Enmarcada en la puritana Nueva Inglaterra de principios del siglo XVII relata la historia de Hester Prynne, una mujer acusada de adulterio y condenada a llevar en su pecho una letra "A", de adúltera, que la marque, ella no revela la identidad del padre de su hija, y trata de vivir con dignidad en una sociedad injusta e hipócrita.

3. El tercer momento decisivo ocurre en los siglos XVIII y XIX donde se da una definición cada vez más precisa de la normalidad sexual como las relaciones heterosexuales y la consiguiente categorización de otras sexualidades como desviaciones. En palabras de Weeks (1998, p.38):

Nosotros somos los herederos inmediatos de esta última modificación, que se manifestó mediante el viraje de la organización religiosa de la vida moral hacia una reglamentación más laica incorporada a las nuevas normas médicas, psicológicas y educativas. Junto con esto, surgieron nuevas tipologías de la degeneración y la perversión y hubo un crecimiento decisivo de nuevas identidades sexuales.

Estas desviaciones sexuales que anteriormente se catalogaban, desde posiciones moralistas, como pecados y delitos que debían ser castigados, pasan a entenderse como locuras y perversiones que deben ser vigilados, siendo reguladas desde posiciones medicalizadas y psiquiatrizadas. Este proceso ocurre de la siguiente manera:

3.1. En el siglo XIX se instaura en Europa un pensamiento que incide en la represión sexual: el recatamiento y el pudor, para proteger la presunta inocencia de las mujeres. En EEUU, por un lado, existe una clara influencia de la moral victoriana y por otro, son permeables a otras corrientes con un giro más permisivo, esto supuso que en algún estado se legalizara la prostitución. También, se aprobaron leyes que prohibían la pornografía, pero existía un mercado clandestino, lo que es indicativo de la existencia de una doble moral en la que las virtudes eran manifiestas y los vicios eran ocultados. El Parlamento británico aprobó una ley que legalizó y regularizó el ejercicio de la prostitución.

3.2. El control que había ejercido hasta ahora las religiones y los estados va pasando a ser asumido durante el s. XIX por la ciencia, que actúa como un nuevo poder amparado en la autoridad del conocimiento. Si anteriormente se establecía la conexión entre sexo y pecado, ahora se reemplaza por la asociación entre sexo y patología. Los escritos médicos de la época reflejan la actitud negativa hacia la sexualidad: La masturbación se considera lesiva para el cerebro, siendo causa de muchas enfermedades y se pensaba que la mujer tenía nula o escasa capacidad de respuesta sexual y se la consideraba inferior al hombre. Desde el s. XVIII, y anteriormente también, existe afiliación entre mundo público y masculinidad frente a mundo privado y feminidad, separando amistad y sexualidad. En el s. XIX se mantiene la convicción de la educación separada entre los sexos, ya que se atribuía peligrosidad a la educación mixta (precocidad sexual, feminización de los hombres o masculinización de las mujeres). De ahí, la construcción social y psíquica de los mundos diferentes entre hombres y mujeres separándose los ámbitos de la amistad y del amor, con el perjuicio que esto ha supuesto a las relaciones entre los sexos.

3.3. Todos estos cambios socio-políticos y económicos crean el contexto sobre el que se van a desarrollar los sesgos sobre el estudio científico de la sexualidad:

- Sesgo patologizador: sexualidad vinculada a la enfermedad y a la degeneración a través de la ciencia.
- Sesgo sexista: sexualidad a través de la jerarquización de los sexos: discurso de género, patriarcado.

- Sesgo heteronormativo y homofóbico: sexualidad a través de la heterosexualidad normativa excluyente de la diversidad sexual.

## B. EL ESTUDIO CIENTÍFICO DE LA SEXUALIDAD HUMANA.

### 1. Los inicios del estudio científico de la sexualidad humana en el siglo XIX.

1.1. Hacia la segunda mitad del siglo XIX, la medicina legal empieza a interesarse y a estudiar las disidencias sexuales, entendidas como las conductas sexuales sin fines reproductivos. Para Guasch (2007, p.61), “la ciencia positiva, a través de la medicina, sustituye el caduco discurso religioso, definiendo nuevos personajes sobre los que ejercer el control social en la esfera de la sexualidad: los perversos. Al finalizar el siglo XIX el psiquiatra Richard Krafft-Ebing (1840-1902) publica su obra *Psychopatia Sexualis* en 1886, acuñando el término perversiones sexuales para referirse a aquellos actos sexuales que no tenían como fin la reproducción. Desde el punto de vista del control social, la psiquiatría transforma en enfermos a los que se apartan del modelo sexual socialmente previsto (Guasch, 2007). Aunque este autor participó en la corriente médico-psiquiátrica que en el siglo XIX se encargaba de problematizar la sexualidad no procreativa, siempre mantuvo una actitud más comprensiva y abierta que la de sus contemporáneos. Krafft-Ebing defendió la comprensión y el tratamiento médico de las perversiones sexuales, estableciendo por primera vez la relación entre sexualidad y salud. A partir de este momento las desviaciones sexuales se consideran un problema de salud, ya no es una cuestión de pecado o delito, tal y como se había significado hasta ese momento. Por tanto, desde el punto de vista del control social, tal y como refiere Guash (2007, p.74), “la psiquiatría convierte las sexualidades no ortodoxas en enfermedades y así da argumentos a los juristas y a la sociedad para controlarlas y perseguirlas”. Como efectos negativos se mezclaba sin distinción el sexo, la delincuencia y la violencia, lo que provocó una actitud de aversión ante las conductas sexuales. La relación sexual “normal” era una relación adulta, genital y heterosexual. La regla impuesta: dos sexos, dos géneros, heterosexuales. Se intentó ampliar la conducta sexual permitida, investigando y reivindicando manifestaciones consideradas “perversiones.”

