



UNIVERSIDAD LATINA S. C.

3344 – 25

T E S I N A

**“IMPACTO DE LA
INSATISFACCIÓN SEXUAL FEMENINA
SOBRE EL IDEAL DEL YO”.**

PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA.

P R E S E N T A:

MIRIAM YANAI LANCON BENITEZ

ASESOR: DR. ERICK GOMEZ COBOS.

CIUDAD DE MEXICO, JUNIO 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE.

Introducción.....	4
Justificación.....	11
Pregunta de investigación.....	14
Objetivo general.....	14
Objetivos específicos.....	14
Capítulo 1. Historia de la sexualidad.....	15
1.1 Prehistoria.....	15
1.2 Edad Antigua: Judaísmo, Cristianismo, Egipcios, Griegos y Romanos.....	16
1.3 Edad Media.....	17
1.4 Época victoriana/ s. XVIII y XIX.....	18
1.5 Revolución sexual.....	21
1.6 Siglo XX y XXI.....	24
1.7 Sexualidad en México.....	25
Capítulo 2. Sexualidad femenina.....	30
2.1 Breve historia de la sexualidad femenina.....	30
2.2 Género y sexualidad femenina.....	31
2.3 Derechos sexuales y reproductivos de la mujer.....	32

2.4 Liberación sexual femenina.....	33
2.5 Sexualidad femenina y psicoanálisis.....	34
2.5.1 Complejo de Edipo en la niña.....	35
Capítulo 3. Ideal del yo femenino.....	40
3.1 Narcisismo.....	40
3.2 Estadio espejo.....	42
3.3 El Yo y Yo ideal.....	42
3.4 Angustia, goce y sexualidad.....	46
3.5 Factores biopsicosociales de la insatisfacción sexual femenina.....	49
Conclusiones.....	52
Bibliografía.....	56
Apéndices.....	60
Apéndice 1.....	60
Apéndice 2.....	65
Apéndice 3.....	67

INTRODUCCIÓN.

Históricamente se ha visto que el ser humano es el principal objeto de estudio de la ciencia buscando como objetivo mantener su bienestar biopsicosocial. En 1948 la OMS definió la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, convirtiéndose en un tema importante a nivel mundial. El equilibrio entre lo físico, lo mental y lo social se ve reflejado en la calidad de vida que tienen las personas y el nivel de satisfacción acerca de esta.

Dentro del cuidado de la salud del ser humano, se encuentra la salud sexual denominada como un estado de bienestar físico, psicológico y social en relación con la sexualidad; es decir, se integran los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual en formas que sean satisfactorias y realce la personalidad, la comunicación y el amor. Requiere de la capacidad de percepción positiva y respetuosa de la misma y de las relaciones sexuales, así como la seguridad de experiencias sexuales placenteras y seguras, eliminando toda coacción, discriminación y violencia así como la libertad de decisión sobre la procreación (OMS, 2016).

La salud sexual está fundamentada en el equilibrio de tres condiciones: la primera es la capacidad para disfrutar social y personalmente de la conducta sexual reproductiva; la segunda es la constante sensación libre de vergüenza, culpa o algún factor psicopatológico que interfiera en la conducta sexual y limite la formación de relaciones socio sexuales; la tercera condición es el desempeño de una actividad sexual libre de enfermedades o trastornos orgánicos que irrumpen con la función sexual y/o reproductiva (Bataglia, Leguizamón, González y Velgara, 2014).

El Consejo Nacional de Población en 2016, señala que la salud sexual y reproductiva (SSR) es un derecho humano relacionado a la salud sexual, incluyendo todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo así como sus funciones y procesos. El nivel de acceso a la salud sexual y reproductiva (SSR) en un país refleja algunos de los principales indicadores de su nivel de desarrollo (por ejemplo, el nivel

educativo, las desigualdades entre zonas, pobreza y marginación, condiciones desfavorables y de vulnerabilidad, la inequidad de género) con las cuales el acceso a los servicios de SSR es limitado.

Para tener mayor conocimiento de la salud sexual, la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS) define en la Declaración de los Derechos Sexuales en 1997 como una parte integral de la personalidad de todo ser humano, planteó su desarrollo pleno como dependiente de la satisfacción de necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.

El estudio y conocimiento de la sexualidad no se reduce a los órganos genitales y su funcionamiento ya que abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Está influida por el funcionamiento equilibrado de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. Se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. IMSS, 2016.

La WAS indica en 1997 que para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos y las sociedades, es fundamental garantizar el ejercicio de los derechos sexuales por lo tanto están basados en la libertad, dignidad e igualdad constitutivo de todos los seres humanos. Deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios. Así mismo, incluyen el derecho de todos los individuos a acceder libres de coerción, discriminación y violencia al más alto nivel posible de salud sexual.

La Secretaría General del Consejo Nacional de Población (SG del CONAPO) en 2016 reconoce que los derechos sexuales y reproductivos son parte integral de los derechos humanos, y que su ejercicio es esencial para el ejercicio de otros derechos fundamentales para alcanzar las metas internacionales de desarrollo y de eliminación de la pobreza. Ello implica que las personas adquieran conciencia de su salud sexual y reproductiva como derecho, y de esta manera que conozcan y accedan a su preservación.

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 de El Cairo, México tomó el compromiso de atender la SSR como un derecho, esto va más allá del acceso a métodos anticonceptivos, implica garantizar el acceso universal a una SSR más sana y placentera tanto para las mujeres como para los hombres (Hernández, Muradás y Sánchez, 2014).

El CONAPO en 2016 mencionó que el estado mexicano se comprometió a dar seguimiento respecto a este tema buscando ampliar las capacidades y oportunidades a la salud y el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos para mujeres y hombres. Internacionalmente, México es signatario de los Objetivos de Desarrollo Sostenible que buscan garantizar para 2030 el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva. De igual manera ha tomado parte del Consenso de Montevideo apoyando la promoción y la protección de los derechos sexuales y derechos reproductivos como esenciales para el logro de la justicia social y de los compromisos nacionales, regionales y mundiales para el desarrollo sostenible, en sus tres pilares: social, económico y ambiental.

En el primer capítulo se hablará acerca de la historia de la sexualidad y los cambios de pensamiento en el mundo y específicamente en México en distintas épocas para tener un conocimiento más amplio ya que las ideas y prácticas en torno a la sexualidad han ido cambiando a lo largo de la historia, de acuerdo con el concepto de ser humano que han tenido las distintas sociedades y la promoción de una vida sexual saludable ha evolucionado.

Después de los primeros 1500 años después del nacimiento de Cristo, se considera que la frustración sexual es causa de enfermedades y de sufrimiento mental y existe oposición eclesiástica a los métodos anticonceptivos, además hay debates en torno a la educación sexual integral; se sostiene una moral sexual diferenciada según el género y las luchas por un mayor poder de toma de decisión sobre la reproducción ya que las mujeres son consideradas parte de las pertenencias de los varones de la familia y están destinadas a dar placer sexual y a la reproducción, mientras que los hombres tienen derecho a practicar relaciones sexuales con varias mujeres, si así lo deciden (Rojas, Peláez y Moyano, 2017. Lo anterior dio

pie a la creencia de que las mujeres necesitaban satisfacción sexual para reproducirse. En la época de Hipócrates y hasta el siglo XVIII, los médicos o parteras, practicaban el masaje genital a sus pacientes femeninas para alcanzar el orgasmo. Después la influencia de Galeno y el cinturón de castidad re direccionaron esta creencia hacia confinar o perjudicar los genitales femeninos, teniendo en cuenta que esto dificulta la higiene y provoca graves úlceras (Garriga, 2015).

Lo anterior indica que socialmente el cuerpo femenino ha sido una construcción histórica que incluye una serie de creencias de inferioridad hacia la mujer ya que la sexualidad de las mujeres se vive de forma diferente que la de los hombres. A pesar de que ambos experimentan sensaciones como la atracción, el deseo, la excitación o el orgasmo, los permisos sociales para vivir y disfrutar de las sensaciones y el placer no son los mismos. Durante siglos las mujeres han vivido un erotismo sexuado en una sociedad falocéntrica y héteronormada a expensas del orgasmo de los hombres.

En el segundo capítulo la investigación se enfocará en la sexualidad femenina y la insatisfacción de la misma así como los factores biopsicosociales que la rodean y la importancia del conocimiento sobre este tema como un problema de salud mental.

Garriga en 2015, indica que uno de los primeros interesados en la sexualidad femenina fue Freud, quien postulaba en su teoría que el sexo único era el masculino indicando que la mujer debe reconocer la superioridad del hombre y su propia inferioridad y debe adoptar la actitud femenina normal: pasividad, masoquismo, docilidad y dependencia; también habló acerca de la envidia del pene, y el clítoris como castración femenina dando como resultado la renuncia al placer. Fue hasta que realizó estudios acerca de la histeria en donde dio mayor importancia a un conocimiento más completo de la sexualidad femenina. Estas formas de pensamiento tienen origen en un pasado en el que tuvieron su razón de ser y que forman parte de la cultura de las sociedades perteneciendo a una herencia cultural que podemos elegir practicar o no. En México se han transformado comportamientos y conductas sociales brindando condiciones de

mayor equidad para las mujeres en temas de sexualidad, esto se ha logrado a través de la búsqueda de indicadores y aplicación de estudios que reflejen la realidad actual acerca de este tema (CONAPO, 2016). Las necesidades sexuales en el ser humano no son solamente un impulso hacia la reproducción, sino que involucran una serie de sentimientos, cultura y emociones como la autoestima, el placer, la moral, las costumbres, la religión, las concepciones filosóficas, todos y cada uno de los elementos que constituyen nuestra identidad y nuestra vida en sociedad.

El estudio de la salud sexual llevó a la OMS a definir la disfunción sexual en 1992 como la dificultad o imposibilidad del individuo de participar en las relaciones sexuales tal como lo desea. El IMSS en 2016 indica en el manual “Hablemos de sexualidad” que los problemas de salud sexual en general provienen de situaciones que exigen medidas concretas que permitan la identificación, prevención y tratamiento de dichos problemas y su resolución.

En relación a esto, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), divide las distintas alteraciones sexuales en: trastorno del deseo, trastorno de la excitación, falla orgásmica y dolor sexual. La clasificación que divide las alteraciones sexuales no solo determina procesos psicológicos sino también orgánicos (Ortega, Arévalo y Espinoza, 2016).

De acuerdo al Índice de Satisfacción Sexual (ISS) el 59.3% de la población reportó estar satisfecha, mientras que el 40.6% reportó estar insatisfecha. Cibrián, Cadena, Ledesma y Martínez, 2016. Es importante mencionar que una de las alteraciones sexuales es la disminución o ausencia de deseo sexual, la cual es más común en las mujeres. En 2015 Kingsberg y Woodard mencionan que su origen puede abarcar dificultades biológicas o psicológicas que alteran la calidad de vida de las mujeres, el sentido de bienestar y relaciones interpersonales. También se menciona en diversos estudios e investigaciones sobre sexualidad femenina que mujeres con trastornos sexuales tuvieron decrementos significativos en su estado de salud mental además de que algunas otras experimentan más problemas médicos comórbidos y muestran ser más propensas a presentar fatiga, depresión y una calidad de vida más baja; además

expresan estados emocionales o psicológicos negativos, los cuales incluyen frustración, desesperanza, ira, disminución de autoestima y pérdida de femineidad.

En otro estudio, Garriga en 2015, afirma que de un 25 a un 30% de mujeres tiene problemas para alcanzar el orgasmo durante la penetración y un 10% no lo consigue nunca, ni con masturbación. Por otra parte el 67% de las mujeres heterosexuales reconocen simular el orgasmo durante las relaciones pene-vagina; de estas, el 55% admitió simularlo durante la relación sexual; el 8% durante el sexo oral; y el 4% durante la estimulación manual.

En el 2012 es el primer momento de la historia en que se empiezan a publicar más artículos científicos sobre disfunción sexual femenina que masculina. La sociedad está evolucionando y el placer sexual ya no se concibe como más importante para el hombre que para la mujer. Del porcentaje de mujeres que sienten tener algún problema en su sexualidad (43%) es significativamente mayor que el de hombres (31%). Estos datos reafirman que la sexualidad femenina es mucho más compleja que la masculina (Garriga, 2015).

En 2014, se realizó la Validación de Escala de Inhibición Sexual, en donde los resultados indicaron que las mujeres informan tener distracciones durante las interacciones sexuales debido a preocupaciones relacionadas con la ejecución o la imagen corporal y en consecuencia, tienen orgasmos menos consistentes y menor satisfacción sexual.

Como ya vimos en diversos estudios, existen dificultades sexuales debido a la imagen corporal e inseguridades que manifiestan las mujeres tomando en cuenta las vertientes biológicas y sociales, esto tiene relación con la identidad de conciencia, autopercepción y seguridad en sí mismas; por lo cual en el tercer capítulo se hablará acerca del desarrollo sexual femenino y el ideal del yo, definido por Laplanche y Pontalis en el Diccionario de Psicoanálisis, 1996, como: “Instancia de la personalidad que resulta de la convergencia del narcisismo (idealización del yo) y de las identificaciones con los padres, con sus

substitutos y con los ideales colectivos. Como instancia diferenciada, el ideal del yo constituye un modelo al que el sujeto intenta adecuarse”.

Garriga en 2015, señala que dificultades como el miedo a no gustar, a no estar a la altura por no gozar como debería ser, estar más preocupadas por el placer del otro que por el propio o fingir orgasmos están relacionadas e impactan en diversas categorías como: problemas con la pareja, socioculturales, médicos y psicológicos; el enfoque de esta investigación se centralizará en los últimos, dentro de los cuales están: la ansiedad, miedos, baja autoestima, insatisfacción propia y traumas del pasado.

En el cuarto capítulo de esta investigación se explorará la relación de la sexualidad, la insatisfacción sexual femenina y el ideal del yo; así como, sus consecuencias psicológicas; tomando como objetivo principal responder la pregunta de investigación planteada: ¿Cuál es el impacto psicológico de la insatisfacción sexual femenina sobre el ideal del yo?

JUSTIFICACIÓN.

En mi experiencia profesional dentro de la rama clínica de la psicología al dar seguimiento y asesoría psicológica vía telefónica en su mayoría a mujeres usuarias de medicamentos para reducción de peso, encontré que gran parte de ese número de pacientes expresaban sentir que su cuerpo no es atractivo ya que, según sus creencias e ideales individuales, no cumple con lo establecido en temas de belleza o estética.

