



# SEXUALIDAD Y RELACIONES CONTEMPORÁNEAS

María del Mar Sánchez Fuentes  
María Reina Granados de Haro  
María De Las Nieves Moyano  
Juan Carlos Sierra  
Adriana De la Peña Leiva  
Aura Cardozo Rusinque  
Marina B. Martínez González  
Yamile Turizo Palencia  
Paola Martínez Sande  
Kattia Cantillo Pacheco  
Paola García Roncallo  
Eileen García Montañó  
Nathalia Quiroz Molinares  
Margel Parra Fernández  
Claudia Arenas Rivera  
Nelson Lay Raby  
Claudia Reyes Cervantes  
María Angélica Pérez Corcho  
Angie Vanessa Posso-Meza  
Angélica María Arias Preciado  
Diana Pérez Pedraza  
Milena Martínez Rudas

libro digital



CORPORACIÓN  
UNIVERSIDAD  
DE LA COSTA  
1970  
VIGILADA MINEEDUCACIÓN

**SEXUALIDAD Y  
RELACIONES  
CONTEMPORÁNEAS**

Sexualidad y relaciones contemporáneas / colectivo de autores. –

Barranquilla: Universidad de la Costa, s.f

ISBN: 978-958-8921-95-2 (Digital)

201 Páginas, ilustraciones, gráficos

1. Sexualidad 2. Reproducción 3. Educación sexual 4. Conflicto

612.6 S518

# SEXUALIDAD Y RELACIONES CONTEMPORÁNEAS

María del Mar Sánchez Fuentes  
María Reina Granados de Haro  
María De Las Nieves Moyano  
Juan Carlos Sierra  
Adriana De la Peña Leiva  
Aura Cardozo Rusinque  
Marina B. Martínez González  
Yamile Turizo Palencia  
Paola Martínez Sande  
Kattia Cantillo Pacheco  
Paola García Roncallo  
Eileen García Montañó  
Nathalia Quiroz Molinares  
Margel Parra Fernández  
Claudia Arenas Rivera  
Nelson Lay Raby  
Claudia Reyes Cervantes  
María Angélica Pérez Corcho  
Angie Vanessa Posso-Meza  
Angélica María Arias Preciado  
Diana Pérez Pedraza  
Milena Martínez Rudas



UNIVERSIDAD  
DE LA COSTA  
1970  
VIGILADA MINEDUCACIÓN

2020



# Sexualidad y relaciones contemporáneas

María del Mar Sánchez Fuentes  
María Reina Granados de Haro  
María De Las Nieves Moyano  
Juan Carlos Sierra  
Adriana De la Peña Leiva  
Aura Cardozo Rusinque  
Marina B. Martínez González  
Yamile Turizo Palencia  
Paola Martínez Sande  
Kattia Cantillo Pacheco  
Paola García Roncallo  
Eileen García Montaña  
Nathalia Quiroz Molinares  
Margel Parra Fernández  
Claudia Arenas Rivera  
Nelson Lay Raby  
Claudia Reyes Cervantes  
María Angélica Pérez Corcho  
Angie Vanessa Posso-Meza  
Angélica María Arias Preciado  
Diana Pérez Pedraza  
Milena Martínez Rudas

ISBN: 978-958-8921-95-2 (Digital)

Primera Edición

Corporación Universidad de la Costa, CUC

Diseño, diagramación  
y corrección de estilo  
Editorial Universitaria de la Costa,  
EDUCOSTA, S.A.S.  
Teléfono: (575) 336 2222  
educosta@cuc.edu.co

Lauren J. Castro Bolaño  
Gerente EDUCOSTA S.A.S.

Hecho el depósito que exige la ley

## AGRADECIMIENTOS

Los investigadores del Grupo Cultura, Educación y Sociedad de la Universidad de la Costa agradecemos a los coautores de los capítulos de este libro por sus aportes y su generosidad en la cooperación para la generación de nuevo conocimiento en este campo de estudio, tan necesario para la mejora de la calidad de vida de las personas, especialmente en el contexto colombiano.

También agradecemos a las personas que han participado en nuestras investigaciones, porque su disposición a colaborar hace posible el avance de la ciencia.

Finalmente, un especial agradecimiento a nuestros semilleros de investigación que, con su compromiso por la excelencia académica, son la siguiente generación de profesionales competentes para impactar positivamente en la región y el país.

## PREFACIO

Se presentan los resultados de una investigación en la cual se sistematizaron los avances en la generación de nuevo conocimiento y producto del acompañamiento de proyectos de grado relacionados con la sexualidad y las relaciones contemporáneas, desarrollados por investigadores del grupo “Cultura, Educación y Sociedad” y sus redes de colaboración académica. Se implementó un proceso de sistematización, a partir del cual se identificaron las siguientes categorías: La primera, presenta la concepción actual sobre la sexualidad y la salud sexual, así como posturas relacionadas con la construcción psicosocial del género. La segunda, da cuenta de los estudios relacionados con la expresión de la sexualidad y el género en contextos de relación como la vida de pareja, el escenario organizacional y la vida comunitaria. En la tercera, se muestran las tendencias producto de los modelos de evaluación e intervención basados en evidencia para mitigar las problemáticas asociadas a las conductas sexuales de riesgo, la educación sexual en niños y adolescentes, el conflicto de pareja y la violencia de género. Se espera que el texto sirva para la fundamentación de los académicos interesados en esta área del conocimiento dada la relevancia que tienen las problemáticas asociadas a este tema en el territorio nacional.

## ÍNDICE

Presentación	12
Parte 1.	
Justificación del estudio	15
<b>Capítulo 1.</b>	
Justificación y problema de investigación	16
<b>Capítulo 2.</b>	
Marco teórico	22
<b>Capítulo 3.</b>	
Metodología y procedimiento	29
Parte 2:	
Fundamentos sobre la sexualidad y la construcción social del género	47
<b>Capítulo 3.</b>	
Desarrollo y Maduración Sexual	48
<b>Capítulo 4.</b>	
Salud y Patología de la Sexualidad Humana	65
<b>Capítulo 5.</b>	
Construcción Psicosocial del Género	82
Parte 3:	
La sexualidad en contexto	96
<b>Capítulo 6.</b>	
Relaciones de Pareja	97



<b>Capítulo 7.</b>	
Género en el ámbito organizacional: El Desarrollo Organizacional, labor pendiente	<b>115</b>
<b>Capítulo 8.</b>	
Movimiento Social de mujeres: Reivindicaciones para la transformación social	<b>125</b>
Parte 4: Evaluación e intervención en problemas asociados a la sexualidad y las relaciones contemporáneas	<b>145</b>
<b>Capítulo 9.</b>	
Evaluación de la sexualidad: Registros fisiológicos y Laboratorio de sexualidad humana	<b>146</b>
<b>Capítulo 10.</b>	
Intervención en disfunciones sexuales	<b>162</b>
<b>Capítulo 11.</b>	
Evaluación psicológica forense en delitos sexuales	<b>181</b>
<b>Capítulo 12.</b>	
Programas de Prevención y Promoción en Salud Sexual y Reproductiva	<b>194</b>
<b>Capítulo 13.</b>	
Programas de Intervención en casos de Violencia de Pareja	<b>219</b>
Conclusiones	<b>234</b>
Referencias	<b>239</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b>	
Artículos científicos publicados	<b>30</b>
<b>Tabla 2.</b>	
Libros o capítulos de libro	<b>35</b>
<b>Tabla 3.</b>	
Productos de formación	<b>39</b>
<b>Tabla 4.</b>	
Modelos propuestos sobre el ciclo de la respuesta sexual	<b>70</b>
<b>Tabla 5.</b>	
Compendios de Programas de Basados en Evidencia	<b>207</b>
<b>Tabla 6.</b>	
Características descriptivas de los programas de prevención y promoción en Salud Sexual y Reproductiva	<b>208</b>
<b>Tabla 7.</b>	
Soportes teóricos de los programas de prevención y promoción en Salud Sexual y Reproductiva	<b>212</b>
<b>Tabla 8.</b>	
Componentes programáticos de los programas de prevención y promoción en Salud Sexual y Reproductiva	<b>214</b>
<b>Tabla 9.</b>	
Cifras de Violencia de Pareja en Colombia	<b>222</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b>	
Categorías nucleares emergentes	<b>44</b>
<b>Figura 2.</b>	
Representación gráfica de la Teoría del Triángulo del amor	<b>101</b>
<b>Figura 3.</b>	
Medidor de cambios en la circunferencia peniana	<b>154</b>
<b>Figura 4.</b>	
Registro del cambio en la circunferencia peniana durante estímulos neutros y eróticos	<b>155</b>
<b>Figura 5.</b>	
Fotopletismógrafo vaginal	<b>118</b>
<b>Figura 6.</b>	
Registro del cambio en la amplitud de pulso vaginal durante estímulos neutros y eróticos	<b>157</b>
<b>Figura 7.</b>	
Sala experimental	<b>159</b>
<b>Figura 8.</b>	
Indicadores de salud sexual y reproductiva	<b>196</b>

## PRESENTACIÓN

Uno de los factores que incrementa la mortalidad y la morbilidad a nivel global está relacionado con estilos de vida que evidencian consumo de sustancias psicoactivas, tabaquismo, malos hábitos alimenticios, conductas sexuales de riesgo, sedentarismo, disfuncionalidad familiar, los cuales podrían ser mitigados y prevenidos a través de programas de intervención para el fomento de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (Organización de las Naciones Unidas-ONU, 2018a).

Este panorama no es ajeno para Colombia, donde la violencia en todas las esferas de relación deja miles de víctimas, al igual que los estilos de vida en los que no aparece la noción de riesgo. A esto se suman creencias que justifican el uso de la violencia como alternativa de resolución de conflictos, una cultura patriarcal donde prevalece la desigualdad de género, una escasa formación para el cumplimiento de los deberes y derechos sexuales y reproductivos, y representaciones sociales que hacen de estos temas un tabú.

Estas situaciones constituyen verdaderas barreras para el desarrollo de las personas y de las naciones, pues no solo repercuten en el ámbito individual, truncando el bienestar y el proyecto de vida, sino que tienen un impacto social, económico y en la salud pública. Por esta razón, algunas de dichas problemáticas fueron incorporadas dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible – ODS–, propuestos por la ONU (2018b) como un compromiso global para el desarrollo de las políticas públicas. Entre los ODS

relacionados con la sexualidad y las relaciones contemporáneas, se encuentran los siguientes (ONU, 2018b):

3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades; 4. Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos; 5. Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas; [...] 8. Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos; [...] 11. Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles; [...] 16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles.

La Universidad de la Costa, CUC, atendiendo a la necesidad de generar nuevo conocimiento que aporte a la consecución de tales propósitos, ha adoptado el Desarrollo Sostenible como línea institucional para la orientación de sus actividades de docencia, investigación y extensión. Desde su grupo de investigación Cultura, Educación y Sociedad, se han venido realizando estudios sobre salud sexual y reproductiva, las relaciones interpersonales y familiares, así como los procesos de participación comunitaria desde un enfoque de género, los cuales se han implementado a través de la colaboración académica nacional e internacional.

Todas estas experiencias investigativas, así como la necesidad percibida en la comunidad académica nacional donde la oferta

de formación en sexualidad es escasa, motivaron a los investigadores del grupo a la generación del libro “Sexualidad y Relaciones Contemporáneas”. El texto presenta los resultados de diversos proyectos de investigación condensando los avances que desde estas redes de colaboración se han adelantado, con el fin de que su apropiación pueda servir como texto de estudio, contextualizado y global, para las nuevas generaciones de profesionales e investigadores interesados en estas temáticas.

Los autores esperamos que el texto sirva para la fundamentación de los académicos interesados en esta área del conocimiento, así como para nuestros estudiantes de pregrado y posgrado, dada la relevancia que tienen las problemáticas asociadas a este tema en el territorio nacional, las cuales demandan más profesionales comprometidos con su estudio y transformación hacia la calidad de vida de las personas.

## PARTE 1

### JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Esta parte da cuenta de los elementos que justifican el desarrollo de la investigación y la problemática a la que responde, así como los elementos teóricos y metodológicos que se consideraron en su implementación.

## CAPÍTULO 1

## JUSTIFICACIÓN Y PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Uno de los factores de riesgo sanitario a nivel global son los hábitos asociados a la sexualidad, de manera que la salud sexual es un elemento fundamental en términos de salud pública. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Colombia (ENDS, 2015) señala que las mujeres inician el rol reproductivo aproximadamente 6 años más temprano que los hombres; respecto a la planificación familiar en los países en desarrollo aproximadamente 214 millones de mujeres en edad reproductiva desean posponer el embarazo, pero no utilizan métodos de planificación (Organización Mundial de la Salud-OMS, 2018a).

Estas problemáticas afectan el desarrollo integral de cualquier individuo sin distinción de género ni edad. Al respecto se encuentra que el porcentaje de madres adolescentes o en estado de embarazo se encuentra mediado por las condiciones socio-económicas e íntimamente relacionado con la influencia de los pares y la norma social establecida. Así, cada año alrededor de 16 millones de adolescentes con edades entre 15 y 19 años de edad dan a luz y por lo el 95% de estos nacimientos ocurre países de bajos ingresos (OMS, 2018a). También se encuentra que, aunque unos 214 millones de mujeres en edad reproductiva desean pos-



poner el embarazo, no utilizan métodos de planificación (OMS, 2018b), dejando en evidencia la necesidad de fortalecer los procesos educativos, generando procesos reflexivos sobre el proyecto de vida.

En Colombia, los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS, 2015), indican que el porcentaje de madres adolescentes entre los 15 y los 19 años, disminuyó pasando del 19,5% en 2010 al 17,4% en 2015; asimismo, el 13,8% de las mujeres entre 13 a 19 años reporta que ha estado embarazada. Tal como se puede apreciar, estas cifras siguen siendo muy altas, y se suman a que solo el 11,2% de las mujeres y el 10,9% de los hombres entre 13 y 49 años afirman que han estado en programas que brindan información en temas de sexualidad. También se encontró que el 69,9% de las mujeres adolescentes y el 52,7% de los hombres en el mismo rango de edad, activos sexualmente, no usan métodos anticonceptivos. Pese a que el informe señala que la información temprana sobre temas de sexualidad previene el embarazo adolescente, los derechos sexuales y derechos reproductivos se abordan poco en las instituciones educativas. Esto último se hizo más evidente en departamentos como Bolívar, Magdalena y Sucre.

A esta falta de educación en sexualidad se suma la problemática de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y sus afectaciones en la salud. Las ITS se ubican entre las 5 primeras razones a nivel mundial por las que se busca atención médica. Se estima que aproximadamente 357 millones de personas se ha contagiado de clamidia, gonorrea, sífilis o tricomoniasis. Cada día 1 millón de personas contrae una ITS, aproximadamente 500 millones de personas portan el virus causante del herpes genital tipo 2 y 290 millones de mujeres padecen virus de papiloma humano (OMS, 2016). Pese a esto, en Colombia, solo el 37,1% de las mujeres y el 33,7% de los hombres entre 13 a 49 años comprenden lo que es el

VIH/SIDA, mientras que casi el 20% reporta desconocer la existencia de ITS. El nivel de desconocimiento sobre la prevención de esta enfermedad es más alto en la región Caribe tanto en mujeres (81,7%) como en hombres (82,8%), al igual que el desconocimiento sobre otras ITS.

Las problemáticas asociadas a las ITS o a los embarazos en adolescentes no son las únicas situaciones que demandan atención en materia de sexualidad y relaciones contemporáneas. La violencia que emerge en las relaciones interpersonales, cobra gran relevancia en el escenario de pareja, dadas sus repercusiones individuales y sociales sobre el establecimiento de relaciones mal adaptativas desde temprana edad. Diversas investigaciones afirman que los eventos de violencia ejercidos dentro de la familia, se originan en el proceso de crianza. Ser testigo de la violencia a temprana edad aumenta el grado de tolerancia a esta y a su vez aumenta la probabilidad de ejercer violencia (Vargas, 2017, Laeheem y Boonprakarn, 2014); los niños que presencian estos episodios tienen mayor probabilidad de usar la violencia en la resolución de conflictos durante la adultez, mientras que las niñas que son testigos están predispuestas a entablar relaciones violentas por parte de sus parejas (Pietri y Bonnet, 2017).

La OMS (2017) en su estudio mundial sobre la violencia doméstica, señala que el 35% de las mujeres a nivel mundial, ha sufrido violencia física, sexual y psicológica infringida por su pareja. Esta situación presenta mayor prevalencia en África, Medio Oriente y Sudeste Asiático, donde la proporción alcanza el 37%. En América Latina y el Caribe, el porcentaje de mujeres que reportan haber sufrido violencia física o sexual por parte de su esposo alcanza el 30% (OMS, 2013).

Este panorama no es ajeno para nuestro país, donde la violencia en todas las esferas de relación deja miles de víctimas, al igual que los estilos de vida en los que no aparece la noción de

riesgo. A esto se suman creencias que justifican el uso de la violencia como alternativa de resolución de conflictos, una cultura patriarcal donde prevalece la desigualdad de género, una escasa formación para el cumplimiento de los deberes y derechos sexuales y reproductivos, y representaciones sociales que hacen de estos temas un tabú.

Como ejemplo de esto, el reporte del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF, 2016) señala que, de todas las muertes por causa violenta ocurridas en el país, el 12.1% (1308 casos) tienen como causa la violencia doméstica. En esta situación, el 9.94% de las víctimas son hombres frente a un 33.65% de víctimas mujeres. Durante el año 2016, se reportaron 77.182 casos de violencia en el ámbito familiar, de los cuales el 86% fue violencia doméstica hacia la mujer, representando una tasa de 213.48 casos por cada 100.000 habitantes, donde el rango de edad más afectado oscila entre los 25 y 29 años, seguido por los 20 a 24 años.

La violencia doméstica ha sido considerada como un problema en materia de derechos humanos que ha trascendido del ámbito privado al público y constituye en sí misma una problemática social, política, pública y de salud que genera un impacto negativo, especialmente en mujeres, niños, niñas y adolescentes (Capano y Pacheco, 2014) e impacta en el entorno familiar, laboral e individual (Irregui, Ramirez y Tribin, 2016). Sus secuelas, suelen permanecer en el tiempo, resultando en enfermedades e incluso la muerte por homicidio o suicidio (Gómez, Murad y Calderón, 2013).

La violencia doméstica no solo afecta la esfera individual, sino que repercute en el ámbito económico y aumenta la brecha de desigualdad económica en las mujeres que lo padecen, al causar ausencias que conllevan la pérdida de trabajo o someten a la imposibilidad de obtener un trabajo estable (OMS, 2017). Esto implica

que las mujeres estén en una condición de mayor vulnerabilidad, pues se vincula a la dependencia económica hacia el agresor (Menjívar, 2011; Friedemann-Sánchez y Lovatón, 2012), genera un estrés permanente y la experimentación de diversa sintomatología de naturaleza psicológica (Vargas, 2017).

Pese a esto, muchas sociedades siguen siendo permisivas con la violencia doméstica debido a patrones culturales que legitiman la ideología patriarcal que consolida las creencias que aprueban el uso de la violencia, lo que al mismo tiempo pone de manifiesto el sometimiento de la mujer en la familia, puesto que la dinámica legitima al hombre como jefe del hogar quien a su vez toma el papel autoritario que a fin de cuentas instaaura una relación de dominante-dominado (Ariza, 2013; Palacio, 2010).

Esto genera desigualdades desde temprana edad en el acceso a oportunidades, que se reflejan por ejemplo en el acceso al mundo laboral con un trato justo y equitativo. Un entorno saludable en el trabajo, debe ser comprendido como un estado completo de bienestar en el que todos trabajan orientados a la consecución de una meta común al mismo tiempo que hay protección y promoción de la salud (OMS, 2010a). Sin embargo, se siguen evidenciando diferencias que no conducen al logro del bienestar para todos. En Colombia, por ejemplo, las cifras del Observatorio Laboral para la Educación (OLE) indican que, aunque la brecha salarial entre hombres y mujeres pasó del 15,1% al 11,8% entre los años 2007 y 2017, la media salarial de los hombres recién graduados en el año 2016 fue de \$2.130.000, mientras el de las mujeres fue de \$1.877.000 (Ministerio de Educación-MEN, 2017). Ahora bien, según las estadísticas del OLE, son más las mujeres que gradúan en todos los niveles de formación, exceptuando doctorado (MEN, 2017).

A nivel organizacional, en relación a altos niveles de estrés que se manejan en las instituciones prestadoras de servicios de

salud, las mujeres mayores de 30 años son las que corren más riesgo de sufrir cansancio emocional o Síndrome de burnout (Durán et al., 2018).

Considerando lo anterior, el objetivo de este libro es aportar conocimiento para intervenir en los distintos escenarios donde se presentan problemas relacionados con la sexualidad y las relaciones contemporáneas, apostando al desarrollo de una sociedad inclusiva y equitativa.

La investigación desarrollada y que soporta la generación de este texto, buscó responder la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los avances empíricos y documentales sobre el estudio de la sexualidad y las relaciones contemporáneas desarrollados desde la Universidad de la Costa con sus redes de colaboración académica, que pueden aportar a la comprensión de problemas relacionados con estos temas que impactan en el bienestar de la población?

## CAPÍTULO 2

## MARCO TEÓRICO

Vivimos en un mundo altamente complejo inmerso en un veloz desarrollo de la ciencia y la tecnología y globalizado como nunca antes en la historia. Estas situaciones impactan de manera singular las relaciones, dado que la aceleración y masificación de la comunicación, va en detrimento del encuentro real con el otro especialmente en el ámbito de la familia (Bauman, 2015). Ante estas características de la interacción humana, las generaciones del siglo XXI enfrentan el desafío de convivir en sociedad, con la desilusión sobre las instituciones políticas, familiares, educativas o religiosas y la sociedad de masas (Touraine y Pons, 1997).

Dentro de las manifestaciones de las relaciones contemporáneas cobran gran importancia aspectos de la sexualidad humana como factores claves relacionados con la calidad de vida y el bienestar de las personas (Davison et al, 2009; Dundon y Rellini, 2010; Sánchez-Fuentes y Sierra, 2015; Sánchez-Fuentes, Salinas y Sierra, 2016).

La sexualidad es un aspecto transversal al desarrollo humano y a sus potencialidades relacionadas con la reproducción, la identidad de género, el erotismo y el vínculo afectivo. Estas se encuentran en interacción y se configuran en función de los distintos

entornos en los cuales se desarrolla la persona (Sánchez-Fuentes, Santos-Iglesias y Sierra, 2014). Los factores de riesgo sanitario a nivel global están vinculados a los hábitos asociados a la vida sexual, de manera que la vivencia contemporánea de la sexualidad enfrenta el desafío de experimentarse como una expresión del potencial desarrollo de las personas o constituirse en una barrera para el mismo.

De acuerdo con Myers (1993), el desarrollo humano *es multidimensional*, porque implica un conjunto interrelacionado de dimensiones; *es potencialidad*, pues se orienta hacia a una permanente transformación hacia expresiones más complejas de la persona; *es continuo*, va desde antes del nacimiento y se extiende a lo largo de todo el ciclo vital; *es integral*, pues los diferentes elementos del desarrollo humano forman un todo; finalmente, es *adaptativo*, porque potencializa la capacidad de cambio y ajuste a las demandas del entorno.

Comprendido en su multidimensionalidad y en la unidad de sus procesos biológicos, psíquicos y sociales, la noción de desarrollo resume un todo que es la persona (Abeyá et al, 2004; Amar y Martínez-González, 2011). Las multiplicidades de procesos que le caracterizan han sido abordadas por Bronfenbrenner (1987) desde su modelo ecológico del desarrollo humano, que propone los siguientes sistemas de interacción en el desarrollo de las potencialidades humanas:

- El microsistema es el ambiente más próximo en donde la persona vive experiencias directas, lleva a cabo roles, mantiene relaciones interpersonales y realiza patrones de actividades.
- El mesosistema es donde se presentan interrelaciones recíprocas entre dos o más microsistemas en los que la persona participa activamente.

- El exosistema corresponde a entornos que no incluyen a la persona de forma activa, pero en los que se producen situaciones que inciden sobre lo que ocurre en otros entornos.
- El macrosistema está compuesto por el patrón global de ideologías, creencias, valores, sistemas de gobiernos, presentes en la vida cotidiana de las personas. Incluye el ambiente cultural donde todos los demás subsistemas están insertados.
- El cronosistema se refiere a la continuidad versus discontinuidad en los procesos proximales del desarrollo. Incluye los sucesos cambiantes de la sociedad a través del paso de generaciones, que afectan y son afectados por los procesos de desarrollo humano (Bronfenbrenner y Morris, 1998).

Para Bronfenbrenner (1987), el desarrollo humano se define como los “cambios perdurables en el modo en que una persona percibe su ambiente y se relaciona con él” (Bronfenbrenner, 1987, p. 23). Así las cosas, los procesos de desarrollo ocurren en una cultura caracterizada por símbolos, valores y experiencias que determinan su sentido. Es el resultado de las condiciones bio-psicológicas individuales inmersas en procesos socioculturales que lo enmarcan. Considerando lo anterior, estudiar la sexualidad implica reconocer lo planteado por la OMS y la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS, por sus siglas en inglés), al definirla como:

[...] un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida, que abarca el sexo, la identidad de género y rol, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se experimenta y se expresa en pensamientos,



fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad incluye todas estas dimensiones, sin embargo, no todas siempre se experimentan o se expresan. La sexualidad depende de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (OMS, 2006, p. 5; OMS, 2010a, p. 10).

Henderson, Lehavot y Simoni (2009) han sido pioneros en utilizar el modelo ecológico del desarrollo para estudiar la sexualidad, explorando variables correspondientes a cada uno de los subsistemas, dado que esta propuesta teórica permite abordar la vivencia de la sexualidad desde los procesos que vive la persona consigo mismo, con los demás y con su entorno cultural.

El estudio de la sexualidad incorpora los avances en materia de desarrollo y maduración sexual, los aspectos de salud y patología de la sexualidad y los procesos de construcción social del género. Por tanto, en su estudio es importante analizar lo que ocurre internamente relativo a los procesos de desarrollo y maduración física, pero también los cambios en la comprensión de la salud sexual. En la actualidad, la salud sexual ha sido definida como:

[...] un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la salud sexual no es solo la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencia. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso con la sexualidad y las relaciones sexuales y la posibilidad de experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia (OMS, 2006, p. 5; OMS, 2010a, p. 10).

Considerando lo anterior, la fundamentación del estudio de la sexualidad también incorpora los elementos antropológicos y sociológicos en el abordaje y debates sobre el género, con el ánimo de analizar las situaciones de desigualdad presentes en los distintos contextos de relación contemporáneos que no permiten el goce pleno del desarrollo humano en su dimensión sexual y relacional. Así las cosas, es importante la reflexión sobre el enfoque de derechos y derechos sexuales, reconociendo que estos últimos son derechos humanos universales que se basan en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos (OMS, 2010a).

La primera declaración de los derechos sexuales se presentó en el XIII Congreso Mundial de Sexología realizado en 1997; fue aprobada en el año 1999 y ratificada en el año 2008. Más recientemente, la WAS (2014) llevó a cabo otra revisión y en la actualidad se incluyen 14 derechos sexuales.

En definitiva, la sexualidad, y la salud sexual y reproductiva, van más allá de la ausencia de enfermedades o disfunciones sexuales, pues se refieren a un amplio abanico de aspectos como la no discriminación, la educación integral en sexualidad, el conocimiento y beneficio de los avances científicos tanto en la población general, así como en minorías sexuales (LGBTI, diversidad funcional, etc.). En este sentido, se requiere el fortalecimiento de competencias profesionales para la implementación de métodos y técnicas basadas en la evidencia para el goce del bienestar relacional en distintos contextos de interacción. Existe una creciente oleada de personas que, sin ningún tipo de fundamentación, se presentan como orientadores en materia de sexualidad, lo que no solo conduce a malas prácticas si no a una pérdida de la credibilidad ante las personas y comunidades. Por esta razón, resulta imperativo implementar programas con fundamentación científica, que sean exitosos para el afrontamiento de la violencia de pareja,

así como de la apropiación de los derechos sexuales y reproductivos y se consoliden bases para la orientación eficaz en el acceso a rutas de atención en caso de vulneración de derechos o victimización, particularmente por causa de género.

En Colombia, entre los avances científicos en sexualidad destacan las investigaciones realizadas por Useche-Aldana, así como por Vallejo-Medina. En relación a la producción de Useche, se encuentra un amplio recorrido en el campo de la psicología de la sexualidad (Useche, 2016), conductas sexuales (Quiceno et al., 2014; Guarín-Serrano et al., 2014), percepción de normalidad y anormalidad relacionada con la orientación sexual y el cambio de sexo (Useche, Quiroz y Pinilla, 2017) así como reflexiones producto de investigación en materia de salud pública frente a los desafíos de las enfermedades de transmisión sexual (Useche-Aldana y Fonseca-Zampieri, 2013). De otra parte, muchos de los estudios realizados en el país por Vallejo-Medina desde el Laboratorio de Sexualidad de la Universidad Konrad Lorenz (Colombia), han sido estudios psicométricos ante la importancia de disponer de instrumentos de evaluación adaptados al contexto cultural y a partir de ahí poder llevar a cabo otro tipo de investigaciones (Gómez-Lugo, Saavedra-Roa, Pérez-Durán y Vallejo-Medina, 2016; Marchal-Bertrand et al., 2016; Vallejo-Medina, Pérez-Durán y Saavedra-Roa, 2017; Vallejo-Medina, Soler, Gómez-Lugo, Saavedra-Roa y Marchal-Bertrand, 2017).

Las investigaciones cuyos objetivos se encaminen a la consecución de la garantía de derechos sexuales y la mejora de la salud, la convivencia y de las formas de relación en la sociedad contemporánea son bienvenidas en la comunidad científica (Sánchez-Fuentes, Santos-Iglesias y Sierra, 2014). Se requiere del fortalecimiento del estudio de variables sexuales bajo modelos teóricos y prueba empírica (Lawrance y Byers, 1995; Sánchez-Fuentes y Santos-Iglesias, 2016; Sánchez-Fuentes et al, 2015); así

como ampliar el número de instrumentos de evaluación con adecuadas propiedades psicométricas, que permitan la mejora de los procesos diagnósticos y por tanto de la intervención (Lawrance, Byers y Cohen, 2011; Sánchez-Fuentes et al., 2015).

También es importante señalar que la mayoría de las investigaciones en el campo de la sexualidad humana, de la salud sexual y reproductiva, e incluso de la dinámica de las relaciones interpersonales suelen enfocarse en participantes heterosexuales dejando por fuera a la población LGBTI (Calvillo, Sánchez-Fuentes y Sierra, 2018; Sánchez-Fuentes et al., 2014), por lo cual, futuras investigaciones deben incluir representación de estos participantes.

## CAPÍTULO 3

## METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTO

La investigación realizada para responder la pregunta problema fue de tipo descriptivo, documental orientada a sistematizar e integrar los conocimientos empíricos y documentales construidos desde el grupo de investigación Cultura, Educación y Sociedad, relacionados con el estudio de la sexualidad y las relaciones contemporáneas.

Se sistematizaron los productos de investigación desarrollados por el equipo de investigación, categorizándolos desde las líneas de investigación institucional establecidas en la Universidad de la Costa alineadas a los ODS. Como criterio de inclusión se utilizaron términos: sexualidad, relaciones interpersonales, conflicto interpersonal, mujeres, género, educación sexual, derechos sexuales y reproductivos, equidad de género. Estos términos se consultaron en el repositorio institucional identificando los trabajos realizados por el grupo de investigación. De igual forma, los autores aportaron los artículos científicos y libros que han desarrollado en torno a estas temáticas, lo que permitió consolidar un banco de productos de nuevo conocimiento y de formación a partir del cual se generaron los capítulos que se desarrollan, enriquecidos con los avances que se encuentran en la literatura académica en este campo.

**TABLA 1.**  
*Artículos científicos publicados*

Categoría	Referencia del artículo
	<p>Calvillo, C., Sánchez-Fuentes, M. M. y Sierra, J. C. (2018). Revisión sistemática sobre la satisfacción sexual en parejas del mismo sexo. <i>Revista Iberoamericana de Psicología y Salud</i>, 9(2), 115-136. <a href="https://doi.org/10.23923/j.rips.2018.02.018">https://doi.org/10.23923/j.rips.2018.02.018</a></p> <p>Moyano, N., Sánchez-Fuentes, M. M., Chiriboga, A. y Flórez-Donado, J. (2017). Factors associated with Facebook jealousy in three Spanish-Speaking countries. <i>Sexual and Relationship Therapy</i>, 32(3-4), 309-322. <a href="https://doi.org/10.1080/14681994.2017.1397946">https://doi.org/10.1080/14681994.2017.1397946</a></p> <p>Sierra, J. C., Arcos-Romero, A. I., Granados, M. R., Sánchez-Fuentes, M. M., Calvillo, C. y Moyano, N. (2017). Escalas de Valoración de Excitación Sexual y Valoración de Sensaciones Genitales: propiedades psicométricas en muestras españolas. <i>Revista Internacional de Andrología</i>, 15(3), 99-107. <a href="https://doi.org/10.1016/j.androl.2016.10.008">https://doi.org/10.1016/j.androl.2016.10.008</a></p>
Relaciones interpersonales y de género a lo largo del ciclo vital (1)	<p>Sánchez-Fuentes, M. M., Salinas, J. M. y Sierra, J. C. (2016). Use of an ecological model to study sexual satisfaction in a heterosexual Spanish sample. <i>Archives of Sexual Behavior</i>, 45, 1973-1988. <a href="https://doi.org/10.1007/s10508-016-0703-9">https://doi.org/10.1007/s10508-016-0703-9</a></p> <p>Sánchez-Fuentes, M. M. y Santos-Iglesias, P. (2015). Sexual satisfaction in Spanish heterosexual couples: Testing the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction. <i>Journal of Sex y Marital Therapy</i>, 42(3), 223-242. <a href="https://doi.org/10.1080/0092623X.2015.1010675">https://doi.org/10.1080/0092623X.2015.1010675</a></p> <p>Sánchez-Fuentes, M. M., Santos-Iglesias, P., Byers, E. S. y Sierra, J. C. (2015). Validation of the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction Questionnaire in a Spanish Sample. <i>The Journal of Sex Research</i>, 52, 1028-1041. <a href="https://doi.org/10.1080/00224499.2014.989307">https://doi.org/10.1080/00224499.2014.989307</a></p> <p>Sánchez-Fuentes, M. M. y Sierra, J. C. (2015). Sexual satisfaction in a heterosexual and homosexual Spanish sample: the role of socio-demographic characteristics, health indicators, and relational factors. <i>Sexual and Relationship Therapy</i>, 30(2), 226-242. <a href="https://doi.org/10.1080/14681994.2014.978275">https://doi.org/10.1080/14681994.2014.978275</a></p>

Categoría	Referencia del artículo
Relaciones interpersonales y de género a lo largo del ciclo vital (2)	<p>Sánchez-Fuentes, M. M., Santos-Iglesias, P. y Sierra, J. C. (2014). A systematic review of sexual satisfaction. <i>International Journal of Clinical and Health Psychology</i>, 14(1), 67-75. <a href="https://doi.org/10.1016/S1697-2600(14)70038-9">https://doi.org/10.1016/S1697-2600(14)70038-9</a></p> <p>Sierra, J. C., Vallejo-Medina, P., Santos-Iglesias, P., Moyano, N., Granados, R. y Sánchez-Fuentes, M. M. (2014). Funcionamiento sexual en personas mayores: influencia de la edad y de factores psicosexuales. <i>Revista Internacional de Andrología</i>, 12(2), 64-70. <a href="https://doi.org/10.1016/j.androl.2013.10.002">https://doi.org/10.1016/j.androl.2013.10.002</a></p> <p>Cabrera, M. (2016). Discurso contemporáneo sobre la estética del cuerpo y su repercusión psicológica en sujetos adolescentes. <i>Cultura, educación y sociedad</i>, 3(1), 23-32.</p> <p>Mercader-Yus, E., Neipp-López, M. C., Gómez-Méndez, P., Vargas-Torcal, F., Gelves-Ospina, M., Puerta-Morales, L., León-Jacobus, A., Cantillo-Pacheco, K. y Mancera-Sarmiento, M. (2017). Ansiedad, autoestima e imagen corporal en niñas con diagnóstico de pubertad precoz. <i>Revista Colombiana de Psiquiatría</i>, 47(4), 229-236. <a href="https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.05.013">https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.05.013</a></p> <p>Martínez, M., Pérez, W. y Solano, D. (2016). Impacto de los medios masivos de comunicación en la dinámica familiar. <i>Cultura Educación y Sociedad</i>, 2(1), 111-118.</p> <p>Martínez, M., Robles, C., Utría, L. y Amar, J. (2014). Legitimación de la violencia en la infancia: un abordaje desde el enfoque ecológico de Bronfenbrenner. <i>Psicología desde el Caribe</i>, 31(1), 133-160.</p> <p>Martínez-González, M. B., Robles-Haydar, C. A., Amar-Amar, J. J. y Crespo-Romero, F. A. (2016). Crianza y desconexión moral en infantes: Su relación en una comunidad vulnerable de Barranquilla. <i>Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud</i>, 14(1), 315-330.</p> <p>Abello, D., Cortés, O. F., Fonseca, L., García, P. y Mariño, J. (2013). Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos, EMTA: análisis psicométrico desde la teoría clásica de los test y la teoría de respuestas al ítem. <i>Suma Psicológica</i>, 20(2), 203-216. <a href="http://dx.doi.org/10.14349/sumapsi2013.1442">http://dx.doi.org/10.14349/sumapsi2013.1442</a></p> <p>Abello-Luque, D., Cortés Peña, O. F., García-Montaño, E., García-Roncallo, P. G. y Nieto-Betancurt, L. N. (2017). Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos, EMTA: Generación de Indicadores Psicométricos y Escalas Normativas de Uso Clínico. <i>Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica</i>, 43(1), 187-198. <a href="https://doi.org/10.21865/RIDEP43_187">https://doi.org/10.21865/RIDEP43_187</a></p>

Categoría	Referencia del artículo
Relaciones interpersonales y de género a lo largo del ciclo vital (3)	<p>Vallejo-Medina, P., Saavedra-Roa, A., Gómez-Lugo, M., Morales, A., Abello-Luque, D., García-Montaño, E., Garavito-Zamudio, C. y Espada, J. P. (2018). Adaptación, Fiabilidad y Validez de una Versión Breve de la Multicomponent AIDS Phobia Scale (MAPS) en Adolescentes Colombianos. <i>Revista Iberoamericana de Psicología y Salud</i>, 9(1), 42-57. <a href="https://doi.org/10.23923/j-rips.2018.01.014">https://doi.org/10.23923/j-rips.2018.01.014</a></p> <p>Barreto, I., Sandoval, M. y Cortés, O. F. (2010). Prácticas de consumo y estilo de vida de la población LCTB de Bogotá. <i>Diversitas: Perspectivas en psicología</i>, 6(1), 165-184.</p> <p>Caycedo, C., Cubides, I., Martín, A., Cortés, O. F., Berman, S., Oviedo, A. M., y Suárez, I. (2011). Relación entre el género y las experiencias de cortejo y actitudes hacia las relaciones románticas en adolescentes bogotanos. <i>Psicología desde el Caribe</i>, (20), 76-92.</p>
Dinámica del conflicto y violencia de pareja	<p>De la Peña, A. y Lozano, J. (2017). Transformando conflictos en familias del suroriente de Barranquilla: Una experiencia desde la investigación acción participación (IAP). <i>Psicología y Sociedad</i>, 29, 1-9. <a href="https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i167127">https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i167127</a></p> <p>De la Peña, A. (2015). Una perspectiva crítica de las prácticas psicosociales en violencia de género: caso Barranquilla. <i>Psicología desde el Caribe</i>, 32(2), 327-342.</p> <p>Martínez, M., Baena, S., Crissien, T. J., Pérez, I. y Santolaya, J. (2018). Sentencia judicial delito sexual y pericial psicológica enfoque transcultural. <i>Universitas Psychologica</i>, 17(2), 1-11. <a href="https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-2.sjds">https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-2.sjds</a></p> <p>Martínez, M., Jiménez, G., Baena, S. y Rivadeneira, M. (2016). El vacío de la investigación en la praxis forense: un salto al ocultamiento del feminicidio. <i>Notas Criminológicas</i>, 2, 39-49.</p> <p>Martínez, M., Rivadeneira, M., Montenegro, M. M. y Baena, S. (2016). Validación descriptiva de la escala de predicción del riesgo de violencia grave contra la pareja para el ámbito colombiano. <i>Graceta internacional de ciencias forenses</i>, (20), 35-68.</p> <p>Martínez, M., Baena, S. y Pérez, I. (2016). Peritajes psicológicos forenses en decisiones judiciales de primera instancia en delitos sexuales. <i>Revista de Derecho</i>, (46), 200-225. <a href="http://dx.doi.org/10.14482/derc.46.8816">http://dx.doi.org/10.14482/derc.46.8816</a></p>