## 1.2. La formalización del estudio científico de la sexualidad humana: Primera mitad del siglo XX. El movimiento sexológico.

1.2.1. En este contexto, a principios del siglo XX y dentro de la proliferación de saberes alrededor del sexo y la sexualidad, surgen diferentes autores. Sigmund Freud (1856-1939) contribuye con sus teorías a legitimar determinadas sexualidades y excluir a otras, su teoría sobre el desarrollo sexual considera a la sexualidad como eje del crecimiento y desarrollo individual. En la teoría psicoanalítica la palabra sexualidad no designa solamente las actividades y el placer dependientes del funcionamiento del aparato genital, sino toda una serie de excitaciones y actividades, existentes desde la infancia, que producen un placer y que se encuentran también a título de componentes en la forma llamada “normal” del amor sexual (Laplanche y Pontalis, 1993). Para Weeks (1998), Freud intenta ampliar el significado de la sexualidad, sugiere que las perversiones, lejos de ser una propiedad exclusiva de una minoría enferma o inmoral, son propiedad común de todas las personas, considera que el psicoanálisis propuso una revisión del concepto de sexualidad, cuestionado la centralidad de la reproducción sexual y las distinciones rígidas entre hombres y mujeres. No obstante, pese a estas aportaciones de Freud, por otra parte, contribuye al control social ya que todo lo que la sociedad de su época condena es descrito por él como patología, como un trastorno, como un síntoma de inmadurez; la masturbación, el sexo oral, el coito anal, la homosexualidad son considerados problemas de salud mental y señales de que la persona no ha llegado hasta la heterosexualidad, vinculada con la madurez y la salud mental. Por otra parte, con la toma de conciencia de la existencia del inconsciente se deja atrás la existencia del sujeto cartesiano de Descartes (yo pienso). Este modelo psicológico da pie a la importancia de la biografía personal y la construcción de la identidad. Aporta el carácter construido de la sexualidad humana, que se va desarrollando desde la infancia y constituyendo una biografía sexual única para cada sujeto. La sexualidad y su ejercicio es el resultado de todo un proceso que se produce en cada sujeto y que va más allá del desarrollo biológico, dependiendo de la peculiar historia de cada persona.

- 1.2.2. Havelock Ellis (1859-1939) representa el Romanticismo Sexual y se le considera el padre de la sexología. En su obra *Psychology of Sex*, escrita en 1933, afirma que el deseo sexual es tan válido para hombres como para mujeres y refuta la idea de que la masturbación ocasiona la enfermedad. Plantea que la homo/heterosexualidad es cuestión de grado y no polos opuestos. El deseo sexual no es inferior en las mujeres frente a los hombres, ni su capacidad de goce. La causa de muchos trastornos sexuales es psicológica y no orgánica. La sexualidad normal se manifiesta de muy variadas formas. Empieza a plantear la necesidad de una educación sexual que se inicie en la infancia. Se queja contra las leyes que prohíben la anticoncepción. Realiza estudios de biografías y observaciones sobre la conducta sexual humana. Plantea el concepto moderno de la sexualidad: Ni es una amenaza moral ni un desperdicio de energías vitales. Realiza el primer estudio sobre la homosexualidad donde considera que es una variante de la sexualidad. Realiza una descripción de los caracteres sexuales primarios, secundarios y terciarios. Gracias a sus aportaciones va tomando forma la idea de que la sexualidad es una dimensión clave para el desarrollo del individuo.
- 1.2.3. M. Hirschfeld (1868-1935). Se le considera el defensor de la homosexualidad. Se implicó política y socialmente en la reforma sexual, en la despenalización de los actos homosexuales y en la igualdad de derechos entre hombres y mujeres. En 1908 publicó bajo su dirección la Revista de Sexología (*Zeitschrift für Sexualwissenschaft*), primera publicación dedicada a la sexología como ciencia. Hirschfeld abrió el Institut für Sexualwissenschaft (Instituto para el estudio de la sexualidad) en Berlín. Contenía una inmensa biblioteca sobre sexo y proveía servicios educativos y consultas médicas. Se interesó en el estudio de una amplia variedad de necesidades sexuales y eróticas en una época en la que la denominación de las identidades sexuales aún estaba en formación. Desarrolló la teoría del tercer sexo, intermedio entre varón y mujer.
- 1.2.4. Iwan Bloch (1872-1922). Introduce el campo de la sexología dentro de las ciencias sociales. Destaca el carácter construido de la sexualidad y la necesidad

del abordaje social de la misma. Despatologiza la sexualidad, aboga por los beneficios de la masturbación y critica la doble moral.

1.2.5. Margaret Sanger (1879-1966). El control de la natalidad. Vinculada al movimiento feminista da respuesta a las demandas de las mujeres y visibiliza con su trabajo la contribución de las mujeres al estudio científico de la sexualidad. Desenmascara el sesgo sexista de la ciencia sexual. Convierte la planificación familiar en un movimiento organizado a nivel mundial. Hace que la información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos sea un instrumento imprescindible para la emancipación de las mujeres. En 1921 crea la Liga Americana para el control de Natalidad, siendo promotora del Primer Congreso Mundial sobre Población celebrado en Ginebra en 1927. A principios de los 50, apoyada económicamente por Katherine Dexter, insta al Dr. Gregory Pincus a la necesidad de crear un anticonceptivo oral, sencillo y seguro con el que prevenir el embarazo no deseado, sale a la venta en 1960, Sanger es madre e ideóloga de la píldora anticonceptiva.