La imagen y sentimientos que estas pacientes expresaban de sí mismas estaban enfocados al rechazo mencionando, que no sentían comodidad con su cuerpo y los pensamientos que esto generaba, es por ello que buscan una reducción de peso mediante herramientas externas como los medicamentos, con la creencia que de esa manera lograrán recuperar una buena imagen de sí mismas que consideran en algún momento haber tenido.

Parte de estos discursos hacen referencia al pensamiento de un ideal de su imagen corporal y vida cotidiana en donde empezaron a notar conflictos, siendo recurrentes los problemas de pareja en cuestiones sexuales (vida sexual activa pero sin satisfacción) y la experimentación de cambios de ánimo aparentemente sin motivos identificados, enfocados al rechazo de su imagen corporal. Estos temas fueron complicados en su expresión, mencionando que consideran que a pesar de su incomodidad e insatisfacción sexual, es normal sentirse de esa manera; enfatizando en el discurso que eso les dictaba la cultura social en la que crecieron y fueron educadas.

Lo anterior me motivó a adentrarme en la investigación de la sexualidad femenina y la insatisfacción sexual ya que noté que gran parte de los cambios de ánimo que se expresaron en las llamadas de seguimiento, tenían relación con la imagen propia y eran constantemente expresados al rededor del tema del malestar sexual que presentaban las pacientes.

La sexualidad y la satisfacción sexual son parte importante de la salud del ser humano, en donde existen posibilidades de padecer alteraciones que pueden afectar el bienestar físico, mental, social e individual, lo que se convierte en un problema de salud a nivel mundial en distintas poblaciones.

Como sabemos, los temas relacionados a la sexualidad humana han sido motivo de represión y tabú en las formas de pensamiento predominantes en diferentes periodos históricos teniendo peculiar énfasis en el género femenino. Alrededor de la segunda mitad del siglo XX tuvo inicio la revolución sexual en su conceptualización, estudio y expresión después del dominio de la iglesia en la Edad Media y la imposición de la moral victoriana caracterizada por la cultura del recato.

Freud en 1917 menciona lo complejo que es delimitar con exactitud el concepto de “lo sexual” ya que esto indicaría que es todo aquello relacionado con las diferencias que separan los sexos siempre tomando como punto central el acto sexual y todo lo referente a la intención de obtener un goce por medio del cuerpo y, en particular, de los órganos genitales opuestos a los que se poseen. Para mayor practicidad y englobamiento de todas las necesidades sexuales, tal definición daría cuenta de la oposición de los sexos, la consecución del placer, la función procreadora y el carácter catalogado como indecente de una serie de actos y de objetos que deben ser silenciados. Esto ha sido un pilar importante en el estudio y concepto de la salud sexual del ser humano.

Actualmente continúa la extensión y desarrollo de la liberación sexual logrando la eliminación de tabús, mediante el estudio de la misma en el área de la salud. Se han realizado diversos estudios e investigaciones a nivel mundial acerca de la salud sexual, satisfacción y sus alteraciones enfocándose mayormente en el género masculino. Incluso las empresas farmacéuticas han desarrollado medicamentos para estimulación y disfrute sexual de este género. Sin embargo, la insatisfacción sexual femenina es la más común en temas de salud y el impacto psicológico que ésta genera ha tenido menor prevalencia de

estudio debido a su complejidad trayendo como consecuencia que la incomodidad psicológica ante esta situación sea una constante en la alteración del bienestar y la calidad de vida actual de muchas mujeres.

La perspectiva de género en las sociedades continúa ignorando las diferencias entre el placer masculino y femenino dando pie a un conjunto complejo y generalizado de normas. Diversas organizaciones como la Asociación Mundial de Sexología (WAS) y el Instituto Mexicano de Sexología A.C. (IMESEX) han participado activamente en la defensa de los derechos sexuales declarando que el derecho a la sexualidad satisfactoria se sigue reconociendo en las sociedades únicamente en el marco de la reproducción humana.

Con base en las consideraciones anteriores, esta investigación se llevó a cabo desde una perspectiva psicoanalítica debido a que para el psicoanálisis, la sexualidad se caracteriza por las diversas formas de los impulsos que buscan caminos para su satisfacción dentro de un contexto cultural y de relaciones humanas teniendo gran importancia respecto a su estrecha relación con los malestares psicológicos como consecuencia del estancamiento de energía libidinal que origina los síntomas psíquicos y somáticos (Reich, 1985). Esta investigación está enfocada particularmente sobre el ideal del yo, el cual es un concepto desarrollado únicamente en esta forma de pensamiento. De igual forma está concentrada en el género femenino; debido a que a pesar de que continúa en desarrollo la liberación sexual y que la participación de la mujer ha tomado mayor fuerza socialmente, no se cuenta con posibles soluciones. Por lo cual, el conocimiento que se recabe puede brindar herramientas a las mujeres y profesionales de la salud en temas de educación sexual para mejorar su calidad de vida y perspectiva de sí mismas en temas de satisfacción y salud.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es el impacto psicológico de la insatisfacción sexual femenina sobre el ideal del yo?

OBJETIVO GENERAL:

Explorar el impacto psicológico que desencadena la insatisfacción sexual sobre el ideal del yo en el género femenino.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Revisar los elementos históricos relacionados con la sexualidad femenina.
- Identificar los factores biopsicosociales de la insatisfacción sexual femenina.
- Explicar la insatisfacción sexual femenina como un problema de salud mental.
- Describir la relación del ideal del yo con el funcionamiento sexual femenino.

CAPÍTULO 1.

HISTORIA DE LA SEXUALIDAD.

El concepto de la sexualidad ha estado sujeto y moldeado por la gama cultural, ideologías y contextos socio-históricos en que se desarrolló. En este capítulo se revisará la conceptualización de la sexualidad a lo largo de la evolución de las formas de pensamiento en la historia tanto a nivel mundial como en México.

1.1 Prehistoria.

Se ha mencionado que durante la época de la prehistoria, la forma en la que los humanos vivían y expresaban la sexualidad era mediante la promiscuidad sexual primitiva. En esta se dividieron dos etapas: la monogamia natural en la cual la vida sexual del humano era regulada por los períodos de acoplamiento y la monogamia que tenía como finalidad el aseguramiento del patrimonio familiar. Esta última, prevalece con el advenimiento de la agricultura y ganadería teniendo como consecuente el surgimiento de la propiedad privada (Vera, 1998).

El hombre primitivo, en épocas prehistóricas en las cuales la forma de comunicarse eran limitadas, buscó la manera de expresar su sexualidad no solo a través del comportamiento primitivo sino también a través del arte; Arango de Montis en 2008 menciona que en las cuevas de Lesceaux y Mongolia se han encontrado pinturas rupestres realizadas durante la Edad de Piedra tardía en las que se observa a un hombre con el pene erecto frente a un bisonte y a su lado aparece una lanza caída y en algunas otras se representan a hombres cazando con el pene erecto.

De igual forma en una investigación llevada a cabo en la INAH por Peña, Hernández y Ortiz durante 2009, se ha hecho énfasis en las representaciones de los cuerpos femeninos del Paleolítico Superior europeo en “figurillas de Venus” como una apreciación erótica para la excitación masculina. También se llegó a interpretar desde una postura androcéntrica e incluso misógina, que estas figurillas eran

entregadas a los hombres como “premios” por raptos, violación o incluso asesinato de mujeres, lo cual evidencia la fuerte tendencia androcéntrica e, incluso, sin exagerar se podría decir que hasta misógina.

1.2 Edad Antigua: Judaísmo, Cristianismo, Egipcios, Griegos y Romanos.

Durante la antigüedad, la forma de vivir la sexualidad evolucionó dando una visión más compleja en formas de pensamiento como el judaísmo, el cristianismo, la cultura egipcia, griega y romana.

Indica Vera en 1998 que para el judaísmo, las normas encargadas de regular la conducta sexual se encuentran en el Antiguo Testamento donde se establece la prohibición del adulterio, la homosexualidad, el incesto y aparece el tabú de la desnudez. Las mujeres eran consideradas como objetos sexuales y tenían la función de procrear, perpetuar y servir a los hijos, se le exige virginidad y fidelidad a su esposo sin importar su propio placer y necesidades; además tenía el “privilegio” de compartir sexualmente a su esposo con otras esposas secundarias; sin embargo si ella era infiel era apedreada.

Por otra parte, el cristianismo designaba la sexualidad como algo impuro debido a que se convirtió en la religión oficial del imperio romano teniendo como consecuencia la evolución a una fuerza política y represiva. Sin embargo en culturas del oriente se buscaba el conocimiento y desarrollo de las funciones sexuales así como la expresión del erotismo (INPPARES, 2002).

Una de las culturas representativas de la evolución de la sexualidad fue la egipcia en donde hay énfasis en la impotencia sexual y sus numerosos remedios; ya que la erección representaba fortuna y fortaleza. El desarrollo sexual durante la adolescencia daba paso a la permisión del incesto y la circuncisión (Arango de Montis, 2008).

Tanto para griegos como latinos, el desarrollo de una sexualidad plena era de gran importancia por lo que buscaban constantemente cumplir con el ideal de la vida sexual a través de la educación y exaltación del erotismo; siempre enfocado a la masculinidad. Por ejemplo, menciona Vera en 1998, el comportamiento sexual tenía mayor apertura y tolerancia con la homosexualidad masculina pero con la introducción de la moral estoica en la época del imperio, esto motivó a pensadores y gobernantes a

condenar las conductas sexuales. Por otra parte en ambas culturas el acto sexual llegó a considerarse como una manifestación religiosa y por tanto se realizaban orgías dedicadas a los dioses como rituales del amor. La visión que se tenía acerca de la sexualidad femenina era diferente debido a que las mujeres eran vistas como ciudadanos de segunda categoría, reduciendo su comportamiento sexual únicamente al proceso de reproducción; las mujeres que se encontraban solas llevaban a cabo la “prostitución sagrada”, acto con el cual atraían favores de las diosas protectoras del pueblo. También la mujer debía ofrecer su virginidad y fertilidad a deidades a través de la unión con un sacerdote o extranjero lo cual tuvo como consecuencia la simple venta del cuerpo femenino.

El discurso sobre el sexo en Grecia se ligaba a la pedagogía debido a que se consideraba el soporte de la iniciación en el conocimiento. A partir de esto, se producía una verdad acerca del sexo y se ligaba a la confesión por su expresión obligatoria del secreto individual que ha empezado a ser reprimido, teniendo como consecuencia la relación entre el poder, el saber y la sexualidad en la sociedad.

1.3 Edad Media.

Durante los siglos V a XV posterior a la Edad Antigua, la iglesia tomó poder de la forma de pensamiento por lo que las ideas relacionadas a la sexualidad tuvieron una importante evolución hacia la represión. En esta época el matrimonio monógamo era refrendado por la iglesia y el instinto y actos sexuales fueron considerados como demoniacos. Esto dio origen a la Santa Inquisición en donde aparecen los cinturones de castidad como prevención de infidelidad por parte de las mujeres. Se consideraba que los excesos sexuales traían consigo los castigos celestiales como las enfermedades de transmisión sexual, los cuales aparecieron en Europa a finales del siglo XV (Vera, 1998).

Foucault en 1998 menciona que desde la Edad Media se posicionó la confesión como ritual de la producción de verdad sobre el sexo, este fue el inicio de un estudio profundo y aceptable socialmente sobre lo prohibido: “scientia sexuales”.

1.4 Época victoriana/ s. XVIII y XIX.

La introducción del estudio del sexo en la ciencia a finales del siglo XVI dio forma a la construcción de una ciencia de la sexualidad dando paso a la tolerancia con lo llamado ilícito en el siglo XVII en donde las prácticas sexuales ya no se disfrazaban y la franqueza era la moneda corriente. A partir de esto iniciaría la represión propia de las sociedades burguesas coincidiendo con el desarrollo del capitalismo. Hacer mención sobre temas sexuales se convirtió en algo complicado y costoso, las sociedades burguesas introdujeron la práctica de la confesión como una regla para todos. En las confesiones no solo se buscaba conocer los actos contrarios a la ley sino también los deseos sexuales teniendo como consecuencia que la contrarreforma diera mayor importancia a la penitencia de los pecados relacionados con las insinuaciones de la carne (Foucault, 1998).

Menciona Foucault en 1998, que el sexo se convirtió en algo que se administra y juzga por parte del poder público y llegó a ser un asunto de la policía. En el siglo XVIII una de las novedades del poder fue el surgimiento de la población (riqueza, mano de obra o capacidad de trabajo) como problema económico y político en el equilibrio entre su crecimiento y los recursos disponibles. Surgió así el análisis de la tasa de natalidad, la edad de matrimonio, los nacimientos legítimos e ilegítimos, la precocidad y la frecuencia de las relaciones sexuales, las relaciones fecundas o estériles, el efecto las prohibiciones y la incidencia de las prácticas anticonceptivas.

Durante los siglos XVIII y XIX, las conductas sexuales como la masturbación, eran consideradas inapropiadas dando pie a la descripción de estos actos como patológicos o de desviación sexual en el ámbito científico tomando el papel de los depositarios de la moral burguesa. Todo acto sexual que no tuviera como finalidad la reproducción era considerado como “sexualidad anormal” y se ligaba al concepto de enfermedad, la iglesia por su parte daba importancia a la formación de familias sin olvidar que el sexo no era algo de lo que pudiera disfrutarse sino una desafortunada necesidad. Por el contrario en la clase alta se disfrutaba del amor libre y en las grandes ciudades europeas se contaba con numerosos

grupos de prostitutas aunque en esta época se aprobaron las primeras leyes sobre la prohibición de la pornografía (Vera, 1998).

En 1998 Foucault retoma el tema de la prohibición de las conductas sexuales no permitidas mencionando que éstas no desaparecieron del todo sino que se llevaban a cabo en lugares con tolerancia: el burdel y el manicomio. La vida sexual de la población se convierte en un objeto de análisis biológico, económico y político. Durante el siglo XIX, el estudio del sexo se llevó a cabo en la biología de la reproducción siguiendo la línea de la normatividad científica general y en la medicina el sexo que obedeció a otras reglas de formación definiendo una norma de desarrollo de la sexualidad desde la niñez hasta la vejez con la especificación de todos los posibles desvíos; con lo anterior se inició la condena judicial por pequeñas perversiones y las irregularidades sexuales se relacionaron a la enfermedad mental.