Categoría	Referencia del artículo
Convivencia Escolar	<p>Cardozo, A. (2010). La formación para la convivencia: Un reto de la contemporaneidad. <i>Cultura educación y sociedad</i>, 1(1), 27-39.</p> <p>Durán, S. y Parra, M. (2014a). Diversidad Cultural para promover el desarrollo de habilidades sociales en educación superior. <i>Cultura educación y sociedad</i>, 5(1), 55 – 67.</p> <p>Herrera, K., Rico, R. y Cortés, O. (2014). El clima escolar como elemento fundamental de la convivencia en la escuela. <i>Escenarios</i>, 12(2), 7-18.</p> <p>Cardozo-Rusínque, A. A., Martínez-González, M. De la Peña-Leiva, A., Avendaño-Villa, I. y Crissien-Borrero, T. (2018). Factores psicosociales asociados al conflicto entre menores en el contexto escolar. <i>Educao e Sociedade</i>, 40, 1-20. <a href="https://doi.org/10.1590/es0101-73302019189140">https://doi.org/10.1590/es0101-73302019189140</a></p>
Sostenibilidad organizacional	<p>Hernandez-Sánchez, I., Parra, M. A., García-Padilla, J. L., De Castro-Beleño, N., Romero, C. y Durán, S. (2018). Comportamiento Organizacional Ciudadano (COC) como ejemplo de participación generador de un diálogo de saberes. <i>Espacios</i>, 39(7), 22-34.</p> <p>Moreno-Gómez, J., Lafuente, E. &amp; Vaillant, Y. (2018). Gender diversity in the board, women's leadership and business performance. <i>Gender in Management: An International Journal</i>, 33(2), 104-122.</p> <p>Moreno-Gómez, J. &amp; Calleja-Blanco, J. (2018). The relationship between women's presence in corporate positions and firm performance: The case of Colombia. <i>International Journal of Gender and Entrepreneurship</i>, 10(1), 83-100.</p> <p>Prieto, M. E. P., Hernández, J., Campos, I. A. y Chumaceiro, A. C. (2009). Consideraciones teóricas para el análisis de las pequeñas y medianas empresas como fuente de generación de empleo y su correspondencia ética con la sociedad. <i>Revista Arbitrada Formación Gerencial</i>, 8(2), 1-26.</p>

Categoría	Referencia del artículo
Comunidades sostenibles en paz	<p>Durán, S., García-Guiliani, J. E. y Parra-Fernández, M. (2017). Diversidad cultural y fomento de valores en la convivencia ciudadana. <i>Búsqueda</i>, 4(19), 116-130. <a href="https://doi.org/10.21892/01239813.366">https://doi.org/10.21892/01239813.366</a></p> <p>Amar, J. J., Utria, U., Miguel, L., Abello, R., Martínez, M. B. y Crespo, F. A. (2014). Construcción de la Escala de Factores Personales de Resiliencia (FPR-1) en mujeres víctimas del desplazamiento forzado en Colombia. <i>Universitas Psychologica</i>, 13(3), 853-864. <a href="https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-3.cefp">https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-3.cefp</a></p> <p>Cardozo, A., Cortés, O. F., Cueto, L., Meza, S. e Iglesias, A. I. (2013). Análisis de los factores de resiliencia reportados por madres e hijos adolescentes que han experimentado el desplazamiento forzado. <i>Revista iberoamericana de psicología: ciencia y tecnología</i>, 6(2), 93-106.</p> <p>María-Santodomingo, N. M. y Cortés-Peña, O. (2017). Propiedades psicométricas de una adaptación de las escalas de bienestar psicológico y social en individuos en condición de desplazamiento forzado en Colombia. <i>Espacios</i>, 39 (11), 34.</p> <p>Cardozo, A., Cortés, O. F. y Castro, M. (2017). Relaciones funcionales entre salud mental y capital social en víctimas del conflicto armado y personas en situación de pobreza. <i>Interdisciplinaria: Revista de psicología y ciencias afines</i>, (2), 235-257.</p> <p>Avendaño-Villa, I., Cortés-Peña, O. F., y Guerrero-Cuentas, H. (2015). Competencias sociales y tecnologías de la información y la comunicación como factores asociados al desempeño en estudiantes de básica primaria con experiencia de desplazamiento forzado. <i>Diversitas (17949998)</i>, 11(1).</p> <p>Abello, R., Amarís, M., Blanco, A., Madariaga, C., Manrique, K., Martínez, M., Turizo, Y. y Díaz, D. (2009). Bienestar y trauma en personas adultas desplazadas por la violencia política. <i>Universitas Psychologica</i>, 8(2), 455-470.</p> <p>Amar, J. J., Martínez, M. B. y Utria, L. (2013). Nuevo abordaje de la salud considerando la resiliencia. <i>Revista Científica Salud Uninorte</i>, 29(1), 124-133.</p>

**TABLA 2.**  
*Libros o capítulos de libro*

Línea	Capítulo de libro o libro
Relaciones interpersonales y de género a lo largo del ciclo vital (1)	<p>Salas-Castro, D., Ariza, T., Sánchez-Fuentes, M. M. y Caparrós-González, R. A. (Comps.) (2013). Libro de resúmenes de los trabajos aceptados en el VI Congreso Internacional y XI Nacional de Psicología Clínica. Santiago de Compostela: (AEPC). ISBN: 978-84-695-6986-3</p> <p>Sánchez-Fuentes, M. M., Moyano, N., Flórez, J. y Chiriboga, A. (2018). Los celos en las relaciones de pareja y el uso de Facebook. En, M. Silva, A. Silva y G. Sjaaden (Comp.), <i>Intervenciones psicosociales. Cronologías, contextos y realidades</i> (pp. 133). Barranquilla: Universidad Metropolitana. ISBN: 978-1-387-79959-6.</p> <p>Arcos-Romero, A. I., Calvillo, C., Sánchez-Fuentes, M. M., Granados, R. y Moyano, N. (2015). Excitación sexual subjetiva y objetiva: Asociación con la doble moral y la propensión a excitarse sexualmente. En, T. Ramiro-Sánchez y M. Ramiro, <i>VIII Congreso Internacional y XIII Nacional de Psicología Clínica</i> (p. 611). Granada, España. ISBN: 978-84-606-6427-7</p> <p>Arcos-Romero, A. I., Calvillo, C., Sánchez-Fuentes, M. M., Granados R., Moyano, N. y Sierra, J. C. (2015). Relación entre la erotofobia-erotofilia y la excitación sexual subjetiva y objetiva en mujeres jóvenes. En, T. Ramiro-Sánchez y M. Ramiro, <i>VIII Congreso Internacional y XIII Nacional de Psicología Clínica</i> (p. 612). Granada, España. ISBN: 978-84-606-6427-7</p> <p>Arcos-Romero, A. I., Calvillo, C., Sánchez-Fuentes, M. M., Granados, R., Moyano, N. y Sierra, J. C. (2015). Relación entre ansiedad estado y excitación sexual. En, T. Ramiro-Sánchez y M. Ramiro, <i>VIII Congreso Internacional y XIII Nacional de Psicología Clínica</i> (p. 613). Granada, España. ISBN: 978-84-606-6427-7</p> <p>Granados, R., Moyano, N., Sánchez-Fuentes, M. M. y Sierra, J. C. (Noviembre, 2014). Adaptación y validación española de las Sexual Inhibition/Sexual Excitation Scales en varones universitarios. En, T. Ramiro-Sánchez y M. Ramiro (comp.), <i>III Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud</i> (p. 302). Sevilla, España. ISBN: 978-84-697-2139-1</p>

- Granados, R., Sierra, J. C., Sánchez-Fuentes, M. M. y Moyano, N. (Noviembre, 2014). Adaptación y validación española del Sexual Excitation/Sexual Inhibition Inventory en mujeres universitarias. En, T. Ramiro-Sanchez y M. Ramiro-Sánchez (comp.), *VII Congreso Internacional y XII Nacional de Psicología Clínica* (p. 187). Sevilla, España. ISBN: 978-84-697-2104-9
- Moyano, N., Sánchez-Fuentes, M. M., Granados, R. y Sierra, J. C. (Noviembre, 2014). Factores sexuales asociados a la conducta sexual agresiva en hombres y mujeres españoles. En, T. Ramiro-Sanchez y M. Ramiro (comp.), *III Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud* (p. 300). Sevilla, España. ISBN: 978-84-697-2139-1
- Sánchez-Fuentes, M. M., Arcos-Romero, A. I., Sierra, J. C., Moyano, N. y Granados, R. (2014). Adaptación y validación del Multiple Indicators of Subjective Sexual Arousal (MISSA). En, T. Ramiro-Sanchez y M. Ramiro (comp.), *III Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud* (p. 299). Sevilla, España. ISBN: 978-84-697-2139-1
- Sierra, J. C., Sánchez-Fuentes, M. M., Granados, R. y Moyano, N. (2014). Propiedades psicométricas de la Arizona Sexual Experience Scale (ASEX) en una muestra de varones españoles. En, T. Ramiro-Sanchez y M. Ramiro (comp.), *III Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud* (p. 301). Sevilla, España. ISBN: 978-84-697-2139-1
- Moyano, N., Sánchez-Fuentes, M., y Sierra, J. C. (2013). La influencia de los pensamientos sexuales en el funcionamiento sexual. En, AEPCC, *VI Congreso Internacional y XI Nacional de Psicología Clínica* (p. 130). Santiago de Compostela, España. ISBN: 978-84-695-6986-3
- Sánchez-Fuentes, M., Moyano, N. y Sierra, J. C. (2013). Efectos de la salud en la satisfacción sexual. En, AEPCC, *VI Congreso Internacional y XI Nacional de Psicología Clínica* (p. 131). Santiago de Compostela, España. ISBN: 978-84-695-6986-3
- Sánchez-Fuentes, M., Sierra, J. C., Santos-Iglesias, P., Vallejo-Medina, P., Moyano, N. y Granados, R. (2013a). Un modelo explicativo de la satisfacción sexual en mujeres. En, AEPCC, *VI Congreso Internacional y XI Nacional de Psicología Clínica* (p. 631). Santiago de Compostela, España. ISBN: 978-84-695-6986-3

Línea	Capítulo de libro o libro
	<p>Sánchez-Fuentes, M., Sierra, J. C., Santos-Iglesias, P., Vallejo-Medina, P., Moyano, N. y Granados, R. (2013b). Artículos más citados sobre satisfacción sexual. En, AEPC, <i>VI Congreso Internacional y XI Nacional de Psicología Clínica</i> (p. 632). Santiago de Compostela, España. ISBN: 978-84-695-6986-3</p> <p>Sánchez, M. M. (2012). Evaluación de la satisfacción sexual. En, L. Cabello y M. Ramiro, V <i>Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica</i> (p. 73). Santander, España. ISBN: 978-84-695-3302-4</p> <p>Valencia, G. (2016). Los Estilos de vida saludables. En, Oblitas, <i>Psicología de la Salud y Calidad de Vida</i>, (pp. 239-248). México, D.F.: Cenagage Learning. ISBN: 978-607-526-289</p> <p>Martínez, M. (2017). La construcción social del género y su incidencia en el uso de la violencia desde la infancia: caso Barranquilla. En, M. Martínez, B. Cruz, C. Ladrón y M. Barrios, <i>Estudios sobre la mujer: conocimientos empíricos y documentales existentes en los departamentos de Bolívar y Atlántico</i>. Cartagena: Tecnológico Comfenalco. ISBN: 978-958-56144-5-1</p> <p>Amar, J., y Martínez-González, M. (2011). <i>El ambiente imperativo. Un enfoque integral del desarrollo infantil</i>. Barranquilla: Ediciones Uninorte. ISBN: 978-958-741-188-1</p> <p>Martínez, M., Cruz, B., Ladrón C. y Barrios, M. (2017). <i>Estudios sobre la mujer: conocimientos empíricos y documentales existentes en los departamentos de Bolívar y Atlántico</i>. Cartagena: Tecnológico Comfenalco. ISBN: 978-958-56144-5-1</p>
Relaciones interpersonales y de género a lo largo del ciclo vital (3)	<p>De la Peña, A. y Cardozo, A. (2010). <i>Trauma psicosocial y mujer: la mujer víctima de la violencia</i>. Barranquilla: Corporación Universitaria De La Costa. ISBN 978-958-8710-14-3</p> <p>Martínez-González, M. B y Amar-Amar, J. (2017). ¿Quién es el malo del paseo? Legitimación de la violencia por niños en contextos de migración forzada. Barranquilla: Uninorte ISBN: 9789587417548</p>
Dinámica del conflicto y violencia de pareja	
Convivencia Escolar	

- Cardozo, A. (2009b). *Gestión de la convivencia: una acción para transformar la realidad*. Barranquilla: Educosta. ISBN: 978-958-8511-28-3
- Cardozo, A. (Comp.) (2010). *Memorias: simposio: El psicólogo frente al desafío de promover el desarrollo social y humano*. Barranquilla: Universidad de la Costa. ISBN: 978-958-8511-76-4
- De la Peña A. (2011). *Desarrollo Humano: El Valor de la Educación con Enfoque de Derechos*. En: *Habilidades y Estrategias para la Promoción de la Inclusión Social y la Convivencia*. Barranquilla: Corporación Universitaria De La Costa. ISBN: 978-958-8710-69-3
- Cardozo, A., Posso, A. y Martínez, M. (2018). *Del conflicto a la construcción de paz: perspectiva de lideresas comunitarias*. Cartagena: Editorial Tecnológico de Comfenalco.
- De la Peña- Leiva, A., Cardozo- Rusinque, A., Martínez-González, M. Puello-Scarpatti, M. y Roca-Vides, M. (2011). *Habilidades y estrategias para la promoción de la inclusión social y la convivencia*. Barranquilla: CUC- Gobernación del Atlántico.
- Turizo, Y. (2012). *Construcción de Estrategias de Intervención Psicosocial en Poblaciones Víctimas de violencia sociopolítica y de género para la Recuperación de su Salud Mental*. Em: *Memorias de Congreso, Diagnóstico o Estigmas: Encrucijadas éticas*. Buenos Aires, Argentina.
- Utría, L., Amar, J., Martínez, M., Colmenares, G. y Crespo, F. (2015). *Resiliencia en mujeres víctimas de desplazamiento forzado*. Universidad del Norte. Barranquilla: Ediciones Uninorte. ISBN: 978-958-741-579-7
- Duran, S. y Parra, M. (2015). *Caracterización de la Diversidad cultural para el desarrollo de habilidades sociales en Educación superior*. Cambios e innovación: una visión estratégica para el desarrollo. México, D.F.: Editorial Universidad Autónoma de Tlaxcala. ISBN: 978-607-8432-38-7
- Duran, S. y Parra, M. (2014b). *Diversidad cultural para el desarrollo de habilidades sociales en Educación*. I Congreso Internacional de Investigación Dr. Adolfo Calimán ¿Visión transdisciplinaria e integradora de la investigación? Maracaibo, Venezuela. ISBN: 9789807437073

Línea	Capítulo de libro o libro
Sostenibilidad organizacional	<p><b>Duran, S. y Parra, M. (2016).</b> Condiciones Laborales y Calidad De Vida en el Trabajo. Estrategias Innovadora: Afrontando los Retos de la Economía Global. México, D.F.: Editorial Universidad Autónoma de Tlaxcala. ISBN: 978-607-8432-74-5</p> <p><b>Parra, M., Romero, C. y Marceles, V. (2016).</b> <i>Gerencia empresarial desde una perspectiva ergonomica en la práctica, cultura preventiva y costos ocultos.</i> Panorama de la Investigación en las Ciencias Económico Administrativas. México, D.F.: ICSB. ISBN: 978-607-97383-0-3</p> <p><b>Polo, J., Arenas, C. y Alí, S. (2017).</b> La mirada del análisis de sentido y la investigación cualitativa: el aporte en la construcción de una perspectiva de la Responsabilidad Social Corporativa (RSC). En: E. Rentería y S. Malvezzi S: <i>Ejemplo de método en investigaciones sociales.</i> Cali: Universidad del Valle.</p>

**TABLA 3.**  
*Productos de formación*

Línea	Productos
Tesis pregrado	<p>Descripción del Vínculo Afectivo en Adolescentes de Sexo Femenino que Integran Familias Monoparentales en la Ciudad de Barranquilla. Corporación Universidad de la Costa, CUC. Estado: Tesis concluida. Psicología, 2014. Persona orientada: González Barbosa, Aura Milena; Martínez Alvarez, Mayra Alejandra. Tutor: Gabriel Valencia.</p> <p>Influencia de la familia (nuclear y extensa) en la legitimación de la violencia en la infancia de acuerdo al contexto social. Universidad del Norte. Estado: Tesis concluida. Maestría en Psicología, 2017. Persona orientada: July Paola Ramírez Bernal. Tutora: Marina Martínez González.</p> <p>Funcionamiento familiar cuando se manifiesta el abuso sexual, en 121 familias, ubicadas en la ciudad de Barranquilla. Universidad de la Costa. Estado: Tesis concluida. Psicología, 2012. Persona orientada: Wendy Acuña y Sandra Colmenares. Tutora: Marina Martínez González.</p> <p>Validez de contenido de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos EMTA II. Corporación Universidad de la Costa, CUC. Estado: Tesis concluida Psicología, 2016. Persona orientada: Laura Márquez, Dirigió como: Tutoras: Eileen Andrea García Montano, Paola Andrea García Roncallo.</p> <p>Adolescencia en Varones, Disociabilidad y Resiliencia Desde El Psicoanálisis Corporación Universidad de la Costa CUC Estado: Tesis concluida Psicología, 2015, Persona orientada: Reyes-Cervantes, Claudia Patricia. Redondo-Molina, Ana María. Tutor: Gabriel Enrique Valencia Zapata.</p> <p>El juego en la clínica infantil como método de acceso al inconsciente en la primera infancia desde las teorías de Melanie Klein, Donald Winnicott y Arminda Aberastury: una Revisión Documental. Corporacion Universidad de la Costa, CUC. Estado: Tesis concluida Psicología, 2015. Persona orientada: Karen Fontalvo Monsalvo. Tutores: Paola Andrea Martínez Sande, Gabriel Enrique Valencia Zapata.</p>
Relaciones interpersonales y de género a lo largo del ciclo vital (1)	

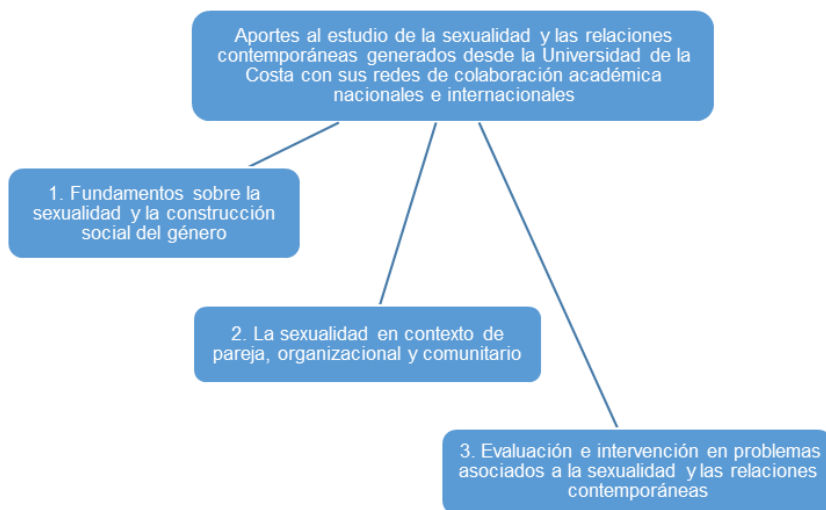


Línea	Productos
Relaciones interpersonales y de género a lo largo del ciclo vital (2)	<p>Clima Social en Familias Nucleares e Incompletas residentes en el barrio Hipódromo del municipio de Soledad. Corporación Universidad de la Costa, CUC, 2007. Estudiantes: Diomedes A. Vitoria Barraza. Tutora: Adriana de la Peña.</p> <p>Validez de contenido de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos EMTA-II. Corporación Universidad de la Costa, CUC. Estado: Tesis concluida Psicología, 2016. Persona orientada: Laura Vanessa Márquez Jiménez y Nataly De Avila De la Hoz. Cotutoras: Eileen García Montano, Paola Andrea García Roncallo.</p> <p>Indicadores Psicométricos de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos para Adolescentes (EMTA-A1), desde los Modelos de la teoría clásica de los tests y la teoría respuesta al ítem (TRI). Corporación Universidad de la Costa CUC Estado: Tesis concluida Psicología, 2015. Persona orientada: Janivys Niebles y Diana Perez. Cotutoras: Daniela Abello Luque, Paola Andrea García Roncallo. Tesis de Maestría</p> <p>Adaptación y validación del Múltiple Indicators of Subjective Sexual Arousal (MISSA). 2014. Universidad de Granada. Tutora: María del Mar Sánchez.</p> <p>Diseño y validación de la Escala Multidimensional de Abuso Sexual Infantil (EMASID). Universidad de la Costa. Estado: Tesis concluida. Maestría en Psicología, 2014. Persona orientada: Alicett Polo Noriega. Tutores: Claudia Idárraga y Omar Cortés.</p> <p>El yo como resultado de la perturbación del cuerpo: Un Estudio Psicoanalítico Corporación Universidad de la Costa CUC. Estado: Tesis concluida Psicología (2017). Persona orientada: José Luis Larios Rosanía. Tutores: Gabriel Enrique Valencia Zapata, Daniela Abello Luque.</p> <p>Educational parental practices and the moral disengagement of children from vulnerable families. Universitat paris est cretel. Tesis concluida. Master 1 Sciences Humaines et Sciences Sociales, 2015. Persona orientada: Cristina Oлару. Tutora: Marina Martínez González</p> <p>Prácticas de cuidado que son implementadas por familias con niños de 0 a 8 años, en contextos interface rural-urbano del sur del departamento del Atlántico desde una perspectiva de desarrollo a escala humana. Universidad del Norte. Estado: Tesis concluida. Maestría en Desarrollo Social, 2016. Persona orientada: Douglas Varela. Tutora: Marina Martínez González</p>

Línea	Productos
Relaciones interpersonales y de género a lo largo del ciclo vital (3)	<p>Prácticas de crianza en familias en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica y su relación con los factores históricos de legitimación de la violencia en la infancia. Universidad del Norte. Estado: Tesis concluida. Maestría en Desarrollo Social, 2017. Persona orientada: Gina Isabel Colmenares López. Tutora: Marina Martínez González Otro</p> <p>Perfil cognitivo de mujeres víctimas y su relación con la legitimación de la violencia doméstica en la región Caribe colombiana. Universidad de la Costa. Estado: Proyecto de joven investigador Colciencias terminado, 2018. Persona orientada: Diana Carolina Pérez Pedraza. Tutora: Marina Martínez González.</p> <p>Tesis de pregrado</p> <p>Representaciones sociales de mujer en miembros de parejas heterosexuales violentas y no violentas, según estrato socioeconómico, edad y religión. Año de finalización: 2016. Estudiantes: Andrea Olave Pertuz y María Isabel Hinojosa Caldera. Tutor: Adriana de la Peña</p> <p>Adaptación de la escala de predicción de riesgo de violencia grave contra la pareja en Barranquilla, Colombia. Universidad de la Costa. Estado: Tesis concluida Psicología, 2015. Persona orientada: Melissa Rivadeneira y María Mónica Montenegro. Tutora: Milena Martínez</p> <p>Valor diferencial en sentencia judiciales a los informes psicológicos forenses en casos de violencia de pareja en la ciudad Barranquilla. Universidad de la Costa. Estado: Tesis en curso Psicología, 2015.</p> <p>Persona orientada: Estefany Baena, Dirigido como: Tutora: Milena Martínez</p> <p>Importancia de los informes psicológicos forenses en las decisiones judiciales de primera instancia en delitos sexuales en la ciudad de Barranquilla. Corporación Universidad de la Costa CUC. Estado: Tesis concluida Psicología, 2015. Persona orientada: Stefanie Baena. Tutora: Milena Martínez</p> <p>Diseño y validación de un instrumento para medir percepción social del hombre sobre la violencia de género hacia las mujeres. Universidad San Buenaventura Cartagena. Estado: Tesis en curso Psicología, 2013. Persona orientada: Verónica Bernate, Miriam Ferrer. Cotutora: Milena Martínez Rudas.</p>
Dinámica del conflicto y violencia de pareja (1)	

Línea	Productos
Dinámica del conflicto y violencia de pareja (2)	<p>Análisis comparativo de las representaciones sociales de violencia y conflicto en parejas residentes en Huancayo-Perú. Año de finalización: <b>2018</b>. Estudiantes: Ayala Ortega, Maryerlin. Tutora: Adriana de la Peña</p> <p>Tesis de Maestría</p> <p>Resiliencia en mujeres víctimas de abuso intrafamiliar y desplazamiento sociopolítico en el barrio Villa Olímpica. Universidad Del Norte. Estado: Tesis concluida. Maestría en Cooperación Internacional y Gestión de Proyectos, <b>2015</b>. Persona orientada: Sandra Pérez Saravia. Tutora: Marina Martínez González.</p>
Tesis de pregrado	<p>Modelo teórico comprensivo de la vivencia del bullying en víctimas y agresores a partir del juego de rol (RPG): un estudio de niños y niñas entre 7 y 9 años de nivel socioeconómico alto y bajo en Barranquilla. Universidad de la Costa. Estado: Tesis concluida. Psicología, <b>2012</b>. Persona orientada: Consuelo Hernández, Margaret Campo y Dayan Escorcía</p> <p>Incidencia de la agresión familiar en el comportamiento de adolescentes entre los 11 y 13 años de una institución educativa en la ciudad de Barranquilla. Universidad De La Costa. Estado: Tesis concluida. Psicología, <b>2013</b>. Persona orientada: Ana Chiquillo, Gina Zabala y Marla Villarreal (<b>2013</b>).</p>
Convivencia escolar	<p>Tesis de Maestría</p> <p>Creencias Legitimadoras de la Violencia en Adolescentes Afrodescendientes Escolarizados Víctimas del Conflicto Armado. Universidad del Norte. Estado: Tesis concluida. Maestría en Desarrollo Social, <b>2016</b>. Persona orientada: Jesus Banquez. Tutora: Marina Martínez González</p> <p>Influencia de los pares (presencia de mejor amigo) en la legitimación de la violencia en la infancia de acuerdo al contexto social. Universidad del Norte. Estado: Tesis concluida. Maestría en Psicología, <b>2017</b>. Persona orientada: Sandra Milena Nieto. Tutora: Marina Martínez González</p> <p>Estudio correlacional de la salud mental y trauma de las mujeres víctimas del desplazamiento forzado en el Municipio de Ovejas Sucre. Universidad del Norte. Estado: Tesis concluida. Maestría en Desarrollo Social, <b>2017</b>. Persona orientada: Eliana Teresa González Montes. Tutora: Marina Martínez González.</p>

Línea	Productos
Tesis de pregrado	Diseño de un Programa de Desarrollo Organizacional basado en la Percepción del Clima Organizacional de los Empleados de la Empresa su líquido S.A. Universidad de la Costa, CUC. Estado: Tesis concluida Administración de Empresas, 2012. Persona orientada: Patricia Soto Ching. Tutor: Margel Alejandra Parra Fernández.
Sostenibilidad organizacional	Diseño de un modelo de bienestar laboral basado en intraemprendimiento como estrategia de responsabilidad social corporativa. Universidad de la Costa, CUC. Estado: Tesis concluida Administración de Empresas, 2012. Persona orientada: Jorge Armando Manga Pacheco, Sandra Milena Martínez Rodríguez, Magaly Esther Príncipe Cifuentes. Tutor: Margel Alejandra Parra Fernández. Clima Laboral del Área Administrativa de la Organización Intracarga S.A. Corporación Universidad de la Costa, CUC. Estado: Tesis concluida Administración de Empresas, 2018. Persona orientada: Isaac Valenzuela. Tutor: Margel Alejandra Parra Fernández. Diseño de programa para el mejoramiento de los factores motivacionales y la calidad de vida en la empresa Geoteco Ltda. Briceño Jiménez, Onix Dufre. Universidad de la Costa, CUC, 2010. Tesis de pregrado para obstar el título de psicólogo. Tutoras: Olga Vallejo Calle y Margarita Roca Vides.



**Figura 1.** Categorías nucleares emergentes.

El proceso de sistematización de los productos desarrollados desde la Universidad de la Costa en colaboración con sus redes académicas, permitió identificar lo siguiente, articulado de acuerdo con las líneas y sublíneas de investigación institucional con fecha de corte a 2018 (Tabla 1 y Tabla 2). Entre los productos de formación en pregrado y posgrado con fecha de corte a 2018, generados se encuentran los expuestos en la Tabla 3.

El análisis de esta información permitió establecer categorías que sintetizan los aportes que desde el grupo de investigación y sus redes de colaboración se han venido generando (Figura 1).

A continuación, se presentan capítulos donde se sintetizan los avances en cada una de estas categorías. En la primera, se presentan los avances en materia de la concepción actual sobre la maduración y el desarrollo sexual, la salud sexual, así como las posturas relacionadas con la construcción psicosocial del género y

las reflexiones que se plantean desde este campo. La segunda, da cuenta de los avances, especialmente en tres contextos de relación, la vida de pareja, el escenario organizacional y la vida comunitaria. Finalmente, se muestran las tendencias producto de los modelos de evaluación e intervención basados en evidencia para mitigar las problemáticas asociadas a las conductas sexuales de riesgo, la educación sexual en niños y adolescentes, el conflicto de pareja y la violencia de género.

## PARTE 2

### FUNDAMENTOS SOBRE LA SEXUALIDAD Y LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL GÉNERO

En esta sección se analizan los resultados de investigaciones que contribuyen a comprender los procesos psicofisiológicos y sociales relacionados con la vivencia de la sexualidad y las relaciones interpersonales.

## CAPÍTULO 3

### DESARROLLO Y MADURACIÓN SEXUAL

Kattia Cantillo Pacheco<sup>1</sup>

Paola Martínez Sande<sup>1</sup>

Claudia Reyes Cervantes<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Departamento de Ciencias Sociales, Universidad de la Costa, Barranquilla (Colombia).



## APROXIMACIÓN INTEGRAL DEL DESARROLLO Y SEXUALIDAD

La palabra sexo viene del latín *sexum* que significa separar. Para entender el origen del sexo y la sexualidad es necesario trasladarnos hasta la evolución de las especies. En un primer momento la reproducción de las especies era asexual sin embargo este tipo de reproducción trae grandes inconvenientes como la escasa variabilidad de la descendencia y poca capacidad de adaptación al entorno. El proceso de evolución a partir de las adaptaciones que fueron sucediendo, generó la aparición de la reproducción sexual como una de ellas. La sexualidad nace cuando los organismos cambian su forma de reproducción (Gómez, 2014).

La evolución ha provocado el dimorfismo sexual, es decir, las variaciones y diferencias fisionómicas externas entre el macho y la hembra. Esta diferenciación sexual no sólo cambia la apariencia de los organismos sino también sus formas de interacción entre ellas. El erotismo, el deseo sexual, la atracción sexual y la respuesta sexual nacen de este proceso de sexuación (Gómez, 2014).

## CONCEPTUALIZACIÓN DE DESARROLLO Y CRECIMIENTO

El desarrollo y el crecimiento se consideran resultado de la interacción de factores tanto internos como externos (Battro,

Fischer y Léna, 2016). En este caso se podría decir que un niño que presenta algún trastorno del aprendizaje, tiene una alta probabilidad de que factores internos, como el desarrollo cerebral anormal, altere algunos aspectos cognitivos, o factores nutricionales pueden ocasionar afectaciones en su crecimiento; en otras palabras, el concepto de crecimiento y desarrollo van de la mano y se dan de manera simultánea en el ser humano.

En el caso del crecimiento se describe como el aumento en tamaño del cuerpo, producto de una multiplicación activa y de la formación de nuevos tejidos (Battro, Fischer y Léna, 2016). Todo esto a partir del proceso de fecundación en donde se procede a la multiplicación celular y que a su vez conlleva a la organización de estas células como nuevos tejidos. En ciencias de la salud hablar de crecimiento indica un aumento del cuerpo en sentido longitudinal.

Por otro lado, está el término de desarrollo que hace énfasis en la adquisición de funciones de los sistemas en que se agrupan los diferentes tejidos del organismo (Battro, Fischer y Léna, 2016), Es decir, que en el proceso de crecimiento en donde hay división y multiplicación celular, se va a producir una adquisición de funciones o también llamado desarrollo.

El desarrollo biológico inicia con la concepción, es decir, cuando un espermatozoide fecunda un óvulo, dando lugar a una célula llamada cigoto. Esta célula se dividirá, formando distintos tipos de células y tejidos que conforman el cuerpo humano (Zapata y Gutiérrez, 2016). El desarrollo se logra a través de los fenómenos de la maduración, diferenciación e integración de funciones (Battro, Fischer y Léna, 2016).

En el caso de la maduración atañe a todo proceso que tiene un inicio y un final. Se puede sustentar que inicia con la concepción y finaliza con el estado adulto, esto se mide por medio de la aparición de funciones como caminar, correr, etc (Fass, 2017).

Ahora bien, el crecimiento y desarrollo se consideran procesos simultáneos. En este caso, al multiplicarse las células se forman nuevos tejidos que aumentan el tamaño del cuerpo y estos a su vez se van desarrollando. Sin embargo, existen periodos en el ciclo vital en donde el crecimiento es más rápido como en los primeros 3 años de vida y luego se enlentece, pero todo esto hace parte del mismo desarrollo humano (Fass, 2017).

El desarrollo del embrión y sus procesos después del nacimiento hasta la adolescencia ocurren por la acción de dos principios: el proximodistal y el cefalocaudal. El principio proximodistal señala que el desarrollo ocurre de la zona más cercana al centro del cuerpo hacia la zona más distante; por su parte, el principio cefalocaudal determina que el desarrollo progresa desde la cabeza hacia los pies (Zapata y Gutiérrez, 2016).

Por su parte el crecimiento se determina a través de la medición de dimensiones antropométricas como peso, talla y el perímetro cefálico. En los programas de atención a la primera infancia se tiene en cuenta el peso corporal en relación con la edad cronológica; mientras que en el desarrollo se evalúa por medio de entrevistas dirigidas a la madre, examen físico o con la aplicación de pruebas específicas (Urbano y Yuni, 2016).

## ANATOMÍA DE LA SEXUALIDAD

### *Órganos reproductores masculinos*

Los testículos son los órganos primarios que se dividen en derecho e izquierdo, donde el izquierdo se ubica más abajo que el derecho. Estos órganos están encargados de la reproducción y están compuestos en su mayoría por túbulos seminíferos, son los

encargados de la producción de espermatozoides y como glándula endocrina, secretan las hormonas sexuales testosterona y dihidrotestosterona (Branco, 2005).

El epidídimo es una estructura tubular estrecha y alargada ubicada en la parte posterior del testículo. Está constituido por la reunión de los conductos seminíferos y su función es la maduración y la activación de los espermatozoides (Branco, 2005).

Los conductos deferentes son un par de tubos musculares, de aproximadamente 35 a 45 cm cada uno, los cuales conectan el epidídimo con los conductos eyaculatorios mediando el recorrido del semen. Por su parte, los conductos eyaculadores son por donde el semen pasa para después ser expulsado a través del pene (García-Porrero y Hurlé, 2013; Branco, 2005).

El pene es el órgano de la cópula. Lo forman órganos eréctiles (cuerpos cavernosos, túnica albugínea) y una serie de capas de envoltura. El pene está dividido en tres secciones: raíz, cuerpo y glande. Al cuerpo lo conforman tres masas elongadas de tejido eréctil que aumenan de tamaño al ser llenados por la sangre en la erección. Este tejido recibe el nombre de cuerpo cavernoso y está atravesado por la sección esponjosa de la uretra. En el extremo final, el pene se ensancha formando el glande. Tanto el cuerpo como el glande constituyen la porción libre y movable del pene. Cuando se encuentra flácido el pene tiene una tamaño aproximado de 8-9 cm de largo y 9 cm de circunferencia. El pene erecto alcanza una longitud aproximada de 14-15 cm y una circunferencia de 12 cm (García-Porrero y Hurlé, 2013; Branco, 2005).

Las vesículas seminales son dos glándulas que producen el 60% del líquido seminal que se eyacula y cuya secreción es fundamental para la circulación y madurez de los espermatozoides. Se encuentran tras la vejiga urinaria, delante del recto y sobre la base de la próstata, a la que están unidas en su extremo inferior (García-Porrero y Hurlé, 2013).

La próstata es la glándula que rodea la porción inicial de la uretra, se divide en lóbulos prostáticos y zonas prostáticas. Este órgano tiene como función producir parte del líquido que forma el esperma, ejercer presión para que el semen pueda ser expulsado desde la uretra hasta el exterior y cerrar el paso de la vejiga durante el coito (Branco, 2005).

La próstata puede sufrir algunos cambios con la edad, antes de la pubertad esta glándula se encuentra inactiva. A partir de ese momento bajo efectos de la testosterona inicia sus cambios que culminan cumplidos los veinte años. La próstata se mantiene estable hasta los 45 o 50 años tiempo en el que disminuye la testosterona lo conduce a una atrofia y la capsula se engruesa y aumenta el depósito de amiloide en la glándula, y pueden aparecer calcificaciones (García-Porrero y Hurlé, 2013).

Las glándulas uretrales ocupan principalmente la pared superior de la uretra. Estas glándulas generan la mucosa que se incorpora al semen. Generalmente hay una mayor cantidad de ellas en la parte de la uretra que atraviesa el pene (Branco, 2005).

El escroto es la piel que recubre el testículo, el epidídimo y la parte inferior del cordón espermático. Lo conforman dos bolsas separadas por el tabique escrotal. Está constituido por capas que presentan superficies fuera de la pared abdominal, producto del descenso del testículo que arrastra estos tejidos y permanece unido a las paredes abdominales mediante el cordón espermático (García-Porrero y Hurlé, 2013).

Por último, está el cordón espermático. Es el pedículo del cual están suspendidos los testículos y el epidídimo en el interior de las bolsas escrotales; se encuentra revestido por todas aquellas capas que derivan de la pared abdominal y su función es ser un conducto para el semen (García-Porrero y Hurlé, 2013).

## *Órganos reproductores femeninos*

La vulva está constituida por los órganos sexuales femeninos externos. Está compuesta por el monte del pubis, los labios mayores y menores, el clítoris y el vestíbulo vulvar. El monte del pubis está conformado por un tejido graso cubierto de piel escondido entre la pared abdominal anterior. Los labios mayores son dos estructuras fibroadiposas de piel cubiertas de vello, que van del monte del pubis hacia abajo y se unen en la línea media frente al ano. Los labios menores están ubicados dentro de los labios mayores, de manera que sus partes más anteriores se unen formando el prepucio del clítoris y carecen de vello. El vestíbulo vulvar está ubicado entre los labios menores, a su alrededor se encuentran algunas glándulas importantes para mantener la humedad de la vagina como las glándulas de Bartholin o vestibulares mayores y las parauretrales (Zapata y Gutiérrez, 2016).

El clítoris es un órgano eréctil de unos 2 centímetros de longitud. Está altamente vascularizado y cubierto lateralmente por los músculos isquiocavernosos. El orificio vaginal está rodeado por el himen y a cada lado del vestíbulo se abren los orificios de las glándulas vestibulares cuya secreción ayuda a mantener una buena lubricación (Zapata y Gutiérrez, 2016).

La vagina es un tubo fibromuscular elástico, dispuesto para la copulación y parte del canal del parto. Se ubica entre el vestíbulo vulvar y el útero. Está compuesta por: la capa mucosa, formada por un epitelio escamoso estratificado no queratinizado, carente de glándulas, que cambia cada 7-8 días por acción hormonal, es donde ocurre la lubricación; la capa muscular, que contiene tejido conjuntivo y músculo liso en capas circulares internas y longitudinales externas; por último, la capa adventicia que queda adherida a la capa muscular (Zapata y Gutiérrez, 2016).