Como se observa, en este momento histórico se comienza a ampliar el concepto de sexualidad, entendiéndola como un hecho separado de la reproducción, cuyo fin es la satisfacción del deseo y la consecución del placer, aunque aún se mantiene dentro de determinados cánones. Para Guasch (2007), el control social que ejerce la medicina sobre las sexualidades no ortodoxas se adapta a los tiempos y pretende ser más humano, por tanto, los perversos sexuales empiezan a tener derechos. No obstante, desde el punto de vista del control social, como antes se ha dicho, estos derechos son entendidos desde la posición como enfermos, tal y como plantea Guasch (2007, p.76), “quienes transgreden las normas socialmente previstas para la sexualidad dejan de ser pecadores para convertirse en enfermos”.

En este momento se desarrolla el inicio de la sexología como disciplina encargada del estudio de la sexualidad, que va a heredar los conocimientos de diversos campos científicos: las ciencias de la salud, las ciencias de la conducta y, durante la segunda mitad del siglo XX, el aporte importante de las ciencias sociales (Guash, 2007). La sexología se presenta como herramienta que, bajo la apariencia de libertad y ciencia,

articula sutiles controles sociales sobre los comportamientos sexuales. Desarrolla un discurso del derecho al placer sexual, siendo esta su función manifiesta, pero su función latente es semejante a la de la religión y la medicina: dar normas a la sexualidad, ponerle fronteras y delimitar lo correcto de lo incorrecto. Siguiendo a Guasch (2007), si a lo largo del siglo XIX y principios del XX, la preocupación de una primitiva sexología era organizar la salud sexual con el fin de garantizar la reproducción, siendo sus preocupaciones los abortos, los embarazos y las enfermedades de transmisión sexual, así como el ocuparse de las sexualidades no ortodoxas, para controlarlas y tratarlas, a partir de la década de los 60 la atención de la sexología se centra en la correcta función de la misma, pasando a ser importante eliminar cualquier problema o disfunción que impida conseguir el orgasmo, colocándose el placer y la satisfacción sexual en un primer plano.

Para Weeks (1998), la actividad sexual definía cada vez más un tipo específico de persona, la diferencia se constituía cada vez más en torno a la sexualidad. Durante el siglo XX, la gente se ha definido cada vez más a través de su sexo. La sexualidad se configura mediante la unión de dos ejes fundamentales: la subjetividad (quiénes y qué somos) y la sociedad (el crecimiento, el bienestar, la salud de la población en su conjunto). En el centro de ambas se encuentra el cuerpo y sus potencialidades.

### 1.3. La consolidación del estudio científico de la sexualidad humana. Segunda mitad siglo XX. La revolución sexual.

Después de la segunda guerra mundial el estudio de la sexología se desplaza de Europa a Norteamérica, olvidándose de la sexología que le había precedido. “El hervor científico y profesional, reivindicativo y reformista, tocaba a su fin” (Amezúa, 1991). “Al cruzar el Atlántico el modernismo sexual es despojado de sus pretensiones teóricas” (Robinson, 1995). Para que la sexología fuera una ciencia se necesitaban un objeto de estudio propio y una metodología particular, centrando la atención del estudio de la sexualidad en la función de la misma, el comportamiento y las prácticas sexuales. Se da la privación de la moral sexual y se pasa de una moralidad pública al individualismo moral. Esto posibilita el desligamiento de la sexualidad de la patología, el sexismo y la homofobia.

1.3.1. A. Kinsey (1887-1956). La cuantificación del sexo. Realizó el primer estudio sociológico sobre la sexualidad humana: La conducta sexual del hombre (1948) y La conducta sexual de la mujer (1953), a partir de entrevistas personales (18.000). Estableció que las diferencias sexuales eran cuestión de grado, desde el celibato a la promiscuidad o desde la extremada homosexualidad a la intensa heterosexualidad, podían registrarse en una sola curva. Reconoce la mayor lentitud de la mujer para alcanzar el orgasmo, consecuencia de la falta de habilidades de los hombres más que de una limitación inherente a las mujeres, cuestionando el valor del pene para el placer sexual de la mujer. La anormalidad se convirtió en una noción carente de significado como categoría. En sintonía con Kinsey en este periodo el activismo homosexual y el feminismo lesbiano confluyen en sus reivindicaciones, rechazando la idea del origen biológico de la orientación sexual. La década de los 60 y los 70 son las de mayor esplendor del constructivismo social. Se empieza a formular que el género y la sexualidad son construcciones sociales de una sociedad controlada por hombres que hay que problematizar para alcanzar la igualdad para homosexuales y para las mujeres.

1.3.2. W. Masters y V. Johnson. La psico-fisiología sexual. El estudio de la respuesta sexual humana (1966) supuso un avance importante en el estudio de las respuestas fisiológicas ante la sexualidad humana. Diferenciaron 4 fases en la RSH: excitación-meseta-orgasmo-resolución. La sexualidad es una dimensión humana de comunicación y de placer, que vivida en pareja encuentra su máxima realización. Esta visión legitima la sexualidad exclusivamente en pareja. Pretenden despatologizar, desculpabilizar y naturalizar al máximo la dimensión sexual de las personas. Hacen una defensa de la sexualidad de las mujeres, de la sexualidad de la vejez y de la masturbación. Hay que destacar el trabajo desarrollado en el tratamiento de las disfunciones sexuales. Ante los problemas sexuales se establece un modelo breve de intervención.