Arango de Montis en 2008, hace referencia a las enfermedades causadas por el onanismo (masturbación) y el deseo carnal dando forma a la época de “cruzadas antisexuales” en donde se recomendaba una serie de recetas dietéticas, abstinencia sexual, enemas para purificación y desintoxicación del cuerpo. Se dio a conocer la creencia de que al comer carne se encendían las pasiones del cuerpo y el deseo por lo que se debía abstener de ella y modificar la dieta de la población a alimentos basados en harinas, esto se manifiesta con el científico Harvey Kellogg quien transformó la harina molida de maíz en hojuelas tostadas. Kellogg se mostró promotor de la anti masturbación diseñando la circuncisión sin anestesia, la suturación del prepucio con alambre de plata para evitar erecciones y la aplicación de ácido carbólico puro en el clítoris en las mujeres; esto fue desarrollado a la par del movimiento eugenésico en el que se buscaba la mejoría de raza y el control científico de la reproducción para la cura de los malestares sociales.

De esta manera Szasz y Lainer en 1998 indican que en la sexualidad se distinguen la producción y reproducción de la vida cotidiana en donde por un lado se tiene la reproducción material y por otro la producción de seres humanos para la propagación de la especie.

Foucault por su parte en 1998 retoma las relaciones del sexo y el poder formulando los términos de represión en donde menciona que el sexo es destinado a la prohibición, inexistencia y mutismo y quien transgreda esta represión marcada socialmente se coloca fuera del poder; definiendo este último como ser represivo y reprimir particularmente las energías inútiles, los placeres y su intensidad y las conductas irregulares. A finales del siglo XVIII e inicios del XIX, las prácticas sexuales se regían por tres códigos: el derecho canónico, la pastoral cristiana y la ley civil con lo que continuaba la división de lo lícito y lo ilícito; estos códigos se centraron mayormente en las relaciones matrimoniales y la correcta ejecución de los deberes conyugales para evitar la condenación y dando a la pareja legítima una mayor discreción, para lo cual se enlistaron los pecados graves como son: las relaciones extramatrimoniales, el incesto espiritual o carnal, la sodomía, la homosexualidad, adulterio y el matrimonio sin consentimiento de los padres.

Se da inicio a las interrogantes sobre la sexualidad de los niños, los locos y los criminales, con esto se inician los dispositivos de saber y poder generando grupos estratégicos. La primera es la histerización del cuerpo de la mujer calificándolo de saturado de sexualidad e integrado bajo el efecto de una patología interior y puesto en comunicación orgánica con un cuerpo social donde su función es cumplir con la aseguración de una fecundidad regulada y la responsabilidad biológico- moral de la educación y vida de los niños. El segundo es la pedagogización del sexo del niño, la cual se manifiesta mayormente en la lucha contra el onanismo en occidente debido a que los niños pueden entregarse a una actividad sexual indebida y a la vez “natural” trayendo consigo peligros físicos, morales, colectivos e individuales. El tercero es la psiquiatrización del placer perverso, para lo cual se aplicaron las prácticas de control de nacimientos analizando todas las formas de anomalías que afectaban la normalización y patologización de la conducta entera y se buscó tecnología correctiva. Este dispositivo de reglas estuvo orientado a la homeostasis del cuerpo social (Foucault, 1998).

En el siglo XVIII, la pedagogía y la medicina perdió la ubicación ritual y exclusiva después del protestantismo y la contrarreforma; se implementaron los interrogatorios, consultas, cartas y relatos autobiográficos que fueron publicados y comentados por lo que ya no se trataba únicamente de hablar del acto sexual sino de los pensamientos, obsesiones, deseos y la calidad de placer que contenía. Se llegó a la necesidad de la construcción de una “fuerza de trabajo” en la que la fuerza de la población no se gastaría inútilmente sino que se centraría en el solo trabajo y se aseguraría la reproducción de la población debido a que no se poseían medios suficientes de subsistencia para permitir a la población vivir sin trabajar. De esta manera la explotación del trabajo asalariado se canaliza hacia los circuitos controlados de la economía a través de la desublimación sobrerrepresiva. Esto supone que tal represión y control sexual fueron mayormente intensos y cuidadosos en las clases pobres para el aprovechamiento de energías disponibles del placer hacia el trabajo; sin embargo ocurrió al contrario, ya que estas técnicas rigurosas se aplicaron inicialmente y con mayor rigor en las clases económica y políticamente privilegiadas (Foucault, 1998).

Freud, 2018. Menciona que una de las misiones educativas de la sociedad es lograr que el instinto sexual (como una necesidad de procreación) se dirija de forma individual hacia una voluntad obediente a las reglas sociales que lo refrenen, limiten y dominen. También se muestra interés en el desarrollo de la necesidad sexual en el niño debido a su manifestación precoz que rompería toda la obra de la civilización. La finalidad de los educadores es dar a la vida infantil un carácter asexual que se ha llegado a fundamentar, incluso en la teoría científica haciendo de lado que los niños hacen valer sus derechos animales con toda ingenuidad.

1.5 Revolución sexual.

Con la educación represora, se dio sentido a lo sexual como algo indecente de lo que no se debe hablar entre personas correctas (Freud, 2018).

Reich en 1985 hace mención acerca del resultado de la sublimación de la energía sexual infiriendo lo indispensable de la represión y renuncia sexuales en todo proceso cultural retomando el punto de vista freudiano: la existencia de la cultura es gracias a la represión y renuncia del instinto, aunque por otra parte la represión sexual no sólo es patológica sino también es causa de incapacidad para el trabajo y la cultura lo que desató que las sociedades enfurecieran al dar cuenta de la amenaza hacia las costumbres y moral reprochando a Freud su predicación de la liberación sexual que terminaría arruinando la cultura. Reich menciona que al sanar al individuo se podía sanar a la sociedad entera sin dejar de lado que la lucha contra la represión sexual era de carácter político.

La apertura del estudio de la sexualidad dio paso a que los primeros científicos sociales tuvieran una base privilegiada para indagar sobre los orígenes de la sociedad humana (Weeks, 1998).

El término “sexualidad” como tal apareció a principios del siglo XIX como un hecho que no debía subestimarse o sobre interpretarse y se estableció el uso de la palabra en relación con el desarrollo de conocimientos en temas de biología de la reproducción así como variantes individuales y sociales del comportamiento (Foucault, 2013).

Refiere Vera en 1998, que se puede decir que Freud fue quien dio inicio al modernismo sexual como respuesta a las leyes y normas rígidas durante la época victoriana. Posteriormente la comunidad científica partió del hecho de conocer la anatomía y fisiología para poder tener un conocimiento más amplio sobre la sexualidad por lo que iniciaron estudios controlados de laboratorio con individuos con y sin problemas sexuales acerca de su respuesta sexual.

Con el inicio de la liberación sexual, Marcuse en 1983 menciona que en la regresión hacia el esparcimiento de la libido (energía), sería notoria la reactivación de todas las zonas erógenas y en consecuencia resurgiría una sexualidad polimorfa pre genital y una declinación de la supremacía genital. Esto convertiría al cuerpo en un objeto de catexis permitiéndole ser un instrumento de placer, sin dejar

de lado el hecho de que la liberación de los instintos podría llevar a una sociedad de maniacos sexuales con personalidad erotizada.

Los principios morales severos fueron prueba de la insatisfacción de las necesidades biológicas de la humanidad, principalmente sexuales, debido a que toda ley y reglamentación moral es caracterizada por la negación de lo sexual y opresora de las necesidades naturales. Por otra parte la revolución social tiene como objeto urgente el posibilitar la satisfacción de las necesidades de sexualidad natural humana (Reich, 1985).

Freud, 2018. Menciona que existen grupos de individuos con vida sexual notoriamente diferente de la considerada como “normal” ya que únicamente individuos de su mismo sexo podrían llegar a fungir como objeto de sus deseos sexuales, estos grupos de personas son llamados homosexuales o invertidos de los cuales sus representantes científicos se dieron a sí mismos la categoría de un “tercer sexo”.

Indica Reich en 1985 que todo paciente tiene un conflicto entre lo instintivo y lo moral, el cual se representa en las condiciones de represión sexual en la neurosis. La represión de las exigencias sexuales de los pacientes aumenta con respecto a las obligaciones morales de sí mismo y la influencia social bajo la cual se encuentra; el paciente reconoce la urgencia y la indispensable satisfacción genital durante el proceso de cambio estructural por lo que se libera de la fuerza moral y la represión de las necesidades instintivas bajo las cuales se ha regido convirtiéndose en un individuo sano que ya no tiene impulsos que necesiten de inhibiciones morales.

El principio bajo el cual se rigen las sociedades autoritarias que están en fase de transición a una sociedad libre es: la autorregulación de las necesidades biológicas naturales y su economía sexual y la reglamentación moral para los impulsos calificados como secundarios y antisociales. Esto conduce al objetivo de la revolución sexual de tal manera que pueda poner fuera a los impulsos secundarios y a la coerción moral que los origina para que de esta manera se de paso a la autorregulación y economía sexual formando la total armonía entre civilización y lo natural (Reich, 1985).

Los moralistas predicán la moral coercitiva que trae consigo la miseria sexual como lo indicó Reich en 1985 y por otra parte la reforma sexual se esfuerza por aliviar dicha miseria vista como la prostitución, enfermedades venéreas, corrupción, aborto, crímenes sexuales y neurosis; propone eliminar las condiciones de la sexualidad que surgen de hechos económicos y son manifestados en trastornos psíquicos en la población convirtiendo la sexualidad en un instrumento no solo de procreación sino también de desarrollo individual con un mayor aprecio de la existencia.

1.6 Siglo XX y XXI.

Con el surgimiento de la reforma sexual, en el siglo XX se inició también con el movimiento de liberación femenina tanto social como sexual teniendo como consecuencia posicionar a la mujer en un plano de igualdad con el hombre (INPPARES, 2002).

En el año 1997, se llevó a cabo en Valencia, España el 3er. Congreso Mundial de Sexología en donde fue proclamada la declaración de los derechos sexuales de la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS) y posteriormente se realizó una revisión en 1999 la cual fue aprobada en Hong Kong por la Asamblea General de la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS).

En el Apéndice Los derechos sexuales establecidos y revisados por la WAS son:

1. Derecho a la igualdad y a la no- discriminación
2. Derecho a la vida, libertad y seguridad de la persona.
3. El derecho a la autonomía e integridad del cuerpo.
4. Derecho a una vida libre de tortura, trato o pena crueles, inhumanos o degradantes.
5. El derecho a una vida libre de todas las formas de violencia y coerción.
6. El derecho a la privacidad.
7. El derecho al grado máximo alcanzable de salud, incluyendo la salud sexual que comprende experiencias sexuales placenteras, satisfactorias y seguras.
8. El derecho a gozar de los adelantos científicos y de los beneficios que de ellos resulten.

9. El derecho a la información.
10. El derecho a la educación u ñ derecho a la educación integral de la sexualidad.
11. El derecho de contrarar, formar o dissolver el matrimonio y otras formas similares de relaciones basadas en la equidad y el pleno y libre consentimiento.
12. El derecho a decidir tener hijos, el número y espaciamiento de los mismos, y a tener acceso a la información y los medios para lograrlo.
13. El derecho a la libertad de pensamiento, opinion y expression.
14. El derecho a la libre asociación y reunion pacíficas.
15. El derecho a participar en la vida pública y política.
16. El derecho al acceso a la justicia y la retribución y la indemnización.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) en 2014 señala que en Yogyakarta, Indonesia se llevó a cabo una reunión en el año 2007 con la finalidad de elaborar una declaración de principios acerca de la discriminación por orientación sexual e identidad de género. Esto surgió a raíz de violaciones a los derechos humanos de quienes se perciben como ajenos a la hetero-normatividad dando origen a los Principios de Yogyakarta. De manera consecuente se aceptaron socialmente, de manera limitada, los matrimonios entre personas del mismo sexo siendo un paso fundamental para la normalización de la actividad sexual entre hombre y mujeres siendo Holanda el primer país en aprobar esta medida en 2001. México por su parte aprobó estas uniones en 2013 en la capital del país.

1.7 Sexualidad en México.

La investigación sobre temas de sexualidad en México surgió en 1986 como consecuencia de la epidemia de SIDA, que no tuvo un grupo específico de afectación sino los patrones culturales de la iniciación de las mujeres en la procreación en consecuencia del significado que se le dio al género y la sexualidad con el escaso uso de anticonceptivos. Posteriormente fue notorio el avance del papel de la mujer internacionalmente teniendo un enfoque en la salud reproductiva y derechos humanos con énfasis en la

autonomía personal y equidad de las relaciones humanas así como los avances en las ciencias sociales y de la salud (Szasz y Liguori, 1996).

A pesar de las dificultades presentadas en las investigaciones en temas de sexualidad, México fue país pionero en América Latina en introducir temas de educación sexual en nivel primaria, en 1974 en quinto año se empezó a hablar sobre reproducción sexual humana, pubertad y educación sexual reproductiva, mientras que en la secundaria se hablaba de la prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual; sin embargo en estados como Aguascalientes y San Luis Potosí se quemaban los libros de texto debido a esto (Rodríguez, 2004).

Refieren Szasz y Lainer en 1998, en el transcurso de octubre de 1991 la Unión Nacional de Padres de Familia (UNPF) arremetieron en contra de la educación sexual en nivel escolar secundaria emitiendo fuertes críticas hacia el secretario de educación, Manuel Barlett, calificando como “enfermos mentales” a los integrantes de CONASIDA por proporcionar información sobre el condón. Por otra parte, se fundó el “Comité Nacional Provida” en 1978 para rechazar la propuesta de despenalización del aborto.

Se requiere de un esfuerzo teórico para el estudio de la sexualidad en México como refieren Szasz y Liguori en 1996, ya que el contexto mexicano tiene como característica la diversidad de raíces culturales y desigualdad económica. La iglesia católica medieval y su interacción con las culturas indígenas son las raíces de la normatividad sobre el género y la sexualidad. Algunos obstáculos de las investigaciones son los prejuicios sexuales que dificultan la documentación total de los comportamientos gracias al significado social sobre la sexualidad y las resistencias provocando sesgos en la visión de los propios investigadores que forman parte de las construcciones culturales sobre el cuerpo y la sexualidad.