El útero es un órgano fibromuscular hueco de paredes gruesas que permite que se implante y desarrolle el cigoto y, posteriormente, la expulsión del feto. Se divide en el cuello uterino y el cuerpo uterino. El exocérvix, o cuello uterino externo, está encargado de segregar el moco cervical. La cavidad endometrial es de aspecto triangular, con un epitelio cilíndrico formando glándulas en su estroma especializado y sujeto a los cambios hormonales durante la vida reproductiva de la mujer. La capa muscular llamada endometrio está formada por fibras musculares lisas con un grosor de entre 1,5 y 2,5. (Branco, 2005). El peritoneo cubre la mayor parte del cuerpo uterino y del cérvix posterior y se conoce como serosa. La irrigación uterina proviene de la arteria uterina, que se anastomosa con las arterias ováricas y vaginales. La configuración del útero, su forma y tamaño tienen peculiaridades desde el punto de vista anatómico y clínico. El útero es un órgano que se desliza con facilidad y libertad y su posición puede variar dependiendo al estado de distensión de la vejiga (Zapata y Gutiérrez, 2016).

Las trompas de Falopio comienzan el útero y se alargan hasta cada uno de los dos ovarios en la parte izquierda y derecha de la vagina. Son dos tubos muy finos que se encargan de transportar los óvulos que se desprenden durante la menstruación y llevarlos hasta la zona del útero. Tienen un largo de 7 a 12 centímetros y se encargan de conectar los ovarios con el útero y disponer un entorno adecuado para la concepción, así como el transporte y nutrición del huevo (Zapata y Gutiérrez, 2016).

Los ovarios son los que secretan hormonas sexuales y óvulos, además se encargan de la producción de ovocitos. Son dos órganos, con forma almendrada, que miden de 1x2x3 cm en la mujer fértil con variaciones asociadas al ciclo menstrual. Están fijados a ambos lados del útero por los ligamentos útero-ováricos.

Producen las hormonas (estrógenos y progesterona) que permiten el funcionamiento de los órganos sexuales. Los ovarios están estructurados en capas concéntricas constituidas por: el epitelio germinal; la túnica albugínea; y el parénquima ovárico (Zapata y Gutiérrez, 2016).

### *Proceso de sexuación*

La sexuación o diferenciación sexual inicia con un proceso común para ambos sexos, un momento de indiferenciación (Gómez, 2014).

*Sexo genético:* El primer paso para esta diferenciación sexual Inicia con la fecundación, es decir, el proceso mediante el cual dos gametos (cada uno con solo 23 cromosomas) se fusionan para crear un nuevo individuo, se da la formación del cigoto que es la célula resultante de dicha unión compuesta por 46 cromosomas. Con la presencia en el cariotipo del par XX o XY no se determina del todo la masculinización o feminización del individuo, sólo la orienta (Gómez, 2014).

*Sexo gonadal:* El siguiente paso nos volvemos a encontrar con la indiferenciación producida por la estructura denominada blastema en este caso la presencia o ausencia del cromosoma Y va a provocar la diferenciación. Para la diferenciación masculina es necesario una doble porción del Gen de Diferenciación Testicular (TDF) situación que sólo se da gracias al cromosoma Y. Si hay dos cromosomas X se desarrollaran los ovarios a partir del área cortical (Gómez, 2014; Branco, 2005).

*Sexo genital:* en este tercer paso el individuo todavía está en una situación de indiferenciación y aquí hace referencia así la división celular dará lugar a genitales femeninos o masculinos. La diferenciación testicular conduce a la multiplicación de células de Leydig y a la aparición de andrógenos. Los genitales internos



masculinos son representados por los canales de Wolf, que solo proliferan en presencia de andrógenos, y los femeninos por los canales de Müller que proliferan espontáneamente (Gómez, 2014).

*Sexo hipotalámico:* Por último, tenemos una indiferenciación a nivel del eje hipotalámico hipofisiario. En presencia de andrógenos durante el período crítico, la diferenciación hipotalámica-hipofisiaria ocurre en sentido tónico, es decir, determinará la espermatogénesis continua de los hombres más allá de la pubertad. En su ausencia, la diferenciación se dará en sentido cíclico, con su consecuente manifestación en los ciclos menstruales de la mujer a partir de la menarquia. En este último nivel se genera la diferenciación que va a estar regulada por el sistema neuroendocrino (Gómez, 2014).

## ENDOCRINOLOGÍA DE LA SEXUALIDAD: HORMONAS MASCULINAS Y FEMENINAS

Entre las glándulas importantes para el funcionamiento sexual se encuentran el hipotálamo, la hipófisis anterior, la hipófisis posterior y la glándula pineal.

En el caso del hipotálamo se caracteriza porque en la respuesta sexual permite que se produzcan efectos estimuladores sobre distintas hormonas hipofisarias, entre ellas las de la gonadotropina que es la GnRH (Branco, 2005).

De igual manera, la GnRH es un decapeptido de vida media corta (2-4 min) por la acción de las endopeptidasas. Por ello y por la enorme dilución al entrar en la circulación periférica, el control del ciclo reproductivo depende de una constante liberación de GnRH (Branco, 2005).

Por su parte la hipófisis anterior contiene células secretoras como los gonadotropos, lactotropos, tiotropos, somatotropos y corticotropos involucradas en la fisiología y la conducta reproductiva. La mayoría de las hormonas segregadas por la hipófisis anterior controlan otras glándulas endocrinas. Debido a esta función, se le ha llamado a la glándula hipófisis anterior la “glándula maestra” del cuerpo. Por ejemplo, las hormonas gonadotróficas estimulan a los ovarios y testículos para que liberen hormonas sexuales que repercuten en las células de todo el cuerpo, incluyendo algunas del cerebro, la prolactina y la hormona somatotrófica (hormona de crecimiento) no controlan otras glándulas, pero si actúan como mensajeros finales (Gómez, 2014).

Por su parte las glándulas de la hipófisis posterior se encargan de transportar la vasopresina y oxitocina. Las funciones principales de la vasopresina son la regulación de la osmolaridad y el volumen sanguíneo. La oxitocina estimula las contracciones mioepiteliales en la glándula mamaria (Branco, 2005).

En cuanto a la glándula pineal responde a estímulos fotoeléctricos y hormonales que exhibe ritmos circadianos y sintetiza la melatonina. Esta a su vez sugiere un efecto supresor general sobre la secreción pulsátil de GNRH y la función reproductiva (Branco, 2005).

En este mismo orden la regulación ovárica y la regulación testicular son mediadas por un sistema de hormonas. En el caso de la regulación ovárica es importante la hormona Luteinizante (LH), la foliculoestimulante (FSH) y la prolactina, asociadas al ciclo menstrual con valores de FSH más altos al final de la fase lútea, con un pico marcado durante la ovulación. En la regulación testicular se estimula la maduración y liberación de los gametos por la producción y secreción de las hormonas sexuales. Tanto LH como FSH presentan una secreción pulsátil en el hombre en lapsos de hora y media o dos horas (Gómez, 2014).

Ahora bien, en el control central del ciclo sexual juega un papel importante el sistema límbico puesto que incluye funciones de memoria, experiencias pasadas y emociones. También se involucran dentro de la actividad sexual la dopamina, serotonina que son neurotransmisores y diversos aminoácidos (Acido glutámico y GABA), el óxido nítrico y los péptidos ACTH-MSH (Gómez, 2014).

Sus funciones específicas son: Oxitocina participa en el proceso de erección, el GABA y los opioides son inhibidores (Branco, 2005).

En este sentido, la conducta sexual es un resultado de múltiples factores externos que activan elementos internos que se asocian con toda una función interna del sistema nervioso en donde juegan el sistema de hormonas y neurotransmisores.

## DESARROLLO PSICOSEXUAL

### *Sexualidad en la infancia*

La sexualidad infantil es un proceso que vincula aspectos emocionales, la adquisición de la identidad sexual; en esta etapa no se debe interpretar como sinónimo de genitalidad, como ocurre en la sexualidad del adulto, pero el fin de esta es la organización sexual adulta (García-Piña, 2016). Es decir, en esta etapa los niños se hacen conscientes de sus genitales y se identifican a sí mismos como niños y como niñas.

Dentro de los aspectos emocionales se encuentra que el niño o niña crece y se integra en una organización donde la relación de los padres y otros familiares inciden en la construcción social de los roles femeninos y masculinos (Martínez-González, 2017). En la medida que el padre y la madre sean figuras que despierten

confianza y amor el niño o la niña tratarán imitarlos (García-Piña, 2016).

Por otra parte, la relación con los padres o figuras representativas permitirá que el niño pueda reconocer las diferencias de cada sexo; ya que inicialmente hay un desconocimiento de las diferencias sexuales de los hombres y de las mujeres, así como su rol sexual (García-Piña, 2016).

La identidad sexual incluye la manera como la persona se identifica como mujer o como hombre, o como una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona. Es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual, y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales (OMS/OPS 2000).

Por su parte el rol sexual, se entiende como: manifestación relacionada con pertenecer a uno u otro género, desde las diferencias físicas, la forma de expresarse e interactuar con los demás (García-Piña, 2016).

### *Sexualidad en la Adolescencia*

La adolescencia es la etapa de la vida entre el inicio de la pubertad hasta los 18 años. Sin embargo, en los últimos años ha habido ciertos cambios al reconocer a los límites de dicha etapa, debido a que muchas personas presentan los primeros cambios puberales a los 11 años y el retraso de la independencia en ciudades desarrolladas que evita la emancipación de las personas ha reconsiderado ampliar la etapa de la adolescencia estableciéndola entre los 10 años y los 22 años (Madruga, Delval y Queija, 2010). Esta etapa se caracteriza porque aún no sé es un adulto, pero ya se ha dejado de ser un niño.

En la adolescencia se presentan cambios físicos relacionados con el sexo. Con la llegada de la pubertad, las gónadas (testículos y ovarios) son estimuladas por las gonadotropinas que producen la hipófisis. Así se van a producir importantes cambios en el cuerpo de los hombres y las mujeres hasta alcanzar la madurez sexual con notorias diferencias físicas.

Entre los principales cambios encontrados en la pubertad está el estirón que es un rápido crecimiento de estatura entre las mujeres alrededor de unos 9 centímetros por año y de los hombres alrededor de unos 10 cm por años.

Esta pubertad trae consigo cambios en los hombres como el crecimiento de testículos y del escroto así como la aparición de vello púbico. Luego ocurre el crecimiento del pene, aparecen los primeros vellos faciales y aumenta el volumen muscular. Posteriormente, se presenta la primera eyaculación y se da el estirón en la estatura, el vello en las axilas y la voz se vuelve más grave (Madruga, Delval y Queija, 2010).

En el caso de las mujeres generalmente este crecimiento suele pasar por el desarrollo de los senos, la aparición de vello púbico, el aumento de la grasa corporal, la modificación de los órganos sexuales como el agrandamiento del útero, la vagina, el clítoris y los labios mayores. Aparece la menarquia y el estirón termina (Madruga, Delval y Queija, 2010).

Todos estos cambios, permiten que, en la adolescencia se puedan identificar y consolidar dos características:

- *Características sexuales primarias*

Se refieren a la maduración de los órganos que participan en la reproducción. En las mujeres implica la maduración de los ovarios, el útero y la vagina, y ocurre la primera menstruación, primer síntoma de madurez sexual. En los hombres aumentan y maduran

el pene, los testículos, la próstata y las vesículas seminales, de manera que el primer síntoma de madurez sexual será la presencia de espermatozoides en la orina (Madruga, Delval y Queija, 2010).

- *Características sexuales secundarias*

Se refieren a los cambios en partes del cuerpo que no están relacionadas de manera directa con la reproducción, pero indican el avance de la maduración sexual. En las mujeres está muy presente el crecimiento del pecho y la aparición del vello púbico y axilar. En los hombres se manifiestan con el cambio en el timbre de la voz, y la aparición de vello púbico, en las axilas y la cara. La piel se vuelve más áspera y con mayor producción de grasa (Madruga, Delval y Queija, 2010).

### *Sexualidad en la edad adulta*

Otra de las etapas del transitar del ser humano es la adultez, en la que igual a todos los periodos anteriormente descritos está caracterizada por múltiples procesos, acontecimientos y cambios en lo referente al comportamiento, creencias, pensamientos y actividades de las personas; lo cual implica para la conceptualización tener en cuenta la relevancia de los factores que atraviesan esta fase (Branco, 2005).

En los adultos jóvenes es muy común el aumento de la actividad sexual en comparación a otras etapas del desarrollo. Por supuesto, con el aumento de la actividad sexual, se incrementa la probabilidad de adquirir una Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS). Mientras que la preocupación por un embarazo no deseado disminuye, ya que hay una independencia económica y emocional que les permite asumir la responsabilidad de un embarazo (Branco, 2005).

En otros casos de adultos surge la necesidad de llevar su vida sexual única y exclusivamente por el camino de la reproducción. Por eso aparece la angustia a la infertilidad, en donde emocionalmente afecta mucho más al hombre que a la mujer.

Posteriormente en la adultez intermedia surgen unos cambios que se reflejan en los aspectos físicos y emocionales en la actividad sexual del adulto, los cuales se pueden describir de la siguiente manera:

- Disminución de la actividad sexual a los 40 y 50 años.
- Las mujeres con menopausia expresan que lo hacen 1 o más veces a la semana.
- Reducción de la frecuencia puede ocurrir por causas como la monotonía, la preocupación por temas laborales o domésticos, cansancio, depresión, poca importancia otorgada al sexo, miedo de no alcanzar la erección o falta de pareja.
- Cambios en el funcionamiento y desempeño sexual masculino.

## SEXUALIDAD EN LA ANCIANIDAD

La sexualidad desde siempre ha sido uno de los temas más controvertidos desde nuestros orígenes, siendo un tema tabú en todos los ámbitos de la sociedad y la vejez es una etapa en la que predominan los mitos en lo concerniente al ámbito sexual que lleva incluso al decremento de la actividad sexual, del deseo y a la aparición de múltiples conflictos en torno a la imagen y el atractivo (Sierra, et al, 2014).

Si bien a largo de la vida y con el devenir propio de las etapas del ser humano la sexualidad es un aspecto que está sujeto a cambios, sin embargo, ello no implica la desaparición de ésta en el adulto mayor, sino que hace referencia al aspecto cambiante que es inherente a la existencia del individuo (Sierra, et al, 2014).

Múltiples cambios ocurren en la conducta sexual del anciano: En el caso del hombre el tiempo de la erección disminuye, la eyaculación es escasa y el período refractario (tiempo posterior al orgasmo) puede durar hasta algunos días (Sierra et al., 2014). En la mujer, la lubricación vaginal puede ser muy escasa, se pierde un poco la elasticidad vaginal y las sensaciones orgásmicas disminuyen (Sierra et al., 2014).

Los aspectos anteriormente mencionados se encuentran atravesados multifactorialmente (emocional, fisiológico, cultural) dado que para la sociedad cuando un anciano se muestra interesado por alguna actividad referente al acto sexual se desaprueba y censura haciendo referencia a que dichos comportamientos no corresponden a la edad cronológica, concibiéndose como un acto ridículo que tiene como consecuencia el rechazo y la exclusión; cada día la vejez reclama un espacio mucho mayor en lo concerniente a las cualidades propias de la etapa como parte fundamental del desarrollo del individuo por ser el estado final de la existencia del ser humano (Sierra et al, 2014).



## CAPÍTULO 4

### SALUD Y PATOLOGÍA DE LA SEXUALIDAD HUMANA

María del Mar Sánchez-Fuentes<sup>1</sup>  
Nieves Moyano<sup>2</sup>, Reina Granados<sup>3</sup>  
Juan Carlos Sierra<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Departamento de Psicología, Universidad de la Costa, Barranquilla (Colombia).

<sup>2</sup> Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación, Departamento de Psicología y Sociología, Universidad de Zaragoza (España).

<sup>3</sup> Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Enfermería, Universidad de Granada (España).

<sup>4</sup> Centro de Investigación, Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC), Universidad de Granada (España).

## SALUD SEXUAL Y SEXUALIDAD HUMANA

El ser humano es un ser sexuado desde el momento de su nacimiento hasta su muerte. Así pues, la sexualidad es un rasgo fundamental del ser humano, que se refiere al sexo, orientación sexual, identidad de género, placer, intimidad, erotismo y reproducción, siendo resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos, religiosos y espirituales (OMS, 2006). Aunque es un término habitual y del que todos hemos escuchado hablar, definir este concepto de sexualidad humana puede resultar complejo dado que es el resultado de factores bio-psico-sociales. La sexualidad se desarrolla a través de las relaciones, pensamientos y comportamientos, deseos, actitudes, fantasías, roles, etc.

La sexualidad se desarrolla en la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales (WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group & United Nations Population Division, 2015). La dimensión biológica alude al componente físico (órganos sexuales, genitales, de los sentidos, etc.), también está relacionada con el desarrollo sexual y con los aspectos relacionados con la respuesta sexual humana que implica al sistema nervioso, endocrino y vascular. La dimensión psicológica hace referencia a las emociones, sentimientos, actitudes personales, mientras que la dimensión social se refiere a los aspectos que influyen en la sexualidad como pueden ser las costumbres culturales, creencias religiosas, ideología política, etc.

Otro concepto esencial es el de salud sexual. Esta ha sido definida como “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la salud sexual no es solo la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencia. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso con la sexualidad y las relaciones sexuales y la posibilidad de experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales deben ser respetados, protegidos y cumplidos” (WHO et al., 2015). Esta definición de salud sexual resulta interesante para las áreas de las ciencias sociales y de la salud, y en particular para la disciplina de la Psicología. Pues se plantea la salud sexual como el bienestar físico y mental de las personas y se resalta la importancia de disfrutar de las relaciones sexuales de manera segura. Por tanto, el estudio y la investigación de variables asociadas a aspectos físicos y mentales resultan de especial relevancia en el campo de la sexualidad humana y más aún en el área de la salud sexual (Sánchez-Fuentes et al., 2014).

También es importante identificar la salud sexual como un derecho humano universal. Los derechos humanos referidos a la dignidad, igualdad y libertad deben ser respetados y son superiores a las leyes específicas de los países. La última revisión de la declaración de los derechos sexuales fue realizada por la World Association for Sexual Health (WAS, 2014). Esta declaración incluye 16 derechos con el fin de proteger y promover la salud sexual a nivel mundial, estos son:

- 1) derecho a la igualdad y a la no discriminación;
- 2) derecho a la vida, libertad y seguridad de la persona;
- 3) derecho a la autonomía e integridad del cuerpo;
- 4) derecho a una vida libre de tortura, trato o pena crueles, inhumanos o degradantes;

5) derecho a la privacidad; 7) derecho al grado máximo alcanzable de salud, incluyendo la salud sexual que comprende experiencias sexuales placenteras, satisfactorias y seguras; 8) derecho a gozar de los adelantos científicos y de los beneficios que de ellos resulten; 9) derecho a la información; 10) derecho a la educación y derecho a la educación integral de la sexualidad; 11) derecho a contraer, formar o disolver el matrimonio y otras formas similares de relaciones basadas en la equidad y el pleno y libre consentimiento; 12) 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) derecho a la libertad de pensamiento, opinión y expresión; 14) derecho a la libre asociación y reunión pacífica; 15) derecho a participar en la vida pública y política, derecho a participar en el desarrollo y la implementación de políticas que determinen el bienestar, incluyendo la sexualidad y salud sexual; y 16) derecho al acceso a la justicia y a la retribución y la indemnización por las violaciones de los derechos sexuales (WAS, 2014).

A pesar de que existe esta declaración sobre los derechos sexuales y que estos derechos son considerados como derechos humanos, en la actualidad existen múltiples vulneraciones y restricciones a su garantía. El estudio de la sexualidad y de la salud sexual supone un reto dado que podrá mejorar no solo el bienestar individual de las personas sino el bienestar de la sociedad en general. De hecho, de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, el tercer objetivo propuesto es garantizar una vida sana y promover el bienestar.

La salud sexual, fuera de la ausencia de enfermedades y disfunciones sexuales, hace hincapié en la importancia de las relaciones placenteras. Por tanto, resulta relevante presentar y describir los principales modelos y fases de la respuesta sexual, para continuar con los problemas y trastornos y, finalizar enfatizando sobre la importancia del placer en las relaciones sexuales, en particular sobre la satisfacción sexual.

## RESPUESTA SEXUAL HUMANA

La respuesta sexual humana habitualmente tiene una secuencia de fases a nivel fisiológico y puede entenderse como el resultado de los cambios que ocurren en las personas ante estímulos sexuales. La respuesta sexual es una respuesta compleja en la que intervienen no solo factores orgánicos, sino también factores cognitivos.

Los principales modelos sobre el ciclo de la respuesta sexual humana fueron propuestos por Ellis (1906), Kinsey, Pomeroy, Martin y Gebhard (1953), Masters y Johnson (1966), Kaplan (1979) y Carrobbles y Sanz (1991). En cada uno de estos modelos se proponen diferentes fases y estas deben darse en el orden planteado para que de este modo no surjan disfunciones sexuales. La fase de deseo se refiere a la sensación y/o motivación de las personas para mantener una relación sexual. La fase de excitación es la única que coincide en los diferentes modelos propuestos y se refiere a la activación (psicológica y biológica) que ocurre durante un encuentro sexual. La fase de meseta alude al pico más alto de excitación y ocurriría justo antes de alcanzar el orgasmo. El orgasmo es entendido como la respuesta de mayor intensidad y que se produce como consecuencia de una gran excitación. Finalmente, se habla de la fase de resolución en la que se restablece el organismo a nivel físico.

TABLA 4

*Modelos propuestos sobre el ciclo de la respuesta sexual.*

Fases	Ellis (1906)	Kinsey et al. (1953)	Masters y Johnson (1966)	Kaplan (1979)	Carrobbles y Sanz (1991)
1	-	-	-	Deseo	Deseo
2	Tumescencia	Excitación	Excitación	Ex- citación	Excitación
3	-	-	Meseta	-	-
4	-	Orgasmo	Orgasmo	Orgasmo	Orgasmo
5	De- tumescencia	Postefectos	Resolución	-	Satisfacción

Las fases de la respuesta sexual se caracterizan por una serie de cambios que ocurren tanto en el cuerpo de los hombres como de las mujeres. En la fase de deseo, no existen cambios a nivel físico, dado que el deseo se entiende más como los pensamientos que impulsan, es decir, motivan a la persona a realizar la actividad sexual. En la de excitación, los cambios que se producen en los varones son los siguientes: comienza la erección del pene, el escroto se engrosa, los testículos comienzan a ascender, se endurecen los pezones, aumenta el ritmo cardíaco, la tensión muscular y la presión sanguínea. En las mujeres, comienza la lubricación vaginal, se expanden los dos/tres tercios interiores de la vagina; los labios interiores se hacen más gruesos; el útero se desplaza hacia arriba; los pezones se endurecen y el tamaño de los pechos aumenta, y también aumenta el ritmo cardíaco, la tensión neuromuscular y presión sanguínea.

En los hombres, el orgasmo comienza con las contracciones involuntarias en la próstata, vesículas seminales, recto y pene, los testículos están elevados y se da la eyaculación, es decir, la expulsión del semen. En las mujeres ocurren contracciones rítmicas e involuntarias en la vagina, útero y esfínter rectal. Puede ocurrir la eyaculación femenina o la expulsión de fluido líquido. Tanto en varones como en mujeres el ritmo cardíaco, la tensión neuromuscular y la presión sanguínea están en los niveles máximos y puede existir una pérdida involuntaria del control muscular, ocurrir espasmos y calambres en los músculos de la cara, manos y pies. Los cambios que se producen en la fase de resolución son más notorios en varones. En esta fase ocurre la pérdida de la erección del pene, regresando este a su tamaño normal. Los testículos también vuelven a su posición; el escroto y los pezones pierden la rigidez; el ritmo cardíaco, respiratorio y presión sanguínea vuelven a los niveles previos antes de la excitación y hay una sensación general de relajación. Además, en varones ocurre el período refractario. Durante este período no es posible otra eyaculación. Si bien este lapso temporal es variable entre los individuos, con la edad aumenta su duración.

En las mujeres los cambios físicos producidos durante la fase de excitación y orgasmo vuelven a los niveles previos antes de la excitación, también existe la sensación de relajación y bienestar, pero no existe un período refractario. Ante la estimulación, la mujer puede volver a alcanzar el orgasmo sin necesidad de un lapso temporal.

## TRASTORNOS SEXUALES

Los trastornos sexuales se caracterizan por una alteración en alguna fase de la respuesta sexual o también pueden estar asociados con el dolor en lugar del placer.

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, DSM-5*) incluye una categoría específica de disfunciones sexuales. Si bien cada trastorno incluye una serie de criterios diagnósticos propios, no obstante, existen unos criterios diagnósticos compartidos. Uno de estos criterios alude al tiempo, en concreto se refiere a que el problema ha debido estar presente al menos durante seis meses.

El segundo criterio se refiere a que el problema en particular debe provocar un malestar clínicamente significativo en la persona. Por último, el tercer criterio señala que la disfunción no se debe a un trastorno mental no sexual, no es producto de problemas con la pareja u otros aspectos que generen estrés, y tampoco es producto del consumo de sustancias o enfermedad médica. Asimismo, además de los criterios diagnósticos característicos para los trastornos sexuales, se incluye una serie de especificadores. Estos especificadores son tres. El primero de ellos alude a si el problema ha existido de por vida o sin embargo si este ha sido adquirido; el segundo se refiere a si el problema es generalizado, es decir, ocurre siempre independientemente de los diferentes contextos o varía según la situación; y el tercero se refiere al nivel de gravedad, teniendo en cuenta si es leve, moderado o grave (American Psychiatric Association-APA, 2013). A continuación, se presenta la clasificación de los distintos trastornos sexuales propuestos por el DSM-5.

En primer lugar, hay que mencionar los trastornos del deseo sexual: trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón y trastorno del interés/excitación sexual femenino. El principal problema en esta fase es la reducción sustancial o la pérdida total de deseo que se asocia con la ausencia o disminución de fantasías sexuales y por la pérdida de interés para mantener relaciones sexuales. De hecho, en el caso del trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón uno de los criterios diagnósticos hace alusión a la disminución o ausen-



cia constante o frecuente de pensamientos eróticos y deseo de actividad sexual. No obstante, este mismo criterio señala que hay que tener en cuenta variables como la edad y otros factores del entorno sociocultural del individuo (APA, 2013). En cuanto al trastorno del interés/excitación sexual femenino hay que resaltar un aspecto primordial. Este trastorno incluye aspectos de la fase de deseo y excitación en una única categoría. Esto es así dado que en el caso de la mujer parece existir un solapamiento, al menos a nivel subjetivo, entre la fase de deseo y excitación sexual (Brotto, Bitzer, Laan, Leiblum & Luria, 2010).

Los trastornos de la excitación sexual se expresan en alteraciones durante esta segunda fase de la respuesta sexual. El trastorno del interés/excitación sexual femenino se caracteriza por la ausencia o reducción del interés de la actividad sexual, ausencia o reducción de fantasías sexuales, ausencia o reducción de la excitación y el placer durante la actividad sexual y ausencia o reducción de las sensaciones durante la actividad sexual. Además, como se dijo anteriormente también incluye aspectos relacionados con el deseo dado el solapamiento entre ambas fases de la respuesta sexual en mujeres. En el caso del varón, el trastorno asociado a esta fase es la disfunción eréctil masculina. Este trastorno es definido como la incapacidad, persistente o frecuente, para lograr una erección apropiada que permita al hombre consumar la penetración y mantenerla hasta el final de la actividad sexual (APA, 2013).

Los trastornos asociados con la fase del orgasmo son la eyaculación prematura o precoz y la eyaculación retardada en el varón, y el trastorno orgásmico femenino. En el caso del varón, la eyaculación prematura o precoz es la manifestación de un patrón constante o frecuente de eyaculación como respuesta a una estimulación mínima, que tiene lugar antes, durante o poco después de la penetración (aproximadamente un minuto después de la penetración) y antes de que la persona lo desee. Sin embargo, este criterio

de latencia de eyaculación es controvertido. Además, el DSM-5 incluye como criterio que el tiempo de eyaculación al realizar la penetración vaginal ocurra aproximadamente en un minuto. Este criterio es controvertido por varios motivos.

El primero de ellos, es que no necesariamente el hombre puede eyacular en un corto período de tiempo y sin desearlo solo con la penetración vaginal, sino también en otras prácticas sexuales con la pareja como puede ser practicando sexo oral, anal, masturbación, y no necesariamente en conductas heterosexuales; o bien en prácticas individuales como puede ser a partir de la masturbación a solas.

Otro motivo es el referido al tiempo estipulado de aproximadamente un minuto. Cuando la eyaculación ocurre en el intervalo temporal de un minuto se puede hablar de auténticos casos de eyaculación precoz. Sin embargo, si tenemos en cuenta el contexto de las relaciones sexuales en parejas heterosexuales, la mujer que alcanza el orgasmo a través del coito requiere de una duración temporal media de 4 a 5 minutos. Si la pareja masculina es incapaz de retrasar la eyaculación al menos esos 4 o 5 minutos hasta que la pareja alcance el orgasmo y a ellos le gustaría retrasarlo, estos hombres deberían de ser considerados afectados de eyaculación precoz (Carrobbles y Almendros, 2015). Justo en el continuo opuesto estaría el trastorno por eyaculación retardada. El principal criterio diagnóstico de este trastorno es la dificultad o imposibilidad de llegar al orgasmo en una relación sexual coital.

De igual manera, el trastorno orgásmico femenino alude al retraso o incapacidad para alcanzar el orgasmo. En el caso de las mujeres es importante mencionar que estas con frecuencia tienen dificultades para alcanzar el orgasmo en una relación sexual coital, pero, con la estimulación del clítoris las mujeres suelen alcanzar el orgasmo. No obstante, el DSM-5 no menciona esta especificación de relación sexual coital (APA, 2013).

En cuanto a los trastornos sexuales por dolor en la actualidad el DSM-5 informa solo del trastorno de dolor genito-pélvico asociado a la penetración en la mujer. Este se caracteriza por la experiencia persistente o recurrente de dolor o dificultades ante distintas experiencias sexuales como la penetración vaginal o el simple intento de realizarla, miedo o ansiedad intensa ante la expectativa de sufrir dolor vulvovaginal o pélvico previo o como resultado de la penetración vaginal y tensión o contracción intensa de los músculos del suelo pélvico durante el intento de penetración (APA, 2013).

Como en el caso de los demás trastornos mentales, el DSM-5 incluye una categoría referida a los trastornos sexuales producidos por enfermedades médicas o por el consumo de sustancias. También, existe la categoría de otra disfunción sexual especificada y no especificada, para cuando predominan los síntomas característicos de una disfunción sexual, pero no cumplen todos los criterios diagnósticos (disfunción sexual especificada) o para cuando no existen criterios diagnósticos similares en algún trastorno (disfunción sexual no especificada).

## EPIDEMIOLOGÍA DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

Los trastornos sexuales son bastantes frecuentes en la población. Alrededor de un 40% y 45% de las mujeres y un 20% y 30% de los varones presentan algún tipo de disfunción sexual (Lewis et al., 2004; Nicolosi et al., 2004). Otros datos sobre prevalencia de los trastornos sexuales son los reportados por el DSM-5. En el caso de los varones se informa que la eyaculación precoz presenta una frecuencia entorno al 20% y 30%, la disfunción eréctil entre el 13%

y 50%, el trastorno de deseo sexual hipoactivo entre el 6% y 41% y la eyaculación retardada es inferior al 1%. En el caso de las mujeres, el trastorno orgásmico femenino es el de mayor prevalencia con una frecuencia de entre el 19% y 42% y entorno al 15% el trastorno de dolor genito-pélvico. Los datos sobre el trastorno de interés/excitación sexual se desconocen, pues este trastorno fue definido recientemente (APA, 2013). Los datos sobre la prevalencia de las disfunciones sexuales en Colombia son escasos. No obstante, una investigación reciente (Marchal-Bertrand et al., 2016) concluyó que el 33,5% de los varones y el 44,6% de las mujeres tenían algún tipo de disfunción sexual. Así pues, al revisar las diferentes investigaciones, los trastornos más frecuentes son la eyaculación precoz y la disfunción eréctil en varones y el trastorno del interés/excitación sexual y trastorno orgásmico en mujeres.

## ETIOLOGÍA DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

A continuación, se informa sobre las posibles causas asociadas a los trastornos sexuales. Se puede señalar que en general las causas suelen ser de naturaleza psicológica y en menor medida por causas orgánico-médicas o por el efecto de sustancias psicoactivas o farmacológicas (Carrobes y Almendros, 2015). Esto es importante porque implica que si la causa es psicológica, el tratamiento psicológico será eficaz.

La reducción del deseo sexual puede ser debido a múltiples causas de origen bio-psico-social. Por ejemplo, causas orgánicas como enfermedades físicas e intervenciones quirúrgicas, problemas hormonales, consumo de fármacos antidepresivos, antihipertensivos, consumo de anticonceptivos orales; causas psicológicas como trastorno depresivo, ansiedad, estrés, experiencias sexuales traumáticas, relaciones sexuales rutinarias, disfunción sexual del

otro miembro de la pareja, actitudes negativas hacia la sexualidad o inhibición del deseo sexual.

Las causas relacionadas con las dificultades en la excitación también pueden clasificarse de acuerdo al modelo bio-psico-social. Aspectos orgánicos como alteraciones hormonales debido al hipogonadismo primario o secundario, hiperprolactinemia o patología de la glándula del tiroides, menopausia, andropausia, consumo de fármacos antidepresivos, antihipertensivos, problemas arterioescleróticos, enfermedades o problemas vasculares de tipo arterial como la diabetes, la hipertensión, hipercolesterolemia, tabaquismo y problemas de tipo venoso como anomalías congénitas, traumatismos, envejecimiento. También existen causas neurológicas relacionadas con la falta de estimulación nerviosa autonómica pélvica o por falta de liberación de neurotransmisores como consecuencia de enfermedades medulares, esclerosis múltiple o diabetes.

En cuanto a las causas de los trastornos del orgasmo se plantean las siguientes. En el caso del trastorno orgásmico las causas orgánicas se relacionan con algunas enfermedades de origen neurológico, endocrino o ginecológico, enfermedades como la diabetes, la esclerosis o enfermedades relacionadas con la médula espinal, consumo de ciertos fármacos como antidepresivos, opiáceos, antihipertensivos. Las causas psicológicas se relacionan con un excesivo autocontrol y altos niveles de auto-exigencia, unas actitudes negativas hacia la sexualidad, sentimientos de culpabilidad, trastornos psicológicos como la ansiedad, depresión o estrés, posibles dificultades en la relación de pareja y baja satisfacción con la relación de pareja.

En el caso del trastorno de eyaculación precoz, las causas principales son la escasa frecuencia de actividad sexual, la novedad sexual, una historia personal de masturbaciones y experiencias sexuales rápidas y ansiedad de ejecución. Es importante señalar que tanto la eyaculación precoz como el

trastorno orgásmico femenino podrían ser considerados como pseudodisfunciones sexuales (Carrobbles y Almendros, 2015). Esto es así debido a que ambos trastornos se encuentran relacionados o producidos por reducir la actividad sexual al coito, es decir, por considerar que la actividad sexual es coito-central. También es relevante señalar que el placer sexual no debe ser sinónimo de alcanzar el orgasmo, sino que el placer o la satisfacción sexual es un concepto mucho más amplio y que no necesariamente necesita que ocurra el orgasmo.

Por último, respecto a la etiología de los trastornos sexuales por dolor destacan aspectos psicológicos como trastornos de ansiedad, miedo y ansiedad ante la penetración, experiencias sexuales previas traumáticas o negativas. Asimismo, también existen aspectos orgánicos relacionados con alteraciones inflamatorias y/o traumáticas vaginales, alternaciones hormonales de los niveles de estrógenos, infección urogenital, enfermedades pélvicas como la endometriosis o inflamación pélvica, enfermedad inflamatoria pélvica, varicocele pelviano, radioterapia, dolor referido, problemas vasculares o inmunológicos, consumo de fármacos antihistamínicos, antidepressivos o hipertensivos.

## SATISFACCIÓN SEXUAL

La satisfacción además de ser un factor fundamental en la salud sexual, es considerada como un derecho sexual (WHO, 2015). Asimismo, ha sido incluida como una de las fases de la respuesta sexual y considerada como una variable predictora del bienestar y la calidad de vida (Byers y Rehman, 2014). En definitiva, cuando se habla de salud sexual es necesario resaltar el papel clave de la satisfacción sexual. Por ello, en este apartado se expon-

drá qué se entiende por satisfacción sexual, por qué es importante su estudio, cómo se puede evaluar y cuáles son los resultados de algunas investigaciones recientes interesadas en su estudio.

Si bien existen varias definiciones, en la literatura destaca la siguiente conceptualización: la satisfacción sexual es “una respuesta afectiva derivada de la propia evaluación subjetiva de los aspectos positivos y negativos asociados a las propias relaciones sexuales” (Lawrance y Byers, 1995, p. 268). Esta definición surge del desarrollo teórico del Modelo de Intercambio Interpersonal de Satisfacción Sexual (*Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction*, IEMSS) (Lawrance y Byers, 1995).

De acuerdo con el IEMSS el concepto de intercambio es fundamental para la comprensión de las relaciones. Los intercambios son las distintas situaciones, comportamientos y/o pensamientos que se presentan en las relaciones de pareja y que pueden ser considerados como positivos o negativos. Los intercambios positivos, llamados beneficios, se consideran placenteros y agradables en el contexto de la relación de pareja. Los intercambios negativos, llamados costes, son valorados como desagradables y pueden producir ansiedad, dolor, vergüenza o implicar un esfuerzo ya sea mental y/o físico. De acuerdo con esta teoría, las personas estarán más satisfechas cuando los intercambios positivos, es decir, los beneficios, superan a los intercambios negativos, es decir, a los costes (Thibaut y Kelley, 1959).

El IEMSS explica la satisfacción sexual teniendo en cuenta cuatro componentes, estos son: 1) balance de beneficios y costes: los beneficios deben ser mayores que los costes; 2) nivel comparativo de beneficios y costes: el balance de los beneficios reales debe ser superior a las expectativas; 3) igualdad de beneficios e igualdad de costes: la persona debe percibir que ambos miembros obtienen niveles similares de intercambios positivos y negativos; y 4) satisfacción con la pareja: esto es, la satisfacción con los aspectos no

sexuales de la relación debe ser elevada (Lawrance y Byers, 1995). En cuanto a la validez del IEMSS es importante mencionar que ha sido el modelo teórico más investigado (Sánchez-Fuentes et al., 2014) y también ha sido puesto a prueba en población hispana (Sánchez-Fuentes y Santos-Iglesias, 2016).

Para evaluar la satisfacción sexual de acuerdo con el IEMSS existe el Cuestionario del Modelo de Intercambio Interpersonal de Satisfacción Sexual (*Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction Questionnaire*, IEMSSQ; Lawrance et al., 2011). Este autoinforme evalúa el balance de beneficios y costes sexuales, el nivel relativo de beneficios y costes sexuales y la percepción de igualdad de beneficios y costes sexuales a partir de seis ítems. Además, sus autoras crearon la Medida Global de Satisfacción con la Relación que evalúa la satisfacción con la relación de pareja a partir de cinco ítems bipolares de siete alternativas de respuesta cada uno, y la Medida Global de Satisfacción Sexual idéntica a la anterior medida, pero evalúa la satisfacción con las relaciones sexuales. También crearon un listado compuesto por 58 ítems referidos a intercambios sexuales y que pueden ser considerados como beneficios, costes, beneficios y costes, o ni beneficios ni costes de las relaciones sexuales.

Este cuestionario ha sido validado en población española. Se examinaron sus propiedades psicométricas en una muestra compuesta por 1.221 personas que mantenían una relación de pareja heterosexual. Los resultados confirman su adecuada consistencia interna, fiabilidad test-retest y validez concurrente y convergente (Sánchez-Fuentes et al., 2015). Además, una investigación reciente examinó las propiedades psicométricas del IEMSSQ, pero incluyó una muestra de 1.820 personas heterosexuales y homosexuales de países hispanohablantes. Sus resultados mostraron que el cuestionario es fiable e invariante con relación al sexo y la orientación sexual (Calvillo, Sánchez-Fuentes, Parrón y Sierra, 2019).



Para concluir es importante indicar que la satisfacción sexual se asocia con aspectos físicos, psicológicos, socio-emocionales, así como con conocimientos, actitudes personales y aspectos sociales y culturales (Sánchez-Fuentes et al., 2014; Sánchez-Fuentes et al., 2016). La mayoría de investigación se ha centrado en población heterosexual, por lo que son necesarias futuras investigaciones en población LGBT (Calvillo et al., 2018; Sánchez-Fuentes y Sierra, 2015). Estas investigaciones serán importantes para incrementar el saber sobre la salud sexual, mejorar el bienestar de las personas y contribuir así tanto a la práctica clínica como a la investigación en sexualidad humana.