Las implicaciones de estos estudios suponen que el acento de la sexualidad saludable pasa a estar en el correcto funcionamiento de la respuesta sexual humana, para que esta sea placentera y satisfactoria. Es de destacar el fuerte acento conductual, funcionalista y mecanicista que se tiene de la sexualidad

desde esta perspectiva, en consonancia con el paradigma psicológico y médico dominantes en esa época, y que aún impregna el discurso 'científico' sobre la sexualidad. La sexología deja de lado las perversiones y se centra en la función sexual (que idealmente culmina en el orgasmo), la eliminación de cualquier problema (entendido como disfunción) que impida lograrlo, así como el estudio de las prácticas sexuales y la respuesta sexual humana (en términos conductistas y mecanicistas). En este contexto, la sexualidad se relaciona con la respuesta sexual, la conducta; por tanto, la sexualidad sana y gratificante tenía un camino que recorrer y un fin que alcanzar: el orgasmo.

1.3.3. El movimiento feminista: Exponen claramente el carácter construido de la feminidad y de la masculinidad y su posible modificación. El segundo sexo (Simone de Beauvoir, 1949). Ayudan a identificar el origen de la subordinación de la mujer poniendo de manifiesto que el opresor está dentro del hogar: el patriarcado. Denuncian los estereotipos tradicionales femeninos, deconstruyendo el concepto de género y reclaman la absoluta separación de sexualidad y maternidad, el derecho al placer sexual, a decidir sobre el propio cuerpo y al aborto. Al mismo tiempo, en los años 60, "las nuevas técnicas contraceptivas liberan el sexo de la procreación y se reivindica su libre ejercicio como instrumento de liberación social" (Guasch, 2007), lo que facilita el acceso al placer y a la satisfacción sexual. Este cambio liberador, coexiste con un planteamiento exclusivamente genitalista de las prácticas sexuales, situando el coito y la penetración en el centro de toda relación sexual.

Es en este periodo cuando se empiezan a dar las condiciones que permiten el desarrollo del concepto de salud sexual. De hecho, Marcos Sanz (2008) plantea que la salud sexual es la herencia de lo que a mitad de los sesenta se llamó, en EE.UU, el renacimiento sexual. Desde una perspectiva histórica, el renacimiento sexual enmarca dos fenómenos de relevancia para la construcción de la sexualidad en la segunda mitad del siglo XX: la educación sexual como práctica pedagógica institucionalizada y el surgimiento de las terapias sexuales, tras la teorización del modelo conductual de respuesta sexual humana por Masters y Johnson (1966). Ambas de corte exclusivamente conductual -lo cual señala una concepción mecanicista, positivista y

vinculada a la modificación de conductas sexuales- y biomédica -centrada en las disfunciones sexuales y en los riesgos de las prácticas sexuales. Estos dos fenómenos (educación sexual y terapia sexual) constituyen para Sanz (2008), junto con la vinculación del goce sexual a la idea central de la comunicación interpersonal y a su logro en el ámbito de la pareja, las condiciones de posibilidad para el surgimiento de la noción de salud sexual.

Respecto a la educación sexual es determinante el nacimiento, en 1964, del SIECUS (Consejo para la información y educación sexual en Estados Unidos), cuya tarea divulgadora, impulsora y coordinadora, propugna una mirada responsable al sexo, introduciendo la educación sexual en el ámbito escolar, tratando de conjugar la afirmación del placer físico y sexual como un valor y el uso precavido del sexo en términos reproductivos. Desde el punto de vista crítico de Guash (2007), la sexología ya no trata de prohibir y reprimir la actividad sexual, ahora se trata de dar normas para el acceso al placer: “La actividad sexual no es prohibida: se recomienda. Pero dentro de un orden. Con pautas, reglas, directrices” (p.80).

Todo este desarrollo da lugar a los tres pilares que conforman la sexología como ciencia en la actualidad:

- Las disfunciones sexuales y la terapia sexual.
- La educación sexual.
- La investigación en sexualidad humana.

### C. DEL ESTUDIO CIENTÍFICO DE LA SEXUALIDAD HUMANA AL CONCEPTO DE SALUD SEXUAL.

En este contexto la OMS (1975, p.7) entiende que el concepto de sexualidad sana incluye estos elementos:

La aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva amoldándola a criterios de ética personal y social, la ausencia de temores, sentimientos de vergüenza y culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiban la actividad sexual o perturben las relaciones sexuales y la ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedades y de deficiencias que entorpezcan la actividad sexual y reproductiva.

Destacan de esta definición de la salud sexual el derecho al placer y la aptitud para disfrutar sin miedos y sin creencias que dificulten la actividad sexual. No obstante, lo que en principio parece que supone terminar con siglos de represión, esconde, en la nueva definición, algunas formas de control social como veremos a continuación, ya que establece unos criterios de normalidad sexual y, por tanto, también de ‘anormalidad’, ‘disfunción’ o ‘patología’. El concepto de salud sexual tiene su primera definición sistemática en el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la reunión celebrada en Ginebra entre los días 6 y 12 de febrero de 1974. Los asistentes a la reunión llegaron al acuerdo siguiente en su definición:

Salud sexual es la integración de los elementos somáticos, emotivos, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor. Toda persona tiene derecho a recibir información sexual y a considerar que las relaciones sexuales sirven para el placer además de servir para la procreación. (OMS, 1975, p.6)

Desde el punto de vista de Sanz (2008), esta primera definición de salud sexual mantiene una doble articulación internamente conflictiva entre el placer y la reproducción y asocia claramente el goce físico a la comunicación interpersonal e intersubjetiva. Es una definición que relaciona la reproducción y el amor como marco apropiado, correcto, “normalizador”, de la expresividad sexual. Pero Guasch (2007, p.81) todavía es más

crítico y denuncia que esta definición “no libera al sexo, al contrario le da pautas y lo ordena”, pues entiende que el marco normalizador dado por esta primera definición de salud sexual de la OMS se asienta en la heterosexualidad que tiene cuatro características fundamentales: defiende el matrimonio o la pareja estable, es coitocéntrica, genitalista y reproductora, interpreta la sexualidad femenina desde la perspectiva masculina y persigue, condena o ignora a quienes se aparten de ella, por tanto esta definición de salud sexual legitima un orden sexual hegemónico.