Durante el periodo colonial la influencia de la moral católica fue una dificultad para el estudio de la sexualidad ya que provocó que las referencias a las prácticas sexuales se hicieran críticamente. En la Nueva España era reconocida la religión católica como oficial por parte del Estado, apoyando el concepto del matrimonio como un vínculo único e indisoluble en donde la vida sexual es legítima únicamente

dentro de este vínculo y con fines de procreación. Por tanto la vida sexual de los pueblos mesoamericanos antiguos se guiaban con esos conceptos desde el momento de la conquista española. Durante el siglo XVI se comparaba a los indios del Nuevo Mundo con la cultura de los “bárbaros” antiguos de los que se decía procuraban el aborto y tenían relaciones carnales con sus madres, hijas, hermanas y con hombres por lo que fueron destruidos por Dios (Szasz y Lainer, 1998).

Durante la época prehispánica en México eran notorios los rasgos feudales puesto que se ejercía el control sobre la tierra y los productores tenían la función de los vasallos que rendían tributo con trabajo y bienes; las comunidades de artesanos y campesinos eran fundamentales en la base de la organización social identificándose con una deidad, etnia y oficios particulares, también poseían instituciones religiosas, políticas y educativas con sus propias reglas matrimoniales las cuales fueron posteriormente investigadas por la iglesia católica. Los textos generados por estas culturas sugieren que los nahuas y purépechas practicaban el matrimonio dentro de la comunidad mientras que los mayas tenían el tabú de relacionarse de manera matrimonial con los parientes de la misma rama paterna por lo que buscaban pareja fuera de la comunidad natal siguiendo las reglas de la filiación patrilineal, es decir, no consideraban parientes a los miembros de la rama materna). Las mujeres dentro de la comunidad doméstica como núcleo social, organizaban la procreación y educación de los niños así como la producción y consumo de la familia (Szasz y Leiner, 1998).

En la cultura de los nahuas, mencionan Szasz y Leiner en 1998, que lo sexual tenía significado de algo sucio o podrido pero que al igual que el abono podía contribuir a lo nuevo que era la fecundación de la mujer; se realizaban ritos de nacimiento para limpiar a los niños de la suciedad de su origen a partir de un acto sexual para después ofrecerlos a una deidad. En la cultura maya se cubrían los genitales de las niñas a partir de los tres años de edad y era hasta los doce años, por su parte los sacerdotes totonacos cortaban el himen de las niñas al nacer lo que sugiere la gran importancia que se tenía acerca de la virginidad femenina en los pueblos prehispánicos. Entre los ocho y quince años se enviaba a los niños a

centros comunitarios, en donde se incorporaban a templos militares para su formación con actividades comunitarias de interés estatal mientras que las mujeres pasaban directamente del hogar paterno al matrimonio. Durante el matrimonio se señala la práctica común de la poligamia por parte de los hombres para resaltar su importancia social, mientras que las leyes antiguas castigaban a las mujeres casadas que tenían contacto sexual fuera de su matrimonio. Por ejemplo, entre los nahuas las mujeres adúlteras eran exhibidas desnudas como advertencia para la población que en ocasiones participaba en el castigo apedreándolas. Entre los antiguos nahuas habían mujeres dedicadas al intercambio de favores sexuales por dinero u otros bienes de forma que se sugieren los inicios de la prostitución.

En México el erotismo quedó marcado por la vieja España y el catolicismo encargado de vigilar las violaciones de los mandamientos poniendo ante todo el fin de la procreación únicamente con el placer estrictamente necesario. Por el contrario, durante el siglo XIX lo erótico fue marcado por el pecado y lo llamado “contra natura” dando paso a la apertura del erotismo y la sexualidad en una lucha por la laicidad (Trueba, 2013).

Existieron conventos en México en donde, refiere Trueba en 2013, que se educaba ahí a las mujeres para que pudieran adquirir habilidades que pudieran desarrollar en la vida doméstica ofreciéndoles tranquilidad y comodidad sin contacto alguno con la educación sexual. Al suprimirse las órdenes religiosas, los gobiernos y comunidades empezaron a instruir a las niñas e incluso se abrieron escuelas privadas para ellas; por el contrario en el interior del país, la enseñanza de las niñas dependía de la casualidad de contar con alguna maestra cercana o del conocimiento de sus padres, incluyendo temas de sexualidad para posteriormente contraer matrimonio alrededor de los trece años. Posteriormente se inician las imágenes de los burdeles y la ejecución de lo prohibido marcando las concepciones del erotismo hasta los años cincuenta y sesenta del siglo XIX mostrando que las mujeres, debido a una fatalidad terminaban dedicadas a la prostitución o en el lesbianismo.

Se puede notar que la historia tiene un flujo constante y suele llegar a ser una representación de nuestras preocupaciones siempre cambiantes acerca de cómo es victo socialmente lo que deberíamos disfrutar o negar acerca de nuestro cuerpo.

CAPÍTULO 2.

SEXUALIDAD FEMENINA.

2.1 Breve historia de la sexualidad femenina.

En la cultura griega, la sexualidad no tenía diferencias de género ya que todo se regía por el modelo masculino. Incluso en las obras anatómicas del siglo II Aristóteles presenta la idea de un sexo único refiriéndose como “perineos” al útero y el pene ya que indicaba que tanto los ovarios como los testículos tienen similitud en sus funciones biológicas afirmando también que los órganos sexuales femeninos parten de los masculinos debido a su imperfección sugiriendo que esto era consecuencia de la detención de su evolución. En la ginecología, la anatomía femenina era concebida como masculina pero a la inversa, es decir que se pensaba que la vagina era un pene interior y el clítoris era y funcionaba como el pene del hombre; la sexualidad en esta cultura implicaba un equilibrio de fluidos por lo que el semen era parte de la purificación de la sangre de ambos sexos; sin embargo el semen femenino es inferior al del hombre por su debilidad y frialdad. Se afirmaba también en la cultura griega que el orgasmo y el placer femenino era parte de la purificación del cuerpo con fines de gestación, la influencia de esta propuesta se extendió hasta el renacimiento (Morales, 2014).

Por otra parte, Vanegas en 2007 menciona que en la cultura judeo-cristiana, el papel de la mujer era únicamente para el servicio y compañía del hombre, es decir un ser de otro y no un ser para sí por lo que era notoria la desigualdad y los rasgos patriarcales entre otros, generando el imaginario del rol que las niñas deben seguir invisibilizando la sexualidad femenina, su erotismo y capacidad de sentir placer.

En la Edad Media, las mujeres basaban su vida en función de las necesidades ajenas siguiendo el patrón de sumisión en una sociedad patriarcal, sin embargo también resaltaban las mujeres que no se ajustaban a este rol y eran consideradas como una amenaza que debía ser eliminada (Fernández, Fernández Mtz. y Belda, 2014).

En 2014 indica Morales que durante la época del Renacimiento hubo diversos avances científicos, sin embargo no hubo grandes cambios en temas del saber sexual haciendo reafirmaciones por parte de la comunidad médica durante el siglo XVI acerca de la anatomía femenina como que la matriz es sólo una bolsa y la vagina es un órgano masculino invertido como mencionaba la cultura griega. Fue hasta el siglo XVII que se desarrollaron investigaciones acerca de la anatomía femenina dando a conocer que el sistema óseo en ambos géneros es el mismo, por otra parte se mencionó también que existen millones de “animalitos” en el esperma masculino llamados espermatozoides y que era necesario uno de ellos para fecundar un huevo sin necesidad del placer y orgasmo femenino restando su importancia para la ciencia.

Indica Cerón en 2016 que durante el siglo XIX en el pensamiento feminista socialista se da importancia a la autonomía femenina ligada a la vinculación consigo mismas, su cuerpo y placeres para una mejor sociedad proponiendo la liberación de las mujeres para recuperar el uso libre de sus cuerpos cuestionando al matrimonio visto como represor y restrictivo de la libertad sexual.

Fernández, Fernández Mtz. y Belda, 2014, refieren que el siglo XIX es caracterizado por el reconocimiento del instinto sexual femenino como punto importante para la salud sin embargo a lo largo del siglo XX la mujer se sigue considerando inferior biológicamente al hombre por lo que no podían votar, estudiar o tener una vida independiente ya que corrían el riesgo de padecer de histeria. Tiempo después se daría pie a los derechos femeninos al placer sexual y erótico.

2.2 Género y sexualidad femenina.

Desde una perspectiva psicoanalítica, refiere Dio Bleichmar en 2011, que el género tiene origen en la imagen o representación de sí mismo (Yo) o desde una perspectiva lacaniana, el imaginario del yo es quien constituye el concepto de género. La atribución del mismo es consecuencia de fantasmas y expectativas de la feminidad y masculinidad que se genera durante el embarazo y la vida posnatal.

Diferentes culturas han hecho notorias las diferencias biológicas entre hombres y mujeres teniendo como producto un conjunto de normas tanto en comportamiento social como sexual y reproductivo tomando el control de estas capacidades e impidiendo por ejemplo, el uso de anticonceptivos en los años ochenta a noventa en México, ya que la única sexualidad aceptada se encontraba dentro de la sociedad conyugal y procreación dando pie a la violencia en la vida sexual de las mujeres (Liguori y Szasz, 1996).

En 2016, Cerón menciona como principal rasgo de la moralidad sexual es la desigualdad entre hombres y mujeres respecto a la relevancia del placer y la importancia de la libertad sexual de las mujeres, en consecuencia inicia la propuesta de una ética feminista del placer que implicaba autonomía, individualismo y elección lo cual lleva al autodescubrimiento e intersubjetividad afectiva y erótica. La sexualidad en México está bajo la normatividad del género femenino por Estado, la religión católica y la familia a través de un discurso médico y educativo, en el que se habla de la anatomía y fisiología sexual así como la prevención de ITS, abuso sexual o embarazos no deseados.; sin embargo estas instituciones han perdido peso frente a movimientos feministas y de diversidad sexual así como los medios de comunicación.

2.3 Derechos sexuales y reproductivos de la mujer.

Señala la CNDH en 2017, que una de las características principales del ser humano son los derechos sexuales y reproductivos que se encuentran relacionados con la libertad y capacidad de sentir placer, decidir y disfrutar la sexualidad de acuerdo a sus gustos, deseos y preferencias sexuales.

Como se ha revisado existe una desigualdad de género respecto a la sexualidad, sin embargo, las mujeres se han ido sumando a la libre expresión de su sexualidad gracias a la visibilización de la equidad de género y el acceso a la salud sexual igualitaria, así como la igualdad en derechos sexuales reproductivos según menciona Cerón en 2016.

México ha sido partícipe en por lo menos cinco tratados internacionales que imponen de forma moral y jurídica la garantía del pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres incluyendo el aborto seguro. En 1975 se celebró la Primer Conferencia sobre la Mujer abordando este último como el derecho a la integridad corporal y control de las mujeres sobre su capacidad de reproducción (CNDH, 2017).

2.4 Liberación sexual femenina.

A inicios del siglo XIX los movimientos sociales conformados por mujeres exigían sus derechos civiles teniendo como objetivo principal el voto, considerando que a través de ello se esperaba conseguir los demás. Surge entonces el feminismo con la finalidad de defender los derechos y liberación de la mujer con antecedentes en los siglos XVII y XVIII durante la Ilustración y la Revolución Francesa (Colorado, Arango y Fernández, 1998).

Durante los inicios de los métodos anticonceptivos se generó en las mujeres un sentimiento de temor a la ridiculez causada por su virginidad y por otra parte el abandono de la píldora anticonceptiva por el deseo de concebir un hijo con la finalidad de asegurarse que no son frías tomando como recurso posterior el aborto, señala Dolto en 2001.

Refiere Freud en 2015, que a la mujer se le establece con un papel de servidumbre sexual por lo que la virginidad tiene gran relevancia en la dependencia y heteronomía respecto del hombre llegando incluso hasta la pérdida de voluntad y autonomía o el sacrificio de los propios intereses con la finalidad de mantener límites en las amenazas de poligamia. La virginidad de la mujer se convirtió en un tema tabú de la vida sexual entera por su peculiaridad y prohibición religiosa posicionando a la mujer en sí misma como un tabú. Tras el primer coito femenino, en la cima de la satisfacción, la mujer muestra agradecimiento y promesa de fiel servidumbre, no obstante, durante ese primer contacto de coito puede

permanecer insatisfecha y fría por lo que es requerido un largo tiempo y la repetición frecuente del acto para el alcance de satisfacción.

2.5 Sexualidad femenina y psicoanálisis.

Desde la corriente psicoanalítica, la figura femenina ha sido vista como compleja en su estructura aunque en la propuesta de una sexualidad infantil en la que el erotismo se concentraba en la masturbación, se conceptualizó la libido con naturaleza masculina debido a que durante esta etapa no existe diferencia de género en el carácter. La posibilidad de la niña de su evolución a ser mujer recae en el desplazamiento de la zona erótica dominante del clítoris a la vagina lo cual implica la represión de su masculinidad. El psicoanálisis enfocó su atención a la sexualidad de las histéricas, quienes presentaban su dolor como consecuencia de traumas o narraciones obscenas vividas en la infancia y guardados en el inconsciente estructurado como un lenguaje en el que los síntomas recuerdan algo que la persona no puede (Morales 2014).

Bonaparte en 1961 desde la conceptualización de la sexualidad en psicoanálisis, menciona la existencia de tres grupos de mujeres que parten del descubrimiento de la diferencia de sexos, lo cual deviene de una forma de reaccionar de la niña ante este traumatismo decisivo. En el primer grupo se encuentran quienes de forma temprana desean tener un hijo por el reemplazo de desear tener un pene convirtiéndose en mujeres maternas, normales y vaginales. En el segundo grupo están las mujeres que se sienten armadas de forma desigual a los hombres por lo que eligen abandonar la competencia con ellos y renunciar a toda sexualidad objetable alcanzando psíquica y socialmente un estatus obrero en la especie humana. Por último, se encuentran quienes se aferran a la virilidad psíquica y orgánica que toda mujer guarda a pesar de la realidad, el complejo de virilidad y el clítoris.

En 1991, Freud refiere que a partir del descubrimiento de la castración en la niña, existen tres orientaciones de desarrollo: la primera desemboca en la inhibición sexual o la neurosis, la segunda debido

al complejo de masculinidad lleva a la alteración de carácter, y la tercera concluye con la feminidad normal.

En 1961, Bonaparte habla acerca de la frigidez esencial femenina estratificada en tres grupos; dentro del primer grupo la mujer posee menor energía libidinal que el hombre; en el segundo se encuentran las mujeres que debido a su bisexualidad aceptan su complejo de virilidad en comparación con la aceptación del complejo de feminidad de los hombres lo que hace más difícil la aceptación de la mujer de su libido en un rol pasivo y vaginal; el último grupo están las mujeres que sufren la inhibición sexual impuesta por el hombre y la represión violenta de su sexualidad en la infancia debido a la doble moral de nuestra civilización patriarcal.