## CAPÍTULO 5

### CONSTRUCCIÓN PSICOSOCIAL DEL GÉNERO

Marina B. Martínez-González<sup>1</sup>

Adriana De la Peña–Leiva<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Departamento de Psicología, Universidad de la Costa, Barranquilla (Colombia).

## ESTUDIANDO AL “GÉNERO”

Hablar del concepto de género, implica reconocer las construcciones sociales sobre las formas funcionales de relacionamiento humano que comprometen la reproducción, la crianza y la dinámica familiar, hasta la división misma del trabajo. Al respecto, la perspectiva de **Parsons, Bales, Olds, Zelditch & Slater (1955)** en el texto *Family, Socialization and Interaction Process*, escrito a mediados de los años cincuenta, asumía que los roles de hombres y mujeres tenían una base biológica racionalizada en el proceso de modernización, comprometiendo las actividades económicas y sexuales. De acuerdo con Parsons, el matrimonio y la familia se constituían por lazos económicos y afectivos fundamentales para la subsistencia del sistema social, cuyo funcionamiento partía de la capacidad masculina para el trabajo, complementado por las capacidades femeninas para administrar la vida familiar y la crianza.

Sin embargo, antes de la propuesta de Parsons, ya se habían hecho estudios que proponían un enfoque distinto sobre los roles de género. **Mead (1935)** había planteado que la definición sobre las expectativas de lo femenino y lo masculino eran culturales y no determinadas por aspectos biológicos. Además, señalaba que estas expectativas podían variar según el contexto. Asimismo, **De Beauvoir (1949)** había escrito su ensayo *El Segundo Sexo*, en el que se sostuvo que el concepto de “mujer” es un producto cultural construido a lo largo de la historia, siempre en función de algo: hija, hermana, esposa, madre; de tal manera que, sus características no les vienen dadas por la genética sino por la forma como fueron

educadas. Esta situación, limita el goce de su existencia y de su libertad de decisión, siendo así que De Beauvoir reivindica como principal cometido de la mujer, la reconquista de su propia identidad a partir de su criterio personal. Pese a lo revolucionario de esta postura, estas ideas perdieron fuerza ante las orientaciones biologicistas que primaban en la ciencia a partir de los años 50.

Posteriormente, **Conway, Bourque y Scott (1987)** realizaron una serie de reflexiones sobre el concepto de género señalando que lo que se considera apropiado de las conductas masculinas y femeninas está mediado por un vasto escenario de instituciones económicas, sociales, políticas y religiosas que interactúan entre ellas, se retroalimentan e incluso se contraponen. Así, las instituciones no siempre logran moldear efectivamente las conductas hacia formas de comportamiento convencionales. Muchas personas se resisten al proceso homogenizador normativo y su propia identidad prima expresándose en reinterpretaciones sobre su inherente conducta sexual y de género.

Estas autoras señalan que para poder entender las diferencias de género, no basta con el análisis psicológico de las mismas, ni con la perspectiva biológica de las diferencias sexuales. Necesariamente los estudios de género implican la reflexión sobre el proceso de la producción científica como tal, el estudio de la historia, de la cultura y la sociedad, una reevaluación crítica de las teorías tradicionales de todas las disciplinas académicas (**Conway et al., 1987**). De esta manera, la consideración de los estudios de género desde esta perspectiva tiene el propósito de comprender el significado de los sexos y el alcance de los roles sexuales en las diferentes sociedades y momentos históricos, para develar su papel en el mantenimiento del orden social o para promover su transformación (**Davis, 1976**). Este interés acercó los estudios de género a los de clase social y a los étnicos, desde un enfoque de los oprimidos, apuntando al compromiso con una historia que incluía el

significado y naturaleza de su condición, así como a la comprensión académica de las desigualdades del poder en estos tres ejes (Scott, 1986).

Ahora bien, las últimas décadas del siglo XX se caracterizaron por la utilización de la noción de “género” más que la palabra “mujeres” en la producción científica. Esta última se había asociado a las luchas políticas del feminismo, mientras que “género” se ajustaba a la terminología científica de las ciencias sociales y no representaba necesariamente una declaración de desigualdad, ni nombraba explícitamente al bando oprimido. Mientras los estudios de la historia de las mujeres, proclamaban su política al afirmar a las mujeres como sujetos históricos válidos, la noción de género las incluía sin nombrarlas y no planteaba críticas frontales al orden académico ni social (Scott, 1986).

Otra perspectiva relacionada con el uso de la noción de género como sustitución de mujeres en el discurso, sugiere que la información sobre las mujeres implica información sobre los hombres. Este uso rechaza la interpretación del género en esferas separadas, pues considera que esta mantiene la falsa creencias de que una esfera tiene poco o nada que ver con la otra (Scott, 1986).

## EL CONCEPTO DE GÉNERO

En su concepción más reciente, la noción de “género” emerge primero entre las académicas feministas americanas quienes insistían en la naturaleza social de las diferenciaciones fundadas en el sexo. El término en sí mismo, constituía un rechazo al determinismo biológico de términos como “sexo” o “diferencia sexual” (Scott, 1986). Desde los años setenta, “género” llegó a substituir casi totalmente al vocablo “sexo” al momento de clasificar las

diferencias de tipo sociocultural y psicológico que las personas expresan más allá de su realidad reproductiva (Zaro, 1999).

En este orden de ideas, el género se convierte en la expresión para referirse a las construcciones culturales sobre los roles considerados apropiados para mujeres y hombres y a las identidades subjetivas de los mismos (Scott, 1986). Según esta definición, el género es una categoría social atribuida a un cuerpo sexuado para diferenciar la práctica sexual de los roles asignados a hombres y mujeres (Scott, 1986).

Aunque muchas veces las nociones de sexo y género se utilizan como sinónimos, su distinción es compleja y puede causar confusiones (Zaro, 1999). El concepto de sexo tiene sus raíces en el dimorfismo sexual y sus facetas: cromosómico, gonadal, hormonal, morfológico (Zaro, 1999). Incluso Unger (1979), definió al sexo como variable biológica y social, al remitirse a experiencias psicológicas distintas entre las mujeres y los hombres producto de su condición biológica, pero que trascienden a esta situación. Al respecto, Halpern (2000) señala que las diferencias y similitudes sexuales en el funcionamiento cerebral, están muy relacionadas con la incidencia de las hormonas sexuales en la cognición, pero también con la forma en que los estereotipos y la crianza influyen automáticamente en el pensamiento. Así las cosas, las diferencias en las funciones cognitivas entre hombres y mujeres no se pueden explicar únicamente por su sustrato biológico sino por la interacción con el ambiente.

Considerando lo anterior, “el sexo ha sido construido como una diferencia y el género ha devenido un fenómeno sustentado en lo simbólico y la comunicación, definiendo ese espacio que no abarcaba suficientemente el sexo y que va más allá de las meras diferencias biológicas” (Zaro, 1999, p. 7).

Aunque el debate actual aún confronta las posiciones biologicistas respecto al relativismo cultural promovido por los estudios

de género, cada vez hay mayor acuerdo en el mundo académico con relación a que las diferencias de roles son producto de la asignación social y no de diferencias biológicas relativas a cada sexo (García-Leiva, 2005). Así, la cultura etiqueta a las personas con el género y éste define su percepción de la vida cotidiana (Lamas, 1999).

En la construcción social del género, existen dos líneas argumentativas en la discusión académica (García-Leiva, 2005): una orientada a los procesos subjetivos y otra enfocada en las interacciones de lo psicológico y lo social.

La primera, se refiere a cómo nos comprendemos individualmente y cómo nos construimos frente a las expectativas sociales relacionadas con el sexo biológico. Desde antes de nacer, gracias a la tecnología actual, ya las personas no son únicamente mujeres y hombres, sino femeninos y masculinos (Zaro, 1999). La evaluación del aparato genital externo del individuo en el vientre materno, constituye la identificación de su sexo y constituye el punto de partida para la predestinación cultural sobre sus rasgos de personalidad relativos a la sexualidad (Zaro, 1999).

En la segunda línea, las representaciones sociales dan lugar a valores, lógicas de categorización, principios interpretativos que orientan las prácticas que permiten establecer los “límites y las posibilidades de la forma en que las mujeres y los hombres actúan en el mundo” (Araya, 2002, p 11), dando paso a una conciencia colectiva que sostiene un código de conducta.

Es claro, entonces, que el concepto de “género”, trascendió la discusión dualista entre lo natural y lo aprendido, concretándose en la influencia de los aspectos psicológicos, las dinámicas sociales que sostienen a los roles, la cultura, las normas y la propia percepción del cuerpo y la sexualidad (Osborne y Molina, 2008).

Con respecto a cómo entender la “identidad de género” y la “orientación sexual”, hay una propuesta fundamentada en la legis-

lación internacional de los derechos humanos, que está contenida en los Principios de Yogyakarta (ARC Intenational, 2007). Desde este punto de referencia, se entiende la “orientación sexual” en tanto atracción emocional, afectiva y sexual que se experimente hacia otra persona; atracción que, incluso, puede llegar a la intimidad. La “identidad de género” se concibe como indistinta del sexo inscrito en el registro civil, obedeciendo, entonces, a la vivencia interna y particular del género (Lampert, 2017).

## DESIGUALDAD Y VIOLENCIAS ASOCIADAS A LOS ESTEREOTIPOS DE GÉNERO

La desigualdad por causa del género aún persiste en nuestra sociedad y se basa en creencias que consideran la disparidad entre sexos como un hecho natural e irremediable (Lagarde, 1996). Estas creencias son fundamentales para la estructura social ya que establecen el lugar que ocupan los individuos (Etchezahar, 2014), si bien, generan desigualdades que se justifican en el imaginario sobre las mujeres como seres inferiores, dependientes y sujetas a la dominación (Lagarde, 1996), en un contrato social que implica la presión de un género sobre otro (Bosch y Ferrer, 2000).

Esta presión es el resultado de creencias que han sostenido generacionalmente una organización patriarcal (Lagarde, 1996), una jerarquía y una hegemonía masculina (Rodríguez y Villas, 2013), que concede al hombre y a la mujer unos roles específicos y una dinámica de interacción que ha naturalizado la violencia contra la mujer (Blanco, Ruiz-Jarabo, García y Martín-García, 2004; Gracia, 2002; Romero, 2004; Romero, 2010) y que en la actualidad permea todo escenario social, es asimétrica y permanente (Boira, Carbajosa y Marcuello, 2013). Esta subordinación de la mujer al



hombre, se encuentra aceptada en la sociedad, pese a que no se presente explícitamente, y persiste como pauta de crianza que sienta las bases de la violencia doméstica (Arce-Rodríguez, 2006).

De esta manera, es posible identificar el arraigo cultural de estereotipos de violencia en función del género que muestran a la mujer como pacífica y al hombre como violento (Meza, 2010), o develar los altos umbrales de tolerancia contra esta violencia en medio de un entorno social que la justifica (Agoff, Rajsbaum y Herrera, 2006; González, Venegas, Sánchez, Salgado y Salazar, 2001).

La violencia contra la mujer, ha sido definida como “cualquier acto o intención que origina daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a las mujeres. Incluye las amenazas de dichos actos, la coerción o privación arbitraria de libertad, ya sea en la vida pública o privada” (ONU, 1993b). Esto es, es la violencia impartida a las niñas, mujeres adolescentes, adultas y ancianas por su condición de género.

Así, aparece toda clase de violencias contra las mujeres “económica, jurídica, política, ideológica, moral, psicológica, sexual y corporal” (Lagarde, 1996, p. 75). En el caso de la violencia doméstica, la preocupación recae no solo en sus consecuencias en las víctimas sino en su impacto sobre la sociedad por su costo social, su vinculación con otras expresiones de violencia social (Arce-Rodríguez, 2006) y en la socialización de nuevas generaciones.

Ahora bien, los medios de comunicación también son un actor relevante en la construcción social sobre el género y los estereotipos de género, evidenciando una influencia negativa al fomentar la violencia y la discriminación contra la mujer (Bertevide-Dopico, 2014). La publicidad aprovecha la representación femenina como objeto, aportando a la violencia simbólica que sostiene las desigualdades (Gámez y Blázquez, 2005). Al mismo

tiempo, genera presión sobre los hombres, al establecer estándares de masculinidad que inhiben las manifestaciones de expresiones emocionales asociadas a lo femenino, por ejemplo.

Ahora bien, no solo las mujeres han sido objeto de violencia por causa de género. Aunque los prejuicios de la población heterosexual hacia la homosexualidad han disminuido (Acuña-Ruiz y Vargas, 2006) la mayoría de las sociedades aún privilegian la heteronormatividad (Fernández y Calderón, 2014). Esto hace que se valore negativamente la orientación sexual gay, lesbiana o bisexual, generando situaciones de opresión hacia las personas no heterosexuales (Ortiz-Hernández, 2004).

Tal como señala Toro-Alfonso (2012) la discriminación contra la comunidad LGBT forma parte del discurso normalizado, al punto que la violencia contra esta no provoca malestar en las personas. Esta violencia se justifica en la moral, de tal manera que el silencio abre la puerta a los crímenes de odio (Toro-Alfonso, 2012). Las fuertes presiones experimentadas por las personas con una orientación sexual distinta a la heteronormativa, las hacen víctimas no solo de la violencia que otros generan sobre ellos a través de golpizas callejeras o el homicidio, también hace de esta población una de las de mayor riesgo suicida (Pineda, 2013).

Las investigaciones sobre el prejuicio hacia minorías sexuales coinciden sobre las características de las personas que discriminan, destacándose las ideologías conservadoras, el culto religioso, actitudes negativas hacia la mujer y el modelo hegemónico de la división de roles sexuales (Toro-Alfonso, 2012). Al respecto, se ha encontrado que los hombres presentan más prejuicios e imponen más distancia hacia las personas homosexuales que las mujeres (Fernández y Calderón, 2014).

Así, históricamente las personas de orientación homosexual y transgénero, han sido excluidas de múltiples escenarios de desarrollo, siendo relegadas solo a espacios de “tolerancia”. Esto se

asocia a las presiones normativas en favor de la equidad que, en lugar de eliminar el prejuicio, lo hacen más sofisticado (Quiles Betancor, Rodríguez, Rodríguez y Coello, 2003)

## EXPECTATIVAS DE GÉNERO SOBRE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS Y SU INCIDENCIA EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES EN LA INFANCIA

Las creencias sobre la subordinación por causa de género, se debe analizar desde la crianza en el hogar hasta la educación en el sistema educativo y los medios de comunicación.

De acuerdo con Carrillo-Meraz (2009), la escuela se constituye en el escenario de reproducción de los modelos adquiridos en el hogar y los refuerza con las enseñanzas en las aulas. Mientras las niñas ratifican que deben orientarse a la familia y las labores domésticas, los varones aprenden que su función es trabajar para dar sostenimiento a una familia (Carrillo-Meraz, 2009). Como ejemplo de esto, se evidencia que las escuelas carecen de asignaturas que promuevan la equidad de géneros. Contrariamente, los contenidos refuerzan la diferencia entre sexos, presentando al hombre como fuerte, inteligente, vencedor, etc., mientras que las mujeres se presentan como débiles, dependientes, relegadas, e incluso invisibles (Carrillo-Meraz, 2009). Basta analizar los libros de historia que aún invisibilizan el papel de las mujeres en los distintos momentos de relevancia para la construcción de nuestra sociedad; el sesgo de género en el estudio de la literatura; la forma como se orienta la práctica deportiva, entre otras.

Las investigaciones realizadas con niños y niñas en el Caribe colombiano, frente a la forma como afrontan los conflictos y las expectativas que tienen sobre sus pares y adultos frente al uso de

la violencia, nos han permitido llegar a varias reflexiones. Con relación a cómo los niños y niñas afrontan los conflictos con sus pares, hemos identificado diferencias relacionadas con las expectativas relacionadas con el género. Múltiples estudios han identificado mayor tendencia a la agresión física en participantes de sexo masculino (Archer, 2004; Campo, Escorcía y Hernández, 2012; Card, Stucky, Sawalani & Little, 2008), mientras que el sexo femenino responde de manera más prosocial (Chung y Asher, 1996; Hopmeyer y Asher, 1997; Rose y Asher, 1999). Estas tendencias se han atribuido a una mayor presencia de la empatía en las niñas (Hartmann, Möller y Krause, 2014), así como al uso de formas de agresión encubierta (Schäfer, Werner & Crick, 2002).

Ahora bien, en nuestras investigaciones, las decisiones que las niñas toman para manejar los conflictos interpersonales están dirigidas a reducir posibles represalias de los pares. Así desde temprana edad, las niñas aprenden a evitar la escalada del conflicto al percibirlo como una interferencia con sus objetivos. Tal como lo señala Benenson (2013) optan por disfrazar la competencia, utilizando el estatus en su grupo de amigos, haciendo cumplir condiciones de igualdad en el juego o en sus interacciones o usando mecanismos de exclusión social.

Pero ¿qué lleva a las niñas a desarrollar estas habilidades en el manejo de sus relaciones interpersonales por encima del uso de la agresión física?

Desde la infancia, hombres y mujeres necesitan comprender las normas sociales de su grupo, de manera que desarrollan la habilidad de leer señales sociales, reaccionar apropiadamente y ajustar su comportamiento considerando el género de sus compañeros (Zosuls, Field, Martin, Andrews & England, 2013). En ese momento resultarán de gran relevancia las orientaciones dadas por la familia, la escuela y demás agentes socializadores como los medios de comunicación.

Las expectativas sobre los agentes de socialización en nuestros estudios mostraron que las niñas tienen tendencias más claras a esperar legitimación de parte de sus pares cuando ellas utilizaron la agresión para resolver los conflictos. En general, las niñas experimentan mayor ansiedad de aprobación social y se preocupan por el estado de sus amistades y la evaluación que sus pares hacen de ellas y de sus conductas (Rose y Rudolph, 2006; Rudolph & Conley, 2005; Storch, Brassard & Masia-Warner, 2003; Henrich, Blatt, Kuperminc, Zohar & Leadbeater, 2001). Respecto a los adultos, las niñas esperan sanción o legitimación de su acto, en mayor proporción que los varones, lo que denota la expectativa que tienen frente a lo que les demandan los adultos (Deaux & Major, 1987) que generalmente las evalúan como menos agresivas que los niños (Card et al., 2008). De esta manera, las niñas podrían recurrir a asumir una posición de víctima o experimentarían un mayor riesgo de ser castigadas si son criadas desde la culpa y desde fuertes estereotipos sobre la feminidad y las conductas “propias” de las niñas.

Uno de nuestros hallazgos relevantes, es la tendencia de las niñas y niños, a tener una expectativa de legitimidad tanto de sus pares como de los adultos cuando agreden a una figura femenina. Esto podría estar relacionado con los estereotipos promovidos culturalmente que promueven la idea de mujer como víctima o como vulnerable, situación que más que legitimar sus derechos, va naturalizando los sucesos de violencia contra ella (Beretervide-Dopico, 2014).

Se ha encontrado que las conductas de las víctimas, de los observadores y los perpetradores de violencia, pueden incidir en la percepción de relevancia moral que las personas tienen sobre estos actos. Si las víctimas no reaccionan frente al daño recibido, el entorno social podría asumir que toleran la situación, están dispuestas a ser maltratadas o no se están siendo afectadas (Tsang,

2002). En cuanto a la ausencia de reacción de los observadores, también se convierte en indicador de poca relevancia moral, así como ver que los victimarios cometen delitos sin arrepentimiento, posibilita la aceptación social de dichos actos (Tsang, 2002). De esta manera, en el proceso de justificación de la violencia, el comportamiento de víctimas, victimarios, y observadores tiene tres funciones: culpar a la víctima, naturalizar la violencia y evitar que la víctima pueda salir de la situación (Galdames y Arón, 2007).

Así desde temprana edad, las niñas van creciendo en medio de estereotipos que les dicen que las mujeres son débiles, vulnerables, que experimentan fuertes episodios emocionales, que requieren de ayuda para alcanzar sus objetivos, todo lo cual va siendo incorporado en su construcción de identidad desde temprana edad y muchas veces termina por ubicarlas en esta posición en los múltiples escenarios de interacción en su vida. Se ha encontrado que las niñas desarrollan relaciones interpersonales más vinculantes (Rubin, Bukowski & Parker, 1998), pero frágiles y más cortas (Benenson & Christakos, 2003). De igual forma, presentan más dificultad que los niños para resolver conflictos, demoran más enojadas y para reconciliarse (Benenson et al, 2014). Cabe preguntarse si estos rasgos en el comportamiento son producto de predisposiciones biológicas o han sido aprendidos en sus relaciones con los distintos agentes de socialización, que las bombardean con información diariamente que les dice que es la forma como las mujeres establecen sus relaciones.

Por otro lado, en relación al Bullying, García y Niño (2018) dicen que los niños son más propensos a causar la agresión física directa, mientras que las niñas tienen formas indirectas de agresión con la intención de causar un daño psicológico, sin embargo, no hay diferencias significativas de género en el bullying verbal directo. Sin embargo, Suarez y Osuna (2015) dicen que el bullying relacional es más frecuente en niñas que en niños, debido a la

importancia que le dan la mayoría de las mujeres a la aceptación, permanencia y figurabilidad en un grupo de pares femenino.

También resulta de relevancia para el análisis, que tanto niños como niñas decidieran agredir con más frecuencia a los contrincentes de su mismo sexo, pero a dialogar más con si era del sexo opuesto. Se ha encontrado que las interacciones sociales en la infancia media ocurren especialmente con el mismo sexo (Bukowski, Gauze, Hoza y Newcomb, 1993; Martin & Fabes, 2001), caracterizando estilos de relación propios según el género. En esta edad, las relaciones de amistad son una fuente de reciprocidad e intercambio que aporta en la construcción de su identidad (Rubin et al.,1998). Esto les permite estar cada vez más cómodos en ambientes sociales, prever con mayor claridad las consecuencias de sus comportamientos y el tener motivaciones sobre destacarse en el grupo (Rubin et al, 1998).

Los hallazgos relacionados con la legitimación de la violencia en la infancia y su incidencia en las relaciones interpersonales tempranas son relevantes para las intervenciones a realizar con escuelas de padres, así como para la promoción de la convivencia escolar, pues pueden aportar a la educación de una generación de hombres y mujeres más respetuosos de las diferencias y con más posibilidades de convivir en paz. Como sociedad tenemos el desafío de facilitar una socialización de mujeres empoderadas desde temprana edad, capaces de resolver los conflictos sin recurrir a la violencia para alcanzar sus objetivos.

## PARTE 3

### LA SEXUALIDAD EN CONTEXTO

Esta sección del libro, presenta resultados de la investigación en los que se integran los conocimientos desarrollados relacionados con la sexualidad en contexto, expresada en las relaciones de pareja, en las organizaciones y en las comunidades.



## CAPÍTULO 6

### RELACIONES DE PAREJA

María del Mar Sánchez-Fuentes<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Departamento de Psicología, Universidad de la Costa, Barranquilla (Colombia).

Existe una relación interpersonal cuando se desarrolla un vínculo entre dos o más personas, y estas interactúan y satisfacen una o más necesidades físicas o emocionales. Existen diferentes tipos de relaciones interpersonales, por ejemplo, relaciones que se establecen con compañeros de trabajo, relaciones familiares, entre amigos y de pareja. En las relaciones interpersonales siempre existen una serie de factores comunes como por ejemplo el establecimiento de metas y objetivos similares, intereses compartidos, respeto, confianza y honestidad. Esta última juega un papel clave para que la relación interpersonal sea saludable. Si bien en las relaciones existe un vínculo y un tipo de amor, este amor es un concepto clave para explicar las relaciones de pareja. Estas son las relaciones más importantes de la vida de los individuos, y es que el amor mueve el mundo. Este capítulo se centrará específicamente en las relaciones de pareja, también denominadas en la literatura como relaciones románticas.

## RELACIONES DE PAREJA EN EL ADULTO

Las relaciones de pareja son tan variadas como individuos hay. Cada relación de pareja es diferente y se configura de acuerdo a la historia individual y personal de cada uno de los miembros de la díada y según los modelos, normas, costumbres y cultura de su entorno social. En el imaginario social y tradicional se ha tratado de conceptualizar las relaciones de pareja desde una perspectiva heterosexual, patriarcal y monógama. Sin embargo, existen relaciones de pareja que no encajan en ese imaginario y que también son importantes para tener una visión real y actualizada de este tipo de relaciones interpersonales. Es decir, no solo hay relaciones de pareja constituidas por un hombre y una mujer, en donde los

roles de género tradicionales marcan esta relación. Es decir, el hombre trabaja fuera de casa, provee al hogar, es fuerte, y la mujer será delicada, sensible, quien esté al cuidado de los hijos y la pareja. Existen relaciones heterosexuales en las que los roles de género tradicionales no existen, y hay una repartición de tareas del hogar, o por ejemplo es el hombre quien está al cuidado del hogar y la mujer quien trabaja fuera, es decir, los roles tradicionales de género están invertidos. Asimismo, también existen parejas homosexuales, formadas por dos varones o por dos mujeres, en las que también se dan los mismos aspectos que ocurren en las relaciones tradicionales y otros diferentes que son necesarios tener en cuenta para explicar y comprender estas relaciones de pareja.

Por otra parte, la idea de que las relaciones de pareja deban ser monógamas en cierta parte fue impulsado por el dogma clásico cristiano y apoyado por medidas gubernamentales (Cohn, 2014), también la religión y su poder de incidir en la política y el establecimiento de normas y leyes ha sido un elemento clave en la construcción tradicional de la concepción de parejas. Sin embargo, en la actualidad estas relaciones clásicas están cambiando y ya existen normas que regulan y permiten por ejemplo la relación entre personas del mismo sexo, que varían entre países. También el desarrollo de la tecnología está influyendo en el modo de encontrar pareja, relacionarnos, obtener aspectos positivos y beneficiosos (satisfacción, sentimientos de amor) así como negativos (celos, falta de comunicación cara a cara, etc.) en nuestras relaciones de pareja.

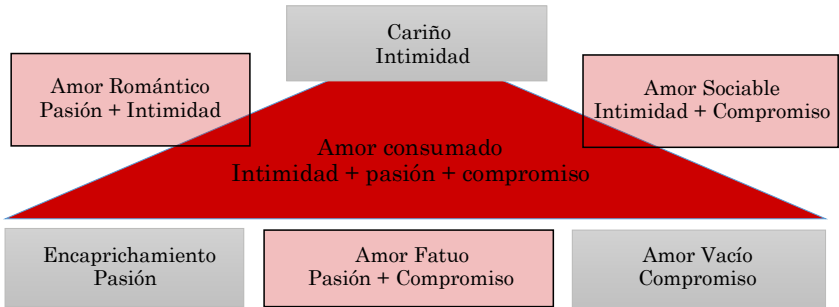
El amor es un concepto clave cuando hablamos de relaciones de pareja. De acuerdo con Sternberg (1988) el amor es una de las emociones más intensas y que puede hacer sentir a una persona como la más dichosa y feliz o por el contrario como la más insignificante y triste. La teoría triangular del amor ha sido el principal modelo teórico que trata de explicar los diferentes tipos de amor en las relaciones románticas (Sternberg, 1988).

De acuerdo con esta teoría las relaciones de pareja son definidas por tres dimensiones principales: intimidad, pasión y compromiso. La teoría triangular, como su propio nombre indica, conceptualiza los diferentes tipos de amor en una figura geométrica de forma triangular en la que cada dimensión ocuparía un vértice equilátero. El área del triángulo indica la cantidad de amor y las interrelaciones de las dimensiones se refieren al equilibrio que hay entre cada dimensión.

La dimensión intimidad se refiere al sentimiento de afecto, cercanía y unión hacia otra persona, pero sin que exista pasión ni compromiso duradero. Asimismo, la intimidad alude a cuando existe el deseo de promover el bienestar de la pareja, la felicidad por estar junto a ella, además de existir el respeto, el apoyo de la pareja, la entrega y recepción de soporte emocional, comunicación, valoración del ser amado y seguridad emocional. La dimensión pasión hace referencia a las ganas estar unido a la pareja, es decir, alude al intenso deseo de unión con la pareja que es producido por la excitación mental y física. Habitualmente, las relaciones surgen a partir de este estado de enamoramiento y se combina con la intimidad sexual. En la pasión destaca la necesidad de estar con la pareja, la entrega, sumisión y satisfacción sexual. La pasión aumenta con un refuerzo intermitente de la conducta, es decir, cuando más fácil se obtiene esta recompensa. Por último, la dimensión compromiso alude a un componente temporal. Así pues, existe un período a corto plazo donde el compromiso implica la decisión de comprometerse con la pareja y a largo plazo en mantener ese amor y hacer planes de futuro. En ocasiones, el compromiso termina cuando la dimensión de pasión disminuye, o bien aumenta cuando aumenta la intimidad. Por tanto, se puede entender que el compromiso es la dimensión que se relaciona con la duración de la relación. Es decir, la pasión es el factor que motiva la relación y que promueve la intimidad; la intimidad es

el factor más relevante para los miembros de la pareja y se asocia con la satisfacción y el compromiso es el factor que da estabilidad a la relación.

Cuando se combinan estas tres dimensiones surgen diferentes tipos de amor. Estos tipos de amor son el cariño, el encaprichamiento, el vacío, el romántico, el fatuo, el sociable y el consumado. Dado que una pareja está formada por dos personas, es importante tener en cuenta las percepciones de cada uno de los miembros. Es decir, los diferentes tipos de amor dependen no solo de la propia percepción sino también de la percepción que los miembros de la pareja tienen sobre los sentimientos de su pareja. Durante la relación los tipos de amor varían y esto se debe a las percepciones que tiene cada miembro sobre las dimensiones de intimidad, pasión e intimidad en su relación de pareja. Otro aspecto clave junto con la percepción es el papel que juegan las expectativas personales. En la medida que las expectativas, es decir, lo esperado se asemeje a lo real, la relación de pareja será más satisfactoria.



**Figura 2.** Representación gráfica de la Teoría del Triángulo del amor

Si bien el amor ha sido estudiado en diferentes culturas, el amor donde se ensalza la pasión suele experimentarse de manera similar no existiendo diferencias culturales (Feybesse, Hatfield & Neto, 2013). Ahora bien, el amor puede relacionarse tanto con aspectos positivos como negativos para la salud. Cuando existe la etapa de enamoramiento o el amor apasionado el bienestar que siente la persona es muy alto. De hecho, se ha comprobado que a nivel cerebral se genera una serie de reacciones. En este sentido, existen tres neurotransmisores que aumentan su actividad durante esta fase. Son la dopamina, norepinefrina y serotonina. Existe una investigación donde se llevó a cabo un experimento en el evaluaron a participantes que se sentían “locamente enamorados” y registraron su actividad cerebral mediante Imagen por Resonancia Magnética Funcional (fMRI; por sus siglas en inglés). El experimento consistió en mostrar a los participantes imágenes de su pareja y de personas desconocidas mientras se registraba su actividad cerebral. Tras los resultados se comprobó que existía una actividad que destacaba en dos áreas específicas del cerebro, en el núcleo caudado y en el área ventral tegmental. Por tanto, existe a nivel cerebral unos cambios asociados a los centros de placer/recompensa que producen sentimientos de euforia y que explicarían la gran motivación que ocurre en esta fase del amor.

Un meta-análisis más reciente (Cacioppo & Cacioppo, 2015) revisó las investigaciones que emplearon fMRI para estudiar esta fase del amor y tras sus resultados se concluye que durante el amor apasionado se produce un aumento de la actividad en las áreas cerebrales subcorticales que son las encargadas de regular emociones básicas como la euforia, recompensa, motivación, así como en áreas corticales que involucran aspectos del procesamiento emocional y cognitivo. Además, este tipo de amor se relaciona con una mejor salud mental, física e incluso con mayor esperanza de vida (Braithwaite, Delevi & Fincham, 2010; Feybesse & Hatfield, 2015;

Hatfield & Rapson, 1996). El amor apasionado suele estar más presente en los primeros meses de la relación y con el tiempo puede disminuir (Hatfield, Pillemer, O'Brien & Le, 2008). No obstante, es posible que este tipo de amor se mantenga. El mantenimiento a lo largo de la duración de la relación del amor apasionado se asocia con actividad sexual excitante, novedosa (Aron, Norman, Aron, McKenna & Heyman, 2000) y con una alta frecuencia de actividad sexual (Kaestle & Halpern, 2007). Por tanto, de manera general, el amor apasionado es de carácter provisional, estando muy presente al inicio de una relación y donde los sentimientos positivos son muy intensos y la actividad sexual muy frecuente, no obstante, este tipo de amor dará paso a un amor más maduro donde ya las emociones no son tan intensas ni euforizantes, siendo más tranquilo y prolongado en el tiempo.

Dado que el amor apasionado puede disminuir esto puede asociarse con aspectos negativos para la vida de las personas (Feybesse & Hatfield, 2015). Hay que recordar que durante el amor apasionado la idealización de la pareja es muy alta. Sin embargo, cuando disminuye este tipo de amor la idealización suele disminuir y las personas percibir aspectos negativos de la pareja que antes eran desapercibidos o idealizados. Cuando aparecen los problemas y los miembros de la pareja son incapaces de solventarlos la pareja se romperá. Casi todas las personas han experimentado la ruptura de una relación y, de hecho, los casos de separación y divorcio han ido en aumento en los diferentes países del mundo en los últimos años. Cuando ocurre la ruptura en una relación de pareja es habitual que uno de los miembros tenga sentimientos de desesperanza, enfado, depresión, ansiedad, entre otros (Fisher, Brown, Aron, Strong y Mashek, 2010). Estos autores realizaron un experimento en el que invitaron a participar a personas que acaban de terminar una relación amorosa. Se les registraba la actividad cerebral mediante FMRI y durante el experimento le mostraban imágenes

de su expareja y de algún familiar. Tras los resultados comprobaron que cuando las personas veían las fotografías de su expareja se activaban áreas cerebrales asociadas a la ansiedad, dolor, ira, adicción, toma de riesgo y comportamientos obsesivos/compulsivos (Fisher et al., 2010). El desamor se asocia con un problemas físicos y mentales. Por ejemplo, se ha relacionado con el aumento de pensamientos intrusivos, depresión, ansiedad, estrés, insomnio, alcoholismo, consumo de drogas, sistema inmunitario disminuido, diabetes, tuberculosis, migrañas, dolores de cabeza, erupciones, problemas estomacales, úlceras, pérdida o aumento de peso, palpitaciones, dolor en el pecho, asma, infecciones e incluso con mayor probabilidad de suicidio (Field, 2011). Por tanto, la ruptura de una relación de pareja es un factor clave dado que tiene consecuencias físicas, psicológicas, educativas en relación con los hijos y económicas, entre otras. Por ello, conocer los factores relevantes en la satisfacción y conflicto supone un aspecto fundamental.

Existen una serie de elementos relevantes tanto para que se dé la satisfacción con la relación de pareja o por el contrario surja el conflicto. Al igual que la satisfacción sexual depende de factores individuales, interpersonales, sociales y culturales (Sánchez-fuentes et al., 2016; Sánchez-Fuentes et al., 2014), la satisfacción con la relación también se asocia con factores personales como la propia salud mental; interpersonales como la comunicación, habilidades para resolver conflictos, amor, etc.; sociales como el cuidado de los hijos, relaciones familiares, ingresos económicos, etc.; y culturales derivados de aspectos políticos y/o religiosos.

De acuerdo con la Teoría de Intercambio Social (Thibaut y Kelley, 1959), en la medida que los comportamientos y/o situaciones positivas superen a las negativas la satisfacción con la pareja será mayor (Jacobson & Margolin, 1979). No obstante, existen ciertas variables que han recibido más estudio y que se asocian



fuertemente con la calidad en las relaciones de pareja. Estas son la comunicación, la confianza, el compromiso, la resolución de conflictos y la satisfacción sexual.

La comunicación ha sido estudiada en la investigación desde dos perspectivas. Una de ellas se ha encargado de estudiar la calidad de la comunicación diaria, es decir, la comunicación cotidiana que ocurre en el día a día entre los miembros de la pareja (Goldsmith y Baxter, 1996). La otra perspectiva se ha interesado por el estudio de la comunicación en contextos más específicos, particulares, donde existen situaciones más delicadas como por ejemplo la resolución de un conflicto (Ridley, Whilhem & Surra, 2001). Respecto a la comunicación cotidiana existen estudios que concluyen que una buena comunicación predice mayor satisfacción con la relación y otros en los que se concluye que mayor satisfacción con la relación predice una mejor comunicación cotidiana. Por tanto, se entra en un debate clásico en psicología, donde se desconoce si una variable es predictora de otra o bien están interrelacionadas entre sí. Un estudio reciente (Lavner, Karney & Bradbury, 2016) tuvo como objetivo conocer si es la buena comunicación la que predice una mejor relación de pareja o viceversa. Para ello realizaron un estudio longitudinal compuesto por 431 parejas recién casadas. Por una parte, se evaluó en cuatro ocasiones con un intervalo temporal de nueve meses la comunicación positiva, negativa y efectiva. Tras los resultados se concluye que las parejas más satisfechas con su relación de pareja tienen una comunicación más positiva, menos negativa y más efectiva. Además, se comprobó que hubo asociación entre la comunicación y la satisfacción con la relación de pareja y viceversa, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambas. No obstante, una baja comunicación diaria con la pareja se ha asociado con mayor probabilidad de deterioro de la relación (Driver, 2007).

La comunicación es un factor clave en la resolución de conflictos. Los malentendidos, discusiones y/o conflictos son prácticamente inevitables en las relaciones interpersonales y por ende en las relaciones de pareja. Por ello, la resolución de conflictos supone un factor clave cuando de la satisfacción con la relación de pareja se trata. Las diferentes estrategias empleadas para la resolución de conflictos se asocian con la satisfacción con la relación. Así pues, la resolución de conflictos de manera constructiva, la comunicación directa, el compromiso y la relajación se relacionan de manera positiva con la satisfacción con la relación de pareja. Mientras que la resolución de conflictos de manera destructiva como evitar, atacar y exigir a la pareja se asocian con menor calidad en la relación (Marchand y Hock, 2000; Wheeler, Updegraff y Thayer, 2010). Sin embargo, cuando existe una situación conflictiva los miembros de la pareja tienen cambios psicofisiológicos, como por ejemplo una presión arterial más alta y mayores respuestas de cortisol (Gottman, Driver & Tabares, 2015) lo que puede relacionarse con una comunicación menos efectiva para resolver el conflicto.

Teniendo en cuenta los dos tipos de comunicación mencionados no sería ilógico pensar que entre ambos tipos de comunicación pueda existir una relación. En este sentido, un estudio previo (Driver & Gottman, 2004) mostró que las parejas que tenían mayor comunicación cotidiana alegre también mostraban una mejor comunicación relacionada con la resolución de conflictos. Una investigación reciente también apoya estos resultados (Li et al., 2018).

La comunicación también se relaciona con factores como la confianza y compromiso. En pleno siglo XXI la comunicación en las relaciones interpersonales está cambiando y esto se debe a las diferentes redes sociales. Facebook es la red social más popular y tal y como se comprueba en la práctica clínica y en la investiga-

ción, el uso de Facebook se relaciona con la calidad de la relación de pareja. La intimidad es el factor principal cuando se habla de redes sociales. Hay estudios previos en los que parece existir una relación positiva entre el uso de las redes y la calidad de la relación. Por ejemplo, publicar una foto con la pareja se ha asociado con mayor satisfacción con la relación de pareja (Saslow, Muise, Impett & Dubin, 2012). Sin embargo, es mayor el número de investigaciones interesadas en aspectos que se asocian de manera negativa con la satisfacción con la relación como son los celos, la vigilancia de Facebook e intrusión (Moyano et al., 2017; Muise, Christofides & Desmarais, 2014). En la investigación realizada por Moyano et al. (2017) el objetivo principal fue evaluar los celos asociados por el uso de Facebook en una muestra compuesta por 1.444 personas de tres países de habla hispana (Colombia, España y Ecuador). Los participantes completaron un cuestionario que evaluaba la autoestima, otro instrumento que evaluaba los conflictos con la pareja y la forma de resolverlos, un cuestionario que evaluaba los celos en general y un cuestionario específico para evaluar los celos asociados al uso de Facebook por parte de la pareja. Tras los resultados se comprobó que, tanto en España como en Colombia, las personas con niveles más bajos de estrategias constructivas y mayores niveles de dominancia a la hora de resolver los conflictos mostraban mayores celos por el uso de Facebook por parte de la pareja. Además, un bajo nivel de autoestima y mayor nivel de celos en general se asociaron con un mayor nivel de celos por el uso de esta red social en los tres países.

Los resultados descritos son importantes por dos motivos principalmente. Uno de ellos es que la tecnología proporciona una nueva forma de expresión y esto puede ser una fuente de conflicto. Otro es que existen diferencias culturales, por lo que es importante considerar a la hora de realizar futuras investigaciones, así como cuando se realiza intervención de pareja en el contexto clínico.