Desde que la OMS da esta primera definición de salud sexual se producen una serie de cambios en la comprensión del concepto, en sintonía con los cambios que se producen en el contexto, tal y como plantea Guash (2007, p.85): "En la era del sida las normas sexuales ya no deben regular y garantizar el acceso al placer sexual, sino la supervivencia. El sida implica un cambio aparente en el control social de la sexualidad". En esta misma dirección, para Sanz, tras el desconcierto en que el sida sume a la sexualidad en los años ochenta, se llega a un momento en que es necesario llevar a cabo un reajuste hedonista del concepto inicial de salud sexual: “La sexualidad es, ahora, a la vez más importante y más precaria, es mucho más relevante para los sujetos pero se realiza en un escenario más frágil, en un espacio más inestable y fluido” (Sanz, 2008, p.7). En este periodo, además, se continúa el camino que conduce a autonomizar la reproducción del ámbito de la sexualidad y se llega al acuerdo de acuñar la noción de salud reproductiva, lo que da más especificidad erótica al campo de la salud sexual. Se prioriza, entonces, y se trata de aceptar el placer como criterio legitimador básico de la experiencia sexual en términos saludables.

En este contexto se redefine el concepto de salud sexual por la OMS en el año 2000, introduciendo los siguientes términos:

Salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los

derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos. (p.6)

Frente a la presencia simultánea de los conceptos de placer y procreación en el texto de 1975, el de 2000 elimina la referencia al término reproducción para poder situar el placer como criterio autosuficiente de salud sexual y calidad de vida de las personas (Sanz, 2008). Las diferencias entre ambas definiciones son importantes según el autor: Mientras que en la de 1975 aparecen tres términos centrales -personalidad, comunicación, amor- como garantía legitimadora y reguladora de la sexualidad `sana`, casi 30 años después se predica la salud de `experiencias sexuales`, con rasgos alejados del campo semántico del amor o la calidad de la relación interpersonal: `seguras`, se dice, y se añade (en un guiño que tiene muy en cuenta a las mujeres), libres de discriminación, coerción y violencia. (Sanz, 2008, p.8)

Esto supone añadir implícitamente la perspectiva de género e introduce la diversidad de comportamientos sexuales, ya que se habla de experiencias sexuales, por tanto dando cabida también a la perspectiva de las diversidades sexuales. A partir de esta definición se podría deducir que la salud sexual no sólo no se limita a las edades reproductivas, como tampoco exclusivamente a al funcionamiento sexual, de forma que se convierte en un aspecto de la salud integral, que abarca desde la dimensión conductual hasta la vivencial y subjetiva en el aspecto relacionado con la percepción de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; por tanto, se caracteriza por necesidades propias en cada etapa vital y momento cultural, conforme al género y a las diferentes sexualidades. No obstante, desde otro punto de vista, para Lameiras et al. (2013), esta concepción amplia de salud sexual, en principio, implica que ha de transversalizar toda nuestra dimensión sexuada, pues está relacionada -como planteábamos- con el *bienestar físico, emocional, mental y social*, incluyendo la dimensión subjetiva y la dimensión conductual, pero en la práctica sólo se tiene en cuenta la dimensión alrededor de la conducta sexual. Tal y como plantea Efigenio Amezúa (citado en Lameiras et al., 2013, p.316):

En este sentido, tras esta concepción amplia de salud, cuando profundizamos en los objetivos y actividades propuestas por estos organismos para promocionar este

nuevo concepto integral de salud sexual, comprobamos que estas palabras se convierten en pura retórica que, bajo otra apariencia, continúa situada en aquella definición de salud como ausencia de enfermedad.

Esto es coincidente con la crítica que realiza Guash (2007) a la prevalencia de los aspectos biomédicos de la salud sexual en la era del sida, al poner el foco de atención en los comportamientos y prácticas sexuales cuando afirma que “las consecuencias sociales (las funciones latentes) de la normativa sexual revelan una continuidad respecto a discursos anteriores: el control religioso de los adúlteros es sustituido por su vigilancia epidemiológica” (p.89). Una situación que se da, de la misma forma, respecto a la noción más general de ‘salud’, debido a la hegemonía del modelo biomédico occidental que se hace extensivo también a la salud sexual. Para Trinidad Bergero, Susana Asiain e Isabel Esteva (2012), el término “bio-medicina” se utiliza para hacer patente la primacía que la medicina occidental da al aspecto biológico en detrimento de la dimensión sociocultural de la enfermedad. Refieren, desde un punto de vista antropológico, que “en muchos casos se infravaloran o incluso se ignoran las relaciones que se establecen entre lo biológico, lo psicológico y lo social del individuo enfermo, produciéndose un reduccionismo biológico” (Bergero et al., 2012, p.124).