Ambos sexos se desarrollan libidinalmente de formas iguales, sin embargo, en las últimas etapas la mujer atraviesa por fases de la sexualidad infantil que desembocan de manera distinta los hombres (Freud, 1991).

2.5.1 Complejo de Edipo en la niña.

A partir de los 3 a 4 años se inicia con el control de diversas áreas en el niño como: la autonomía del cuerpo, la significación del pronombre “yo”, la introyección del nombre del padre en el apellido, la autonomía de expresión de sensaciones que vive; esta diversidad de controles da paso al planteamiento del complejo de Edipo (Dolto, 2001).

Tanto el niño como la niña viven de igual manera el inicio del complejo de Edipo normal, la madre fue para ambos su primer objeto de amor. Más adelante la niña deberá desplazar al clítoris (el falo femenino) reasignando su zona genital hacia la vagina complicando el desarrollo de la sexualidad femenina (Freud, 1955).

Menciona Dio Bleichmar en 2011 que después de la iniciación de la etapa preedípica igualitaria para ambos sexos, la identificación primaria de la niña a la madre es a partir de una relación narcisista y libidinal en la que busca exclusividad por parte de la madre, así como lograr tener el primer puesto en la triada madre-padre-hija. Se organiza un ideal o prototipo de género en el que el Yo se conforma de acuerdo al modelo de adulto poderoso e ideal con el cual se identifica.

En la identificación inconsciente con uno de los ideales adultos, se satisface el deseo de fusión anhelos homosexuales y rivalidad edípica eliminando la necesidad de envidia al género contrario, refiere Kernberg en 2009.

En la fase preedípica de la niña, se deja espacio para toda fijación y represión que da origen a la neurosis, la identificación con la madre genera la angustia de ser asesinada por lo que consecuentemente la relación con la madre se vuelve hostil. La niña en las fases igualitarias al varón en el complejo de Edipo, descubre el quehacer fálico o masturbación en el clítoris casi siempre espontáneamente y al comienzo sin compañía de fantasías; posteriormente debido a la vivencia del cuidado del cuerpo se encuentra la fantasía donde la madre o la figura materna es la seductora. El onanismo de la niña es más complejo y menos enérgico que el del varón (Freud, 1955).

La masturbación de la niña, que parece originar la masculinidad, se vuelve un acto prohibido y un motivo para la rebelión contra la figura prohibidora teniendo como efecto un afán de liberación del sacrificio de la satisfacción. Durante la pubertad de la niña, la madre cree tener el deber de cuidar su castidad. Con el carácter negativo del placer a través de la masturbación y la castidad, se produce la desvalorización de la feminidad y por tanto también de la madre generando el conflicto que acompañará el desarrollo de la función sexual; la castración de la niña se concebirá como un castigo por parte del padre debido a la masturbación. La hija reprocha a la madre a través de su hostilidad el no haberle dado el genital correcto (falo) y haberla parido mujer de forma que la nutrió de manera insuficiente, indica Freud en 1955.

En la etapa edípica de castración el varón elimina cierto grado de menosprecio por la mujer después de conocer la diferenciación genital. Por otro lado, la mujer enfrenta los efectos diversos de la diferencia de genitales reconociéndose castrada e inferior ante el varón; esto desencadena tres orientaciones de desarrollo. En la primera la niña queda en descontento con su clítoris renunciando al quehacer fálico y a la sexualidad en general; en la segunda la niña retiene a través de la auto confirmación la masculinidad amenazada y persiste la esperanza de tener un pene alguna vez y la fantasía de ser un varón como su padre, lo que desemboca en una elección de objeto homosexual; en la tercera orientación de desarrollo la niña vive la configuración femenina que toma al padre como objeto desembocando en el complejo de Edipo femenino normal constituido por un desarrollo más prolongado que el del varón (Freud, 1955).

Refiere Dio Bleichmar en 2011 que el desarrollo normal del complejo de Edipo femenino, la niña es conceptualizada con el deseo de tener hijos, ya que se interpreta que no se logra la total feminidad sin la existencia de tal deseo. Al identificarse primaria y secundariamente la niña con la madre, ella moldea su deseo para recibir un hijo del padre.

Menciona Dolto en 2001 que al iniciar el complejo edípico a la edad de cuatro a cinco años, surgen los fantasmas masoquistas de la relación del padre y la libido de la niña, quien tiene ternura inhibida hacia el padre. Si el acercamiento por parte del padre es pasivo, generará positividad en la relación; por otra parte si es el padre quien busca a la hija entonces ella intentará huir explicando entonces el masoquismo femenino y prudencia relacional frente a las demás personas otorgando valor fálico; el deseo de ejercer poder en la relación con el padre domina los fantasmas de la niña posicionando a la madre en un obstáculo hacia el padre, sin embargo actúa a la par como apoyo gracias a la imitación de la madre para llegar al padre. Lo anterior se conceptualiza como angustia de violación que se supera gracias a la superación de la renuncia sexual consciente de la hija frente al padre, sublimando las pulsiones genitales en el momento de resolución edípica entre seis y ocho años.

Una vez que la niña deja de lado la lucha por el falo y acepta en su lugar recibirlo del padre para tener hijos, se alcanza la feminización de la pulsión aunque en realidad se intenta reducir la feminidad a la función reproductiva (Dio Bleichmar, 2011).

Una vez que se hace presente la visión de la escena primitiva, el amor entre la madre y el padre en su rol de “padres unidos” originan celos en la niña basados en interpretaciones. Un ejemplo son los celos orales en los que la niña tiene deseo de succionar o devorar el interior del cuerpo materno teniendo como castigo el desarrollo del temor a que le puedan hacer lo mismo, es decir la niña experimenta el complejo de castración interna dando origen al superyó (Bonaparte, 1961).

Freud en 1955, menciona que el amor infantil exige exclusividad y tiene carácter desmedido por lo que carece de meta y no tiene satisfacción plena. Una vez que la niña experimenta la castración y el descubrimiento de su inferioridad genital, se originan tres orientaciones: la eliminación de toda su vida sexual, la confirmación constante en la virilidad y la base de una feminidad definitiva.

En la pasividad de la fase fálica en el complejo de Edipo en la niña, se inculpa a la madre como seductora debido al registro de las primeras sensaciones ya que la madre en un inicio es la encargada de la limpieza y cuidado del cuerpo despertando en la niña el origen de las fantasías de años posteriores en donde el padre aparece como seductor sexual transfiriendo al padre la introducción en la vida sexual; posteriormente se presentan propuestas de deseo dirigidas a la madre culminando el quehacer sexual con la masturbación en el clítoris interpretado como la representación de la madre (Freud, 1955).

Entre los 6 y 9 años aparecen los fantasmas edípicos caracterizados en la niña por el deseo de engendrar un hijo del padre, este deseo es acompañado por la rivalidad respecto de su madre. Posteriormente sin ningún apoyo visual de las relaciones sexuales adultas, la niña concluye de manera lógica la relación desproporcionada de su vagina y el pene del padre deviniendo angustia de castración respecto del

desarrollo del varón. Una vez que la niña se identifica y proyecta en su madre, espera a través de sus fantasmas que se cumpla el deseo de ser la mujer de su padre y formar una familia, refiere Dolto en 2001.

Una vez sepultado el complejo de Edipo a la edad de nueve a diez años, la niña tiene cuatro posibles aspiraciones de las que surge una identificación- padre y madre en donde la identificación- padre retendrá el objeto- madre del complejo positivo a la vez del objeto del complejo invertido (Freud, 1992).

La implantación narcisista que la madre refleja en su hijo como conjunto, se relaciona con los cuidados y las caricias que le da; con ello la madre unifica su yo corporal y psíquico valorizando sus funciones diversas. En este sentido el niño se interpreta como el compañero adecuado de la madre y en consecuencia coincide con su propio ideal del yo, el cual representa lo que se desea ser y por otra parte el superyó originado en el complejo de Edipo representa lo que debería ser; es decir el ideal del yo es una instancia psíquica gratificadora y heredero del narcisismo primario, el superyó y heredero del complejo de Edipo (Chasseguet, 2003).

CAPÍTULO III.

IDEAL DEL YO FEMENINO.

3.1 Narcisismo.

El narcisismo es aquella conducta por la cual una persona da al propio cuerpo un trato similar al que le daría al cuerpo de un objeto sexual alcanzando la satisfacción plena. El narcisismo se interpreta con el significado de una perversión como consecuencia de la absorción total de la vida sexual del individuo, por lo tanto su estudio es abordado con las mismas expectativas que cualquier otra perversión. En este sentido el narcisismo no sería una perversión sino el complemento libidinoso del egoísmo esencial a la pulsión de auto conservación (Freud, 1992).

La fuerza en la que se manifiesta el instinto sexual es la libido. Esta fuerza constituye el origen de toda la vida sexual y el ideal al que la imaginación aspira durante momentos de gran necesidad y privación. El ideal del yo está en cierto grado restringido por el superyó y la renuncia del placer en honor a la dignidad social, menciona Freud en 2018.

Refiere Dio Bleichmar en 2011, el narcisismo está mayormente ligado a la libido femenina que la masculina, ya que la envidia del falo en la niña da lugar a la envidia hacia la madre por tener hijos. El complejo de castración femenino se ve reforzado por la menstruación, la pérdida de virgindad y el parto que dificultan su superación y abren de forma sangrienta la herida narcisista.

El narcisismo mantiene una estructura compuesta en primer lugar y como base por el narcisismo primario el cual está oscurecido por diversas influencias del complejo de Edipo y en segundo lugar se encuentra el narcisismo secundario, el cual está edificado sobre el primero teniendo origen en el replegamiento de las posesiones de objeto. Tanto narcisismo primario como secundario son premisas de la manía de grandeza que forma la imagen del origen libidinal del yo orientada posteriormente a los objetos de forma

tal que se forma una oposición entre la libido yoica y la libido de objeto. Todo individuo tiene dos caminos para elegir basados en los objetos sexuales originarios: su madre y él mismo. Existen diferencias en la elección de objeto en hombres y mujeres, en los primeros exhiben la sobrestimación sexual proveniente del narcisismo originario infantil correspondiendo a la transferencia del narcisismo sobre el objeto sexual por lo que surge el enamoramiento en donde se empobrece la libido del yo en beneficio del objeto. Por el contrario en la mujer, debido a la conformación de sus órganos sexuales latentes, se sobreviene un incremento del narcisismo originario que desfavorece la constitución de un objeto de amor sobrestimándolo sexualmente (Freud, 1992).

El hijo que engendra la mujer, la enfrenta a brindar desde su narcisismo, el amor de objeto a una parte de su propio cuerpo aunque siendo un objeto extraño. Por otra parte hay mujeres que no sienten necesidad de esperar un hijo para caminar en el desarrollo de su narcisismo secundario hasta el amor de objeto. Al observar al adulto muestra en menor intensidad el delirio de grandeza que tuvo en el pasado y la eliminación de caracteres psíquicos distinguidos del narcisismo infantil. En este sentido la represión parte del Yo y del respeto del Yo por sí mismo, indica Freud, 1992.

Dolto en 1984, menciona que una vez que es aceptada la castración genital edípica se da lugar al narcisismo secundario en tanto que relación con uno mismo; este es un impedimento para las pulsiones sexuales sociales de mantenerse sin una ley que controlará sus deseos, haciendo diferencia entre el pensar y actuar de tal forma que constituye su identidad de sujeto en el grupo social comprometiendo su responsabilidad en su conducta. La angustia que genera la castración es una evolución del narcisismo primario en narcisismo secundario; las de economía libidinal durante los inicios del complejo de Edipo pueden interpretarse como un equilibrio entre el ello, el Yo y el Yo ideal regulados por un pre- superYo y posteriormente el placer se dirige hacia el esfuerzo, aprendizaje y trabajo liberando las energías libidinales fuera del núcleo familiar.

3.2 Estadio espejo.

El estadio espejo es el momento dotado de narcisismo que permite al individuo integrar motrizmente su propio cuerpo. El niño puede “perderse” en el espejo una vez que da cuenta que no cuenta con la presencia de la madre o algún otro ser vivo con quien se pueda reflejar. Esta vinculación del niño frente a sí mismo a través de un reflejo se cumple mediante el surgimiento de un narciso preyoico permitiéndole al niño observarse como si fuera otra persona a la que nunca encuentra. Lo anterior origina la aparición de la identificación primaria, es decir el narcisismo primario que sucede al narcisismo fundamental (Dolto, 1984).

Al dar cuenta de su reflejo, se implanta en la niña un significado provocador del propio cuerpo al igual que la dialéctica de lo público y privado (exhibicionismo y voyerismo). Esta sensación permanece en las mujeres desde los ojos sexualizados de la niña en donde deben ser miradas, contempladas, observadas cuando están solas o cuando se miran al espejo, refiere Dio Bleichmar en 2011.

Menciona Dolto en 1984, que la castración primaria que se emprende con el estadio espejo hace un vínculo con la castración anal a la que está ligada y la castración genital edípica que prosigue directamente. Posterior a la experiencia del niño frente al espejo, siente vergüenza por lo que tiene necesidad de no mostrarse frente a quienes podrían parecer peligrosos y de esconderse ante la desnudez o no mirar el sexo y rostro de aquellos que ha considerado su Yo ideal.

3.3 El Yo y Yo ideal.

La coexistencia de la relación de objeto y la identificación son la génesis del ideal del Yo en donde se esconde la identificación primaria y de mayor valor del individuo al igual la identificación con el padre del inicio de la historia personal. El niño en esta instancia no valora al padre y a la madre como diferentes antes de conocer la diferencia de sexos, por lo que la primera vista genera una identificación inmediata, menciona Dio Bleichmar en 2011.

Dolto indica en 2001, que la niña busca permiso de su cuerpo para aquello que conoce empíricamente conservando de modo narcisista la emisión y recepción corporal de tal forma que para su cuerpo se convierte en una madre similar a su madre ya que la hizo y amó. Después busca dicho permiso otorgado por la madre real quien es su modelo del cuidado conservador y Yo ideal. La limitación de imágenes y efectos narcisistas son consecuencia de la introducción e identificación originando sus fantasmas.