## EVALUACIÓN EN LA TERAPIA DE PAREJA

Los procedimientos de evaluación y tratamiento psicológico de una pareja heterosexual que acude a terapia deberían ser realizado por un terapeuta varón y por una terapeuta mujer. Además, en primer lugar, se deben desarrollar sesiones individuales con los miembros de la pareja y posterior a estas, sesiones conjuntas en las que intervienen los dos miembros de la díada.

Las principales técnicas empleadas en la evaluación en terapia de pareja son la entrevista, las medidas de autoinforme y la observación.

La entrevista empleada para la evaluación en terapia de pareja suele ser de tipo semi-estructurada y recoger información para identificar el problema. Una de las entrevistas más completas y habitualmente utilizada en la práctica clínica es la llamada *Pauta de Entrevista para Identificación de Problemas de Pareja* (Carrasco, Llavona y Carrasco, 1984). Se trata de una entrevista en la que aproximadamente se completa a lo largo de tres sesiones individuales de una hora de duración para cada miembro de la pareja. Incluye un total de 58 preguntas que recogen información sobre la identificación del problema (ejemplo: *describa brevemente los problemas de su relación; describa detalladamente el problema que considera que es más importante*); determinantes del problema referidos a factores personales (*¿cuál es su principal motivo para querer continuar con su relación?*), factores de interacción (*¿cuáles son los temas más habituales en sus conversaciones?*), factores externos (*¿cómo incide en su vida de pareja la relación con su familia?*); historia de pareja (*¿cuánto tiempo llevan conviviendo?*); y expectativas y objetivos (*enumere qué es lo que más le agrada de su relación y de su pareja*).

Otra herramienta de evaluación imprescindible junto con la entrevista son los autoinformes. Existen numerosas escalas para evaluar aspectos asociados a las relaciones de pareja. Así pues, existen escalas para evaluar el amor, el ajuste diádico, la satisfacción con la relación de pareja, la calidad de la relación de pareja, la comunicación, resolución de conflictos, celos, etc. Para evaluar los diferentes tipos de amor existen numerosos instrumentos. No obstante, destacan la Escala Triangular (Sternberg, 1988) y la Escala de Actitudes sobre el Amor que fue adaptada a habla hispana (Ubillos et al., 2002). Para evaluar el ajuste diádico existe la Escala de Ajuste Diádico-versión reducida (Santos-Iglesias, Vallejo-Medina y Sierra, 2009) que consta de 13 ítems que evalúan tres dimensiones: Consenso, Cohesión y Satisfacción; además se puede obtener una puntuación total que indica el grado de armonía global en la pareja. Este instrumento fue adaptado a población española. Otro breve autoinforme, adaptado a población española, es la *Global Measure of Relationship Satisfaction* (GMREL; Sánchez-Fuentes et al., 2015) que evalúa la satisfacción con la relación de pareja a partir de 5 ítems y también se ha evaluado para adaptar este instrumento a población LGBT de habla hispana (Calvillo et al., 2019). Para evaluar los estilos de comunicación en la pareja destaca el *Communication Patterns Questionnaire* (Christensen & Sullaway, 1984; Crenshaw, Christensen, Baucom, Epstein & Baucom, 2017) y su adaptación española (Montes-Berges, 2009) y la versión reducida *Communication Patterns Questionnaire-Short Form* (CPQ-SF; Futris, Campbell, Nielsen & Burwell, 2010) de 11 ítems que evalúan tres dimensiones de la comunicación: crítica/defensa, discusión/evitación e interacciones positivas. En definitiva, son numerosos los instrumentos desarrollados para evaluar factores asociados a la relación de pareja, así como los que evalúan la propia calidad y satisfacción con la relación de pareja. Se recuerda la importancia del empleo

de instrumentos de evaluación adaptados y validados a la población de estudio y que cuenten con adecuadas propiedades psicométricas.

## TÉCNICAS PARA EL TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE PAREJA

En la actualidad existen diversos modelos teóricos que tratan de explicar los problemas en las relaciones de pareja. De acuerdo al modelo empleado en cada una de las terapias, la evaluación y tratamiento pueden variar. Sin embargo, a continuación, se plantean algunas técnicas que pueden ser empleadas en el tratamiento de una pareja que acude a terapia, a priori sin importar demasiado el enfoque clínico empleado.

Al inicio del tratamiento y durante el desarrollo del mismo son necesarias estrategias para potenciar el intercambio positivo entre los miembros de la pareja. Estrategias que se pueden emplear para incrementar los aspectos positivos son las siguientes: “pille a su pareja haciendo algo agradable y hágaselo saber”, el día del amor, la caja de los deseos, la lista de observación de la pareja, los símbolos de unión, la bajara de pasatiempos y ejercicios de reciprocidad, entre otros. Ejemplo de estrategias del “pillar a la pareja haciendo algo positivo”, por ejemplo existen expresiones verbales: *“me dijiste que estaba linda o fuiste muy atento cuando escuchaste el problema que te conté anoche”*; conducta afectiva: *“me cogiste la mano cuando estábamos viendo la película, eso me gustó o en la noche me abrazaste cuando estábamos en la cama”*; acciones que hacen la vida más fácil porque esas tareas siempre recaen sobre uno mismo: *“me*

*ayudaste a limpiar la casa o me gustó que me propusieras a mi escoger película*”. La baraja de los pasatiempos se trata de que la pareja construya una serie de tarjetas con actividades de ocio y tiempo libre que a cada uno le gusta y que le gustaría realizar con la pareja. Estas actividades deben ser posibles de llevar a cabo y debe de haber un número idéntico de actividades propuesto por cada uno de los miembros de la pareja. El día del amor, es un día que la pareja debe acordar a la semana y que se dedicaran a ellos mismos con el propósito de aumentar la intimidad, compartir acciones placenteras y fomentar así los aspectos positivos de la relación. Elegir una o varias de estas estrategias propuestas dependerá de si la pareja ha dejado de complacerse, si no expresan sus deseos con claridad, si únicamente se complacen en días especiales, etc.

También existen otras técnicas que se emplean como estrategias para manejar el mal humor. Algunas de estas estrategias son las siguientes: saludo positivo, ignorar el mal humor del otro, desarmar al otro con agrados, cambiar el tema/contexto a algo mutuamente agradable, el humor, asertividad repetida, asertividad empática, la empatía y el tiempo fuera. Por ejemplo, la esposa llega del trabajo y encuentra al esposo jugando con el computador y los niños aún no han cenado. La esposa puede decir: ¡todo el día trabajando y ahora llego a la casa y te veo jugando y los niños sin cenar, esto es de locos! El esposo empleando la empatía podría responder: *“entiendo que te enfades, pues imagino que tu idea era llegar a casa y descansar y no encontrar las cosas como están”*; asertividad empática: *“entiendo que estás enfadada conmigo y con los niños, pero nosotros no hemos producido ese enfado, por lo que no vamos a asumir esa responsabilidad”*; asertividad repetida: *“no voy a cambiar mis planes porque estés enfadada”*. Otra estrategia útil para manejar el mal humor o situaciones tensas de conflicto es el tiempo fuera. El tiempo fuera

consiste en que uno de los dos miembros de la pareja se retire de la situación y que le informe a la pareja que va a estar fuera de esa habitación o que va a salir al parque a dar un paseo. Por ejemplo *“cuando discutimos y gritas me siento muy incómoda, por lo tanto, voy a dar un paseo al parque y aproximadamente en media hora volveré. Espero que cuando regrese podamos hablar de este tema con más calma”*.

Otra técnica habitualmente empleada en el tratamiento de problemas de pareja es el entrenamiento en habilidades de comunicación. Se debe trabajar para que el lenguaje sea operativo, es decir, el lenguaje debe estar basado en descripciones observables y cuantificables, debe ser congruente, conveniente y oportuno para la situación, debe de hacer énfasis en la información positiva e incluye tanto la comunicación verbal como no verbal. Así pues, es necesario trabajar en terapia técnicas para que el lenguaje sea concreto, desarrollar habilidades comunicativas y mejorar la expresión de las emociones positivas y negativas. Por ejemplo, es un uso del lenguaje inespecífico cuando un miembro manifiesta frases como la siguientes *“no me quiere”* o *“es un egoísta”*, Esas mismas frases con un lenguaje concreto podrían ser: *“quiero que me bese cuando llego a casa”* en lugar de *“no me quiere”*, o *“quiero que dedique un rato durante las noches para conversar conmigo sobre los niños, como me siento y como nos ha ido en el trabajo”* en lugar de *“es un egoísta”*.

También es importante trabajar en terapia el aprendizaje de habilidades conversacionales. Se enseña sobre cómo realizar preguntas, dar información adicional, la empatía y escucha activa, a dirigir una conversación: iniciar, cambiar de tema, tomar y ceder la palabra, manejar silencios, etc. El aprendizaje de habilidades de expresión también resulta relevante, pues se instruye para que la pareja aprenda a expresar sentimientos positivos, expresar emociones que sean del agrado de la pareja, reconocer los aspectos



tos positivos de la pareja, expresar y pedir intercambio físico agradable y expresar sentimientos negativos.

Finalmente, es importante destacar el entrenamiento en habilidades de resolución de problemas. En primer lugar, se comienza trabajando con el planteamiento del problema. Para ello es necesario comenzar siempre con algún comentario positivo en relación a la pareja, es necesario ser muy específicos a la hora de plantear el problema, se deben expresar los sentimientos propios y no acusar al otro. Es necesario valorar nuestra propia responsabilidad en el problema, se debe ser breve a la hora de plantear el problema, solo se debe abordar un problema al mismo tiempo, hay que repetir el contenido del mensaje recibido para asegurarnos de haber entendido la idea y conviene hablar solo de lo observable, sin hacer inferencias. Además de cómo plantear el problema es fundamental trabajar en la resolución del mismo. Para ello se trabajan tres aspectos fundamentales para orientar a la persona a como focalizar la atención en las soluciones, trabajar para que el cambio sea mutuo entre los miembros de la pareja y establecer un acuerdo (*contrato quid pro quod* o *contrato paralelo*).

## CONCLUSIONES

Las relaciones de pareja son las relaciones interpersonales más importantes en la vida de las personas. Los aspectos positivos y negativos están en un continuo donde el extremo positivo puede ser muy beneficioso para la satisfacción con la vida, bienestar, salud mental y física, mientras que el conflicto o los conflictos continuados pueden dar lugar a la ruptura de la pareja y tener esto consecuencias negativas en el bienestar, calidad de vida, salud mental y salud física.

La investigación siempre será la base para el estudio de las relaciones de pareja, los factores asociados y en definitiva para orientar la práctica clínica. Aspectos fundamentales son la evaluación y las técnicas empleadas en la terapia, sin olvidar que los aspectos culturales pueden influir tanto en la evaluación como en el tratamiento psicológico.

## CAPÍTULO 7

### GÉNERO EN EL ÁMBITO ORGANIZACIONAL: EL DESARROLLO ORGANIZACIONAL, LABOR PENDIENTE

Nelson Lay Raby<sup>1</sup>

Margel Parra Fernández

María A. Pérez Corcho<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Facultad de Educación Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Andrés Bello, Valparaíso (Chile).

<sup>2</sup> Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Departamento de Psicología, Universidad de la Costa, Barranquilla (Colombia).

Actualmente no existe algún lugar del mundo en el que los hombres y mujeres sean iguales desde una perspectiva legal, social o económica (World Economic Forum, 2017; Mason & King, 2001; Rao & Kelleher, 2003).

Al leer el título de este capítulo “Género en el ámbito organizacional” el lector podría pensar al mismo tiempo varias cosas respecto de este hecho social, por ejemplo, si es que en mi lugar de trabajo existe una igualdad de género, o tal vez podríamos pensar en casos cercanos a nosotros en los que alguien ha sufrido por una falta o atropello de sus derechos debido a su género. Incluso podríamos hacer una reflexión más cuantitativa y preguntarnos por qué yo recibo menos dinero que mi compañero de trabajo ante iguales tareas y funciones, es decir me pregunto por qué no tengo una remuneración que sea equitativa.

Al pensar en cómo dar respuesta a la igualdad y equidad de género en la organización, o iluminar alguna de las preguntas cotidianas que se hace uno en el mundo del trabajo en relación a esto, desde un punto de vista académico han existidos dos tipos de aproximaciones. La más común y conocida es la que proviene de orientaciones más funcionalistas, es decir que procuran mantener el funcionamiento de la organización, lograr una buena eficiencia y asegurar una permanencia en el tiempo. Las áreas disciplinares abocadas a ello han sido consideradas serviles a este propósito: administración, ciencias sociales, ciencias exactas, etc. Dentro de ellas encontramos por ejemplo a la psicología.

En reacción a esta postura dominante en el mundo de las organizaciones y por largo tiempo en la reflexión académica respecto de lo organizacional aparecen perspectivas críticas a este funcionalismo, por ejemplo, los estudios críticos en administración, según el cual se debe investigar más allá de la ideología administrativa y develar por ejemplo las desigualdades de género,

relaciones de poder, aparatos discursivos, la subjetividad de los trabajadores oprimidos, etc.

En la actualidad siguen coexistiendo ambas miradas respecto al mismo hecho social, con una mayor predominancia desde la perspectiva funcionalista, a tal punto, que pareciera que colonizara o inundara de forma “imperialista” todo tipo de reflexión respecto a este hecho social (Acker, 1990). De esta forma lo social aparece como un medio para lograr los fines funcionalistas de la organización, pero no aparece como la primera preocupación.

Desde el Funcionalismo existen variadas áreas disciplinares estudiantiles de la organización -alimentadas por los aportes de la ciencia psicológica- que les ha preocupado este tema y han tenido que lidiar con él, muchas veces sin una solución muy satisfactoria, sino que una solución de compromiso en el discurso más que en lo material.

En el presente capítulo abordaremos como el Desarrollo Organizacional (D.O.) Se ha aproximado a la Igualdad y Equidad de Género y veremos en qué momento de desarrollo se encuentra de acuerdo a las aproximaciones contemporáneas de análisis y cambio desde una perspectiva social hacia las organizaciones.

El Desarrollo Organizacional, desde sus inicios a principios de los años 60 se preocupó por conciliar al menos dos objetivos que son relevantes en relación a este hecho social: aumentar la eficacia y mejorar la salud de la organización (Beckhard, 1988). Para ello se interesó en poder contar con intervenciones organizacionales específicas, que fueran parte de esta nascente área (Grieves, 2000) e incluso retomó intervenciones que le eran anteriores y que datan de los años 20.

Lo novedoso de este planteamiento es que apareció en escena la idea de que también es de preocupación la salud de la organización, sus grupos, sus intergrupos y personas, es decir hay un horizonte normativo adicional al de la pura eficacia y funcio-

nalismo. Esta idea entusiasmó mucho al mundo académico y también al ámbito empresarial, proliferaron muchas consultorías al respecto y se hizo un lugar común que se recurriera al Desarrollo Organizacional para diagnosticar, intervenir y medir los resultados de una organización. Incluso esto se materializó en que dentro de las organizaciones hubiera un área dedicada al D.O., con personas ocupantes de puestos con ese apellido (e.g. Jefe de D.O.). Pero, por desgracia, esta proliferación no se dio con la misma fuerza en todo el mundo y ya a principios de los años 80 hubo quienes advirtieron de la postergación que empezaba a tener Latinoamérica en el D.O. (Bourgeois y Boltvinik, 1981). Con el pasar de los años esta postergación pareció no mejorar mucho (Pérez-Arrau, Eades & Wilson, 2012; Ramos, 2009) y este tipo de iniciativas quedaron reducidas a prácticas específicas y esporádicas de algunas compañías, o iniciativas en caso de emergencia o en el mejor de los casos una práctica parroquialista emanada desde la matriz de la organización (erg. Headquarter) hacia una sucursal latinoamericana.

En general la literatura de D.O. coincide en clasificar 4 tipos de intervenciones (Bradford & Burke, 2005; Cummings & Worley, 2014; Faria, 1983; French, Bell, Meza, y Juárez, 1996; Guízar, 2013): en procesos humanos, tecnoestructurales, estratégicas (y a veces estratégicas y de cambio), y en Recursos Humanos. Dentro de esta última existe el área que se ha venido en llamar la Gestión de la Diversidad en las Organizaciones, o Diversidad en el lugar de trabajo donde se le da un tratamiento específico a la Igualdad y Equidad de Género en la organización.

Las intervenciones más comunes al respecto están relacionadas con el diseño del trabajo, el sistema de recompensas y el desarrollo de carrera (Cummings & Worley, 2014). Al respecto cabe mencionar que los tipos de intervención de mayor difusión dicen relación con las acomodaciones en relación al diseño del

trabajo, de forma que las mujeres puedan conciliar el trabajo y la familia. Cabe notar que por la matriz cultural actual (Helgeson, 2016) –según la cual a las mujeres se le asignan un rol en mucha mayor medida que los hombres de cumplir con las tareas de crianza y quehaceres domésticos– tiene sentido que las organizaciones deban abordar el efecto de una matriz cultural que opera con roles tan fijos.

Más específicamente ha empezado a ser común la técnica de “compartir el trabajo” (Olmsted & Smith, 1983; Rogers & Finks, 2009), según la cual la organización procura distribuir las tareas, funciones y obligaciones de un solo trabajo entre dos o más personas con el fin de tener una carga laboral que implique un menor desgaste y adicionalmente que las personas puedan tener cierta complementariedad que incluso podría superar la eficacia. Por ejemplo, en el caso de los puestos en los cuales se quiere preservar un alto nivel de experiencia se les han ofrecido a personas en proceso de retiro de la organización por su edad que se mantengan trabajando con un trabajo compartido.

Esta modalidad de trabajo implica que las horas de trabajo y la remuneración se prorratea de acuerdo a la proporción que cada persona asuma (Olmsted & Smith, 1983; Rogers & Finks, 2009).

Otro tipo de intervención muy ocupada es la de los beneficios laborales (Cummings & Worley, 2014) que beneficien a madres y padres y les permitan asumir el rol de crianza de forma flexible: guardería infantil en la empresa, descuento o subsidio en guarderías, horarios flexibles y beneficios médicos. Por ejemplo, la empresa norteamericana Container Store para abordar esto desde un punto de vista más estructural, han decidido tener un turno que sea desde las 9 am hasta las 2 pm de forma que quienes decidan cuidar a sus hijos puedan estar en casa cuando ellos vuelvan del colegio. De esta forma quienes aceptan este cambio

de turno no tienen que pedir este horario como una concesión o un favor, sino que es uno de los tipos de horarios que están disponibles para facilitar la compatibilización entre los roles de crianza y familia. En el caso de esta empresa al instalar esta medida pudieron disminuir los indicadores de rotación de personal en un 14% (*Working Mother, 2005*).

Las intervenciones en desarrollo de carrera también han prestado ayuda hacia una mayor igualdad de género en el sentido de que estos programas deben permitir que los trabajadores puedan tener claro el objetivo dentro de la organización y cuál es el plan de desarrollo personal a largo plazo. La gran precaución que se debe observar es que estos planes sean equitativos entre hombres y mujeres y que consideren una carrera laboral que sea flexible en los roles de crianza (*Cook, Heppner & O'Brien, 2002*).

Desde la academia en la actualidad se ha intentado girar el foco de atención desde los efectos de la desigualdad de género y falta de equidad hacia las causas y orígenes de estos efectos. *Meyerson y Fletcher (2000)* en su ya clásico artículo “Un Modesto Manifiesto para destruir el Techo de Cristal” plantea que ocupando la estrategia de cambio incrementales, que permiten unas “pequeñas victorias”, se podrían disminuir las barreras que están a la base de esta desigualdad de género, y que impiden que ciertos grupos de personas (no solo mujeres) puedan ascender a los niveles más altos de la organización. Esta idea se basa en que los cambios organizacionales incrementales funcionan por medio de un “diagnóstico, diálogo y experimentación” (*Meyerson & Fletcher, 2000*), es decir son cambios organizacionales de mucha menor probabilidad de fracaso. Ejemplo en contrario a eso fueron los cambios organizacionales estructurales mayores propuestos por la reingeniería, que conllevaron medidas más drásticas de reforma organizacional (*Hammer, Champy y Cárdenas, 1995*). Interesantemente, *Meyerson y Fletcher (2000)* coinciden en el



diagnóstico que lo que está a la base de la desigualdad de género es la matriz cultural masculinizante bajo la cual se han creado las organizaciones, que operan bajo muchos supuestos construidos socialmente, como el de que se debe seguir cumpliendo con la división de roles estereotipados y heteronormativos de lo masculino y femenino en tareas del mundo del trabajo y en las tareas realizadas en el hogar (Hochschild & Machung, 2012).

En la actualidad, la mayoría de las intervenciones organizacionales en pos de una mayor diversidad en la fuerza de trabajo, y en particular hacia una igualdad y equidad de género apuntan a estrategias de pequeñas intervenciones, o “pequeñas victorias” como señalaba Meyerson, y que trabajan sobre las grandes causas de desigualdad. Por ejemplo, Cummings y Worley (2014) ejemplifican cómo algunas organizaciones han empezado a diagnosticar sobre las causas de la rotación en personal femenino en empresas de Europa, y se han dado cuenta que la falta de disciplina y rigor en relación al uso del tiempo (e.g. con cuanta antelación fijar una reunión, qué se entiende por una reunión de emergencia, hasta qué hora se trabaja) perjudican más a las mujeres que hombres por la división de roles anteriormente descritos. De esta forma, creencias que son parte de la cultura organizacional (e.g. como el uso del tiempo) pasan a ser parte de una variable que juega fuertemente en contra de la igualdad de género.

Esta indagación actual respecto a los orígenes de la desigualdad, de forma empírica y aplicada en las organizaciones no es del todo novedosa. Anteriormente, desde una perspectiva más social hacia las organizaciones, ya se habían descrito los orígenes a la base de distintos tipos de desigualdad de género. En orden cronológico son al menos 4 posturas las que se han tomado al respecto (Ely & Meyerson, 2000).

La primera perspectiva, que es la más antigua (aunque por desgracias no por ello la menos difundida), describe que muchas

personas en las organizaciones, tanto hombre como mujeres, piensan que existen diferencias en la expresión socializada entre los géneros, manteniendo que las mujeres deberían desarrollar habilidades y ser entrenadas para estar a la par. La gran limitación de esta perspectiva es que asume a las mujeres en una posición secundaria dejándola en un lugar donde sigue predominando lo masculino.

La segunda perspectiva, empezó a ser ocupada en las organizaciones en los años 90, y da cuenta de que hay elementos que son femeninos dentro del mundo organizacional los cuales deben ser valorados y reconocidos (Kreitner y Kinicki, 1997), tales como sus habilidades, características personales, etc. Para ello bastaría con celebrar la diversidad, administrarla y enseñar al resto de la organización cuáles son estas “formas femeninas de hacer las cosas” (sic).

La tercera perspectiva busca crear igualdad de oportunidades en el mundo laboral para las mujeres, ya que existen diferencias estructurales de poder en las organizaciones (Acker, 1990). Tales diferencias estructurales perjudican a las mujeres, manteniendo los estereotipos, y tendencias que favorecen a lo conceptualizado como masculino. De esta forma se intencional que en las organizaciones debe existir ayuda en el reclutamiento de mujeres, su retención, su desarrollo laboral y ayudar a conciliar el trabajo con la familia. Lo problemático de esta perspectiva es que no tiene un gran impacto en la cultura organizacional y la división de roles familiares se continúa perpetuando, sigue siendo asignada principalmente a la mujer.

La cuarta perspectiva propone que se diagnostique y revise la cultura organizacional, puesto que las relaciones sociales subyacentes reproducen y benefician a una minoría de clase: hombres blancos heterosexuales y de clase alta (o acomodada). De esta forma lo que se intenta es revisar como las prácticas sociales

materializadas en procesos organizacionales que son opresivas, intentando ampliar el espectro de la visión más allá del binomio de género hombre-mujer. Así, las formas de realizar el cambio organizacional son emergentes, están aún por ser desarrolladas en el mundo organizacional, o bien se intenta ocupar la vieja fórmula del cambio incremental, algo más paulatino. Lo que sí está claro en la forma de enfrentar este cambio organizacional es que se debe involucrar una revisión crítica narrativa, son los “textos” o narraciones ofrecidos por los sujetos que construyen el hilo narrativo de la historia y devenir organizacional. La limitación que presenta este cuarto enfoque estriba en que podría haber resistencia desde el sistema cultural más amplio (e.g. sociedad nacional, sociedad latinoamericana) para asentar este cambio dentro de la cultura organizacional, es decir podría haber una modificación dentro de una cultura en una organización en particular que fuese a contra pelo, o a contracorriente de la cultura más amplia (e.g. sociedad nacional). Desde una perspectiva reduccionista y sistémica esto implicaría que el sistema organizacional despliegue un gran gasto energético para mantener continuas y estables estas creencias que están en disputa con el sistema social más amplio. Desde una perspectiva social e igualitaria la cultura heteronormativa predominante podría impedir que el cambio social se estabilizara en el tiempo, siendo en el mejor de los casos algo pasajero, o extranjerizante.

Como se pudo observar, desde la perspectiva y quehacer actual del D.O. más específicamente en la Gestión de la Diversidad en las Organizaciones con miras hacia la Igualdad y Equidad de Género, podemos encontrar sus iniciativas entre la segunda y la tercera perspectiva más sociales hacia las organizaciones. Se encuentran realizando actividades para fomentar el reconocimiento de la “diferencia” (sic) y buscando eliminar las diferencias y barreras estructurales.

De esta forma, el quehacer actual del D.O. debería progresar hacia la cuarta perspectiva, penetrando más profundamente en la cultura organizacional y de la comunidad que la circunda. Para lograr esto el D.O. debería contemplar intervenciones o técnicas que procuren apuntar hacia ese ideal normativo, y que cumpla con ser de un tipo más “dialógico y expansivo”, hacia lo transformacional, que sea capaz de mezclar las necesidades materiales de la organización, pero con los “*insights*” de las mismas personas que trabajan en ella hacia una nueva cultura organizacional, permitiendo una deconstrucción de las creencias y conductas heteronormadas.

En ese sentido el tipo de cambio organizacional a ser aplicado efectivamente puede ser pensado como algo incremental si es que se quiere analogar a tipos de cambio ya existentes y descritos en la literatura, pero también puede ser pensado como algo que es necesario ser desarrollado, un cambio organizacional reconceptualizado que logre incorporar la necesidad de deconstrucción de lo heteronormado, hacia una nueva construcción social.

## CAPÍTULO 8

### MOVIMIENTO SOCIAL DE MUJERES: REIVINDICACIONES PARA LA TRANSFORMACIÓN SOCIAL

Aura Alicia Cardozo–Rusique<sup>1</sup>

Angie Vanessa Posso-Meza<sup>1</sup>

Diana Pérez- Pedraza<sup>1</sup>,

Angélica María Arias–Preciado<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Departamento de Psicología, Universidad de la Costa, Barranquilla (Colombia).

2

Las mujeres a lo largo de la historia, han ganado un lugar preponderante en la dinámica social, producto de una búsqueda permanente en su reconocimiento como actoras fundamentales hacia la reivindicación de sus derechos e inclusión en las distintas esferas de la sociedad. Pasaron miles de años antes de que su aporte fuera reconocido y aún sigue siendo una lucha pendiente que se expresa en distintos movimientos que aparecen cada vez más fuertes y relevantes en los diferentes ámbitos de interacción pública y privada de la vida contemporánea como son el hogar, el trabajo, la comunidad, la cultura y la política.

El camino no ha sido fácil, sin embargo, su acción permanente, consistente, pacífica y ascendente ha posibilitado que las mujeres construyeran una epistemología que, desde las distintas corrientes del movimiento feminista, se configurara como filosofía, arte, ciencia y política propia, en espacios tradicionalmente negados para ellas y cuyas propuestas han sido invisibilizadas. Pero quizá el impacto más grande de esta propuesta, tal como lo describe **Arias-Preciado (2011)** es que da cuenta del transcurrir de formas diversas de reivindicación que realizaron las mujeres a través de la historia frente la inconformidad presente en el orden establecido, así como acciones para fomentar procesos de cambio en las estructuras sociales que limitaban el goce de la igualdad de derechos, consolidando un cambio de la vida cotidiana que rompió para siempre las relaciones del poder y la posición de hombres y mujeres.

Estos movimientos sociales han sido liderados por mujeres del talante de Emmeline Pankhurst, quien funda la liga en favor del Derecho al Voto; Mary Wollstonecraft, quien se adelantó a su tiempo y defendió la causa de una ciudadanía para las mujeres a través de su texto “La Vindicación de los Derechos de la Mujer”, obra que propone por primera vez una ética feminista; Simone De Beauvoir quien da impulso a la fundamentación teórica feminista y rompe con el esencialismo biológico y determinista con el que hasta entonces

se concebía a las mujeres; Rigoberta Menchú activista latinoamericana, ha sido en los últimos años defensora de los derechos humanos de las mujeres indígenas y campesinas; María Rojas Tejada una de las pioneras del feminismo en Colombia fue defensora de la educación para las mujeres; y Juana Julia Guzmán, sucreña representó la insurrección campesina y el reparto de tierras a finales del siglo XIX (Arias-Preciado, 2011). Todas ellas, entre otras mujeres, han sido pioneras de un legado que ha cambiado la forma de concebir y vivir el mundo en sus distintas épocas y junto a ellas, mujeres anónimas de todas las latitudes representan una nueva perspectiva a partir de distintas teorías, metodologías que desenfundan una corriente humanista casi oculta hasta entonces.

## LOS MOVIMIENTOS SOCIALES, UN BREVE MARCO TEÓRICO PARA SU COMPRENSIÓN

En el marco de lo que se puede comprender acerca de una teorización de los movimientos sociales se encuentra como lo profundiza Molinares-Guerrero (2009), históricamente dos perspectivas, una un poco más conservadora y otra una más progresista, en la primera a estos grupos insurgentes que conformas masas se les ve como algo que debe tratarse de mucho cuidado, en este sentido Le Bon y Tarde son dos de los teóricos que apoyan esa perspectiva, y bajo la otra mirada, dichas masas son “un componente fundamental del normal funcionamiento de la sociedad” (p. 8), tal como lo piensa Robert Park. Desde la perspectiva del autor, las teorías razonables referidas a los Movimientos Sociales que ejercieron influencia en Europa y América tuvo su aparición en el siglo XX y responden a la denominación de *Teoría del Comportamiento Colectivo* en la que se identifican dos enfoques (Molinares-Guerrero, 2009, p. 8):

1. El que surge dentro de la tradición estructural-funcionalista, cuyos representantes más sobresalientes son: Smelser, Parsons y Eisenstadt.
2. El vinculado al interaccionismo simbólico, que tiene su origen en Robert Park y en La Escuela de Chicago.

Desde la perspectiva funcionalista, se considera el orden para la permanencia de los sistemas sociales, en ese sentido, las masas surgen como un desequilibrio que pone en tela de juicio ese orden y al mismo tiempo las normas establecidas por consenso, por lo que, desde el funcionalismo, los movimientos sociales son disfuncionales en la medida en que alteran lo establecido y por esta concepción se les trató muchas veces bajo una óptica catalogada de criminales.

El segundo enfoque o interaccionista considera los Movimientos Sociales como permeadores del desarrollo en la creación de nuevas ideas. Como lo indica **Molinares-Guerrero (2009)**:

[...] la diferencia entre ambos enfoques es sustantiva: mientras que para el interaccionista en las formas elementales de comportamiento colectivo se encuentran las raíces del orden social, para el funcionalista lo que hay en ellas son “perturbaciones psicológicas” de carácter individual como consecuencia de los cambios que se están produciendo en los procesos de modernización (p. 10).

Tanto **Molinares-Guerrero (2009)**, **Kuri-Pineda (2016)**, **Alfie-Cohen y Méndez (2000)**, **Langman (2013)**, **Benavides (2014)** y **Mendiola (2003)**, concuerdan en que las aproximaciones explicativas de la acción colectiva han sido siempre, incluso en la actualidad motivo de controversias en donde las preguntas sobre el



porqué de los movimientos sociales, sus causas, vínculos con la política, economía y cultura, y la relación con el cambio social por supuesto como es usual en la tradición de la historia misma se observará que los desarrollos teóricos son de tres tintes, el Europeo y el Norteamericano que suelen desarrollarse casi de manera simultánea y tardíamente el Latinoamericano.

Conforme a los dos primeros se destacan dos posturas epistemológicas muy marcadas de fondo, mientras que en Europa se considera los movimientos sociales como producto de la acción colectiva misma en Norteamérica primaba el individualismo por lo que “en la literatura estadounidense acerca de los movimientos sociales se privilegió la noción de estrategia al estudiar la movilización de los recursos, los movimientos sociales y la movilización social se entendían en términos de los problemas que planteaba la acción colectiva desde el punto de vista de la elección de actores individuales racionales” (Benavides, 2014, p. 64), lo que Kuri-Pineda (2016) y Garza y Sánchez (2016) llamarían visión utilitarista e instrumentalización de los movimientos sociales, mientras que en Europa se observa una insuficiencia teórica al no poder explicar los Movimientos Sociales en términos de clase como se planteaba en el Marxismo por lo que su rumbo tomo como punto de análisis el concepto de Identidad como categoría estructural de la acción colectiva. Finalmente, en Latinoamérica la característica de los movimientos sociales “era su lucha por la democracia, manteniendo una composición plural de clase, de etnia y etaria” (Benavides, 2014, p. 69), por lo que se vio muy influenciada por el Marxismo y la lucha de clases.

Por otra parte, ya adentrándonos en perspectivas contemporáneas, se destacan en las referencias ya usadas en este texto dos visiones principales que tienen que ver entre sí, por un lado el análisis de los Movimientos Sociales, ya no como lucha de clases, la identidad como categoría de análisis, su utilidad e instrumento

de desarrollo que constituirían las perspectivas clásicas, sino desde un paradigma por un lado constructivista y por otro lado desde la modernidad reflexiva, en donde son importantes factores de localización y globalización, se habla de la apertura de los movimientos sociales y rasgos distintivos que complejizan las unidades de análisis por las mismas características de la contemporaneidad, uno de los problemas que enmarca, por ejemplo es la pluralidad misma de la acción colectiva que se ha descentralizado, pues los problemas ya no son de una nación sino que son de interés global. De ese modo **Alfie-Cohen y Méndez (2000)** identifica cuatro movimientos sociales:

- a) Movimientos democráticos que valoran y luchan por la libertad de expresión, proclaman la participación democrática de todos los estamentos y pretenden generar un orden mundial orientado a luchar contra el autoritarismo; b) movimientos por la paz que pretenden la desmilitarización, la trascendencia de la guerra y el fin de las crisis nucleares c) movimientos ecológicos (contracultura) que pugnan por la humanización de la tecnología y un sistema de cuidado del planeta y d) movimientos obreros que intentan crear un sistema post-escasez, una organización económica socializada que supere las crisis económicas (p. 14).

Más aun parece ser que el alcance de los movimientos sociales ya no es para alcanzar un tipo de poder político, sino para tener un reconocimiento cultural tal como lo esboza **Langman (2013)** en que los nuevos Movimientos Sociales consideran la importancia de la cultura, los significados, la identidad colectiva y las redes

sociales y también como concluirá **Molinares-Gerrero (2009)** citando a Imanol Zubero, conforme a el objetivo de la movilización social en el mundo hoy, el principal aporte de los movimientos sociales al cambio es de tipo cultural:

Mi tesis fundamental (...) es que en la actualidad no existe posibilidad alguna de en marcha una práctica emancipatoria significativa si no es sobre la base de una previa tarea de transformación cultural. Tarea de transformación cultural que exige dos cosas: la primera, aprender a mirar de una forma nueva la realidad social, ser capaces de analizar la realidad social con claves nuevas, diferentes de las claves dominantes; la segunda, establecer, a partir de esas nuevas claves, un auténtico combate cultural, una confrontación de legitimaciones (p. 11).

Pese a que el cambio cultural es el objetivo de los nuevos movimientos sociales, no se puede olvidar que es también un cambio social y, en un sentido último es también un cambio político.

## LAS MUJERES Y EL LEGADO DE UNA HISTORIA FEMINISTA

La epistemología feminista, si bien es cierto contiene en su acervo la confrontación crítica del estado de hombres y mujeres en la sociedad, sus disparidades, las distintas formas de segregación y violencia dentro de contextos de relaciones de poder y

subordinación; de fondo propone nuevas categorías para el análisis de la hegemonía ideología androcéntrica y el determinismo biológico cuyo carácter al ser de destino, restringe las posibilidades de cambio (Arias-Preciado, 2011).

Esto ha sido, el producto de un movimiento social que, desde distintas corrientes a través de la historia, han logrado de manera progresiva y acumulativa sentar las bases para un nuevo orden social, político y económico, sustentado en el reconocimiento de aportes desde la discursiva de la identidad de lo que significa ser mujer en cada uno de los ámbitos de la interacción, el cual como afirman Frederick y Stewart (2018), se constituye en un poderoso predictor del activismo de las mujeres, y en ese sentido ha sido calificado desde muchos sectores con gran suspicacia debido al potencial transformador de las realidades que ha enfrentado, amén de la comprensión que permite de estas, la teoría del interaccionismo simbólico.

Se refiere a la genealogía del feminismo como movimiento, cuya iteración se intensifica de forma cíclica, en tanto los resultados de una etapa son utilizados como punto de partida y apoyo para la siguiente; tal como lo explica la teoría del movimiento social, al afirmar el desarrollo de ciclos de protesta, repertorios de acción e identidades colectivas (Charles y Wadia, 2017); en una dinámica que desde lo local impacta y se amplifica a nivel global, como un universal concreto que propone postulados que tienen su asiento en las problemáticas cotidianas y desde ahí se estructura como referentes teóricos que refuerzan la acción. Muestra de ello, son las denominadas olas feministas, que, presentadas así permiten ver la evolución, interrelación, profundidad y complejidad de su legado, del cual las mujeres de hoy con toda certeza pueden beber de sus aguas.

La primera ola del feminismo, si bien nace con la ilustración y la Revolución Francesa a mediados del siglo XVIII evidente-

mente como lo afirma Valcárcel (2001), no es precisamente su hija más querida, debido a que se nutrió de sus principios de igualdad y libertad, donde las mujeres empezaron a congregarse, reconocerse y expresarse colectivamente como parte de la exigencia dentro de un programa ideológico por los derechos políticos que llevó a la proclama pública de la exclusión de las mujeres dentro de la “Declaración de los Derechos del Hombre y el Ciudadano”, razón por la cual Olimpia de Gouges se contrapuso con la presentación de la “Declaración de los Derechos de la Mujer y la Ciudadana”, situación que le costó la vida en la guillotina debido a que se había olvidado de las virtudes de su sexo y por inmiscuirse en asuntos de la República (Vos, 2007).

Sin embargo, esto no detuvo la demanda por la ciudadanía femenina, por lo que surgen varios postulados fundantes del feminismo, orientados al cambio en las estructuras sociales, en especial la educación para que buscara la autonomía y libertad de las mujeres a través del ejercicio de sus capacidades racionales. Esto sirvió de escenario para la deliberación por parte de las mujeres de la época y que luego se extendiera en Europa permitiendo la creación de la Confederación de Amigos de la Verdad creada por Etta Palm y la Asociación de Republicanas Revolucionarias surgidas a finales del siglo XVIII, en el que nace un discurso crítico que usa las categorías universales de la filosofía política Ilustrada, pero al mismo tiempo las confronta; así la Ilustración, a pesar de su incoherencia hacia las mujeres, abrió la vía para que las mujeres tuvieran consecuencias pertinentes de los ideales universalistas de igualdad y libertad.

Para la segunda ola, el feminismo se centró en el movimiento sufragista, retomando del anterior las demandas de los derechos políticos y extendiéndolas hacia el derecho al voto lo cual les implicó a las mujeres involucrarse más de cuestiones sociales y políticas. Esta etapa tuvo el carácter interclasista, interracialista e

internacional al considerar que todas las mujeres padecían de la misma exclusión y en conjunto persiguió dos objetivos, el derecho al voto y los derechos educativos, los cuales estaban estrechamente relacionados porque en la medida en que más acceso tenían las mujeres a estudiar, era imposible no involucrarse en las tomas de decisiones de la República.