Se entiende entonces el concepto de salud sexual como una construcción histórica y cultural, en referencia a un marco social biomédico occidentalizado y reconocido a través de las instituciones de salud, con las necesidades epidemiológicas que estas instituciones presentan. En este sentido, se puede pensar, tal y como plantean Lameiras et al. (2013), que en la actualidad la salud y la “seguridad sexual” se convierten en armas de control de las identidades y de los cuerpos. Esta comprensión del concepto de salud sexual pertenece al contexto histórico-cultural de occidente, y como se ha expuesto, es una construcción que a lo largo de los años ha elaborado una compleja red normativa sobre la sexualidad. Y, aunque la conceptualización de salud sexual de 2000 de la OMS reconoce el placer subjetivo en la vivencia de la sexualidad como factor saludable y el acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad, la mayoría de las intervenciones para mejorar la salud sexual se centran en aspectos epidemiológicos, esto es, en políticas poblacionales, pretendiendo evitar los embarazos y las infecciones de transmisión sexual; por tanto, el

coitocentrismo y la genitalidad reproductora siguen siendo centrales ya que parte de un modelo de riesgos, dejando en un segundo orden la importancia de los aspectos subjetivos, identitarios y relacionales vinculados con el bienestar en la vivencia de la sexualidad, sin estar asumiendo la conceptualización amplia de la salud sexual que la propia OMS propone.

### **3. CONCLUSIONES.** Hacia dónde vamos.

Como hemos podido observar a lo largo del presente capítulo la salud sexual como concepto y su institucionalización como estrategia ha pasado desde la imposición de juicios moralistas legitimados primero por la religión, luego por la ciencia (normalidad-anormalidad) a un criterio de salud para la sexualidad que sintoniza con el planteado para la salud como completo bienestar físico, psicológico y social. Esto implica que la salud a de transversalizar la dimensión sexuada, de la identidad a la conducta.

Del acercamiento histórico de la articulación de la sexología como ciencia hasta la salud sexual se deriva una mirada sobre la sexualidad desde la cual ésta queda integrada, configurando una unidad en tres niveles: biológico, psicológico y social. Por tanto, el estudio de la sexualidad desde la dimensión de la salud supone reconocer la realidad biopsicosocial desde la que se construye, así como una perspectiva integral y abarcadora de todas las diversidades y pluralidades en las formas de posicionarse como ser sexuado en el mundo, superando el modelo médico imperante desde el que la salud se reduce a la mera ausencia de enfermedad (Lameiras et al., 2013). Para Sanz (2008), como seres sexuados y sexualizados que somos, en ella confluyen la biología (lo anatómico y fisiológico), la psicología (la personalidad, los sentimientos) y la sociología (el escenario donde la sexualidad se produce). En este sentido, Sara Velasco (2008) plantea una comprensión de la salud sexual más allá del modelo biomédico y conductual. Esta autora plantea que “es necesario incorporar marcos teóricos y enfoques que abarcan el concepto de salud integral, que consideran la salud como un proceso en el que influyen la biología, el contexto social y la experiencia subjetiva vivida” (p.5), siendo estos los elementos ineludibles del enfoque de género en salud que propone para el desarrollo de programas de salud. “Nada de lo que le ocurre a una persona es solo biológico, o solo social, o solo

psíquico” (Velasco, 2009, p.13). Lo que Velasco (2009) viene a plantear es que hay un componente biológico o constitucional, un componente psicosocial y biográfico y, finalmente, un componente subjetivo que inscribe en la vida psíquica un significado personal de los acontecimientos. El sujeto, entendido como habitante del cuerpo en el espacio psíquico, se constituye en la interacción de las tres esferas: el sujeto está condicionado tanto por el cuerpo, como por las relaciones sociales, como por su realidad psíquica. En conclusión, se trata de entender la conceptualización de la salud sexual, desde el reconocimiento de la sexualidad, como una dimensión fundamental de las personas, que incluye tanto aspectos conductuales -lo que se hace- como aspectos identitarios -lo que se es-.

Weeks (1998) sugiere que lo que nos falta no es una verdad trascendente sobre el sexo y la sexualidad, sino maneras de tratar con una multiplicidad de verdades sexuales a través de un “pluralismo radical, más que una moralidad basada en valores absolutos, necesitamos una ética pluralista, basada en la aceptación de distintos gustos, que nos permita manejar una variedad de opciones”. Pluralismo por el hecho de que existen distintos gustos, placeres y relaciones. Radical debido al apoyo de la variedad existente en un mundo cada vez más complejo. El sexo en sí no es ni bueno ni malo, sino un campo de posibilidades y potencialidades que deben juzgarse por el contexto en que ocurren. El pluralismo moral abre el camino a la aceptación de la diversidad como la norma de nuestra cultura y el medio apropiado para pensar sobre la sexualidad.

#### 4. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA.

- Amezúa, Efigenio (1999). Teoría de los sexos. La letra pequeña de la sexología. *Revista española de sexología*, 95-96.
- Bergero, Trinidad., Asiain, Susana y Esteva, Isabel (2012). Transexualidad, adolescencia y biomedicina. Limitaciones del modelo biomédico y perspectiva crítica. En O. Moreno y L. Puche (Eds.), *Transexualidad, adolescencias y educación: miradas multidisciplinares* (pp. 113-134). Madrid: Egales.
- Guasch, Oscar (1993). Para una sociología de la sexualidad. *Revista española de investigaciones sociológicas*, 64, 105-122. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/download/articulo/767350.pdf>
- Guasch, Oscar (2007). *La crisis de la heterosexualidad*. Barcelona: Laertes.
- Lameiras, María, Carrera, M<sup>a</sup> Victoria y Rodríguez, Yolanda (2013). *Sexualidad y salud. El estudio de la sexualidad humana desde una perspectiva de género*. Vigo: Sevizos de Publicacións da Universidade de Vigo.
- Laplanche, Jean y Pontalis, Jan (1993). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud. (1975). *Instrucciones y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: Formación de profesionales de la salud*, 572. Ginebra: Autor. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38329/1/WHO\\_TRS\\_572\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38329/1/WHO_TRS_572_spa.pdf)
- Organización Mundial para la Salud. (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. Actas de una Reunión de Consulta convocada por: Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, en colaboración con la Asociación Mundial de Sexología*. Guatemala: Autor. Recuperado de: [http://www.paho.org/spanish/hcp/hca/salud\\_sexual.pdf](http://www.paho.org/spanish/hcp/hca/salud_sexual.pdf)

- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Estándares de educación sexual para Europa. Marco para las personas encargadas de formular políticas educativas, responsables y especialistas de salud*. Colonia: Autor. Recuperado de: <http://goo.gl/BjNtHv>
- Rubin, Gayle (1975). El tráfico de mujeres: notas sobre la 'economía política' del sexo. *Revista Nueva Antropología*, 8(30), 95-145.
- Sanz, Marcos (2008). *Curso de formación en Salud Sexual. Tema I: Bases Históricas y Psicosociales del Hecho Sexual*. Andalucía: Iavante.
- Schutt-Aine, Jessie y Maddaleno, Matilde (2003). *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas*. Washington, DC: OPS. Recuperado de: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1010SCHsal.pdf>
- Velasco, Sara (2008). *Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud*. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer. Recuperado de: <http://goo.gl/qjEM4L>
- Velasco, Sara (2009). *Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género*. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer. Recuperado de: <http://goo.gl/cQfMGN>
- Weeks, Jeffrey (1998). *Sexualidad*. México, D.F: Paidós.

## 5. AUTOEVALUACIÓN.

1. En la Edad Media, la sociedad cristiana occidental:
  - a. Recela del placer sexual y prefiere la castidad.
  - b. La sexualidad se circunscribe al espacio matrimonial con fines reproductores.
  - c. Todo acto sexual que no tenga por fin la reproducción es considerado pecado.
  - d. Todas son ciertas.
2. Los cambios socio-políticos y económicos del siglo XVIII y XIX crean el contexto sobre el que se va a desarrollar los sesgos sobre el estudio científico de la sexualidad, estos sesgos son:
  - a. La sexualidad vinculada a la enfermedad a través de la ciencia y la doble moral.
  - b. La sexualidad a través de la jerarquización de los sexos y la condena de la sexualidad de la mujer fuera del matrimonio.
  - c. La patologización de la sexualidad, el sexismo y la heteronormatividad.
  - d. La b y la c son ciertas.
3. Entre las aportaciones de Freud a la sexología están:
  - a. Consideró a la sexualidad como eje del crecimiento y del desarrollo individual.
  - b. Desarrolló la teoría del tercer sexo, intermedio entre el varón y la mujer.
  - c. Sugiere que las perversiones son propiedad común de todas las personas.
  - d. La a y la c son ciertas.
4. En la redefinición del concepto de salud sexual dada por la Organización Mundial de la Salud en el año 2000, destaca de su conceptualización. (señala la incorrecta):
  - a. El situar el placer como criterio autosuficiente de salud sexual y de calidad de vida.
  - b. La comunicación y el amor son garantía legitimadora y reguladora de la sexualidad sana.
  - c. El predicar la salud de experiencias sexuales.
  - d.** La vinculación con prácticas sexuales libres de discriminación, coerción y violencia.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>d</b>	<b>c</b>	<b>d</b>	<b>b</b>

## **6. PRUEBA FINAL**

1. ¿Según Weeks, cuál es un primer momento clave en la evolución del significado que se le da a la sexualidad?
  - a. La Grecia antigua.
  - b. El nacimiento del cristianismo.
  - c. El mundo oriental.
  - d. El Cantar de los Cantares.
2. En los siglos XII y XIII:
  - a. La nobleza ensalzó el amor cortés y caballeresco.
  - b. La mujer se consideraba inmaculada.
  - c. Aparecen los cinturones de castidad
  - d. Todas son verdaderas.
3. Para Oscar Guasch, no es cierto que la sociedad cristiana occidental:
  - a. Recela del placer sexual.
  - b. Establezca criterios más positivos respecto a la sexualidad.
  - c. Circunscriba la sexualidad al espacio matrimonial con fines reproductores.
  - d. Prefiera la castidad.
4. En los siglos XVIII y XIX:
  - a. Se da el tránsito del teocentrismo medieval a un pensamiento filosófico antropocéntrico que da lugar a la emergencia de la racionalidad.
  - b. Surge el Humanismo en Europa y se alejan las rígidas normas en materia de sexualidad.
  - c. Se da una definición cada vez más precisa de la normalidad sexual como las relaciones heterosexuales y la consiguiente categorización de otras sexualidades como desviaciones.
  - d. Cobra importancia la Inquisición Romana.

5. En el s.XIX:
  - a. La ciencia actúa como un nuevo poder amparada en la autoridad del conocimiento.
  - b. Se pensaba que la mujer tenía nula o escasa capacidad de respuesta sexual.
  - c. Se mantiene la convicción de la educación separada entre los sexos, ya que se atribuía peligrosidad a la educación mixta.
  - d. Todas son ciertas.
6. El psiquiatra Richard Krafft-Ebing (1840-1902):
  - a. Defendió la comprensión y el tratamiento médico de las perversiones sexuales, estableciendo por primera vez la relación entre sexualidad y salud.
  - b. Entiende las desviaciones sexuales como una cuestión de pecado
  - c. Comprende las desviaciones sexuales como una cuestión de delito.
  - d. Asume que la relación sexual “normal” era una relación adulta, genital y homosexual.
7. A través del movimiento sexológico en la primera mitad del siglo XX:
  - a. Sigmund Freud (1856-1939) contribuye con sus teorías a considerar a la sexualidad como eje del crecimiento y desarrollo individual.
  - b. Havelock Ellis (1859-1939) afirma que el deseo sexual es tan válido para hombres como para mujeres y refuta la idea de que la masturbación ocasiona la enfermedad.
  - c. M. Hirschfeld (1868-1935) desarrolló la teoría del tercer sexo, intermedio entre varón y mujer.
  - d. Todas son ciertas.
8. Margaret Sanger (1879-1966), contribuye en el nacimiento del movimiento sexológico:
  - a. Realizando el primer estudio sobre la homosexualidad donde considera que es una variante de la sexualidad.
  - b. Despatologizando la sexualidad, abogando por los beneficios de la masturbación y criticando la doble moral.
  - c. Haciendo que la información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos sea un instrumento imprescindible para la emancipación de las mujeres.