La identificación es la forma originaria de los lazos afectivos primarios bajo la formación de los síntomas a través de la represión, en este sentido el niño se encuentra entre una identificación con el padre y una elección de objeto que recaiga sobre él; siendo la primera una representación del padre como lo que se quiere ser y la segunda lo que se quisiera tener, por lo que la diferencia depende de que la identificación recaiga en el objeto del Yo o en el individuo. En su evolución, el sujeto resigna su ideal del yo y lo modifica por el ideal de la sociedad o masa corporizado en un líder, un claro ejemplo de esto es la iglesia y el ejército (Freud, 1975).

Menciona Bergeret en 1974 que, en las estructuras psíquicas hay una fractura de gran importancia dentro de las instancias ideales debido a que están reducidas en núcleos diversos en la organización psicótica tanto lo que rodea al superYo y al ideal del Yo. Por el contrario en la organización neurótica se encuentra el factor Ediposuper- Yo, conflicto genital, culpabilidad, angustia de castración, síntomas neuróticos. Por parte del narcisismo los factores serían: ideal del yo, herida narcisista, vergüenza, angustia de pérdida del objeto y la depresión.

Freud en 1992, menciona que la génesis de un ideal forma parte del Yo, el cual tiene condición de represión. Sobre este ideal recae el amor propio del cual se gozó durante la infancia el Yo real.

El miedo de las coerciones preedípicas de forma precoz en el interior de un Yo, débil en herramientas de protección propia, originan la regresión preedípica en la que se verifica un ideal del Yo más grande.

Anteriormente la función del yo se encontraba invertida durante la etapa pre genital en donde los primeros

elementos superyoicos desarrollan la inflación del Ideal del Yo el cual, desde ese momento, ocupar gran parte del rol correspondiente al superyó en la personalidad del individuo debido a que este ideal del Yo se encuentra en un punto más arcaico que el superyó. Debido al temor del castigo por parte de la castración, los individuos abordan su vida relacional con ambiciones exageradas de hacer las cosas bien con la finalidad de conservar el amor y la presencia del objeto y evitar, además, la culpabilidad por haber hecho las cosas mal. Si al finalizar el complejo de Edipo nos encontramos con un superyó inexistente, el ideal del yo arcaico se ve obligado a retomar la función organizadora en los procesos mentales (Bergeret, 1974).

El pasado en la historia del superyó, se comprenden los conflictos del yo con el deseo de objeto del ello que se reflejarán en el heredero del complejo de Edipo (superyó); si el Yo no encontró forma de dominar esta energía libidinal proveniente del ello, retomará la acción de la formación del ideal del Yo así como su comunicación con las pulsiones inconscientes e inaccesibles al yo (Freud, 1992).

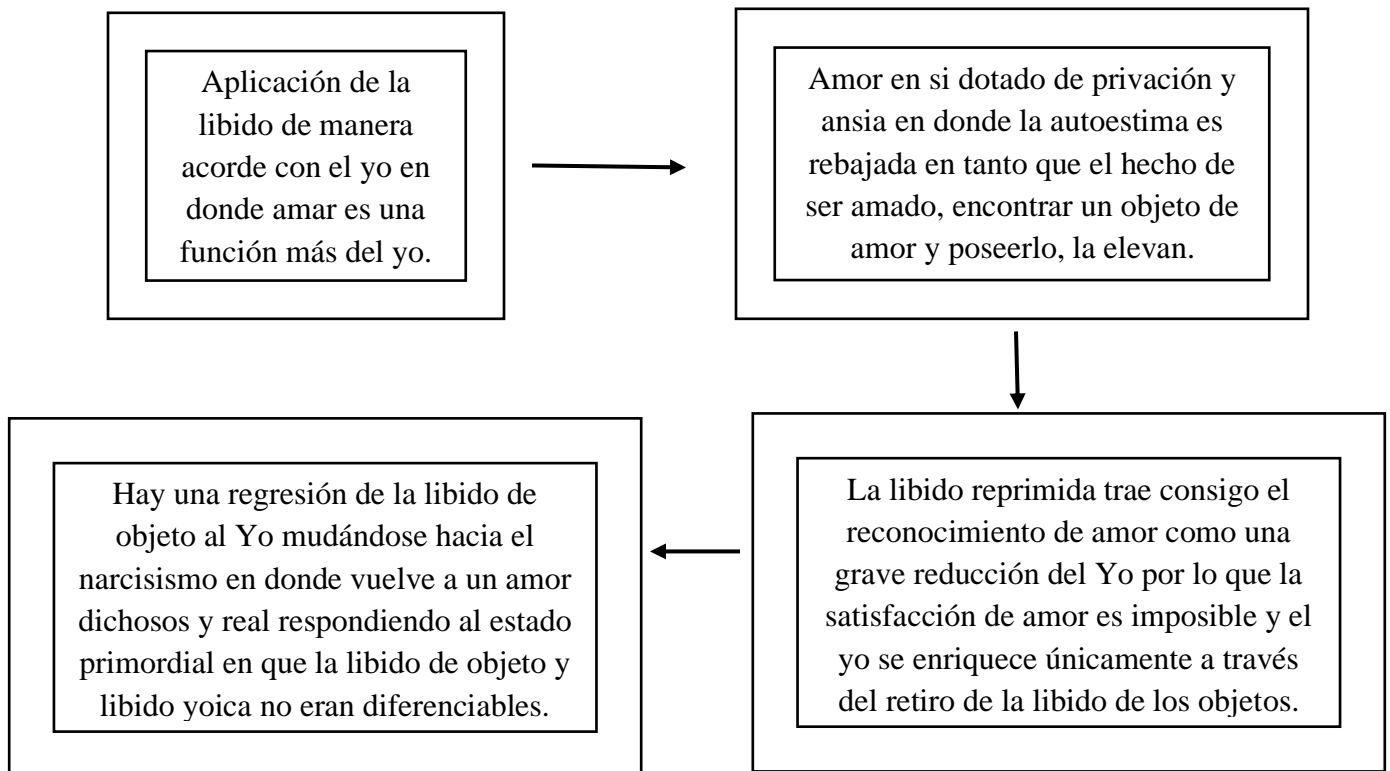
Frecuentemente se confunde la formación del ideal del yo con la sublimación de la pulsión, siendo la sublimación un proceso psíquico que involucra la libido de objeto desviando la pulsión hacia otra meta alejada de la satisfacción sexual, es decir cumplir las exigencias del yo sin dar lugar a la represión. El ideal del yo reclama la sublimación, sin embargo, no puede forzarla. El impulso de la sublimación es el ideal del Yo aunque la ejecución de la misma es independiente de éste. El impulso para la formación del ideal del yo al inicio es la consecuencia de la influencia crítica de los padres que posteriormente agrega a los educadores y la sociedad (Freud, 1992).

Chasseguet en 2003 menciona que el ideal del Yo refiere a una imagen de aquellos objetos amados y por otra parte en el superyó se alojan imágenes de los objetos odiados y temidos. Existe un ideal del Yo maternal en la niña no agresiva y decidida a la renuncia de toda actividad sexual. La relación del ideal del Yo con el superyó está basada en la aceptación de la realidad en donde existe una negación de los

límites del yo y el individuo se aferra a la recuperación de la omnipotencia infantil como consecuencia de la identificación con los padres idealizados.

El origen del ideal del yo resulta ser un concepto mediado por el narcisismo absoluto y la objetividad entre el principio de placer y de realidad. Esta última suele aportar satisfacción narcisista y pulsional de forma positiva, el ideal del yo estará proyectado sobre el acceso a la realidad, ya que no elige la vía de descarga inmediata y corta hacia el principio de placer como tal. Durante su desarrollo, el individuo obtiene suficientes gratificaciones que lo impulsan a continuar hacia adelante, esto es el motor principal del ideal del Yo(Chasseguet, 2003).

Durante el desarrollo del yo, hay distanciamiento respecto del narcisismo primario sin embargo, hay esperanza de recobrarlo, este distanciamiento inicia a través del desplazamiento de la libido a un ideal del yo impuesto en el exterior y la satisfacción se obtiene mediante el cumplimiento de este ideal, la relación del erotismo del individuo con el sentimiento de sí mismo tiene diversas vertientes (Freud, 1992)



3.4 Angustia, goce y sexualidad.

Refiere Cerón en 2016 que el placer es parte relevante de la vida de las personas; es un espacio privilegiado que implica el discurso sobre los cuerpos, la belleza, la moral, derechos humanos, políticas públicas, entre otros; sin embargo, el placer así como el erotismo no son objetos de estudio clásicos sino temas de reflexión y origen de lucha feminista y de salud sexual debido a las implicaciones político-económicas y socioculturales actuales.

Indican Colorado, Arango y Fernández en 1998 que el placer sexual es una sensación sin género en la que se olvida la propia identidad que en la mujer inicia con la aceptación del cuerpo, es decir la aceptación de la diferencia de genitales. Como ya fue mencionado se ha ejercido poder sobre la sexualidad femenina y su goce se ha categorizado como peligroso.

Las niñas tienen la intuición de su feminidad y sexo de acuerdo al placer o displacer de su madre y de su padre respecto de ella además del placer que le proporcionan las sensaciones de su sexo por lo que la niña cicatriza su feminidad y sexo de manera positiva si la madre posee narcisismo de ser mujer y acepta con felicidad el hecho de tener una hija (Dolto, 2001).

El goce en ambos géneros es el principio del placer que se quebranta con la pulsión de muerte y su accidental repetición en la que el sujeto busca su propio mal refiriendo placer en el dolor y un dolor alimentado de placer de tal manera que se erotiza el daño llamándolo “gocce”. Desde esta postura, el goce en la sexualidad femenina usa el orden simbólico el inconsciente para mostrarse incompleto y fallido (Morales, 2014).

Como indica Marcuse en 1983, el principio del placer antes mencionado por Freud, tiene su propio desarrollo en los individuos. Las aspiraciones eróticas para mantener su cuerpo como un sujeto- objeto del placer son llevadas a cabo mediante la solicitud del refinamiento continuo del propio organismo y el crecimiento de sensualidad.

La mujer es superior en el dominio del goce gracias a su vinculación debilitada con el deseo, no obstante es mayor al de los hombres ya que ellos enfrentan la angustia de la castración en la fantasía de la posibilidad de pérdida del falo en su función de objeto. En los hombres el deseo tiene la función de cubrir la angustia, en la mujer también existe angustia pero ante circunstancias diferentes. En la angustia femenina el deseo del otro es lo que indica cómo obtener un objeto para su goce por lo que la angustia es no saber a dónde llegará al seguir su deseo. Por otra parte en los hombres la sexualidad está directamente vinculada con el falo mientras que en las mujeres hay una posición diferente respecto al falo gracias al desplazamiento del clítoris a la vagina desalojando a la sexualidad masculina de su subjetividad (Lacan, 2017).

Reich indica en 1955, que lo que termina por convertirse en angustia es la excitación somática sexual no descargada y para poder transformarla nuevamente en excitación sexual es necesario conocer la primer conversión de angustia.

Menciona Dolto en 2001, que la mujer dona su cuerpo al hombre durante el coito en donde asume su sensibilidad sexual como consecuencia de la sobreestimación del sexo fálico trayendo consigo un sentimiento de fracaso erótico y el descubrimiento del error cometido durante la elección emocional y social que desembocan en heridas narcisistas que agregan sentimientos de inferioridad y una experiencia corporal percibida como una violación castradora. Esto puede concluir en una mujer frígida gracias a la venganza pasiva (histeria) o una mujer sometida al conflicto de su deseo de poseer el pene de su padre en un sentido caníbal (neurosis). Si el primer coito no es exitoso, hay probabilidad de que la evolución sexual femenina sea propensa a orgasmos más completos y mientras la belleza de la desnudez de la mujer no sea reconocida por un hombre como deseable, quedará a un lado en su narcisismo de valor estético genital.

La baja activación y nulo erotismo del cuerpo de la mujer así como la agresión y falta de estimulación satisfactoria se combinan, genera interferencia en el desarrollo de los procesos iniciales de la idealización como parte del estímulo erótico determinando la inhibición sexual primaria (Kernberg, 2009).

En 2003, Chasseguet refiere que hay cierta vergüenza en el narcisismo como producto de la tensión entre el ideal del Yo con el Yo, contrariamente a la culpabilidad en donde la tensión se centra entre el superyó y el Yo. En tanto la culpabilidad aparece cuando se sobrepasa un límite, la vergüenza hace aparición cuando una meta presentada por el ideal del Yo no es alcanzada y es acompañada por la idea del fracaso.

Kernberg indica en 2009, que el deseo erótico de los individuos tienen características clínicas de la exploración psicoanalítica: la primera es la búsqueda del placer orientada siempre hacia otra persona u objeto al cual invadir o por quien se desea ser invadido, esto es acompañado por fantasías sexuales consciente o inconscientes relacionadas a la penetración o apropiación y la fusión con el objeto de deseo. La segunda es la identificación con la excitación sexual y orgasmo con la finalidad de fusionarse a través del deseo del otro; tercera y última característica es la sensación de transgresión de la prohibición implícita de todo encuentro sexual, esta prohibición es producto de la estructuración edípica de la sexualidad a nivel individual y social. La excitación genital y el orgasmo son transformados por el deseo erótico transgrediendo los límites del Yo, es decir la idealización del cuerpo ajeno.

La lesión ligada a lo más íntimo del individuo al que arrollan en su violencia es el orgasmo, el cual es transgredido por el goce que contraviene al deseo. Por el contrario, si no existe un goce en el orgasmo, se interpreta como una herida en la intimidad de la persona, ya que el orgasmo es la relación que existe entre el deseo y el goce; el orgasmo no es la satisfacción en sí, sino una cicatriz abierta del deseo (Morales, 2014).

La idealización como un mecanismo patológico, la idealización anatómica y la idealización corporal, son aspectos de la integración de impulsos eróticos y tiernos de las relaciones de pareja. Tal idealización

erótica es paralela a la idealización del amor romántico, es decir que es paralela a la proyección del ideal del yo sobre el objeto amado, que causan un aumento de autoestima sugiriendo que el Yo corporal debe ser asimilado por el Yo psíquico y proyectado con libido narcisista. Varias personas experimentan el conflicto estético temprano relacionado a la actitud que tiene el niño respecto del cuerpo de la madre, expresado a través de la idealización corporal y proyección del amor materno en sí mismo que daría lugar al primer sentimiento dotado de valor estético. (Kernberg, 2009).