Para ello, contaron con el respaldo del tratado sociológico de **Stuart (1869)**, “la Sujeción de la Mujer” influenciado por su esposa Harriet Taylor. Este texto marcó las ideas socialistas de la época y construyó la teoría política sufragista fundamentada sobre una ciudadanía no excluyente de las mujeres, que cuestionó la subordinación legal de su sexo al otro y propuso la derogación de privilegios para cualquier de los dos, elevando el tema de lo personal a lo político. Junto a emblemáticas protestas y saboteos durante discursos políticos, entre otras acciones, lograron superar las restricciones durante la primera guerra mundial en Inglaterra, donde por primera vez, en 1917, fue aprobada la ley de sufragio femenino. Después de eso, este importante logro se extendió por Europa y Estados Unidos, llegando tardíamente a Latinoamérica hacia inicios de la segunda década del siglo XX; como consecuencia de su capacidad de extenderse a través de redes o pactos sociales, además de expresas alianzas entre mujeres.

Con consignas como “Sin derechos sociales para las mujeres no hay derechos humanos, ni justicia”, el movimiento social de mujeres trascendió hacia la tercera ola, caracterizada por un lado, por la sensación de vacío al saberse exclusivamente definidas por las funciones que ejercían como esposas, madres, amas de casa; y que se hizo evidente al regreso de los hombres a sus lugares de trabajo después de haberse enfilado en la primera guerra mundial, tiempo en el que las mujeres los habían reemplazado pero que ahora se les imponía regresar al lugar asignado culturalmente dentro del hogar. Por la otra parte, se cimentó la otredad femenina,

como otra parte del espejo de la evolución del mundo considerado hasta entonces exclusivamente masculino.

Esto fue ampliamente ilustrado entre otros a través de dos postulados, el primero el de **Friedan (1963)**, en su obra *La Mística de la feminidad*, donde analiza como las mujeres fueron atrapadas y experimentaban una sensación que ella dio en llamar mística; proponiendo para romperla, la incorporación al mundo del trabajo con el fin de lograr autonomía propia; y por el otro lado, **De Beauvoir (1949)** con su obra *El Segundo Sexo*, aporta un análisis no biologicista de la constitución de la identidad del ser hombre o mujer durante el aprendizaje y la práctica social, señalando la insuficiencia para explicarlo solo a partir del sexo con el que se nace y destacado a través de su emblemática frase “No se nace mujer, se llega a serlo” el importante valor de la cultura en esa formación.

Esto permite un destacable aporte a la conceptualización del Género como categoría que diferencia el Sexo (Biológico) y Género (Cultura), y por lo tanto amplía lo concebido sobre la identidad femenina, donde la libertad como idea central devela la trascendencia en temas como el poder, el saber y las relaciones sociales estructurantes dentro del denominado sistema patriarcal en tanto da sustento a la dominación masculina.

En respuesta a ese sistema, el movimiento social de mujeres se caracteriza especialmente por su diversidad frente a múltiples expresiones en distintas latitudes, que demuestran su amplificación, y que desde cada visión particular logra traducirse en su contexto; sin embargo, todas ellas coinciden en ser en sí misma una plataforma que amplía la mirada del ser mujer, en plural: mujeres, en la medida en que logra incorporar la interseccionalidad de categorías como raza-etnia, diversidad sexual, clase social etc (**Amorós, 2008**); las cuales se expresan en varias corrientes y teorías como el feminismo negro, ecofeminismo,

transfeminismo, feminismo radicar y la liberación femenina entre otras (De Santiago, Caballero y González, 2017).

Por último, el feminismo de la cuarta ola es el que se desarrolla dentro del mundo global del siglo XXI, aunque tiene sus inicios sobre la década de los años 80, proponiendo debates simultáneos cuyo alcance ha sido la generación por una parte, de marcos jurídicos en el ámbito del derecho internacional y doméstico que ha venido creando un complejo normativo como posibilidad en la realización de los derechos de las mujeres en medio de distintos contextos problemáticos y desafiantes como la violencia de género, la guerra, la paz, la política paritaria, el calentamiento global, la interconectividad virtual; ubicando hoy en sus discursos la visibilización de sistemas como “el techo de cristal” que evidencian las brechas en el acceso a bienes, recursos y servicios como parte de las estructuras patriarcales que mantienen la exclusión y desigualdad e incluso se traducen en formas de victimización. No obstante, también los movimientos sociales han logrado ampliar sus formas de organización, participación e incidencia como actoras relevantes; que en lo local y comunitario logra mantenerse vinculado a formas masivas y globales (Valcárcel, 2001).

Esta evolución del legado feminista solo ha sido posibles en la medida que se entiende dentro de los sistemas, discursos y alcances que los movimientos sociales tienen como iterativo e interactivo simbólico, cuyos aportes y avances logrados por las mujeres en la historia han aportado a teorías, métodos y prácticas en los distintos ámbitos con un fuerte cuestionamiento a las instituciones dominantes, y dinamizando desde su interior la protesta que llevan como socialización feminista institucional a sus miembros, en una combinación de las dimensiones burocráticas y de movimiento (Bereni & Revillard, 2018); permitiendo que tales instituciones como la familia, la religión, la política se encuentre hoy en procesos de tensión frente a su reestructuración, generando



reflexiones sobre las nuevas masculinidades, suponiendo con ello cambios en las formas tradicionales de valoración y relacionamiento de estos con el mundo de lo femenino.

Finalmente, se evidencia un repunte de la movilización de las mujeres a los diferentes escenarios, impactando el ámbito institucional, que van desde instancias del Estado, formulación de políticas públicas, a su vez la movilización por los derechos femeninos se han visto expresados en espacios laborales de índole privada, lo que implica el reconocimiento de como la movilización ha permeado las estructuras empresariales, además del apoyo sindical a los movimientos feministas, en tanto estos se asocian con ideas llamadas progresistas, es decir, que defiendan los derechos civiles y laborales, lo que evidencia como se transforma la dinámica empresarial respecto al tema feminista cuando hay presiones externas propios de los movimientos sociales que los generan (Ferguson, Dudley & Soule, 2017).

## LOS MOVIMIENTOS SOCIALES DE LA MUJER COLOMBIANA

Si bien es cierto que los movimientos sociales de mujeres en Colombia, obedecen a las dinámicas y contextos propios de nuestra historia y desarrollo como república joven, estos han tenido su asiento en el eco que las olas feministas lograron traducirse en el movimiento feminista latinoamericano, del cual contiene y enfrenta dilemas como los procesos de colonización, decolonización y postcolonización entre los más destacados; donde vuelve a tomar centralidad de las identidades, especialmente las colectivas.

Lo anterior entraña que los análisis se hagan desde la categoría de género, entendido como la cualidad esencialmente social

de las diferencias basadas en el sexo (Ibarra Melo, 2007), en tanto comportamiento político y la acción colectiva, entendida como la “actuación que surge de la interacción estratégica de los actores, que busca un objetivo y que se basa en cálculos de costos y beneficios y en la cual hay un proceso de construcción de identidad política” (Ibarra, 2007, p. 68), como movilizaciones e interacciones estratégicas.

Los fortalecimientos de los movimientos sociales de las mujeres suelen articularse a fechas que simbolizan la lucha de las mujeres por el cambio en las condiciones sociales, políticas y culturales que las han puesto como sujetos de diferente estatura frente al poder que ha dominado la construcción de las relaciones sociales, relaciones de dominación subordinación que caracterizan la sociedad patriarcal (Villareal, 2001). Fechas tales como el día de la mujer el 8 de marzo, el día de la No Violencia Contra la Mujer el 25 de noviembre, el día Internacional de las Mujeres por la Paz y el Desarme el 25 de mayo, y el 21 de septiembre Día Internacional por la Paz.

Los movimientos sociales en Colombia tienen orígenes de carácter histórico y social diversos y se hacen más visibles a partir de los años 80, así se evidencian movimientos de mujeres con formación académica, que han generado aportes teóricos a su consolidación, además de expresiones variadas como organizaciones de voluntariados femeninos, organizaciones comunitarias, grupos de mujeres activistas en defensa de los derechos y mujeres pertenecientes a organizaciones políticas, gremiales, entre otras. Se han constituido en un actor social colectivo, plural, heterogéneo y dinámico. Aunque tengan diferentes orígenes suelen tender lazos de solidaridad, desarrollan niveles de poder con capacidad de impactar el orden patriarcal y el sistema de relaciones dominante en la sociedad (Villareal, 2001).

Los movimientos sociales en Colombia se han manifestado en diferentes campos, que van desde movimientos asociados a la reivindicación de derechos sexuales y reproductivos; movimientos enmarcados en la denuncia de injusticia estructural y simbólica; las emprendidas por las secretarías de la mujer en el ámbito público o en los espacios sindicales (particularmente la participación de la mujer trabajadora en la Central Unitaria de Trabajadores, CUT), encargadas de hacer evidente la inequidad de género en el campo laboral; los movimientos de mujeres afro, campesinas e indígenas que buscan reivindicar sus derechos, estas últimas inicialmente organizadas desde el Ministerio de Agricultura en los años 80, dando origen a la Organización Nacional de Mujeres Campesinas e Indígenas de Colombia; y las que han levantado banderas en busca de detener el conflicto armado que ha atravesado por más de medio siglo a la sociedad colombiana, dando lugar a múltiples formas de victimización, así como movimientos encaminados a visibilizar la violencia de la que fueron víctimas en el marco del conflicto armado, y especialmente se han generado a nivel más amplio acciones colectivas de las mujeres contra la guerra y por la paz. En todo caso se denuncian y se busca transformar las diferencias y la injusticia que evidencian procesos y prácticas que excluyen a las mujeres y dificultan su participación igualitaria en los diferentes escenarios de la vida.

Quizá lo que más ha motivado la movilización de la mujer en el contexto colombiano, se articula de manera significativa ha sido para frenar el ejercicio de la guerra y aportar en la construcción de paz, tal como lo expresa **Ibarra (2007)**.

No obstante, cada vez más mujeres con maltrechos entramados organizativos desafían el poder autoritario de los grupos armados y firman su liderazgo en los procesos de resistencia e interlocución frente a estos actores y el Estado. A pesar de los riesgos que entraña asumir liderazgos bajo las amenazas, las per-

secuciones, los asesinatos, el desplazamiento o la desaparición forzada.

Movimientos como la Ruta Pacífica de las Mujeres por una Solución Negociada al Conflicto Armado creado en el 2006 el cual fue conformado por 315 organizaciones y grupos de mujeres coordinados en 8 regiones del territorio colombiano, además de movilizaciones de mujeres desde la cotidianidad y que se han visto marginadas como la mujer campesina, indígena, afrodescendiente víctimas de diversas formas de violencia y de una alta vulnerabilidad socioeconómica.

Por su parte el movimiento feminista logro grandes avances, llegando incluso a tener una candidata presidencial Socorro Ramírez, quien como miembro del partido Socialista Revolucionario presentó una plataforma con propuestas encaminadas a fortalecer la agenda feminista. Por esta época se había intensificado el conflicto armado lo que llevó a que en 1984 los grupos feministas de Bogotá participaran en la convocatoria “Al Diálogo Nacional y la Apertura Democrática”, buscando aportar desde a los diálogos que iniciaban con la guerrilla, lo que condujo a la creación del Colectivo de Mujeres de Bogotá. Posteriormente junto con la Casa de la Mujer en 1988, son incluidas en las mesas de trabajo para aportar en la reforma constitucional con el propósito de aportar “Por la Paz y la Reconciliación Nacional”, y presentan la propuesta de Reforma Constitucional que incluía el reconocimiento de las mujeres como ciudadanas con derechos sociales y humanos, la modernización de las instituciones sociales y políticas, entre otros.

Desde la cotidianidad, en contextos generalmente con vulnerabilidad socioeconómica, se han desarrollado procesos de organización de mujeres, especialmente en el campo de la comunidad, entre las que se encuentra una diversidad de grupos, que representan procesos de desarrollo social, enmarcados en procesos como

la formación o fortalecimiento bibliotecas barriales, las ollas comunales, organizaciones comunitarias de base, microempresas, tiendas populares, comités de autoconstrucción y las madres comunitarias, colectivos de mujeres.

## UN EJEMPLO DE EMPODERAMIENTO DE LA MUJER EN COMUNIDADES VULNERABLES

Una de las dinámicas que ha logrado a partir de procesos organizativos un mayor reconocimiento de sus actividades, es el de las conocidas madres comunitarias que han desarrollado sus actividades en el marco de los procesos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF, s.f.). El programa de madres comunitarias es un claro reflejo del empoderamiento y liderazgo ejercido por mujeres, que cuentan con reconocimiento de sus comunidades y están orientadas al cuidado integral los niños y niñas pertenecientes al “Programa de Hogares Comunitarios de Bienestar”. Según cifras reportadas por el ICBF, existen 69.000 madres comunitarias en el territorio colombiano que tienen bajo su cuidado aproximadamente a 1 millón 77 mil niños y niñas, distribuidas en Hogares Comunitarios de Bienestar HCB-tradicional, Hogares Comunitarios de Bienestar FAMI y Hogares Comunitarios de Bienestar Agrupados (Jaimes-Medina, 2014).

Esta iniciativa surge a finales de año 1986 como respuesta a la estrategia de desarrollo humano integral orientada al cuidado de niños menores de 7 años que habitaban las regiones más pobres del país, tiene como finalidad ofrecer un cuidado que impacte tanto el proceso de socialización primaria, como el desarrollo físico a través de la nutrición adecuada, impartida por las mujeres reconocidas por la comunidad (Castillo, 2009).

El programa de las madres comunitarias pasa de ser una estrategia para el desarrollo infantil, a convertirse en todo un movimiento, que generó impactos políticos, económicos y sociales, además, se usó como arma para disminuir la pobreza y la violencia, de la mano de mujeres cabeza de familia, actualmente (Castillo, 2009), entre otros aspectos porque además de prestan su hogar y un servicio, cuentan con la cualificación, recibiendo formación técnica, tecnológica y profesional en áreas como licenciatura en pedagogía infantil, cursos cortos en educación inicial, familias y desarrollo infantil, gestión de riesgo y seguridad alimentaria (ICBF, 2018), aspectos que además de mejorar el servicio se ha constituido en una fuente de empoderamiento de la mujer en sus comunidades y las ha posesionado como líderes en procesos de transformación social.

En ese sentido se han proyectado hacia procesos organizativos que buscan mediante la movilización social reivindicaciones especialmente de carácter económico, buscando que su trabajo sea reconocido por lo que fue necesario emprender un camino de lucha por la reivindicación de los derechos laborales, con lo que han ido de manera paulatina alcanzando mejoras significativas, que dan respuesta a las demandas de las mujeres que han ejercido un papel fundamental en el mejoramiento de la calidad de vida de los niños en los sectores vulnerables.

Es evidente que la lucha de estas mujeres que dedican sus vidas al cuidado integral de cada niño asignado, obtengan un pago proporcional a la labor realizada, que va más allá de ser cuidadoras, contribuyen al desarrollo económico del país al brindan apoyo y acompañamiento a familias trabajadoras, al mismo tiempo que impactan en el desarrollo integral del ser humano como un sujeto multidimensional que requiere apoyo interactivo en sus primeros años de vida en la medida en que cumplen funciones administrativas, psicoeducativas de nutrición.

## CONCLUSIONES

Los movimientos sociales de mujeres, han aportado a la consolidación de la democracia, la sociedad civil, convirtiéndose en un bastión para lograr una posición más justa e incluyente en todas las esferas de la vida en sociedad, poniendo además en escena las incoherencias propias de un sistema machista y patriarcal.

A nivel global se han fortalecido especialmente en temas asociados a la violencia de género, y se han consolidado espacios institucionales con conferencias, tratados y organizaciones a nivel mundial, particularmente impactados por los movimientos en torno a los derechos de las mujeres, particularmente desde la perspectiva feminista radical que se ha encaminado a promover la reformulación de la violencia de género como un tema que debe ser abordado desde los derechos humanos (Russell, Lerch & Min-Wotipka, 2018), otro componente que moviliza a las mujeres a nivel mundial es el tema del sexismo en la cotidianidad, es decir, a pesar del tiempo pasado aún se siguen negociando aspectos como las libertades y los derechos reales de las mujeres con sus cuerpos, incluidas las relaciones sexuales y la procreación (Stjerna, 2018).

Estas reivindicaciones de las mujeres, adquieren mayor contundencia cuando se ven enfrentadas a un contexto como el colombiano, donde se ha demarcado en más de medio siglo de violencia sociopolítica, anidándose en todas las formas de relacionarnos y generando otras formas de violencia como la intrafamiliar y la urbana, que a su vez se devuelven contra la mujer, generando re-victimización, amenazas, desplazamiento forzado la estigmatización de ser catalogados como de pensamiento de extrema izquierda e incluso muerte.

Los movimientos de mujeres han incidido en diversos espacios de la vida nacional, desde decisiones asociadas a la tierra con

campesinas, movimientos indígenas que se encaminan en procesos de acción colectiva para defender sus etnias y sus territorios, comunidades afro que reivindican sus derechos de participar activamente en las dinámicas sociales, intelectuales, fortaleciendo procesos de inclusión, participación política y democrática y movimientos de mujeres constructoras de paz y la defensa de los derechos humanos.

Quizá una de las mayores dificultades presentadas en la consolidación de los movimientos sociales de mujeres es el accionar pedagógico, es decir, transformar la educación tradicional, generando procesos de problematización diferentes, en tanto estos generan nuevas formas de pensar, “introducen nuevas palabras que fundan mundos; en tal sentido, construyen nuevos conocimientos, denominaciones, conceptos, métodos de acción colectiva, principios que amplían no solo las resistencias; también, los conocimientos que los inspiran” (Botero-Gómez, 2015, p. 1196), por lo que se requiere una educación adecuada que transforme la forma como se ha abordado tradicional y distorsionadamente el tema de las mujeres y el género en la sociedad (Stjerna, 2018).



## PARTE 4

### EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN EN PROBLEMAS ASOCIADOS A LA SEXUALIDAD Y LAS RELACIONES CONTEMPORÁNEAS

Finalmente, los resultados del proceso analítico y sintético de avances en nuevo conocimiento en materia de sexualidad y relaciones contemporáneas permiten plantear los siguientes capítulos, en los cuales se plasman las tendencias en materia de evaluación e intervención en problemas propios de este campo de estudio.

## CAPÍTULO 9

### EVALUACIÓN DE LA SEXUALIDAD: REGISTROS FISIOLÓGICOS Y LABORATORIO DE SEXUALIDAD HUMANA

María Reina Granados de Haro<sup>1</sup>

María del Mar Sánchez-Fuentes<sup>2</sup>

María De las Nieves Moyano<sup>3</sup>

Juan Carlos Sierra<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Enfermería, Universidad de Granada (España).

<sup>2</sup> Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Departamento de Psicología, Universidad de la Costa, Barranquilla (Colombia).

<sup>3</sup> Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación, Departamento de Psicología y Sociología, Universidad de Zaragoza (España).

<sup>4</sup> Centro de Investigación, Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC), Universidad de Granada (España).

El estudio de la sexualidad humana se desarrolló sobre todo a lo largo del siglo XX, siendo su investigación cada vez más metódica, precisa y objetiva. Entre los primeros investigadores que abordaron el estudio de la sexualidad desde una perspectiva científica, se encuentra el biólogo Alfred Kinsey, quien con su equipo realizó miles de entrevistas con el fin de conocer las conductas sexuales de la población estadounidense (Kinsey, Pomeroy & Martin, 1948; Kinsey et al., 1953). Según estos autores la respuesta sexual conlleva cambios físicos, fisiológicos y psicológicos, y se produce por una gran variedad de estímulos sexuales (e.g., masturbación, caricias, estímulos psicológicos, etc.). En este sentido, Masters y Johnson (1966) llevaron a cabo importantes contribuciones en el estudio de la respuesta sexual humana, evaluándola de forma fisiológica en un laboratorio. Por ejemplo, durante la fase de excitación, observaron cambios fisiológicos como tensión de los pezones, tensión muscular, aumento del ritmo cardíaco, elevación de la presión sanguínea; aparición de lubricación, elevación del útero, cambios en los labios mayores y menores, en mujeres; y erección del pene, engrosamiento en el escroto y elevación de los testículos en hombres (Masters & Johnson, 1966). Asimismo, con la exposición del ciclo de la respuesta sexual humana, no solo se tuvieron en cuenta los cambios fisiológicos sino también los psicológicos como placer intenso durante el orgasmo, sensación de calma en la etapa de resolución, entre otros (Masters & Johnson, 1966). Con todo ello, se pudo comprobar la naturaleza psicofisiológica de la respuesta sexual (Masters & Johnson, 1966).

A continuación, se exponen las principales técnicas de evaluación (entrevista, autoinformes, observación, registro psicofisiológico y exámenes médicos) empleadas tanto en la práctica clínica como en el área de la investigación de la sexualidad humana. Se hace especial énfasis en las técnicas objetivas y en concreto en los registros psicofisiológicos.

## LA ENTREVISTA

La entrevista es la técnica de evaluación por excelencia en diferentes áreas (medicina, psicología, derecho, etc.). Por ello, además existen diferentes tipos (abiertas, cerradas, semi-estructuradas) que surgen de la diversidad de aplicaciones (entrevista clínica, de evaluación, terapéutica, de orientación, etc). No obstante, se trata de una técnica de evaluación que ha recibido críticas por la falta de estandarización y por la subjetividad sobre todo en comparación con medidas más objetivas como los autoinformes, la observación, registros psicofisiológicos o exámenes médicos.

La entrevista en el área de la sexualidad humana habitualmente es de tipo semiestructurada y se emplea para evaluar las disfunciones sexuales. Es necesario un clima agradable en el que el paciente se encuentre cómodo. Se debe emplear un lenguaje formal, pero sin ser demasiado técnico/científico. De manera general se debe abordar las molestias principales, la historia de la disfunción que presenta en la actualidad, historial psicológico y físico. Además, de las causas que facilitan la disfunción y los factores que la mantienen. Es fundamental descartar causas orgánicas, trastornos mentales y problemas con la relación de pareja. También se debe recabar información sobre la infancia y adolescencia, actitudes sexuales, creencias religiosas, educación sexual y experiencias sexuales (Sierra y Buela-Casal, 2004).

Resulta interesante emplear el análisis funcional de conducta para así obtener información sobre los comportamientos/conductas problema que ocurren, pensamientos y reacciones psicofisiológicas durante la actividad sexual. Asimismo, será fundamental extraer información sobre los antecedentes, es decir, las

situaciones, reacciones y pensamientos que ocurren antes y sobre las consecuencias, es decir las respuestas tras la conducta problema. También es esencial obtener información sobre la frecuencia, intensidad, duración, contexto en los que ocurre, etc. La información obtenida a partir de la entrevista se puede complementar con autorregistros, autoinformes y otras técnicas de evaluación (Sierra y Buela-Casal, 2004).

## AUTOINFORMES

Los autoinformes son otra herramienta de evaluación habitualmente empleada tanto en la práctica clínica como la investigación y tienen una serie de ventajas como la economía de tiempo y dinero, son medidas objetivas y permiten la cuantificación. No obstante, también ha sido fuertemente criticados. Fundamentalmente las críticas hacen alusión a la falta de instrumentos basados en modelos teóricos, a la falta de fiabilidad y validez.

En el área de la sexualidad humana existen múltiples autoinformes que superan las limitaciones anteriormente descritas y que evalúan aspectos diversos. Por ejemplo, existen cuestionarios, inventarios y escalas que evalúan el nivel de información sobre aspectos físicos, fisiológicos y reproductivos, métodos anticonceptivos, embarazo, aborto, abuso sexual, creencias, mitos y prejuicios, fantasías sexuales, conocimientos sobre sexualidad y educación sexual, infecciones de transmisión sexual, SIDA, actitudes hacia la sexualidad, roles sexuales, orientación sexual, percepción del desempeño sexual propio, conductas sexuales, respuesta sexual y sus diferentes fases, disfunciones sexuales (Fisher, Davis, Yarber y Davis, 2011; Sierra, Santos-Iglesias, Vallejo-Medina y Moyano, 2014).

A continuación, se indican algunos autoinformes que han sido validados en países de habla hispana como España y Colombia y que evalúan algunos de las variables mencionadas anteriormente.

- *Cuestionarios para evaluar Infecciones de transmisión Sexual, VIH, SIDA: Multicomponent AIDS Phobia Scale* (MAPS; Vallejo-Medina et al., 2018); *Actitudes hacia la Sexualidad: Sexual Double Standard Scale* (SDSS; Sierra, Moyano, Vallejo-Medina y Gómez-Berrocal, 2018), *Brief Sexual Opinion Survey* (SOS; Vallejo-Medina et al., 2017);
- *Percepción de la propia Conducta Sexual: Brief Sexuality Scale* (BSS; Soler et al., 2016); *Conductas Sexuales: Sexual Inhibition/Excitation Scales-Short Form* (SIS/SES-SF; Moyano y Sierra, 2014);
- *Respuestas Sexual: Orgasm Rating Scale* (ORS; Arcos-Romero, Moyano y Sierra, 2018), *Escala de Valoración de Excitación Sexual y Escala de Valoración de Sensaciones Genitales* (VES y VSG; Sierra et al., 2017), *Sexual Inhibition/Sexual Excitation Scales* (Granados, Salinas & Sierra, 2018), *Sexual Excitation/Sexual Inhibition Inventory* (Granados, Salinas & Sierra, 2017), *Female Sexual Function Index* (Vallejo-Medina et al., 2017), *Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire* (MGH-SFQ; Marchar-Bertrand et al., 2016);
- *Satisfacción Sexual: Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction Questionnaire* (IEMSSQ; Sánchez-Fuentes et al., 2015).

## OBSERVACIÓN

La observación es una de las técnicas de evaluación menos empleada en el área de la sexualidad humana, fundamentalmente por la naturaleza privada de las conductas sexuales y los aspectos éticos para su empleo. Cuando se aplica esta técnica es fundamental precisar de antemano las conductas a registrar. Los pioneros en emplear la técnica de la observación directa de la actividad sexual fueron **Hartman y Fithian (1972)**. **Serber (1974)** también empleó esta técnica y la pareja era grabada por el terapeuta o ellos mismos durante la actividad sexual. **Masters y Johnson (1981)**, quienes observaban a parejas o contrataban a una trabajadora sexual para el paciente y que este mantuviera relaciones sexuales mientras ellos realizaban la observación con el fin de evaluar y tratar las disfunciones sexuales (**Sierra y Buela-Casal, 2004**).

La autoobservación es una técnica que consiste en que el paciente o la pareja realice una serie de autorregistros de las conductas sexuales problemáticas. De este modo este registro ayuda a la realización de los ejercicios, al conocimiento por parte del paciente y también al terapeuta quien puede seguir de cerca los diferentes ejercicios propuestos en el tratamiento. Asimismo, resulta interesante aplicar el análisis funcional de la conducta y registrar los antecedentes, la conducta y las consecuencias durante la autoobservación (**Sierra y Buela-Casal, 2004**).

## REGISTROS PSICOFISIOLÓGICOS

La psicofisiología es entendida como el estudio de la relación entre factores fisiológicos y psicológicos. Así pues, las

técnicas psicofisiológicas evalúan diferentes aspectos orgánicos como señales bioléctricas directas (electrocardiograma, electroencefalograma, etc.), señales bioléctricas transducidas (conductancia dérmica, resistencia dérmica, etc.) y señales biológicas físicas (temperatura, volumen pletismográfico, presión sanguínea, flujo sanguíneo, etc.). Los registros psicofisiológicos son una herramienta relevante en el área de la evaluación de la respuesta sexual.

## EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA GENITAL DEL HOMBRE

La utilización de la pletismografía para la medición de la respuesta sexual en el hombre fue referida por primera vez por Freund. Este autor la describe como “la grabación continua de los cambios de volumen genital masculino mientras el sujeto está viendo imágenes proyectadas de posibles objetos eróticos” (Freund, 1963, pp 85). Es decir, la pletismografía peniana se basa en la medición de los cambios en el volumen o circunferencia del pene cuando ocurre una erección. En este sentido se pueden diferenciar tres grandes grupos de dispositivos: (1) los que miden cambios en el volumen del pene, (2) los que evalúan variaciones en su circunferencia y (3) aquellos que miden la circunferencia y rigidez durante el proceso eréctil.

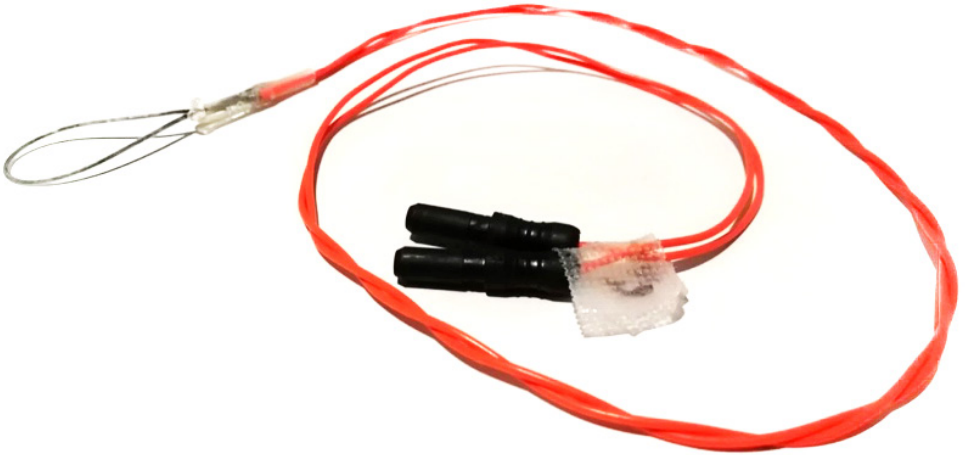
*Medición de cambios de volumen:* El pletismógrafo volumétrico proporciona una medida de gran precisión (Janssen, 2002). Este tipo de dispositivos se basa en el desplazamiento de aire (Falopletismógrafo de Freund y Pletismógrafo de McConaghy; McConaghy, 1967) o agua (Pletismógrafo de Fisher; Fisher, Gross & Zuch, 1965) a medida que ocurre la erección. Consiste



en un cilindro de vidrio hermético con un volumen de aire o agua conocido colocado alrededor del pene del sujeto; el volumen de aire/agua desplazado se utiliza como medida de los cambios producidos en el pene (Janssen, 2002). Una de las limitaciones más importantes es la gran complejidad para su uso lo que puede producir errores en la medición debidos a movimientos, cambios en la temperatura y en la presión (Janssen, 2002).

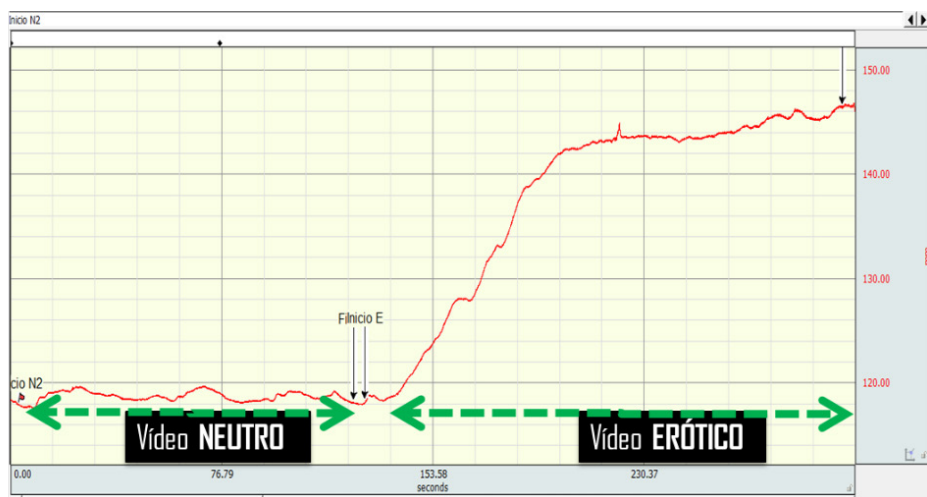
*Medición de cambios de circunferencia:* Esta técnica fue desarrollada por Barlow, Becker, Leitenberg y Agras (1970). Para ello, utilizaron un calibrador electromecánico formado por dos muelles en forma de arco unidos por dos sensores mecánicos. Estos muelles se flexionan cuando el pene cambia de circunferencia, produciendo cambios en su resistencia que se registran por medio de un circuito a un polígrafo. Este dispositivo proporciona una medida sensible. Al no envolver completamente el pene es susceptible a los artefactos de movimiento por ello no se recomienda su uso en la evaluación de la tumescencia peniana nocturna (Janssen, 2002). En esta línea se encuentra otro medidor de tensión desarrollado por Fisher et al. (1965). Este instrumento está formado por un tubo delgado y hueco de látex o silicona que contiene un medio conductor (mercurio, indio o galio; Figura 3) (Richards, Bridger, Wood, Kalucy & Marshall, 1985). El tubo es considerablemente elástico y su expansión (aumento de longitud) como resultado de la tumescencia del pene provoca el aumento de la resistencia eléctrica del medio conductor. Estos cambios de resistencia se manifiestan en diferencias de voltaje por un circuito y son registrados en un polígrafo (Figura 4). En experimentos se suelen emplear vídeos con contenido sexual explícito y vídeos de contenido neutral como imágenes de la naturaleza, asimismo en ocasiones los vídeos pornográficos son diferentes en función del sexo del participante (Sierra, Granados, Sánchez-Fuentes,

Moyano y López, 2015). Se pueden encontrar variaciones de este dispositivo (Karakan, 1969; Joavanovic, 1967), siendo una de las más relevantes la realizada por Bancroft, Jones y Pullan (1966), donde el dispositivo se ajusta al tamaño del pene (Sierra y Buela-Casal, 2004).



**Figura 3.** Medidor de cambios en la circunferencia peniana.

**Fuente:** Imagen utilizada con el permiso del Laboratorio de Sexualidad Humana del Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento de la Universidad de Granada (España).



**Figura 4.** Registro del cambio en la circunferencia peniana durante estímulos neutros y eróticos.

**Fuente:** Imagen utilizada con el permiso del Laboratorio de Sexualidad Humana del Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento de la Universidad de Granada (España).

*Medición de cambios en la circunferencia y rigidez:* El fisiógrafo más relevante de esta sección es el denominado RigiScan (Bradley, Timm, Gallagher & Johnson, 1985). Este dispositivo mide la tumescencia y rigidez del pene durante la flacidez y erección; es una herramienta muy utilizada en el diagnóstico diferencial de disfunción eréctil y psicógena (Pérez, Vargas y Cisneros, 2005). De esta forma, evalúa la circunferencia del pene en intervalos de 15 segundos y la rigidez en intervalos de 30 segundos siempre que esta haya incrementado un 20%.

## EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA GENITAL DE LA MUJER

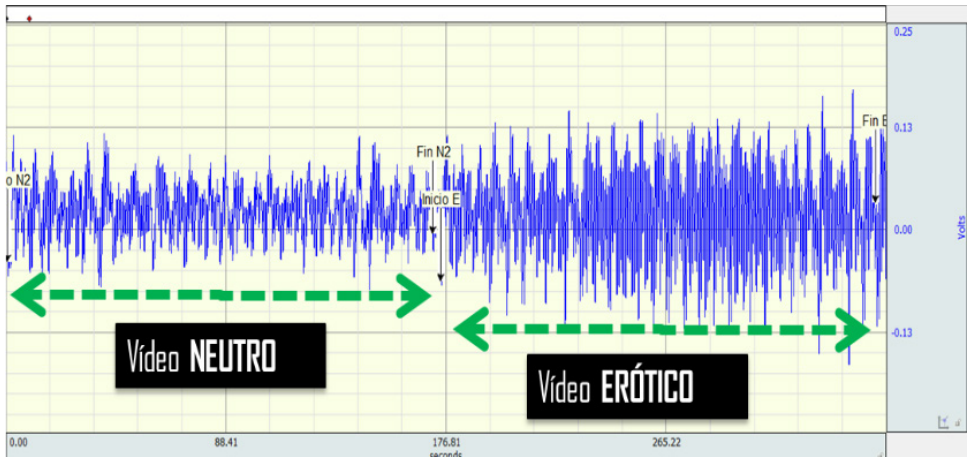
Los métodos más utilizados para medir la respuesta genital en la mujer se pueden dividir en tres grupos: (1) valoración de la vasocongestión genital, (2) registro de la temperatura vaginal, y (3) medida de la tensión del músculo pubococcígeo (Sierra y Buela-Casal, 2004).

*Vasocongestión vaginal:* Para evaluar la vasocongestión vaginal se utiliza un dispositivo basado en metodología fotométrica desarrollado por Sintchak y Geer (1975) y mejorado por Hoon, Wincze y Hoon (1976). El denominado fotopletismógrafo posee la forma de un pequeño tampón menstrual, en este caso, de plástico acrílico transparente, fácil de insertar y estéril (Figura 5; Laan y Everaerd, 1998). En su interior contiene una fuente de luz infrarroja. Esta luz puede reflejarse o traspasar tejidos dependiendo de la opacidad de los mismos. Esta opacidad de los tejidos vaginales será mayor cuando aumente el volumen de sangre en la vagina (Laan y Everaerd, 1998). Por tanto, a medida que ocurre la vasocongestión vaginal, hay un mayor reflejo de luz en los tejidos que es recogida por una célula fotosensible insertada en el mismo instrumento (Levin, 1992). De esta forma se obtienen dos señales: (a) volumen de sangre vaginal y (b) amplitud de pulso vaginal. La primera de ellas es una señal de corriente continua que representa la cantidad total de sangre (Hatch, 1979). La segunda señal es de corriente alterna y muestra una onda de pulso vaginal gracias a la luz reflejada en los tejidos de la vagina pertenecientes a cada latido del corazón, significando las amplitudes de pulso mayores un nivel más alto de vasocongestión (Figura 6; Janssen, 2002; Laan y Everaerd, 1998).



**Figura 5.** Fotopletismógrafo vaginal.

**Fuente:** Imagen utilizada con el permiso del Laboratorio de Sexualidad Humana del Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento de la Universidad de Granda (España).



**Figura 6.** Registro del cambio en la amplitud de pulso vaginal durante estímulos neutros y eróticos.

**Fuente:** Imagen utilizada con el permiso del Laboratorio de Sexualidad Humana del Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento de la Universidad de Granda (España).

*Temperatura vaginal:* Después del fotopletismógrafo, la segunda medida fisiológica más utilizada para evaluar la respuesta genital en la mujer es la termografía, siendo el instrumento más usado el termistor labial (Chivers, Seto, Lalumière, Laan & Grimbo, 2010). Este termistor se coloca en los labios menores con el fin de evaluar los cambios térmicos de la piel durante la vasocongestión genital (Chivers et al., 2010). En este sentido, se ha podido observar que la temperatura labial aumenta ante la exposición a estímulos sexuales. Otros sistemas utilizados para la evaluación de la temperatura genital son los diafragmas térmicos colocados en las paredes laterales de la vagina y los termistores fijados al clítoris o al músculo pélvico (Chivers et al., 2010).

*Tensión pélvica:* Otra forma de medir la respuesta sexual de la mujer es por medio de un sensor electromiográfico insertado en músculo pubococcígeo el cual rodea la entrada vaginal (Sierra y Buela-Casal, 2004).

Cabe mencionar la existencia de otros sistemas de evaluación psicofisiológica de la respuesta sexual (Sierra y Buela-Casal, 2004). Así, se pueden encontrar medidas de la activación cortical ante estímulos sexuales (Chivers, 2017) como la actividad electroencefalográfica espontánea y potenciales evocados (Hernández-González, Guevara & Ágmo, 2014; Sánchez, Godino y Oliviero, 2010) y la activación autonómica como la tasa cardíaca, respuesta eléctrica de la piel, temperatura corporal, entre otras (Littler, Honour & Sleight, 1974).

## LABORATORIO DE SEXUALIDAD HUMANA

Un laboratorio de sexualidad humana es una unidad donde se investiga de manera psicofisiológica la respuesta y conducta

sexual. De forma general, el laboratorio debe contener al menos dos salas: una de experimentación donde transcurre la experiencia del participante y una sala de control para los investigadores. La sala de experimentación está totalmente insonorizada y preparada para que las condiciones de temperatura, humedad y luz sean las mismas en todas las sesiones experimentales (Janssen, 2002). Cabe mencionar, que el participante durante el experimento está completamente solo para garantizar su intimidad. En esta sala, el participante se sitúa sentado en un cómodo sillón delante de una pantalla donde se presentan los estímulos auditivos y/o visuales (Figura 7). Es importante señalar que los participantes son entrenados para la colocación por sí mismos de los dispositivos genitales con el fin de asegurar una mayor privacidad.



**Figura 7.** Sala experimental.

**Fuente:** Imagen utilizada con el permiso del Laboratorio de Sexualidad Humana del Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento de la Universidad de Granada (España).

La situación experimental debe ser lo más similar posible para todos los participantes. Por ello, el experimentador debe comportarse y dar las instrucciones de la forma más similar posible a todos los partícipes. Un método para que no haya influencia del investigador en las personas que deciden llevar a cabo un experimento de laboratorio es grabar las instrucciones o utilizar un sistema de intercomunicación para leer estas indicaciones, de esta forma además se avala una mayor privacidad y estandarización de los resultados (Janssen, 2002). Asimismo, las condiciones del laboratorio son cuidadas para que sean lo más cómodas y parecidas a una situación real.