- d. Creando un anticonceptivo oral, sencillo y seguro con el que prevenir el embarazo no deseado.
9. A partir de la década de los años 60 la atención de la sexología se centra en:
- a. Organizar la salud sexual con el fin de garantizar la reproducción.
  - b. Los abortos, los embarazos y las enfermedades de transmisión sexual.
  - c. La correcta función de la misma, colocándose el placer y la satisfacción sexual en un primer plano.
  - d. Ocuparse de las sexualidades no ortodoxas, para controlarlas y tratarlas.
10. W. Masters y V. Johnson (señale la falsa):
- a. Diferenciaron 4 fases en la RSH: excitación-meseta-orgasmo-resolución.
  - b. La sexualidad es una dimensión humana de comunicación y de placer, que vivida en pareja encuentra su máxima realización.
  - c. Hacen una defensa de la sexualidad de las mujeres, de la sexualidad de la vejez y de la masturbación.
  - d. Establecieron que las diferencias sexuales eran cuestión de grado, desde el celibato a la promiscuidad o desde la extremada homosexualidad a la intensa heterosexualidad.
11. En los años 70 en EEUU el renacimiento sexual enmarca algunos fenómenos de relevancia para la construcción de la sexualidad en la segunda mitad del siglo XX:
- a. La educación sexual como práctica pedagógica institucionalizada.
  - b. Se reclama la absoluta separación de sexualidad y maternidad, el derecho al placer sexual, a decidir sobre el propio cuerpo y al aborto.
  - c. El surgimiento de las terapias sexuales.
  - d. La a y la c son correctas.
12. En 1964, SIECUS (Consejo para la información y educación sexual en Estados Unidos) propugna:
- a. La educación sexual en el ámbito escolar.
  - b. Que el placer físico y sexual es un valor.
  - c. Una mirada responsable del sexo.
  - d. Todas son ciertas.

13. Guasch (2007) entiende que el marco dado por la primera definición de salud sexual de la OMS tiene estas características fundamentales: (señala la incorrecta)
- Es coitocéntrica, genitalista y reproductora.
  - Defiende el matrimonio o la pareja estable.
  - Persigue y condena la diversidad sexual.
  - Interpreta la sexualidad femenina desde la perspectiva masculina.
14. ¿Qué cambios se producen en la definición de Salud Sexual dada por la OMS en el año 2000 respecto a la dada en el año 1975?
- Elimina la referencia al termino reproducción para poder situar el placer como criterio autosuficiente de salud sexual y calidad de vida.
  - Asocia claramente el goce físico a la comunicación interpersonal e intersubjetiva.
  - Predica la salud de experiencias sexuales, seguras y libres de discriminación.
  - La a y la c son ciertas.
15. Los tres pilares que conforman la sexología como ciencia en la actualidad son:
- Las disfunciones sexuales, la diversidad sexual y la investigación en sexualidad.
  - La terapia sexual, los estudios de género y la educación sexual.
  - La diversidad sexual, la educación sexual y la terapia sexual.
  - La terapia sexual, la educación sexual y la investigación en sexualidad.
16. Entre las contribuciones del movimiento feminista en la segunda mitad del s. XX están:
- El carácter construido de la feminidad y de la masculinidad.
  - Ayudan a identificar el patriarcado como el origen de la subordinación de la mujer.
  - Reclaman la absoluta separación de la sexualidad y la maternidad.
  - Todas son ciertas.
17. Para Sara Velasco (2008) los elementos ineludibles del enfoque de género en salud son:
- El cuerpo, el régimen político y la sociedad.
  - La biología, el contexto social y la experiencia subjetiva vivida.

- c. Los medios de comunicación, el sistema sanitario y la psicología.
- d. Ninguna es cierta.

18. M. Hirschfeld (1868-1935):

- a. Se le considera uno de los detractores de la homosexualidad.
- b. Se implica política y socialmente en la penalización de los actos homosexuales.
- c. Desarrolló la teoría del tercer sexo, intermedio entre varon y mujer.
- d. La a y la b son ciertas.

19. Hacia el año 1000 a.c (señala la cierta):

- a. No existía la reprobación ante el incesto.
- b. La valoración de la mujer estaba situada como un igual frente al hombre.
- c. No se aceptaba la prostitución.
- d. La mujer era valorada por ser útil para la reproducción.

20. En la Grecia Antigua:

- a. La mujer era ciudadana de segunda categoría junto a los esclavos.
- b. Existía una actitud tolerante respecto a ciertas formas de homosexualidad masculina.
- c. Existían manuales que hacían un canto del goce sexual y de sus variedades.
- d. La a y la b son ciertas.

## RESULTADOS

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>
<b>b</b>	<b>d</b>	<b>b</b>	<b>c</b>	<b>d</b>	<b>a</b>	<b>d</b>	<b>c</b>	<b>c</b>	<b>d</b>	<b>d</b>	<b>d</b>	<b>c</b>	<b>d</b>	<b>d</b>	<b>d</b>	<b>b</b>	<b>c</b>	<b>d</b>	<b>d</b>