3.5 Factores biopsicosociales de la insatisfacción sexual femenina.

Como ya fue revisado, la sexualidad femenina es más compleja de lo que aparenta teniendo diversas etapas, por ejemplo durante el complejo de Edipo y a su vez en la formación del ideal del yo.

Barra en 2002 menciona que una persona satisfecha y feliz no siente necesidad de recurrir a las fantasías sexuales ya que quien lo hace se siente obligada a ello debido a su insatisfacción sexual, inmadurez, inhibición y diversos conflictos sexuales inconscientes; esto es mayormente enfocado en las mujeres.

Algunas de las causas relacionadas a problemas sexuales son la falta de conocimiento y mala comunicación de pareja y consigo mismos. Las personas deberían conocer las reacciones de su cuerpo y mente ante los estímulos sexuales, sugiriendo el autoconocimiento y autoexploración (IMSS, 2016).

Como hemos revisado, la masturbación y el conocimiento de sí mismo ha sido tema controversial históricamente. Particularmente en el género femenino desde la vivencia de las diversas etapas del complejo de Edipo, la culpa y la vergüenza han acompañado las normas y reglas relacionadas al autoconocimiento y la violación de los ideales sociales del Yo apoyados por el sistema psíquico regulador, es decir el superyó. De esta manera se ha prohibido a los individuos el acceso a su satisfacción tanto sexual como general.

En la insatisfacción sexual femenina intervienen diversos factores biológicos como las condiciones médicas comunes: hipertensión y diabetes entre otros así como su tratamiento. Por otra parte las

enfermedades de dolor psicológico como depresión y ansiedad que de igual forma tienen tratamientos que, por ejemplo, contienen inhibidores de algunos neurotransmisores que favorecen la sensación de satisfacción y apetito sexual. (Kingsberg y Woodard, 2015).

Además de las dificultades naturales físicas, la insatisfacción y malestar respecto de la historia de vida de los individuos, la presión social que tienen las mujeres respecto de su cuerpo es la que les impone una forma de vida sexual. Desde muy tempranas formas de pensamiento a lo largo de la historia, la mujer ha sido vista como un objeto de deseo dejando de lado su individualidad y deseos propios para quedar a disposición del hombre. Esto sugiere dos vertientes, la primera en donde la mujer al no conocer su cuerpo y no tener permisión de voluntad propia trae como consecuente que sus órganos sean prácticamente usados con una finalidad ajena; y la segunda en donde la carga psíquica ha contribuido a la somatización de una serie de conflictos psicológicos que gracias a la estigmatización de la salud mental, no son atendidos ni expresados en ninguna forma.

Menciona Kingsberg y Woodard en 2015, que en temas de deseo sexual, los factores psicológicos que intervienen en la insatisfacción sexual pueden llegar a superar a los factores biológicos. Condiciones como el abuso y trauma sexual principalmente durante la infancia o pubertad, el estrés, los trastornos de personalidad y la imagen corporal son elementos que afectan negativamente la relación positiva entre individuo y sexualidad.

Por otra parte, hemos revisado la historia y las reglas sociales bajo las cuales la mujer entrega su sexualidad a disposición de reglas y normas morales impuestas por una sociedad falocéntrica respecto de deseo sexual. La cultura, las costumbres, los valores y las religiones han restringido el disfrute sexual a mujeres durante varios siglos como el mecanismo de control de masas.

El impacto que genera la insatisfacción sexual parte desde el desarrollo de la niña en la infancia, mismo que se ve afectado por la conceptualización de la sexualidad en las distintas formas de pensamiento y conceptualización científica.

El bienestar de un individuo a nivel personal es sumamente importante, aunque se encuentre social y moralmente dentro de una norma aceptada, por otra parte está frustrado por no cumplir aquello que desea ser, lo que lleva a la somatización del dolor, la culpa y la frustración psíquica; y retomando la idea social de un individuo sano que puede generar ganancia al estado mientras sublima su sexualidad, su presencia social y en el trabajo no será positiva mientras interior e inconscientemente se encuentre inestable.

CONCLUSIONES.

Existen preocupaciones y problemas que afectan la salud sexual, como se mencionó en esta investigación, el papel de la mujer y específicamente su sexualidad se ha visto comprometida en una población sexualmente poco educada y de moralidad rígida. Parte de los problemas que se han observado son principalmente los tabús que han perdurado a pesar de la evolución y esfuerzos para la atención y estudio de la sexualidad.

Se revisaron los hechos históricos que favorecían la revolución de la sexualidad femenina en donde las mujeres se han visto afectadas por el papel en el que se encuentran socialmente por lo que los avances sean pocos o muchos, se han enfocado únicamente al género masculino sugiriendo la poca o nula importancia de la sexualidad femenina y su satisfacción.

Una de las recomendaciones hechas anteriormente, por quienes fueron pioneros en temas sexuales, específicamente en temas de sexualidad y satisfacción femenina, es la educación a través de profesionales de la salud en temas sexuales así como la educación en escuelas como un sistema estandarizado; tomando en cuenta la minimización de problemática moral y de tabú. Se ha visto históricamente que un tema nuevo o desconocido en los ambientes científicos, traen consigo formación de nuevos conceptos a través de pensamientos revolucionarios que causan conflictos sociales bajo los cuales hemos sido educados prácticamente toda nuestra vida. Desde el nacimiento y la asignación de un sexo, ya tenemos impuesta una carga de un rol que se debe desempeñar socialmente, sin embargo, como ya fue mencionado, la formación de una voluntad propia en la decisión entre, el deber ser y lo que se quiere ser, trae complejidad en la vida de una persona.

La complejidad psíquica aunada a las cargas sociales y a las propias metas en un ideal lleno de complejos, culpas y vergüenzas no han permitido que las personas y particularmente las mujeres tengan la libertad de disfrutar de su vida sexual y del placer que se les negó durante varios siglos. Es por esto que en

diversas investigaciones se nota el alto grado de repercusión en el bienestar y calidad de vida, en este sentido tengo el atrevimiento de mencionar que muchas mujeres han sido reprimidas por tanto tiempo que pierden un poco de voluntad psíquica y sus cuerpos hablan por sí mismos a través de la somatización afectando su salud mental y sexual.

Este trabajo abre la posibilidad de hacer, a nivel personal, una reflexión sobre el propio disfrute y goce de un cuerpo que ha estado a disposición social pero no personal. Se debe tomar en cuenta que no hay limitaciones que forzosamente deban transgredir los derechos naturales y humanos sobre el goce sexual y la voluntad sobre sí mismo. Por otra parte se recomienda dar mayor importancia y énfasis a una sociedad sana en todo aspecto a pesar de la represión enfocada al trabajo y el desarrollo económico. Las buenas prácticas en cuanto a la eliminación de tabús y educación en escuelas y en los primeros círculos sociales de las niñas iniciarían con un camino hacia una salud más completa.

Como indica Reich en 1985, la sociedad sexualmente enferma, niega la ayuda de cualquier tipo que apoye de forma positiva la salud sexual y la recuperación completa de un paciente; estas barreras son edificadas por la moral sexual coercitiva. Solo una persona que ha recobrado su salud sexual y genital cambia respecto a su círculo no solo personal, sino social en donde alcanzan armonía.

En esta investigación me percaté de la importancia de la salud sexual ya que repercute en el estado de bienestar físico y psicológico de los individuos, sin embargo, a lo largo de la historia no se le ha brindado la atención suficiente. En un inicio la atención de la salud mental en general tenía connotación de anormalidad practicando una sugerencia a la eugenesia con la finalidad de una mejoría. Esta misma conceptualización se vio reflejada en la salud sexual debido al impacto social y moral que tiene el concepto en sí de la sexualidad, en la revisión de información se pudo ver que tanto los llamados “locos” como los “perversos” estaban catalogados en el mismo rango de anormalidad que daña el desarrollo social.

Por otra parte al ser un tema tabú pero con finalidades de goce del individuo, la práctica de la sexualidad continuó pero con limitaciones que favorecían tanto a la moral como a la sociedad. Mi investigación está enfocada al género femenino, como se pudo revisar, la mujer ha tenido un papel complejo tanto en tema social, biológico y psicológico; en cuestión social ha sido marginada e, incluso en algunas culturas, utilizada por la sociedad y por el género masculino por lo que se le otorgó poca importancia a su bienestar.

En tema de sexualidad femenina, la complejidad es amplia debido al rol social que tiene la mujer y a los procesos en su desarrollo, los cuales son distintos a los de un varón. Como se revisó en mi investigación, el desarrollo en el primer grupo en el que se desarrolla la niña donde aprende a socializar con otros es la familia en donde se da lugar al complejo de Edipo, se pudo notar que ambos sexos tanto niña como niño tienen un desarrollo muy similar al inicio; en realidad la complejidad se asoma una vez que la niña da cuenta de su sexualidad y de su sexo; considerando que la conceptualización de la sexualidad es falocéntrica. Es aquí en donde se encuentran las bases de la niña para poder minimizar su sexualidad y restar importancia a su goce y cuerpo, mostrando al hombre como superior; de esta manera se desvía del desarrollo similar al niño e inicia con un desarrollo complejo lleno de culpa y vergüenza inconsciente, la cual considero es innecesaria. El sentimiento de culpa de la niña durante su desarrollo psicosexual indica el futuro de una niña acomplejada por su naturaleza, una naturaleza que no puede cambiar fácilmente, es decir que se arrepiente de ser quien es sin posibilidad a reiniciar su propia naturaleza.

El ideal del yo es formado a partir de una base de desarrollo inestable psíquicamente y llena de complejos morales, sociales e inconscientes lo que no permite que las mujeres alcancen un bienestar y calidad de vida total, sino que por el contrario es constantemente cuestionada internamente debido al aprendizaje que obtuvo durante toda su infancia en donde se le impone un deber ser afectando de esta manera el deseo de obtener placer y obstaculizando una estabilidad psíquica sobre la concepción de uno mismo y el bienestar de los individuos como representación de una buena salud tanto física como emocional haciendo de lado de lado la inconformidad del propio ser.

Esta investigación muestra la importancia que tiene la satisfacción sexual, en la conceptualización de sí mismo así como la prioridad de un desarrollo sexual sano y sin limitaciones innecesarias durante la infancia debido a que, desde un pensamiento psicoanalítico, esto asegurará un bienestar y calidad de vida mejor en el futuro del individuo. Los alcances de esta investigación son teóricos, tomando en cuenta la importancia que tiene la salud mental y el poco énfasis que se le ha otorgado.

Dentro de esta investigación se anexan dos documentos (Apéndice 1 y Apéndice 2) en los cuales se muestra la visión de una salud sexual individual y social así como las preocupaciones actuales acerca de la salud sexual.

Las limitaciones, considero que son los propios alcances culturales, sociales y morales gracias a la represión que se ha impuesto en el aprendizaje a lo largo de la vida de un individuo en donde se ha limitado a la exploración, el autoconocimiento y la propia satisfacción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. (1948). Conferencia Sanitaria Internacional. Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 2, 100.
2. Organización Mundial de la Salud. (2016). Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual, 09, 60.
3. Bataglia Doldan V, Leguizamón Freitas L, González Cabrera L, Velgara Maldonado M. (2014). Sexualidad y embarazo: Cambios observados en la sexualidad femenina durante la gestación. NA, 1, 100.
4. Consejo Nacional de Población(2016). Situación de la Salud Sexual y Reproductiva. República Mexicana., 1, 238.
5. Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS). (1997). Derechos sexuales. Guatemala.
6. IMSS. (2016.). Hablemos de sexualidad. Sexualidad IMSS, 1, 128.
7. Hernández, María Felipa; de la Cruz Muradás, María; Sánchez, Miguel. (2014). Panorama de la salud sexual y reproductiva. 1, 1, 30.
8. Rojas Cabrera, Eleonora Soledad; Peláez, Enrique; Moyano, Sara Alejandra. (2015). Una revisión crítica de los conocimientos actuales sobre la sexualidad y el género. NA, 0, 69.
9. Hurtado de Mendoza Zabalgoitia, María Teresa. (2015). La sexualidad femenina. Alternativas en Psicología, 18, 8.
10. Matute Ortega, Viviana; Arévalo Peláez, Carlos, Espinoza Peña, Andrea. (2016). Estudio Transversal: prevalencia de disfunción sexual femenina y factores asociados en pacientes del hospital José Carrasco Arteaga. NA, 1, NA.

11. Cibrián Llanderal, Tamara; Cadena-Barajas, Martín; Cuervo Ledesma, Fernanda; Martínez Fuentes, Eva. (2016). Variables sexuales, emocionales y físicas asociadas a la respuesta sexual en mujeres. NA.
12. Kingsberg, PhD Sheryl A.; Terri Woodard. (2015). Disfunción sexual femenina con enfoque en la disminución del deseo. Series de especialidad clínica. Colegio Americano de obstetrician y ginecología.
13. Laplanche, Jean; Pontalis, Jean-Bertrand (1996), Diccionario de Psicoanálisis, traducción Fernando Gimeno Cervantes. Página 180
14. Freud, Sigmund. (2018). Introducción al Psicoanálisis. México: Porrúa.
15. Reich, Wilhelm. (1985). La revolución sexual. España: Artemisa.
16. Vera-Gamboa, Ligia. (1998). Historia de la Sexualidad. Facultad de Medicina UNAM. Primer compendio.
17. Arango de Montis, Iván. (2008). Sexualidad Humana. Nueva York. Editorial Manual Moderno.
18. Peña Sánchez, Edith Yesenia; Hernández Albarán, Lilia; Ortiz Pedraza; Francisco. (2009). La construcción de las sexualidades. INAH.
19. INPPARES. (2002). Breve historia de la sexualidad.. Revista de Sexología Identidades, 1, 54.
20. Foucault, Michel. (1998). Historia de la sexualidad Vol. 1. España: Siglo XXI.
21. Ivonne Szasz y Susana Leiner. (1998). Sexualidades en México. Boletín de Investigación Latinoamericana.
22. Marcuse, Hebert. (1983). Eros y civilización. España. Editorial Sarpre.
23. . Weeks, Jeffrey. (1998). Sexualidad. México, Editorial Paidós. UNAM.
24. Foucault, Michel. (1998). Historia de la sexualidad Vol. 2. España: Siglo XXI.
25. Comisión Nacional de Derechos Humanos. (2014). Derechos sexuales y reproductivos. El Cairo.