Otro aspecto crucial en este tipo de experimentos es la higiene y desinfección de los instrumentos de medida, así como de la sala de experimentación entre cada participante. Muchos laboratorios contienen una estancia equipada para este fin.

## EXAMEN MÉDICO

En ocasiones los trastornos sexuales se deben a causas orgánicas, por lo que los exámenes médicos son necesarios. De modo general el examen médico incluye tres aspectos: el historial médico, el examen físico y los análisis de laboratorio. A través del historial médico se obtiene información sobre enfermedades que pueden afectar a la respuesta sexual. Por ejemplo, enfermedades como la diabetes, hipertensión, enfermedades endocrino-metabólicas, trastornos renales, cardiovasculares, trastornos psiquiátricos, neurológicos pueden causar disfunciones en las diferentes fases de la respuesta sexual. También es necesario obtener información sobre el consumo de fármacos y drogas. A través del examen físico se evalúan los órganos



genitales en primer lugar, así como el sistema nervioso autónomo y neurológico. Respecto a las pruebas de laboratorio estas consisten en la evaluación de las diferentes hormonas (testosterona, prolactina, tiroides, etc.), hemograma, glucemia, lípidos, etc. (Sierra y Buela-Casal, 2004).

## CAPÍTULO 10

### INTERVENCIÓN EN DISFUNCIONES SEXUALES

María de las Nieves Moyano<sup>1</sup>

María del Mar Sánchez-Fuentes<sup>2</sup>

María Reina Granados de Haro<sup>3</sup>

Juan Carlos Sierra<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación, Departamento de Psicología y Sociología, Universidad de Zaragoza (España).

<sup>2</sup> Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Departamento de Psicología, Universidad de la Costa, Barranquilla (Colombia).

<sup>3</sup> Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Enfermería, Universidad de Granada (España).

<sup>4</sup> Centro de Investigación, Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC), Universidad de Granada (España).

La intervención en disfunciones sexuales debe partir, de modo similar a la evaluación realizada, de la dimensión biopsicosocial del individuo, ya que aporta una visión más amplia (Kinsberg et al., 2017). En este sentido, la salud sexual debe abordarse de manera multidisciplinar con profesionales de diferentes campos de formación en sexología (Carvalhoira, 2007). A continuación, se muestra un esquema general de intervención en disfunciones sexuales:

*Entrevista inicial y recogida de información:* Tras la cual existe la posibilidad de derivación a otro profesional –o atención conjunta– según la causa inicial del problema.

*Devolución de diagnóstico:* En el cuál se informa al paciente de las posibles causas de su dificultad, problema o trastorno.

*Propuesta de tratamiento:* En el que se describe en qué consistirá la terapia y se proponen las pautas a seguir según el/los objetivo/s establecido/s.

*Seguimiento de la intervención:* Permitirá considerar cómo avanza el paciente, así como adaptar la intervención según las posibles dificultades encontradas.

*Alta o derivación.*

## PAUTAS GENERALES DE INTERVENCIÓN EN DISFUNCIONES SEXUALES

La intervención o terapia, da comienzo desde la primera toma de contacto con el paciente a través de la entrevista y recogida de información. Sin duda, previa a cualquier intervención, conocer y valorar aspectos psicosociales como la edad del sujeto, su nivel educativo, cultural, valores, religión, entre otros, será fundamental para circunscribir la terapia de manera específica al paciente (Ahrold, Farmer, Trapnell y Meston, 2011; Atallah et al., 2016;

Estill, Mock, Schryer y Eibach, 2018). Como propuesta general de intervención se propone la clasificación realizada por Meana (2012):

- *Evaluar, educar, establecer objetivos y reducir el malestar*

La misión terapéutica inicial consiste en la reducción del malestar y angustia, esclarecer cuál es el motivo de consulta, así como establecer los objetivos que desea conseguir el paciente. Se debe tener en cuenta la dificultad para el paciente de acudir a terapia para hablar de su esfera sexual, por lo que el terapeuta debe facilitar la comodidad para establecer un clima agradable y distendido (Cruz, Greenwald y Sandil, 2017). En este momento, se han de valorar las creencias, conocimiento y expectativas que el propio paciente tiene sobre su problema. Por otro lado, conocer la motivación del paciente para el cambio, así como valorar si está preparado para ello puede facilitar la planificación de la terapia (Prochaska y Prochaska, 1993). Tras un proceso de evaluación completo, y tras la correspondiente devolución de información al paciente, así como la explicación de las posibles causas del problema, se procede a la siguiente fase de intervención, que va dirigida bien a la modificación de factores internos –del sujeto–, bien a la modificación de factores externos o ambientales.

- *Factores internos: Reestructuración cognitiva, regulación emocional*

Esta fase consiste en *reestructurar pensamientos no adaptativos* y regular las emociones que envuelven el malestar o preocupación del sujeto (miedo a ser abandonado, a infidelidad, a no resultar atractivo, falta de amor, pérdida de control...), así como la atribución que realizan de su dificultad (Rowland, Cempel y Tempel, 2018). Por otro lado, es común encontrar ciertos mitos o creen-

cias relacionadas con un patrón “ideal” de cómo debería ser el sexo, existiendo en ocasiones discrepancias dentro de la pareja que dan lugar a conflictos. En esta fase resulta importante el uso de estrategias cognitivas tales como fomentar la imaginación y fantasías sexuales, lo que favorece el deseo y la excitación sexual (Desvarieux, Salamanca, Ortega y Sierra, 2005; Moyano, Byers y Sierra, 2016). En ocasiones, resultará necesario favorecer aspectos como el autoconcepto sexual, facilitando el propio sentimiento de ser deseable (Andersen y Cyranowski, 1995). Algunos autores han llamado a este término “autoestima sexual” (Zeanah & Schwarz, 1996) o recientemente subjetividad sexual (Zimmer-Gembeck & French, 2016), que en ocasiones puede estar relacionado con la imagen corporal, aspecto especialmente relevante en la mujer (Wiederman, 2000; Woertman y Van den Brink, 2012).

En cuanto a la *regulación emocional*, es necesario plantear como objetivo la reducción del malestar y otras estrategias tales como: a) *Consciencia afectiva*. Considerar en primer lugar cómo se sienten en cuanto al problema como paso inicial a su regulación; b) *Modulación emocional y reducción de la ansiedad*: pueden emplearse técnicas de relajación y c) *Aceptación*. Desde las teorías de mindfulness se promueve la reconciliación y aceptación, así como la plena atención en el momento presente, lo que facilita la reducción de las distracciones y de los pensamientos negativos (Brotto 2017; Nobre & Pinto-Gouveia, 2008; Stephenson, 2017).

- *Factores externos: Control de estímulos y activación conductual*

Ciertas modificaciones del *contexto que rodea a la actividad sexual*, así como del estilo de vida que el sujeto o la pareja tengan, pueden suponer mejoras importantes. En ocasiones, aspectos como el cansancio, el estrés o el contexto no propician que se produzca

un encuentro sexual, para el que es necesario un momento y espacio adecuados y favorables (Thomas, Hamm, Hess y Thurston, 2018). De ahí que sea necesario en ocasiones “planificar el encuentro sexual” ya que de manera espontánea puede que este no se produzca. Pese al mito de que “planificar la sexualidad” reduce la “naturalidad o fogosidad” del encuentro (Dune & Shuttleworth, 2009). Por otro lado, ampliar la actividad sexual a un repertorio que no tenga por qué incluir la penetración también suele facilitar que se genere un espacio a la actividad sexual, dejando a un lado la visión “coitocéntrica” de la sexualidad cuya finalidad sea el alcance del orgasmo. Además, introducir elementos que aumenten la erótica de la sexualidad, o que resulten novedosos –generar un ambiente erótico, juegos de roles, juguetes sexuales, etc...– pueden facilitar y enriquecer la actividad sexual.

Al abordar la interacción sexual de la pareja, se debe considerar la dinámica generada entre ambos, su satisfacción con la relación, confianza, intimidad, etc... Igualmente es necesario indicar que no siempre detrás de una vida sexual no satisfactoria se encuentra una pareja infeliz, de hecho “las parejas felices también pueden experimentar dificultades sexuales” (Meana, 2012; p. 61). Si bien, habrá que valorar la interacción entre ambos, sus fuentes de conflictos y cómo los resuelven –culpabilidad hacia la pareja-, las necesidades de intimidad que cada miembro de la pareja sienta tener, sus demandas particulares, así como sus deseos y expectativas particulares. Especialmente en parejas de mayor duración puede ser necesario “reactivar” el deseo, el romanticismo y abandonar ciertas rutinas o patrones que han sumergido a la pareja en la monotonía, siendo difícil salir de este círculo. Por último, la comunicación en la pareja resulta un pilar básico para poder indicar las preferencias sexuales, informando a la pareja de manera honesta, afectiva y respetuosa (Yoo, Bartle-Haring, Day y Gangamma, 2014).

En síntesis, al valorar la sexualidad en pareja, debe considerarse: cómo eran sus relaciones con parejas anteriores, satisfacción con aspectos no sexuales de la relación (afecto, confianza, comunicación...), satisfacción con la “destreza” sexual de la pareja, atractivo físico, discrepancias en el deseo o interés por mantener actividad sexual, en la actividad sexual a desarrollar, atribuciones causales del problema, reacciones ante el problema, existencia de disfunción sexual por parte de la pareja, así como el bienestar en general del mismo. Así mismo, otros aspectos relacionados con el estilo de vida de la pareja tales como: duración de la relación, ser padres, su deseo de ser padres, empleo, roles que desempeñan en el hogar, estado socioeconómico y otras circunstancias de vida ó estresores. Finalmente, conocer cómo viven la dificultad sexual cada miembro de la pareja resulta fundamental en el mantenimiento del mismo, así como en su integración durante las sesiones terapéuticas –individuales y/o en pareja–.

## INTERVENCIÓN EN DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS

A continuación se presentan algunas disfunciones sexuales femeninas y técnicas que se utilizan para intervenirlas.

### *Trastorno de Interés / Excitación Sexual Femenina*

El bajo interés sexual -deseo sexual si consideramos previas denominaciones en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), es la preocupación sexual más prevalente en mujeres (Brotto, 2017). Existe cierta dificultad para generar un diagnóstico considerando unas normas o parámetros sobre lo

que sería un deseo o interés sexual “normal”, ya que en ocasiones la consulta puede venir derivada por la discrepancia existente con la pareja. Si bien, la terapia se centra principalmente en: a) aumentar el valor reforzador de la actividad sexual –placer, satisfacción, aumento de excitación, etc...–, y b) mejorar la calidad de las relaciones sexuales, convirtiendo las relaciones sexuales en una experiencia positiva, de modo que, por reforzamiento positivo se desee nuevamente experimentarla.

Dependiendo de la causa de la disfunción, será necesario dar información al paciente sobre el concepto de sexualidad, sobre los beneficios para la salud, eliminar posibles responsabilidades u “obligaciones” a alcanzar durante la sexualidad, y fomentar el modo para disfrutar del sexo como juego, incidiendo en la importancia del disfrute desde un sano “egoísmo sexual”. A continuación, se detalla una de las técnicas más empleadas, técnica que será indicada también en varones y para otras disfunciones sexuales que requieran de la erotización de todo el cuerpo –evitar el coitocentrismo– y el enriquecimiento de la actividad sexual.

- *Técnica utilizada: focalización sensorial*

Para favorecer la erótica corporal y despertar sensaciones agradables, placenteras y que resultan excitantes. Por lo tanto, se trata de ampliar y cultivar la sensibilidad erótica de toda la piel (Weiner y Avery-Clark, 2017). Para ello se propone:

- Buscar un contexto agradable y cómodo (generar ambiente erótico).
- Colocados ambos desnudos en la cama. Vendar los ojos puede facilitar una mayor atención en los estímulos. Un miembro de la pareja se coloca tumbado boca abajo –rol pasivo– y el otro realizará caricias por todo el cuerpo de la pareja –rol activo–. Las caricias pue-



den realizarse con las manos desde la cabeza hasta los pies. Posteriormente se intercambian los roles. Durante el ejercicio debe practicarse el “sano egoísmo” es decir estar atento en las propias sensaciones, no en las que puede estar percibiendo la pareja.

- Posteriormente se vuelve a hacer el ejercicio tumbados hacia arriba con la prohibición de acariciar zonas erógenas (especialmente genitales), facilitando así la erotización de todo el cuerpo.
- Tras los ejercicios, si ambos lo desean pueden llevar a cabo actividad sexual, con la prohibición de realizar coito.
- Realizar durante al menos 3 veces a la semana.
- Se recomienda hacer uso de un registro o “cuaderno” para anotar qué ha ocurrido, cómo han ido las sesiones, dificultades, sensaciones. Ello facilitará transmitir la información durante las sesiones de intervención con el terapeuta.

Por último, en la misma línea de las intervenciones anteriores basadas en la terapia cognitivo-conductual, que fomentan la mayor atención y concentración en las sensaciones sexuales para convertir la actividad en un acto recompensante que la mujer desee volver a repetir, las técnicas de *mindfulness* están demostrando impulsar el deseo sexual femenino (Brotto, 2017).

### *Trastorno Orgásmico Femenino*

Para abordar este trastorno es necesario profundizar en la pregunta ¿Qué es un orgasmo? Cuando la mujer es consciente de que el orgasmo consiste en un reflejo que se desarrolla en la zona

sacrolumbar, se reafirma la idea de que todas las mujeres pueden llegar a desencadenarlo y conseguirlo. Además de esta información objetiva de qué es un orgasmo, es importante también estimar la sensación subjetiva del mismo, que se configura a través de diversos componentes: sensorial, evaluativo, afectivo y reconfortante (Arcos-Romero y Sierra, 2018).

Parte de la dificultad para desencadenar un orgasmo se deben a: la ausencia dificultad en la excitación, dificultad o miedo a “dejarse llevar” o la no aplicación de una técnica de estimulación adecuada (Laan y Rellini, 2011), probablemente porque la experiencia de aprendizaje a través de la masturbación ha sido estigmatizada por mucho tiempo en las mujeres (Carvalhoira y Leal, 2013). Por tanto, para que se desencadene tal reflejo, son necesarias una serie de condiciones idóneas. De manera orgánica, ciertas lesiones, enfermedades o presencia de trastornos del estado de ánimo pueden dificultar esta respuesta. Centrándonos en la intervención desde el componente psicológico, deben darse los siguientes aspectos:

- *Orientada a la Cognición*

*Estímulos sexuales:* A través de las fantasías sexuales o tener la mente “en clave erótica”, disfrutando de los pensamientos sexuales que resulten placenteros durante la actividad sexual, desarrollar plena consciencia sobre la estimulación sexual y los cambios corporales experimentados, facilitando así la predisposición al disfrute y la atención plena en el momento presente. De este modo, la información que recibimos se “erotiza” facilitando así la respuesta sexual. Así mismo, abrir los sentidos a los estímulos sexuales (atractivo de la pareja, cuerpo, olor, caricias...).

*Dejarse llevar y “sano egoísmo sexual”:* No centrarse en lo que uno realiza a la pareja, sino centrarse también en las que recibe de su pareja. Evitar el hipercontrol y el denominado “rol del espec-

tador”<sup>1</sup>. Por ello es importante valorar en la paciente ¿Qué es/ considera que sería lo positivo de tener un orgasmo? ¿y lo negativo? ¿Qué te pasaría si tuvieras un orgasmo? ¿Qué consecuencias tendrías si tuvieras un orgasmo?

- *Autoconocimiento y técnica de masturbación*

El orgasmo se desencadena tras la aplicación de una técnica o estimulación adecuada. Para ello, es necesario el propio autoconocimiento corporal. En este sentido, se recomienda el reconocimiento visual a través de la “técnica del espejo”, por la que la paciente se coloca frente al espejo para visualizar su cuerpo al completo. Tras ello, debe anotar cómo se siente con su cuerpo, lo que le guste, lo que no le guste y anotar las emociones experimentadas. Se abordará en terapia la valoración y aceptación de su cuerpo. Posteriormente se recomendará la visualización y exploración de sus genitales, para las que previamente se le enseñará en sesión imágenes sobre genitales, descripción de cada una de sus zonas, funcionamiento, etc. Se recomiendan seguir los siguientes pasos de “*desensibilización masturbatoria*” de **Lobitz y LoPiccolo (1972)** extraído de **Sierra y Buela-Casal (2004)**, que serán realizados progresivamente a través de diversas sesiones:

- Estando desnuda (generalmente recostada en una postura cómoda en la cama), realizar examen corporal incluyendo los genitales. Realizar los ejercicios del músculo pubococigeo (PC) o “ejercicios de Kegel” –descritos más adelante–.

---

<sup>1</sup> Rol del espectador es definido por **Masters y Johnson (1970)** como la conducta de auto-evaluación de la propia ejecución durante la interacción sexual, y que suele producir sentimientos de ansiedad (“ansiedad de ejecución”).

- Exploración genital visual y táctil sin buscar excitación sexual.
- Exploración genital visual y táctil para localizar las zonas más placenteras.
- Estimulación manual de las zonas genitales más placenteras hasta llegar al orgasmo.
- Si no se llega al orgasmo en el paso anterior, se aumenta la duración y la intensidad de la masturbación.
- Si no se llega al orgasmo en el paso anterior, se intenta conseguir el orgasmo con la ayuda de un vibrador. En este punto, se puede incluir la “simulación”, es decir que la paciente “simule” tener un orgasmo a través de golpear realizar movimientos de su pelvis hacia arriba y hacia abajo, acompañándolos de jadeos y gemidos.
- Una vez conseguido el orgasmo a solas, se masturba delante de su compañero sexual.
- El hombre estimula a su compañera del mismo modo que ella lo hizo en pasos anteriores.
- Una vez conseguido el orgasmo, durante el coito el hombre estimula manualmente o con un vibrador los genitales de su compañera hasta el orgasmo.
- *Técnicas de relajación corporal y pélvica*

En ocasiones en las que la mujer experimenta tensión y rigidez, es necesario introducir técnicas de relajación, tales como la desensibilización sistemática de Jacobson para facilitar la relajación del cuerpo y/o ejercicios específicos centradas en la relajación del músculo PC a través de los ejercicios de Kegel que consisten en:

- Localizar el músculo PC: durante la micción, intentar cortar el flujo en varias ocasiones. Este músculo encargado de cortar la micción es el músculo PC.
- Se debe contraer y relajar de 10-15 veces (3 veces al día). Se puede aumentar progresivamente el número de veces. Además, estos ejercicios se pueden realizar en cualquier momento del día.

Entre sus funciones se destacan: a) sensibilizar la zona genital, pues son músculos que se contraen involuntariamente al alcanzar el orgasmo. Cuanto más tonificados, mayor es la sensación de placer; b) permiten el control de las paredes vaginales, favoreciendo la capacidad de sujetar y presionar el pene; c) fortalecen el suelo pélvico y ayudan a prevenir la incontinencia urinaria.

### *Trastorno por Penetración / Dolor Genito-Pélvico*

Este trastorno se define por la ocurrencia de contracción involuntaria de los músculos que rodean la vagina impidiendo la penetración, produciendo en algunos casos sensación de dolor, según DSM-5 (APA, 2013). Tras descartar posibles causas orgánicas (derivación a ginecología), según las posibles causas por las que se haya producido el trastorno, deberá tenerse en cuenta el abordaje de alguno/s de los siguientes puntos.

- *Experiencias previas de dolor*

Generalmente existe el miedo de que la penetración duele. Esto puede deberse a experiencias previas relacionadas con la penetración y el dolor. Una de las causas más comunes de este aprendizaje ha podido producirse en las primeras experiencias durante la adolescencia con la inserción de un tampón, generando

así un aprendizaje negativo sobre el mismo y a confirmar la expectativa negativa (Reissing, 2009). Otros han podido derivarse de las primeras experiencias sexuales desagradables, así como experiencias traumáticas –abusos sexuales–, por lo que será necesario también el abordaje con un psicólogo específico. Son en estas situaciones donde hay una predisposición hacia el dolor, y por tanto un estado de alerta ante el mismo cuando durante la penetración, y debido al miedo, el músculo PC se contraiga, dando lugar por tanto a la aparición de dolor durante la penetración, por lo que el círculo de aprendizaje se cierra a través de este reforzamiento positivo.

- *Conocimiento de la vagina y músculo PC*

Por tanto, será importante trabajar con la paciente en aspectos psicoeducativos e información sobre la propia anatomía de la vagina, indicando que esta es un músculo flexible que se adapta. Puede ser de utilidad para transmitir esta idea, mostrarle cómo está la vagina cuando está relajada, como un músculo flexible que se adapta, si bien cuando hay miedo, este músculo se contrae, cerrándose y generando por tanto que la penetración cause dolor. La terapia se centra en relajar por tanto este músculo a través de los ejercicios de Kegel. La lubricación podría facilitar también la entrada del pene.

## INTERVENCIÓN EN DISFUNCIONES SEXUALES MASCULINAS

A continuación se presentan las disfunciones sexuales masculinas y técnicas utilizadas para intervenirlas.

### *Deseo Sexual Hipoactivo*

En primer lugar, será necesario hacer uso de estrategias que permitan reducir las posibles causas del mismo, profundizando en cuestiones como la relación de pareja, los estresores por los que puede estar pasando el sujeto, entre otros aspectos circunstanciales. Nótese también que, en ocasiones, el bajo deseo sexual puede ser, en varones, consecuencia de alguna otra dificultad o disfunción como puede ser la disfunción eréctil, así como deberse a sentimientos de ansiedad de ejecución entre otros (Carvalho y Nobre, 2011). De ahí, que, tras convertirse la actividad sexual en pareja en una situación de ansiedad o miedo, este pierda el interés por volver a tenerla. Así mismo, deberá valorarse si su bajo deseo sexual se relaciona con la actividad sexual en pareja o también para la masturbación en solitario. Tal distinción es necesaria para valorar las causas y por tanto, qué intervención debe realizarse. Tras esta visión general, podrá plantearse una intervención dirigida a enriquecer las relaciones sexuales y convertirlas en una experiencia positiva. Para ello se recomienda la técnica de “focalización sensorial” explicada previamente.

### *Disfunción Eréctil*

La influencia de causas orgánicas en la disfunción eréctil es importante, si bien gran parte de las dificultades –especialmente en varones jóvenes–, suele relacionarse con aspectos psicológicos. De ahí, que una de las cuestiones claves a abordar durante la sesión inicial sea si se trata de una dificultad que ocurre en todas las situaciones o solo en algunas –generalmente en presencia de la pareja-. Que el paciente conozca cómo se produce la erección es importante para adquirir control sobre la misma. En concreto, la erección del pene puede provocarse desde centros supraespinales, siendo el

sistema nervioso parasimpático el encargado de facilitar la vasodilatación y desencadenar la erección (Navarro, 2002). La dificultad tiene lugar cuando el sujeto experimenta ansiedad, lo que activa el sistema nervioso simpático, inhibiendo así la erección. De ahí la importancia de estados de relajación y calma para conseguir la erección. La intervención podrá constar de los siguientes elementos:

- *Técnicas orientadas a lo cognitivo*

A través del *entrenamiento de las fantasías* y pensamientos sexuales a través del uso de libros o películas que sean de interés erótico para el sujeto.

*Reducción del rol del espectador y por ende de la actitud ansiógena:* El paciente está más alerta de su propia respuesta y ejecución sexual y se “desdobla” actuando como un “vigilante externo” que monitorea lo que ocurre. Para superar el “rol del espectador” es necesario practicar el “sano egoísmo”, dejar de auto observarse a través de estrategias de reestructuración cognitiva, y facilitar la atención plena en el propio deseo y disfrute.

*Focalización sensorial:* Esta técnica se aplica como se explicó previamente, en este caso orientada a hombres.

*Técnica del espejo:* Tiene como objetivo un reconocimiento del propio cuerpo y a la vez el establecimiento de un diálogo positivo entre nosotros y nuestro cuerpo. Consiste también en ser capaces de aprender a valorar cada parte del cuerpo desde su funcionalidad. Para ello, deberá verse ante el espejo el cuerpo entero, y observar detenidamente cada parte del cuerpo (del cabello a los pies), reflexionando sobre aquellas partes que le gustan/no le gustan y por qué. La importancia de esta técnica vendrá al obtener feedback ante el terapeuta, quien deberá abordar las ideas del paciente en cuanto a su propio cuerpo. También en mujeres con poca autoestima o satisfacción con su imagen corporal.



## *Eyacuación Precoz*

Aunque forma parte de la fase del orgasmo, la intervención se centra en la fase de excitación. En cuanto a la eyacuación precoz, resulta difícil valorar que supone eyacular “precozmente”, ya que no existe un parámetro ideal del tiempo que debe tardarse ni desde qué momento iniciar ese “cronómetro”. Si bien, los objetivos principales de la terapia se centrarán principalmente a que el paciente aprenda a detectar sus sensaciones y adquiera control sobre las reacciones previas a que se desencadene el reflejo eyaculatorio. En ocasiones, ha podido existir una experiencia de aprendizaje durante la adolescencia en situaciones donde existía riesgo de “ser pillado”, dando así una respuesta más rápida de lo deseada.

Además de iniciar la intervención terapéutica a través de la psicoeducación y explicando la respuesta sexual humana en varones y mujeres, así como en sus diferencias y posibles disincronías en la excitación durante la actividad sexual. Otras falsas creencias o mitos arraigadas en varones en el que se equipara la duración de la relación sexual con calidad de la misma. Existen diversas pautas y modelos de intervención, en concreto:

Que la pareja sexual tenga primero el orgasmo y después él. Ello permite *disminuir la ansiedad*, al dejar a un lado el miedo de eyacular antes de lo deseado.

*Focalización sensorial*: Indicado especialmente en relaciones sexuales basadas en el coito, para facilitar la erotización del cuerpo.

*Métodos de aprendizaje para controlar la eyacuación*: Centrada en fomentar la consciencia sobre las sensaciones de inminencia eyaculatoria. La eyacuación difícilmente puede controlarse ya que se trata de un reflejo, si bien se establecerá como objetivo el control sobre las sensaciones previas. En concreto, las técnicas que se describen a continuación.

- *Técnica de parada y arranque*

Consiste en la estimulación del pene por parte de la pareja hasta que el paciente experimente las sensaciones premonitorias de la eyaculación (sensación de inminencia eyaculatoria).

- Para ello, se suspende la estimulación hasta que las sensaciones premonitorias desaparecen, lo que suele ocurrir en varios segundos. Posteriormente, se reanuda la estimulación hasta que vuelven las sensaciones y se interrumpe nuevamente.
- Se repite hasta 3 veces, permitiendo la eyaculación en la cuarta ocasión.
- Tras conseguir controlar de este modo los ejercicios, se podrá realizar durante el coito (coito no exigente, es decir sin aspirar a la consecución de orgasmo).
- Una vez conseguido el control durante el coito, realizar los ejercicios en diversas posiciones coitales.

Se recomienda combinar la técnica con la técnica de “focalización sensorial” –descrito previamente–.

- *Técnica del pinzamiento*

Se instruye a la pareja acerca del uso de la técnica:

- Sujeto yace boca arriba, desnudo, la pareja también y esta se sienta frente a él, con las piernas entre las suyas, y empieza a estimularle el pene hasta que él siente la inminencia eyaculatoria.
- Él debe avisar a su pareja realizando la señal que hayan establecido previamente.

- Ella, comprime fuertemente el pene por debajo del anillo del glande.
- Cuando el pene pierde consistencia, ella reanuda estimulación e interrumpe comprimiendo cuando él avise de nuevo.
- Repetir procedimiento varias veces antes de la eyaculación.
- Incorporar progresivamente coito, en el que la mujer se posiciona encima (cuando este avisa que va a eyacular, ella retira pene de vagina y le comprime en el glande o en la base, hasta que pierda parcialmente la erección).
- *Método variante de Kaplan*

De modo similar a la “técnica de parada y arranque”, consiste en la detección de las señales de inminencia eyaculatoria, a través de observar cuándo y cómo las sensaciones van apareciendo cuando la pareja estimula el pene en erección y cómo desaparecen cuando pausa la estimulación (repetir 3 veces y permitir eyaculación). Tras reconocer las sensaciones de inminencia eyaculatoria, se deben repetir los ejercicios con las manos lubricadas (se puede realizar uso de un masturbador masculino). Posteriormente, se pone en práctica durante coito (no exigente), usando la técnica de parada y arranque (3 veces).

- *Método combinado*

Incorpora los principios de la “técnica de parada y arranque” de forma combinada con el uso de la “focalización sensorial”, realizándose tras la focalización sensorial, los ejercicios de “parada y arranque”.

### *Eyaculación Retardada*

Si se descartan como causa los motivos relacionados con la edad, consumo de sustancias que puedan alterar la erección y/o eyaculación, así como otras causas orgánicas, en estos casos, suele existir un alto nivel de control sobre uno mismo, así como sentimientos de vergüenza y/o culpabilidad o ansiedad de ejecución. Debe considerarse por tanto la personalidad, sentimientos del sujeto, así como su dificultad para “dejarse llevar”. En general, la terapia debe centrarse en la relajación a través de la “desensibilización sistemática” y la “focalización sensorial”. Por otro lado, es posible que las técnicas para conseguir la eyaculación no sean las adecuadas, por lo que debe valorarse cuál es/sería el método más eficaz para que el paciente consiga la eyaculación. En este sentido, algunos varones han podido establecer un patrón específico de masturbación diferente al que se desarrolla posteriormente durante la actividad sexual en pareja (Perelman, 2004). Es probable que deban abordarse los elementos que resulten ansiógenos al paciente, así como trabajar el “darse permiso” para disfrutar y para enriquecer sus fantasías sexuales. Finalmente, podrá profundizarse en los sentimientos y consecuencias asociadas a la eyaculación y tras ello establecer objetivos terapéuticos específicos según la causa de la disfunción.

## CAPÍTULO 11

### EVALUACIÓN PSICOLÓGICA FORENSE EN DELITOS SEXUALES

Milena Martínez Rudas<sup>1</sup>

Nathalia Quiroz Molinares<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Departamento de Psicología, Universidad de la Costa, Barranquilla (Colombia).

## CONTEXTO LEGAL DE LOS DELITOS SEXUALES. JURISPRUDENCIA INTERNACIONAL Y NACIONAL

El concepto de delito involucra la idea de un error público en lugar de un error privado con la consecuente intervención entre el criminal y la parte perjudicada por una agencia representando a la comunidad como un todo (Sánchez, 2014). El crimen, es entonces la comisión de un acto considerado socialmente dañino, peligroso y la razón para hacer cualquier acto dado un crimen es la lesión pública que resultaría de su participación frecuente. La sociedad, por lo tanto, toma medidas para su prevención prescribiendo castigos específicos por cada delito (García-Castro y Barrantes, 2016). En Colombia, el abuso sexual representa un delito tipificado el Código Penal (Ley 599, 2000) contenido en el capítulo de los delitos Libertad, Integridad y Formación Sexuales.

El abuso sexual puede definirse como cualquier acción que presiona o coacciona por medio de la fuerza o amenaza de fuerza a alguien a hacer algo sexualmente indeseado. El abuso sexual es entonces, un acto sin consentimiento mutuo y de naturaleza coercitiva (Tabares et al, 2016).

Las leyes sobre los delitos sexuales son complejas. La violación se originó históricamente como un crimen contra la propiedad, no como un crimen contra una persona. Como tal, el delito estaba relacionado con los derechos de herencia patriarcal y la capacidad reproductiva de una mujer y, por lo tanto, se limitaba a un crimen contra las vírgenes solteras e incluía solo la penetración

vaginal forzada (Gómez y Juárez, 2014). Estas leyes han evolucionado y los estatutos que conforman las leyes actuales sobre violación y agresión sexual; En la actualidad conductas como actividad sexual sin penetración, negarse a usar condones o restringir el acceso de alguien al control de la natalidad, contacto sexual con alguien que está ebrio, drogado, inconsciente o incapaz de dar una información clara e informada, gama de penetraciones, incluida la penetración de la vagina, el ano o la boca, y con el pene, la lengua, los dedos u otro objeto con el propósito de la excitación sexual o la degradación, son considerados abusos (Mejía, Bolaños y Mejía, 2015).

En el ámbito internacional, es posible encontrar diferentes declaraciones, pactos y políticas con enfoque de Derecho para casos de violencia sexual en todas sus ramificaciones, dentro de los cuales encontramos a la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU (1948) en el artículo 2 y 7, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de la ONU (1966b), en su preámbulo y artículo 26, el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU, 1966a), la Convención Interamericana de Derechos Humanos (ONU, 1972), en su artículo 1 y 2, la Declaración y Programa de Acción de Viena (ONU, 1993a), la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo (ONU, 1994), la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989), y la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia (ONU, 2002).

Dentro del panorama jurisprudencial a nivel nacional, se hallan además de lo contemplado en el Código penal, leyes que han modificado algunos artículos del código penal relativos a este tipo de delito, tales como: la Ley 1236 (2008) por medio del cual se modificaron algunos artículos del Código Penal relativos a Delitos de Abuso Sexual; la Ley 1257 (2008) que dicta las normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres; la Ley 1329 (2009) por medio

de la cual se modifica el Título IV de la **Ley 599 (2000)** y se dictan otras disposiciones para contrarrestar la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes.

## EVALUACIÓN PSICOLÓGICA FORENSE EN CASOS DE ABUSO SEXUAL EN ADULTOS

La evaluación psicológica forense, está diseñada para apoyar o refutar objetivamente una hipótesis sobre el presunto abuso y para responder preguntas psico-jurídicas relevantes con el objetivo de ayudar al proceso legal. A diferencia de la evaluación en clínica, en donde el trabajo es ayudar al cliente o al paciente en un ámbito terapéutico, esta evaluación busca ayudar al sistema legal en la búsqueda de la justicia (**Jiménez, 2013**).

Cuando una alegación de abuso sexual se refiere a servicios judiciales, y la presunta víctima es remitida a evaluación psicológica, la entrevista forense corresponde a la principal técnica evaluativa en la peritación. El objetivo de la entrevista forense es determinar si el abuso ha ocurrido o no de una manera objetiva y legalmente defendible. De acuerdo con **Newlin et al. (2015)**, una entrevista forense es un método legalmente sólido para reunir información objetiva respecto a las denuncias de abuso o exposición a la violencia sexual. Esta entrevista debe ser realizada por un profesional neutral capacitado y competente que utiliza técnicas de investigación y que posea amplia experiencia. Tal como lo solicita la Guía para la realización de Pericias Psiquiátricas o Psicológicas Forenses en Adultos víctimas de Delitos Sexuales del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en su última versión (**INMLCF, 2013**), se pretende determinar:



El estado mental antes, durante y después de los hechos con el fin de orientar a la autoridad sobre el uso de violencia psíquica durante los hechos, si la víctima estaba o fue puesta en condiciones que le alteraran, o no, su capacidad de comprender y/o consentir, y si existen alteraciones que puedan ser consideradas como consecuencia de los hechos investigados (p. 26).

Ahora bien, el tipo de entrevista más utilizado en la evaluación psicológica forense es la Entrevista Cognitiva (EC), con el propósito de obtener información fáctica de eventos que pueden ocultarse o presentarse tan infrecuentemente como para hacer que la observación directa no sea viable, un problema particularmente agudo en delitos sexuales (Milne, Sharman, Powell & Mead, 2013). En este sentido, las técnicas de entrevista deben permitir el recuerdo válido y confiable de la experiencia, por tal motivo, la Entrevista Cognitiva (EC), ayuda al entrevistado a reconstruir mentalmente los contextos físicos (externos) y personales (internos) que existían en el momento del delito (Urrutia, Barrios, Gutiérrez y Mayorga, 2014).

El entrevistador puede ayudar a los testigos a recrear el contexto pidiéndoles que formen una imagen o impresión de los aspectos ambientales de la escena original (por ejemplo, la ubicación de los objetos en una habitación), para comentar sus reacciones y sentimientos emocionales (sorpresa, enojo, etc.), en ese momento, y para describir cualquier sonido, olores y condiciones físicas (calientes, húmedas, con humo, etc.) que estaban presentes.

De acuerdo con el principio de especificidad de la codificación, un indicio será eficaz para recuperar información en la memoria en la medida en que se codificó específicamente con la información que se recuerda. Por lo tanto, aumentar la superposición entre el contexto de prueba y el contexto de adquisición (es decir, resta-

blecimiento contextual) asegurará la operación de señales de recuperación efectivas y maximizará la recuperación de memoria. La entrevista cognitiva en su forma original, conlleva 4 pasos fundamentales que el perito debe seguir con el fin de obtener la mayor y más veraz información posible, estos pasos son: la reconstrucción de contextos, el recuerdo libre, cambio de perspectiva y recuerdo en orden inverso (Arce y Fariña, 2012).

La aplicación de test psicométricos queda a disposición del evaluador, ya que, de acuerdo a su experticia, este puede decidir si la información recolectada hasta el momento de la entrevista es suficiente para determinar el estado mental previo, durante y posterior del abuso sexual. Ahora bien, es importante resaltar que, a partir de una buena entrevista, el psicólogo que funge como perito puede determinar la huella psicológica y huella de memoria de la víctima. La huella psicológica es aquella afectación y daño mental duradero a causa de la experimentación del hecho traumático o del delito, en este caso el sexual (Arce y Fariña, 2005a). Y que en la psicopatología clínica corresponde al Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT).

La huella psicológica conlleva 3 fases vivenciales en las víctimas: (1) enturbiamiento de la conciencia o incredulidad ante los hechos vividos, (2) aceptación de los hechos y por ende la vivencia de sentimientos de rabia, culpa, dolor, etc., (3) re-experimentación de los hechos vividos ante cualquier estímulo que evoque lo sucedido. Lo anterior se plantea, ya que se ha demostrado que el abuso sexual tiene efectos emocionales y físicos duraderos independientemente de la edad en que se produjo el trauma (Arce y Fariña, 2005a). Los sobrevivientes de abuso sexual a menudo internalizan sus síntomas que pueden llevar al sufrimiento de enfermedades mentales. Además, según Guerra y Farkas (2015) después del abuso sexual, las víctimas suelen tener dificultades para confiar en las relaciones de pareja, presentan baja autoestima, desembocan problemas sexuales y altas tasas abuso de sustancias psicoactivas.

Ahora bien, la huella de memoria corresponde a la evocación de los recuerdos de los hechos vividos en la declaración dada por la presunta víctima, buscada principalmente con la Entrevista Cognitiva (EC), expuesta con anterioridad, ya que la revelación de un supuesto abuso ciertamente va a involucrar memoria porque la víctima estará informando sobre los eventos que ocurrieron en el pasado (Arce y Fariña, 2005a). Es importante entender que los recuerdos no son reproductivos. En otras palabras, las personas deben armar recuerdos en lugar de simplemente recordar el equivalente de una fotografía o video mental que retrata con precisión la realidad de un momento histórico. El estado emocional en el momento del evento también influye en la codificación. Durante un evento traumático, puede ocurrir una codificación limitada de los detalles, esto se debe a que el foco está en los elementos más destacados de la situación vivida (Velázquez, Delgadillo y González, 2013).

Por lo general un caso de abuso sexual deja poca evidencia en la escena delictiva. Para garantizar la credibilidad de los testigos, los tribunales usualmente confían en dos resultados de pruebas: el examen médico-forense y el resultado de la evaluación de la veracidad o credibilidad de testimonio de la presunta víctima (Estrada, 2015; Arce y Fariña, 2014). Es por esto, que los investigadores Arce y Fariña (2005b), diseñaron un protocolo para la detección del engaño y la mentira, conocido como el Sistema de Evaluación Global (SEG). Este protocolo también evalúa la huella psicológica de la presunta víctima ante los hechos traumáticos experimentados; el sistema cuenta con 9 fases que el psicólogo perito debe seguir para poder llevar a cabo la evaluación lo más veraz posible, estos pasos son:

1. *Obtención de la declaración:* El evaluador, le pide a la presunta víctima que relate los hechos de acuerdo con su estado mental actual lo cual comprende sus pensamientos y conductas, con el estado mental antes de la

experimentación del evento traumático o delito. Así mismo, en esta etapa el evaluador debe tener en cuenta si la víctima es adulto, niño, niña o adolescente o se trata de una persona con discapacidad para el uso de la técnica de evaluación más fiable según el caso, las cuales corresponden a la Entrevista Cognitiva Mejorada para menores de Fisher y Geiselman (1992), el Memorandum de Buenas Prácticas de Bull (1997), la Entrevista Forense a Discapacitados de Arce, Novo y Alfaro (2000) y la Entrevista Clínico-Forense de Arce y Fariña (2001).