26. Liguori, Ana Luisa; Szasz, Ivone. (1996). La investigación sobre sexualidad en México. México. Debate Feminista. UNAM.
27. Rodríguez Ramírez, Gabriela. (2004). Treinta años de educación sexual en México. Biblioteca Jurídica Virtual. UNAM
28. Trueba Lara, José Luis. (2013). Las delicias de la carne. Erotismo y sexualidad en el México del s. XIX. México. Editorial Uva tinta. Pgs. 160.
29. Morales, Helí. (2014). Otra historia de la sexualidad, ensayos psicoanalíticos. Editorial Palabra en vuelo. Pgs. 269.
30. Vanegas, Blanca Cecilia. (2007). La equidad de género: clave para la salud sexual y reproductiva. Colombia. Revista Colombiana de Enfermería, Vol. 2.
31. Fernández Laveda, Elena; Fernández Martínez, Águeda; Belda Antón, Irene. (2014). Histeria: Historia de la sexualidad femenina. Cultura de los cuidados. 18 - 39.
32. Cerón Hernández, Cyntia. (2016). La configuración y significados del placer sexual y erótico en mujeres universitarias de la Ciudad de México. México. Universidad Intercontinental, No. 22, Pg. 73 – 102.
33. Bleichmar, Elmice Dio. (2011). La sexualidad fememina de la niña a la mujer. Editorial Paidós. Pg. 445.
34. Liguori, Ana Luisa; Szasz, Ivone. (1996). La investigación sobre sexualidad en México. Revista de perinatología y reproducción humana. Pg. 88.
35. Colorado López, Marta; Arango Palacio, Liliana; Fernández Fuente, Sofía. (1998). Mujer y Feminidad. Dirección de Cultura de Antioquia.
36. Dolto, Francois. (2001). La sexualidad femeina. Editotial Paidós.
37. Freud, Sigmund. (2015). El tabú de la virginidad. Editorial Amorrortu.
38. Bonaparte, Marie. (1961). La sexualidad de la mujer. Editorial Laia.

39. Freud, Sigmund. (1991). Conferencia sobre la feminidad. Tomo XXII. Editorial Amorrortu.
40. Freud, Sigmund. (1955). Sobre la sexualidad femenina. Tomo XXI. Editorial Amorrortu.
41. Kernberg, Otto (2009). Relaciones amorosas. Normalidad y patología. Editorial Paidós.
42. Freud, Sigmund. (1992). El ello y el yo, Tomo XIX. Editorial Amorrortu.
43. Ideal del yo. (2003). Janine Chasseguet – Smirgel
44. Freud, Sigmund. (1992). Introducción al narcisismo. Tomo XIV. Editorial Amorrortu
45. Dolto, Francois. (1984). La imagen inconsciente del cuerpo. Editorial Paidós.
46. Freud, Sigmund. (1975). Análisis del yo. Tomo XIX. Editorial Amorrortu.
47. Bergeret, Jean. (1974). La personalidad normal y patológica. Editorial Gedisa.
48. Barra Almagia, Enrique. (2002). Psicología de la sexualidad. Universidad de Concepción.
49. Lacan, Jaques. (2007). La angustia. Seminario 10. Buenos Aires. Editorial Paidós.
50. Reich, Wilhelm. (1955). La función del orgasm: problemas económico-sexuales. Buenos Aires. Editorial Paidós, Pgs. 307.

APÉNDICES

Apéndice 1.

Derechos sexuales establecidos y revisados por la WAS:

1. El derecho a la igualdad y a la no- discriminación.

Toda persona tiene derecho a disfrutar de los derechos sexuales de esta declaración sin distinción alguna de raza, etnicidad, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, lugar de residencia, posición económica, nacimiento, discapacidad, edad, nacionalidad, estado civil y familiar, orientación sexual, identidad y expresión de género, estado de salud, situación social y económica o cualquier otra condición.

2. El derecho a la vida, libertad y seguridad de la persona.

Toda persona tiene derecho a la vida, la libertad y la seguridad, estos derechos no pueden ser amenazados, limitados o retirados de forma arbitraria por razones relacionadas con la sexualidad. Estas razones incluyen: orientación sexual, comportamientos y prácticas sexuales consensuales, identidad y expresión de género, o por acceder o proveer servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva.

3. El derecho a la autonomía e integridad del cuerpo.

Toda persona tiene el derecho de controlar y decidir libremente sobre asuntos relacionados con su cuerpo y su sexualidad. Esto incluye la elección de comportamientos, prácticas, parejas y relaciones interpersonales con el debido respeto a los derechos de los demás. La toma de decisiones libres e

informadas requiere de consentimiento libre e informado previo a cualquier prueba, intervención, terapia, cirugía o investigación relacionada con la sexualidad.

4. El derecho a una vida libre de tortura, trato o pena crueles, inhumanos o degradantes.

Nadie será sometido a torturas, tratos o penas degradantes, crueles e inhumanos relacionados con la sexualidad, incluyendo: prácticas tradicionales dañinas; la esterilización forzada, la anticoncepción o aborto forzados; y otras formas de tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes cometidos por motivos relacionados con el sexo, género, orientación sexual, identidad y expresión de género y la diversidad corporal de la persona.

5. El derecho a una vida libre de todas las formas de violencia y coerción.

Toda persona tiene derecho a una vida libre de violencia y coerción relacionada con la sexualidad, esto incluye: la violación, el abuso sexual, el acoso sexual, el bullying, la explotación sexual y la esclavitud, la trata con fines de explotación sexual, las pruebas de virginidad y la violencia cometida por razón de prácticas sexuales, de orientación sexual, de identidad, de expresión de género y de diversidad corporal reales o percibidas.

6. El derecho a la privacidad.

Toda persona tiene derecho a la privacidad, relacionada con la sexualidad, la vida sexual y las elecciones con respecto a su propio cuerpo, las relaciones sexuales consensuales y prácticas sin interferencia ni intrusión arbitraria. Esto incluye el derecho a controlar la divulgación a otras personas de la información personal relacionada con la sexualidad.

7. El derecho al grado máximo alcanzable de salud, incluyendo la salud sexual que comprende experiencias sexuales placenteras, satisfactorias y seguras.

Toda persona tiene el derecho de obtener el grado máximo alcanzable de salud y bienestar en relación con su sexualidad, que incluye experiencias sexuales placenteras, satisfactorias y seguras. Esto requiere de servicios de atención a la salud sexual de calidad, disponible, accesible y aceptable, así como el acceso a los condicionantes que influyen y determinan la salud, incluyendo la salud sexual.

8. El derecho a gozar de los adelantos científicos y de los beneficios que de ellos resulten.

Toda persona tiene el derecho a disfrutar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones en relación con la sexualidad y la salud sexual.

9. El derecho a la información.

Toda persona debe tener acceso a información precisa y comprensible relacionada con la sexualidad, la salud sexual y los derechos sexuales a través de diferentes recursos o fuentes. Tal información no debe ser censurada o retenida arbitrariamente ni manipulada intencionalmente.

10. El derecho a la educación y el derecho a la educación integral de la sexualidad.

Toda persona tiene derecho a la educación y a una educación integral de la sexualidad. La educación integral de la sexualidad debe ser apropiada a la edad, científicamente correcta, culturalmente competente y basada en los derechos humanos, la igualdad de género y con un enfoque positivo de la sexualidad y el placer.

11. El derecho de contraer, formar o disolver el matrimonio y otras formas similares de relaciones basadas en la equidad y el pleno y libre consentimiento.

Toda persona tiene el derecho a elegir casarse o no casarse y a, con libre y pleno consentimiento, contraer matrimonio, mantener una relación de pareja o tener relaciones similares. Todas las personas tienen los mismos derechos en cuanto a contraer matrimonio, durante el matrimonio y en caso de

disolución de las relaciones, sin discriminación ni exclusión de cualquier tipo. Este derecho incluye la igualdad de acceso a la asistencia social y otros beneficios, independientemente de la forma de dicha relación.

12. El derecho a decidir tener hijos, el número y espaciamiento de los mismos, y a tener acceso a la información y los medios para lograrlo.

Toda persona tiene el derecho de decidir tener o no hijos y el número y espaciamiento de los mismos. Para ejercer este derecho se requiere acceder a las condiciones que influyen y determinan la salud y el bienestar, incluyendo los servicios de salud sexual y reproductiva relacionados con el embarazo, la anticoncepción, la fecundidad, la interrupción del embarazo y la adopción.

13. El derecho a la libertad de pensamiento, opinión y expresión.

Toda persona tiene el derecho a la libertad de pensamiento, opinión y expresión sobre la sexualidad y tiene el derecho a expresar su propia sexualidad a través de, por ejemplo, su apariencia, comunicación y comportamiento con el debido respeto al derecho de los demás.

14. El derecho a la libre asociación y reunión pacíficas.

Toda persona tiene el derecho a organizarse pacíficamente, a asociarse, reunirse, protestar y a defender sus ideas con respecto a la sexualidad, salud sexual y derechos sexuales.

15. El derecho a participar en la vida pública y política.

Toda persona tiene el derecho a un ambiente que permita la participación activa, libre y significativa y que contribuya a aspectos civiles, económicos, sociales, culturales, políticos y otros de la vida humana, a niveles locales, nacionales, regionales e internacionales. Especialmente, todas las personas tienen el derecho a participar en el desarrollo y la implementación de políticas que determinen su bienestar, incluyendo su sexualidad y salud sexual.

16. El derecho al acceso a la justicia y la retribución y la indemnización.

Toda persona tiene el derecho de acceso a la justicia, a la retribución y a la indemnización por violaciones a sus derechos sexuales. Esto requiere medidas efectivas, adecuadas, accesibles y apropiadas de tipo educativo, legislativo y judicial entre otras. La indemnización y la garantía de que no se repetirá el acto agravante.

(Asociación Mundial para la Salud Sexual, 1999).

Preocupaciones relacionadas con la salud sexual

- 1. Situaciones relacionadas con la integridad corporal y sexual que pueden afectar la salud sexual**
 - Dificultad en lograr comportamientos que promuevan la salud a fin de identificar prontamente los problemas sexuales (por ej., reconocimientos médicos y exámenes de salud regulares, autoexamen de las mamas y de los testículos)
 - Eliminar forma de coerción sexual como, por ejemplo, de la violencia sexual (incluido el abuso y el acoso sexuales)
 - Existencia de mutilaciones corporales (por ej., mutilación genital femenina)
 - Necesidad de estar libre de contraer o transmitir de infecciones de transmisión sexual (lo que incluye pero no se limita al VIH/SIDA)
 - Necesidad de reducir las consecuencias sexuales de las discapacidades físicas o mentales.
 - Necesidad de reducir la repercusión en la vida sexual de las condiciones o tratamientos médico-quirúrgicos.
- 2. Situaciones relacionadas con el erotismo que pueden afectar la salud sexual**
 - Falta o insuficiencia de conocimientos acerca del cuerpo, particularmente en cuanto a respuesta y placer sexuales
 - Necesidad de reconocimiento del valor del placer sexual disfrutado durante el transcurso de la vida de manera segura y responsable, dentro de un conjunto de valores que respete los derechos de los demás
 - Necesidad de promover la práctica de las relaciones sexuales seguras y responsables

- Necesidad de fomentar la práctica y el disfrute de las relaciones sexuales consensuales, libres de explotación, honestas y mutuamente placenteras

3. Situaciones relacionadas con el género que pueden afectar la salud sexual

- Falla en el reconocimiento y observación de equidad de género
- Necesidad de estar libre de todas las formas de discriminación basada en el género
- Necesidad de lograr el respeto y la aceptación de las diferencias de género

4. Situaciones relacionadas con la orientación sexual que pueden afectar la salud sexual

- Existencia de discriminación basada en la orientación sexual
- Falta de libertad para expresar la orientación sexual personal de una manera segura y responsable dentro de un conjunto de valores que respete los derechos de los demás.

(Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2000).

Características de una Sociedad Sexualmente Sana

Las sociedades que protegen y dan prioridad a la salud sexual de sus miembros muestran las siguientes características:

Compromiso político. El Estado reconoce que la salud sexual es un derecho fundamental del ser humano y se hace responsable de la promoción de la salud sexual.

Políticas explícitas. Las instituciones sociales, entre ellas las entidades gubernamentales, formulan, desarrollan y ponen en práctica políticas públicas que comprenden instrucciones claras y precisas destinadas a la protección y promoción de la salud sexual como derecho humano fundamental.

Legislación. Para la promoción de la salud sexual es indispensable que haya leyes vigentes destinadas a proteger los derechos sexuales. Es fundamental contar con leyes que protejan de la explotación a las personas vulnerables (por ej., prohibición de la prostitución infantil); reconocer los derechos de todas las personas a la integridad del cuerpo (por ej., protección contra la mutilación genital); proteger a las minorías sexuales para que se respeten sus derechos humanos tan fundamentales como educación, salud y empleo (por ej., legislación contra la discriminación); y promover la igualdad en todas las dimensiones sexuales (por ej. legislación relativa a la igualdad de oportunidades).

Buena educación. Un elemento necesario de una sociedad sexualmente sana es el acceso universal a la educación sexual integral acorde con la edad, a todo lo largo de la vida.

Infraestructura suficiente. A objeto de garantizar el acceso de las personas a los servicios, es necesario contar con una infraestructura de profesionales y para profesionales especializados en la

resolución de problemas e inquietudes de índole sexual. Esto incluye ofrecer a los profesionales programas de especialización en salud sexual.

Investigación. Una sociedad comprometida con la salud sexual de los miembros que la integran apoya las investigaciones adecuadas y concretas destinadas a abordar las inquietudes clínicas, educativas y de salud pública. Esto abarca la investigación relativa a las inquietudes emergentes (por ej., nuevas infecciones) y la vigilancia para estimar la extensión y tendencias de condiciones que afectan la salud y que pueden ser prevenidas (por ej., tasas de relaciones sexuales peligrosas en poblaciones de alto riesgo, tasa de violencia sexual, prevalencia de disfunciones sexuales, etc.).

Vigilancia adecuada. La vigilancia es necesaria para supervisar los indicadores biomédicos y de comportamiento que miden las inquietudes y los problemas de salud sexual.

Cultura. Es necesario lograr una cultura de apertura hacia la salud sexual que a la vez asigne a ésta la prioridad que le corresponde. Algunos indicadores tales como calidad de la información suministrada por los medios sobre las inquietudes relativas a la salud sexual, y el grado en que pueden promoverse abiertamente los mensajes sobre salud pública atinentes a las graves amenazas a la salud sexual, pueden servir para medir la cultura.

(Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2000).