2. *Repetición de la obtención de la declaración:* Se evalúa a la presunta víctima en más de una ocasión, con el propósito de poder analizar la consistencia de la declaración inicial por medio de una narración libre en donde pueda evocar recuerdos. Dando como resultado, que el evaluador pueda analizar material contradictorio entre declaraciones.
3. *Contraste de las declaraciones recabadas en el proceso judicial:* Se analiza el valor de la validez de las declaraciones, tomando en consideración que es posible encontrar expresiones dentro de las declaraciones y no hechos concretos, sin que estas tengan mayor relevancia en la aceptación de la declaración.
4. *Análisis de contenido de las declaraciones referidas a los hechos:* Se analiza el contenido de las declaraciones referidas a los hechos a partir del protocolo SAV y el Análisis de Contenido Basado en Criterios CBCA. Teniendo en cuenta las operaciones cognitivas del Control de la Realidad o Real Monitoring de Johnson y Raye (1981).

5. *Análisis de la fiabilidad de las medidas*: Se analiza la consistencia inter- e intra-medidas, inter-evaluadores e inter-contextos. A partir de la evaluación pericial por parte de otro perito externo, con el fin de poder compararlas y obtener mayor fiabilidad en los resultados. Estas evaluaciones deben tener al menos el 80% de las categorías con resultados comunes.
6. *Medida de las secuelas clínicas del hecho traumático*: Se evalúa el posible daño psíquico de la presunta víctima a causa de los hechos vividos. Teniendo en cuenta la sintomatología del Trastorno por Estrés Posttraumático y sus medidas indirectas, el asilamiento e inadaptación social.
7. *Evaluación de las declaraciones de los actores implicados*: Se evalúa el análisis de contenido en las declaraciones del presunto agresor, con el fin de que el perito pueda analizar tanto la versión de la presunta víctima y como del presunto victimario.
8. *Análisis de la personalidad y capacidades de los actores implicados*: Esta etapa comprende la evaluación psicométrica a partir de la aplicación del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota MMPI y la entrevista clínica forense en narración de recuerdo libre al presunto agresor.
9. *Implicaciones para la presentación del informe*: Los autores del protocolo SEG proponen dar medidas de respuesta sujetas a error, tales como “probablemente cierto”, “probablemente no cierto” e “indeterminado” en el informe, así como evitar describir textualmente frases dichas por el evaluado, sino analizar la declaración en conjunto.

Concluyendo entonces, que el Sistema de Evaluación Global (S.E.G) es una herramienta forense válida para la evaluación de las declaraciones verdaderas de las falsas hechas por denunciantes de abuso sexual. Ya que contiene una serie de criterios que permite la verificación de la validez, como las características individuales del evaluado (por ejemplo, sugestionabilidad), la calidad de la entrevista realizada, posibles motivaciones para hacer acusaciones falsas, y las circunstancias específicas del caso (es decir, la coherencia de las pruebas como un todo), entorno familiar, relaciones sociales, entre otras.

El proceso de evaluación psicológica forense en casos de delitos sexuales culmina con la elaboración del informe o dictamen pericial, el cual según investigaciones realizadas por los autores como [Martínez et al. \(2016\)](#), en el 80% de las sentencias judiciales de primera instancia en casos de delito sexual en el Departamento del Atlántico, se menciona la evaluación psicológica forense. Así mismo, el 80% de los jueces al momento de dictar sentencia (absolutoria o condenatoria), tienen en cuenta el concepto dado por el psicólogo forense en su informe para dictar el fallo, lo cual implica que tanto los resultados del informe como la decisión del Juez son concordantes ([Martínez et al., 2016](#)).

Demostrando que la psicología jurídica en función forense puede influir en las decisiones legales de diversas maneras, ya que un sistema legal es necesario para el funcionamiento adecuado de una sociedad, la ley incorpora las teorías del comportamiento; las reglas, los procedimientos y las doctrinas legales que reflejan los supuestos básicos de la naturaleza humana. La psicología puede ayudar a los jueces a tomar decisiones al proporcionar imágenes más precisas de las percepciones y preferencias humanas, pronunciando juicios considerando los aspectos psicológicos de la mente de la víctima y el acusado, asegurando una mayor justicia en su significado real ([Martínez et al., 2018](#)).

## INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CASOS DE DELITOS SEXUALES

En un suceso traumático, como lo son los delitos sexuales existe un componente objetivo (el hecho traumático en sí) y un componente subjetivo (la emoción que origina el hecho). En este sentido las personas que viven dichos hechos tienden a tener reacciones que pueden ser variables de persona a persona. Sin embargo, lo más común es que se desarrolle una emoción negativa frente al hecho acompañada de la incapacidad para afrontar la situación lo que puede generar estados disociativos, ansiedad o depresión (Echeburúa y De Corral, 2007).

Las víctimas de dichos hechos deben dejar de serlo lo antes posible. Una persona identificada como víctima durante un largo periodo de tiempo, prolonga el duelo, dificulta la construcción de planes futuros, hay baja adhesión al tratamiento, entre otras, por esto la importancia de recibir un tratamiento oportuno y a tiempo. Sin embargo, en este punto cabe aclarar que no todas las víctimas van a necesitar de tratamiento psicológico para salir adelante. En muchas ocasiones la recuperación del trauma va a depender del equilibrio psicológico de la persona, el apoyo familiar, contexto social donde se desenvuelve, de la capacidad de centrarse en las demandas de la vida diaria, entre otras (Echeburúa y De Corral, 2007), no obstante para aquellas personas que requieren tratamiento, una intervención psicológica temprana, ayuda a detectar el riesgo en el que se encuentran, evita la agravación de síntomas, y en algunos casos la aparición de los mismos.

En la literatura se han encontrado varias estrategias de intervención exitosa con víctimas de delitos sexuales. Resnick, Acierno, Holmes, Dammeyer y Kilpatrick (2000) evaluaron la efectividad de un programa de intervención breve realizado a víctimas que en

promedio habían vivido el asalto sexual hacía dos semanas. Este estudio arrojó como resultado que los síntomas de Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) era mucho menores en el grupo que habría recibido la intervención inmediatamente que el grupo que la recibió un mes después (10% de síntomas vs 70% de síntomas respectivamente) (Resnick et al., 2000). Este tratamiento se basó en una intervención cognitiva donde a las participantes se les trabajaron las técnicas de desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva, entre otras.

Una característica importante que deben tener las intervenciones a las víctimas de delitos sexuales, además de ser administradas a tiempo, como ya se mencionó, es que deben estar conformadas por un equipo interdisciplinar. Investigaciones realizadas en Colombia recomiendan la combinación de técnicas de relajación para disminuir el estrés psicofisiológico, la psicoterapia y el uso de fármacos en algunos casos. Se recomienda además que el seguimiento debe hacerse por un periodo mínimo de 12 meses (Vallejo y Córdoba, 2012)

Otra de las estrategias encontradas en la literatura son las terapias con grupos focales. Cloitre y Koenen (2001) compararon mujeres que fueron violadas en la infancia y que habían desarrollado TEPT, las cuales habían asistido a terapia de grupo focal, un grupo de mujeres también víctimas de violación, pero no habían tenido intervención de tipo grupal. Los resultados mostraron cambios significativos en las variables de ansiedad, estrés y depresión (Cloitre y Koenen, 2001).

Posteriormente, Carneiro y Teodoro (2006) concluyeron que un grupo focal realizado con mujeres víctimas de abuso sexual y donde se trabajaron temas como el miedo, la vergüenza, la imagen frente a la sociedad, fue valioso para las mujeres participantes. Si bien el trauma no fue sanado del todo, el grupo focal les permitió cambiar actitudes frente al hecho traumático e identificar nuevas soluciones (Carneiro y Teodoro, 2006)



En términos generales los aportes científicos han propuesto para este tipo de intervenciones, primero, un enfoque multidisciplinar, los tratamientos que mayor éxito han tenido combinan diferentes técnicas y modalidades terapéuticas. Y por otro lado, el inicio que el inicio de la intervención sea rápido y oportuno (Vallejo y Córdoba, 2012).

## CAPÍTULO 12

### PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Eileen García Montaña<sup>1</sup>

Paola García Roncallo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Departamento de Psicología, Universidad de la Costa, Barranquilla (Colombia)

## PROBLEMAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El reconocimiento de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) como un componente integral de la salud general (Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, **ONU, 1994**) sólo fue posible una vez que la OMS redefine el concepto de salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; constituyéndose como derecho fundamental de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (**OMS, 1946**). De esta forma, la SSR deja de estar limitada al marco del periodo reproductivo y se enfatiza en la salud a lo largo del ciclo de la vida de los individuos (**Bernstein y Hansen, 2006**); ligada al derecho de toda persona de disfrutar una vida sexual satisfactoria, segura y responsable, así como la capacidad para reproducirse, y la libertad de decidir el momento apropiado para hacerlo. Lo que a su vez implica directamente la necesidad de cada persona de acceder fácilmente a información confiable, recibir servicios de promoción y educación para la prevención de infecciones de transmisión sexual, cáncer del sistema reproductivo y discapacidades en el climaterio, así como del goce de atención en salud de calidad durante el embarazo, en el parto y dirigida al recién nacido (**Ramírez y Barriento, 2015**).

El marco de relación entre la SSR y calidad de vida/bienestar, también implica poder evaluar el impacto desde los sistemas de garantía; por ejemplo, en este sentido es evidente como

las deficiencias en los servicios de salud sexual y reproductiva son un importante problema de salud pública, pues estas deficiencias son causa fundamental de gran parte de la carga mundial de morbilidad y mortalidad, así como de las enfermedades y defunciones de las mujeres en edad de procrear (OMS, 2018a, Bernstein y Hansen, 2006; Fondo de Población de las Naciones Unidas; UNFPA, 2004).

Para dar respuesta afectiva a este panorama, los organismos multilaterales definieron los focos prioritizados de atención y los indicadores que les permitieran monitorear los objetivos planteados (Figura 8). Redireccionando así, los esfuerzos para mejorar y atender las principales problemáticas de SSR, con un enfoque de género.



**Figura 8.** Indicadores de salud sexual y reproductiva

**Fuente:** Adaptado de World Health Organization (WHO, 2006). Reproductive Health Indicators: Guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring. Ginebra, Suiza: World Health Organization.

## SITUACIÓN ACTUAL DE LOS PROBLEMAS MÁS REPRESENTATIVOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

A continuación, se brinda mayor detalle de algunos de los fenómenos de salud sexual y reproductiva que en la actualidad presentan una gran prevalencia e impacto en términos de salud como socioeconómicos.

*Fecundidad:* De acuerdo con reportes de la OMS (2018a), cada año se estima que 21 millones de niñas de 15 a 19 años y 2 millones de niñas menores de 15 años quedan embarazadas en las regiones en desarrollo. Por su parte, pese a que la tasa global de nacimiento adolescente ha disminuido de 65 nacimientos por cada 1000 mujeres en 1990 a 47 nacimientos por cada 1000 mujeres en 2015, se sabe que debido a que la población mundial de adolescentes continúa creciendo, las proyecciones indican que el número de embarazos adolescentes aumentará significativamente para 2030 (OMS, 2018a).

Las consecuencias del embarazo en la adolescencia tienen impacto tanto en la salud como en el desarrollo económico; por ejemplo, las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte en niñas de 15 a 19 años a nivel mundial, así mismo, las madres adolescentes (de 10 a 19 años) enfrentan mayores riesgos de eclampsia, e infecciones sistémicas (World Health Organization; WHO, 2015). Por su parte, se estima que entre el 5% y el 33% de las niñas de entre 15 y 24 años que abandonan la escuela lo hacen debido a un embarazo o matrimonio precoces, de esta forma y base en su posterior logro educativo más bajo, pueden tener menos habilidades y oportunidades de empleo, a menudo perpetuando ciclos de pobreza (Liu et al., 2015).

*Planificación Familiar:* En términos generales, la planificación familiar implica la capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento, lo cual tiene una repercusión directa en su salud y bienestar (OMS, 2018a). En la actualidad aproximadamente 214 millones de personas pertenecientes a países en vía de desarrollo no implementan ningún tipo de método anti-conceptivo moderno pese a que tienden a tener expectativas de posponer o detener la procreación (OMS, 2018a). Las principales organizaciones internacionales indican que la promoción de la salud sexual debe ser la principal línea estratégica para contrarrestar los altos índices de ITS y embarazos no planificados, especialmente en jóvenes y adolescentes (Fondo de las Naciones Unidas para la infancia; UNICEF, 2011).

*VIH/SIDA:* El VIH, de acuerdo con la OMS (2018c) sigue siendo uno de los mayores problemas en la salud pública mundial. Solo en 2016 se produjeron 1,8 millones de nuevas infecciones y a finales de ese mismo año aproximadamente se registraban aproximadamente 36,7 millones de personas infectadas con VIH en el mundo. Las personas entre 15 y 24 años representan el 40% de las nuevas infecciones por VIH (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; ONUSIDA, 2017). A menudo, los comportamientos de las personas les generan problemas sociales o jurídicos que incrementan su vulnerabilidad al VIH y reducen su acceso a programas de diagnóstico y tratamiento, de esta forma hay grupos poblacionales que son de un mayor riesgo de infección por el VIH: los hombres que tienen relaciones homosexuales, los consumidores de drogas inyectables, los trabajadores sexuales, y los transexuales (OMS, 2018c). En América Latina, cerca de 1,6 millones de personas eran portadoras de VIH hasta 2013 (ONUSIDA, 2017).

En el abordaje de este fenómeno, la cobertura a nivel de tratamiento solo llega 45% de los casos reportados (ONUSIDA,

2017). Pese a que no se cuenta aún con una cura definitiva para la infección, el tratamiento con antirretrovíricos permite controlar el virus para que las personas infectadas tengan una vida saludable, larga y productiva (OMS, 2018c). De acuerdo con las principales organizaciones de promoción de la salud, la prevención de comportamientos sexuales de riesgo es fundamental para el control de la incidencia de las ITS, principalmente dirigiendo estas acciones a colectivos vulnerables, como los adolescentes y jóvenes (OMS, 2007).

*Abortos:* Entre 2010-2014 un promedio de 56 millones de abortos inducidos (seguros e inseguros) ocurrieron en todo el mundo cada año; de igual forma, en este periodo hubo 35 abortos inducidos por cada 1000 mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 44 años (Sedgh et al., 2016). A nivel mundial, el 25% de todos los embarazos terminaron en aborto en 2010-2014. Entre 1990-1994 y 2010-2014, los embarazos que terminaban en abortos disminuyó del 39% al 27% en países desarrollados, mientras que aumentó del 21% al 24% en países en vía de desarrollo (Sedgh et al., 2016). Como puede observarse, existe una articulación significativa entre las tasas mundiales de embarazos adolescentes, las de prevalencia de VIH/SIDA y abortos.

## LA MEJOR ALTERNATIVA: PREVENIR

Las acciones educativas de promoción y prevención son fundamentales puesto que la falta de un amplio y correcto conocimiento son uno de los mayores factores de riesgo asociado a los problemas de Salud Sexual y Reproductiva (OMS, 2011). La evidencia empírica sugiere que el conocimiento es un factor de protección frente a infecciones de transmisión sexual (Santisteban,

Posada, Mariño, Pérez, y González, 2016; Morales, Espada, y Orgilés, 2016), pero no es el único requerimiento, es menester trascender posteriormente al fomento de habilidades preventivas para acciones realmente efectivas a largo plazo (Dávila, Gil, y Tagliaferro, 2015). Ahora bien, la optimización de los recursos y servicios de salud de los países demanda que las iniciativas de atención a estas problemáticas garanticen de su efectividad, para lo cual deben tener una base teórica sólida y un soporte empírico que dé cuenta de sus resultados a corto, mediano y largo plazo (Brownson, Baker, Deshpande, y Gillespie, 2018). A continuación, se revisan estos aspectos en lo referente a los programas de salud sexual y reproductiva.

## TEORÍAS Y MODELOS COMPRENSIVOS DE LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LAS SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

En materia de salud sexual y reproductiva han sido numerosos los esfuerzos científicos por establecer un marco teórico de referencia que soporte la praxis de los profesionales de la salud y la educación. Siendo el modelo cognitivo conductual la alternativa preferente para acompañar la intervención multimodal de diferentes problemas sexuales a lo largo de la vida, a nivel individual o de pareja (Leiblum, 2006), y los modelos socio-cognitivos los de mayor empleo en intervenciones grupales, especialmente en lo referente a la prevención de ITS y embarazos no planificados (Oakley, Fullerton & Holland, 1995). A continuación, se brinda un panorama de los principales modelos teóricos empleados para comprender un amplio espectro de comportamientos relacionados con la salud.



*Modelos Cognitivo-Conductuales:* Para esta postura teórica resulta imperativo la identificación, análisis y modificación de los procesos y/o contenidos cognitivos de los sujetos, pues estos dirigen la activación o inhibición de los repertorios conductuales, en un continuo entre lo adaptativo y lo desadaptativo (Beck & Haigh, 2014). Puntualmente en el ámbito de la SSR, estos modelos centra sus esfuerzos en: a) la detección y modificación de las creencias y actitudes que facilitan los repertorios conductuales de riesgo y protección en el ámbito de la sexualidad; b) la generación de autocontrol y autorregulación, como mediador en la reducción de las conductas de protección (Moilanen y Manuel, 2018; Gailliot & Baumeister, 2007; Wiederman, 2004); c) el entrenamiento en resolución de problemas (Goldfried y Goldfried, 1980; D’Zurilla y Goldfried, 1971); c) la toma de decisiones (Trujillo, Henao, y González, 2007), promoviendo la identificación problemas (conductas de riesgo y variables ambientales incidentes), la búsqueda alternativas de solución de problemas, la selección de la mejor solución, la planificación de su ejecución de la elección en situaciones de demanda, y la evaluación del valor/las recompensas derivadas de las mismas; d) contratos conductuales asociados al empleo de repertorios de protección, entre otros aspectos.

*Modelo Socio-Cognitivo:* Desde esta perspectiva, el comportamiento está determinado por la interacción recíproca y sistemática entre los siguientes componentes (Bandura, Freeman y Lightsey, 1999; Bandura, 1990; 1989; 1977; Bandura & National Inst of Mental Health, NIMH, 1986; Bandura & Walters, 1963):

*Componente cognitivo:* Se refiere a la evaluación que la persona hace de sus competencias personales para desempeñar una tarea, alcanzar una meta o superar un obstáculo (Bandura, 1977). En el ámbito de la SSR, se hace referencia a la autoeficacia percibida para ejercer control sobre el propio comportamiento sexual.

*Componente conductual:* Incluye las habilidades necesarias para que una persona sea capaz de realizar un comportamiento y de obtener los resultados deseados, lo que define la probabilidad de que un individuo ejecute de nuevo una conducta. Una valiosa aplicación a la SSR contempla el entrenamiento en habilidades para manejar situaciones interpersonales, superar la presión social de los pares y mantener conductas de protección (Fisher & Fisher, 1992).

*Componente social:* Implica aspectos del entorno que mejoran la capacidad del individuo para llevar a cabo con éxito un comportamiento específico. Se refiere a las condiciones externas de protección, las consecuencias sociales del comportamiento y a fenómenos como el aprendizaje vicario (Bandura, 1994).

*Modelo de la Acción Razonada:* Esta perspectiva parte de la noción de un ser humano capaz de procesar la información a su disposición y emplearla para configurar una intención de ejecutar una conducta específica (Fishbein & Ajzen, 2010; 1980, 1975) . Por lo que esta intención constituye una variable clave para la predicción de una conducta y es determinada por los siguientes componentes (Fishbein & Ajzen, 1975):

*Componente personal-actitudinal:* Implica la postura aprendida del sujeto (favorable o desfavorable) frente a una conducta propia y específica, bajo circunstancias particulares.

*Componente social-normativo:* Se refiere a la norma subjetiva del individuo, su percepción de la presión social que recibe para ejecutar o no una determinada conducta.

*Teoría del Comportamiento Planeado:* Constituye la re-evaluación del modelo de acción razonada; al cual le anexa la noción de “Control del comportamiento percibido”, para hacer referencia a aquella capacidad percibida del sujeto para realizar un comportamiento y su control de una situación (Ajzen, 2011; 1991; 1985).

*Modelo de Información-Motivación-Habilidades:* Perspectiva que incluye construcciones sociales y psicológicas relevantes para la predicción de comportamientos de salud (Fishbein & Ajzen, 1975; Bandura, 1989). Este modelo fue diseñado específicamente para la prevención de VIH, y considera componentes claves para dicho fin la información, la motivación y las habilidades de comportamiento (Fishe, Fisher & Shuper, 2009; Fisher, 2004), a continuación, se define cada uno de ellos.

*Componente de información:* Para este modelo, el conocimiento sobre la enfermedad, los métodos de protección y las consecuencias de su desuso, constituye un requisito indispensable.

*Componente de motivación:* Se refiere a la voluntad de la persona para participar en el sexo seguro y evitar las conductas de riesgo. Éste incluye las actitudes hacia el uso de preservativos, la percepción de apoyo social, y las intenciones de participar en el sexo seguro.

*Componente de habilidades:* Incluye las competencias del sujeto para llevar a cabo un comportamiento, y la autoeficacia percibida en la práctica de la conducta (Bandura y Rivière, 1982; Bandura, 1994; Fisher & Fisher, 1992).

*Teoría de la Inoculación Social:* Este modelo propone que ante circunstancias de tensión el ser humano tiende a hacer una exploración psicológica, donde ciertos factores sociales pueden ser más relevantes para el estado del individuo que el evento estresor en sí mismo. Algunos eventos estresantes que pueden perjudicar el sistema nervioso, y con él las defensas del organismo, y otros factores de estrés comienza como símbolos (conceptos, ideas y percepciones) que aunados a afectos (miedos, pasiones y estados de ánimo) inciden bidireccionalmente en la inmunología del paciente (Pilisuk, 1982). Así, las formas en que el pensamiento se procesa pueden prolongar el período de estrés

y las actitudes básicas hacia la enfermedad, comprometiendo factores de vulnerabilidad y la recuperación de enfermedad (ej. los estilos de afrontamiento, Pilisuk, 1982). Se ha evidenciado por ejemplo que las personas sobrellevan mejor la presión y estrés cuando se mantiene la creencia de que todavía son capaces de ejercer una medida de control sobre su entorno (Rodin & Janis, 1979).

*Teoría de influencia Social:* En términos generales, esta teoría implica las maneras directas e indirectas en las que las personas pueden afectarse unas a otras a partir de aspectos relacionados con normas grupales, conformidad, cumplimiento, obediencia, modelado, comparación social y formación de actitudes y cambio (Fisher, 1988). Recientemente se ha dedicado el estudio de cómo los procesos de influencia social que pueden contribuir al riesgo de contraer SIDA para esto se ha encontrado implicaciones directas de variables como las normas grupales, pertenencia a redes sociales, presiones de conformidad y comparación social (Fisher, 1988).

*Modelo de Reducción del Riesgo:* Este modelo postulado por Kirby, Barth, Leland y Fetro (1991), fue influenciado directamente de posturas teóricas como el aprendizaje social (Bandura y Rivière, 1982) y la inoculación del estrés (Pilisuk, 1982). Se sustenta en las posibilidades de reducir el riesgo sexual a partir de ciertos parámetros disponibles en el individuo y el medio con el que interactúa. La aplicación de este modelo se orienta a la predicción y la reducción de comportamientos sexuales de riesgo a través de un proceso de tres etapas que parte de poder percibir el comportamiento de riesgo y reconocer las habilidades personales para reducir el comportamiento, posteriormente, el tomar una decisión firme para efectuar cambios conductuales para finalmente llevar a cabo el cambio de conducta (Longshore, Stein & Conner, 2004; Catania, Kegeles & Coates, 1990).

Adicional a las teorías antes mencionadas, suelen incidir en los programas preventivos otros modelos teóricos que si bien no son el soporte principal del análisis de variables de la salud sexual y reproductiva, realizan contribuciones significativa, aunque con un soporte empírico aún incipientes, desde la sociología (Teoría de Género y Poder, [Wingood & DiClemente, 2000](#); [Connell, 1987](#)), la comunicación (Teoría de la Difusión de la Innovación, [Rogers, 1962](#)), algunos modelos psicosociales (Teoría del desarrollo social, [Hawkins y Weiss, 1995](#)), y modelos clínicos empleados en el tratamiento de otro tipo de conductas de riesgo como el tabaquismo (I-Change, [De Vries et al., 2003](#)).

*Intervenciones Basadas en Evidencia en Salud Sexual y Reproductiva:* Múltiples programas toman como foco prioritario el trabajo de prevención a nivel de la comunidad, sobre todo con ciertas poblaciones de riesgo como las mujeres y la comunidad LGTBIQ. Tres aspectos justifican las intervenciones comunitarias: a) el número de personas que deben ser beneficiados con los esfuerzos de prevención demandan intervenciones más prácticas y menos costosas que las individuales; b) se considera que las intervenciones a nivel individual pueden ser menos efectivas en el abordaje de los contribuyentes del sistema social, y estos probablemente sean los más importantes en el mantenimiento de las conducta de riesgo; y c) se debe considerar la baja tasa de búsqueda de servicios de prevención de problemas de salud sexual y reproductiva ([Kegeles, Hays & Coates, 1996](#)).

Por otra parte, la gran mayoría de programas de prevención son ejecutados en las escuelas dado que estas proporcionan un entorno para llegar a muchos adolescentes, de ambos sexos ([Taylor et al., 2014](#)) y ofrecen la oportunidad de reforzar y apoyar socialmente las actitudes y comportamientos saludables, de manera contingente. Las intervenciones escolares pueden incluir servicios de planificación familiar basados en la clínica, así como educación

en el aula o actividades en toda la escuela (Blank, Baxter, Payne, Guillaume & Pilgrim, 2010; Chandra-Mouli, McCarraher, Phillips, Williamson & Hainsworth, 2014). La instrucción en el aula suelen ser una sesión única sobre anticoncepción o un plan de estudios de varias sesiones sobre la promoción de la salud sexual (Guse et al., 2012).

Ahora bien, el crítico panorama de la SSR a nivel mundial demanda que los esfuerzos sean efectivos, por lo que se promueve la práctica basada en evidencia, de manera que se precise si las intervenciones/programas/estrategias cumplen o no los estándares de calidad. Un Programa Basado en la Evidencia (EBP) es uno que ha sido científicamente evaluado, ha demostrado su eficacia para lograr un resultado deseado y cimientan su estructura en enfoques teóricos demostrado (Centers for Disease Control-CDC, 2017). Diversas organizaciones promueven y desarrollan estas prácticas (Tabla 5), las cuales son seleccionadas y categorizadas a partir de criterios específicos, los más frecuentemente utilizados para evaluar estos programas son: a) que exista una descripción clara de los aspectos de la intervención, b) la calidad del diseño (adecuado control para la comparación de resultados, método de asignación a las condiciones experimentales, control de variables extrañas, etc.), c) control de la calidad de la implementación y de los análisis de evaluación, d) análisis de la fortaleza de los efectos positivos de la intervención, y e) control de los posibles efectos negativos (CDC, 2017).

Estudios meta-analíticos (Durantini, Albarracin, Mitchell, Earl & Gillette, 2006; Albarracín et al., 2005) han reportado que las intervenciones que demuestran mayores evidencias para reducir el riesgo sexual se caracterizan por: estar basadas en modelos teóricos corroborados empíricamente, tener una duración igual o superior a 4 horas, y emplear una metodología participativa. Para efectos pedagógicos se ha realizado una revisión cualitativa de las

intervenciones más representativas para la promoción y prevención de los embarazos no deseados y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). La **Tabla 6** resume las principales características de las intervenciones.

**TABLA 5.**

*Compendios de Programas de Basados en Evidencia*

---

La Biblioteca de Salud Reproductiva (BSR) – OMS  
 Advancy health equity.  
 EPPI (Evidence for Policy and Practice Information) -Centre Evidence Library.  
 Guide to Community Preventive Services.  
 National Prevention Strategy.  
 Prevention Status Reports (CDC)  
 Choosing Wisely.  
 Cochrane Library.  
 Compendium of Proven Community-based Prevention Programs  
 Effective Health Care Program (AHRQ)  
 Effective Public Health Practice Project (EPHPP)  
 EPPI (Evidence for Policy and Practice Information) Centre Evidence Library.  
 Evidence-based Public Health (ASTHO).  
 Finding Answers – Disparities Research for Change.  
 Healthy People 2020 Evidence-Based Resource Tool.  
 Healthy People 2020 Interventions and Resources.  
 McMaster University’s Health Evidence.  
 National Registry of Evidence-based Programs and Practices (SAMHSA).  
 The Campbell Collaboration.  
 Winnable Battles.  
 ETR Advancing Health Equity  
 The Campbell Collaboration  
 Health Evidence  
 Evidence Network  
 The Effective Public Health Practice Project  
 National Institute for Health and Clinical Evidence - Evidence Base  
 Information Resource

---

**TABLA 6.**  
*Características descriptivas de los programas de prevención y promoción en Salud Sexual y Reproductiva.*

Nombre del programa	Tipo		Administración del programa			Contexto			Población diana				
	PC	CE-CTES	No. de sesiones	Duración (Min)	Tipo de aplicadores	Edu	Com	Nacionalidad	Inf.	Adol.	Adul.	MC	EG
"Reducing the Risk: Building Skills to Prevent Pregnancy, STD y HIV" (Kirby et al., 1991)	X		16	45 - 60	Profesionales	X		Estadounidense y Latinoamericana (Residente en EEUU)		X			X
"All for You" (Coyle et al., 2006)	X		14	90 - 140	Profesionales	X		Estadounidense		X			
"Cuidate" (Villarruel, Jemmtott & Jemmtott, 2006)	X		6	60	Profesionales	X	X	Latinoamericana (Residente en EEUU)		X			
"Be Proud, Be responsible, Be protective" (Kaniak-Griffin et al., 2003)	X		8	60	Profesionales		X	Estadounidense		X		X	X (M)
"Becoming a responsible Teen, BART" (Lawrence, Brasfield, Jefferson, Alleyne, O'Bannon & Shirley, 1995)	X		8	90 - 120	Profesionales	X	X	Estadounidense. Africanoamericano		X			X



SEXUALIDAD Y RELACIONES CONTEMPORÁNEAS

Nombre del programa	PC	Tipo	Administración del programa			Contexto			Población diana								
			CE-CTES	No. de sesiones	Duración (Min)	Tipo de aplicadores	Edu	Com	Nacionalidad	Inf.	Adol.	Adult.	MC	EG			
“Sexual health and relationships, SHARE” (Henderson et al., 2007)	X		20	N.R.		Educadores							X				
“Draw in the Line/Respect the Line” (Coyle et al., 2004)	X		26	40 - 50		Educadores / padres	X						X				X
“Making a Difference” (Jemmott, Jemmott & Fong, 1998)		X	8/4	60/2		Educadores	X	X					X				X
“Project IMAGE” (Champion & Collins, 2012)	X		9	180 - 240 90 -120 60		Profesionales		X					X				X (M)
“Promoting Health Among Teens! Abstinence-Only” (Sweet et al., 2009)		X	8/9	60/45		Profesionales / Educadores	X	X					X				X
“Safer Choices” (Coyle et al., 2001; Kirby et al., 2004)		X	20 - 21	45		Educadores	X						X				X
“Competencias para Adolescentes con una Sexualidad Saludable, COMPAS” (Espada, Orgilés, Morales, Ballester, & Huedo-Medina, 2012)	X		5	45		Profesionales	X										X

SEXUALIDAD Y RELACIONES CONTEMPORÁNEAS

Nombre del programa	PC	CE-CTES	Tipo			Administración del programa			Contexto			Población diana			
			No. de sesiones	Duración (Min)	Tipo de aplicadores	Edu	Com	Nacionalidad	Inf.	Adol.	Adult.	MC	EG		
Adolescent behavior prevention program (Taylor et al., 2014)	X	L2	NR	NR	Profesionales	X		Sudafricana				X			
Community-based HIV prevention intervention for young gay men (Kegeles et al., 1996)	X	1	180	Profesionales	X		Estadounidense				X			X	(Ho)
Emergency contraception (Graham, Moore, Sharp & Diamond, 2002)	X	1	60	Educadores	X		Inglesa					X			
“Keep it real”. Sexual Risk Reduction Intervention (RR) (Tortolero et al., 2010)	X	24	50	Profesionales/ Educadores	X		Estadounidense				X				
Sexual Risk Avoidance Intervention, RA (Markham et al., 2012)	X	24	50	Profesionales/ Educadores	X		Estadounidense				X				
Sex and Relationships Education, SRE - peer-led (Stephenson et al., 2008)	X	3	60	Pares entrenados	X	X	Inglesa				X				
“A Team against AIDS” (Torres, Walker, Gutiérrez & Bertozzi, 2006)	X	16	120	Profesionales	X		Méxicana				X				

Nota: PC=programa completo; CE-CTES = Componente especial del currículo tradicional de educación sexual; Edu = Educativo; Com = Comunitario; Inf. = Infancia (5 - 10 años); Adol. = Adolescencia (11-17 años); Adult. = Adultez (18 - 65 años); MC= Multicultural; EG= Enfoque de Género; M = Mujeres; H (Hombres); Ho = Homosexuales.

En su mayoría, los programas revisados cimientan su propuesta en los Modelos Socio Cognitivos (Bandura, Freeman & Lightsey, 1999; Bandura & NIMH, 1986), complementando sus estructuras con modelos más concretos como la Teoría del Comportamiento Planeado (Ajzen, 2011), para la modificación de conductas de riesgo; el entrenamiento en Resolución de Problemas (Goldfried y Goldfried, 1980; D’Zurilla y Goldfried, 1971), para facilitar la adquisición de conductas de protección; y el Modelo de Reducción del Riesgo (Kirby et al., 1991), para orientar la generación de habilidades de negociación y rechazo de situaciones de riesgo. La **Tabla 7** ofrece un comparativo sobre los principales soportes teóricos de los programas estudiados. Cabe resaltar que de manera complementaria algunos programas incluyeron la construcción de relaciones sexo-afectivas funcionales y el análisis de las relaciones de poder entre los géneros para brindar un marco de acción más integral.

Si bien estos programas tenían un objetivo común: la reducción del riesgo de embarazos no deseados y/o las infecciones de transmisión sexual, cada uno priorizó contenidos en coherencia con sus modelos teóricos de base (**Tabla 8**); así algunos brindan información de las enfermedades y los métodos anticonceptivos, y otros profundizaban en algún método específico (como el condón, el anticonceptivo de emergencia e incluso la abstinencia) o la detección de las conductas de riesgo. Algunos programas trascendieron el nivel informativo e invirtieron parte de su intervención en el entrenamiento habilidades sociales, habilidades de negociación e incluso habilidades para la vida.

**TABLA 7.**  
*Soportes teóricos de los programas de prevención y promoción en Salud Sexual y Reproductiva.*

Nombre del programa	Bases teóricas										
	TCC	RPS	MSC	IMH	TAR	TCP	TIS	DS	IS	MRR	O
"Reducing the Risk: Building Skills to Prevent Pregnancy, STD y HIV" (Kirby et al., 1991)	X		X				X				
"All for You" (Coyle et al., 2006)			X			X		X			
"Cuidate" (Villarruel et al., 2006)			X								
"Be Proud. Be responsible. Be protective" (Kaniak-Griffin et al., 2003)											
"Becoming a responsible Teen, BART" (Lawrence et al., 1995)											
"Sexual health and relationships, SHARE" (Henderson et al., 2007)										X	
Cognitive-behavioral prevention of adolescent pregnancy (Schinke, Blythe, Gilchrist, 1981)		X									
"Draw in the Line/Respect the Line" (Coyle et al., 2004)			X						X		
"Making a Diference" (Jemmott et al., 1998)			X					X			
"Project IMAGE" (Champion & Collins, 2012)											X
"Promoting Health Among Teens! Abstinence-Only" (Sweet et al., 2009)			X							X	

SEXUALIDAD Y RELACIONES CONTEMPORÁNEAS

“Safer Choices” (Coyle et al., 2001; Kirby et al., 2004)	X		X	X
“Competencias para Adolescentes con una Sexualidad Saludable, COMPAS” (Espada et al., 2012)	X	X	X	
Adolescent behavior prevention program (Taylor et al., 2014)	X			X
Community intervention program for HIV prevention for sexual risk behavior among homosexual men (Kelly et al., 1997)				
Community-based HIV prevention intervention for young gay men (Kegeles et al., 1996)				X
Emergency contraception (Graham et al., 2002)				
“Keep it real”, Sexual Risk Reduction Intervention (RR) (Tortolero et al., 2010)	X			X
Sexual Risk Avoidance Intervention, RA (Markham et al., 2012)	X			X
Sex and Relationships Education, SRE - peer-led (Stephenson et al., 2008)				
“A Team against AIDS” (Torres et al., 2006)	X		X	

*Nota:* TTC = Modelo Cognitivo Conductual (Beck, 2011); RPS = Modelo de Resolución de Problemas Sociales (Goldfried y Goldfried, 1980; D’Zurilla y Goldfried, 1971); MSC = Modelo Socio-Cognitivo (Bandura, Freeman & Lightsey, 1999; Bandura, 1990; 1989; 1977; Bandura & NIMH, 1986; Bandura & Walters, 1963); IMH = Modelo de Información-Motivación-Habilidades (Fisher, Fisher & Shuper, 2009; Fisher, 2004); TAR = Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 2010; 1980, 1975); TCP = Teoría del Comportamiento Planeado (Ajzen, 2011; 1991; 1958); TIS = Teoría de la Inoculación Social (Pilisuk, 1982); DS = Teoría del desarrollo social (Hawkins y Weiss, 1985); IS = Teoría de la Influencia Social (Fisher, 1988); MRR = Modelo de Reducción del Riesgo (Longshore, Stein, y Commer, 2004; Coates, 1992; Catania, Kegeles, y Coates, 1990); O = Otras teorías interdisciplinarias adaptadas (I-Change, de Vries et al., 2003; Teoría de la Difusión de la Innovación, Rogers, 1962; Teoría de Género y Poder, Wingood, y DiClemente, 2000; Connell, 1987).

**TABLA 8.**  
**Componentes programáticos de los programas de prevención y promoción en Salud Sexual y Reproductiva.**

Nombre del programa	Componentes																			
	<u>BR</u>	<u>CG-ITS</u>	<u>CG-VIH</u>	<u>CR</u>	<u>C-VT</u>	<u>A/C.</u> <u>RP</u>	<u>RE</u>	<u>Ab</u>	<u>IMAC</u>	<u>UC</u>	<u>TDS</u>	<u>EH</u>	<u>ERS</u>	<u>NS/</u> <u>FA</u>	<u>RF</u>	<u>RCS</u>	<u>AU/</u> <u>CP</u>	<u>AAM</u>	<u>EG</u>	
"Reducing the Risk: Building Skills to Prevent Pregnancy, STD y HIV" (Kirby et al., 1991)	X	X	X		X		X	X	X			X								
"All for You" (Coyle et al., 2006)		X				X	X		X			X		X						
"Cuidate" (Villarruel et al., 2006)	X		X				X	X	X	X	X	X					X	X	X	X
"Be Proud. Be responsible, Be protective" (Kaniak-Griffin et al., 2003)											X				X	X				
"Becoming a responsible Teen, BART" (Lawrence et al., 1995)			X				X	X	X	X		X								
"Sexual health and relationships, SHARE" (Henderson et al., 2007)	X		X						X			X								
Cognitive-behavioral prevention of adolescent pregnancy (Schinke et al., 1981)	X								X		X	X	X							

SEXUALIDAD Y RELACIONES CONTEMPORÁNEAS

Nombre del programa	Componentes																		
	BR	CG-ITS	CG-VIH	CR	C-VT	A/C. RP	RE	Ab	IMAC	LC	TDS	EH	ERS	NS/ FA	RF	RGS	Au/ CP	AAM	EG
"Making a Difference" (Jemmott et al., 1998)	X	X	X	X	X	X	X	X		X							X		
"Project IMAGE" (Champion & Collins, 2012)	X	X	X								X			X					X
"Promoting Health Among Teens! Abstinence-Only" (Sweet et al., 2009)						X	X	X									X		
"Safer Choices" (Coyle et al., 2001; Kirby et al., 2004)									X					X	X				
"Competencias para Adolescentes con una Sexualidad Saludable, COMPAS" (Espada et al., 2012)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X		
Adolescent behavior prevention program (Taylor et al., 2014)	X						X	X	X	X	X	X	X	X					X
Community intervention program for HIV prevention for sexual risk behavior among homosexual men (Kelly et al., 1997)		X	X	X				X	X					X					
Community-based HIV prevention intervention for young gay men (Kegeles et al., 1996)								X	X					X					X

Nombre del programa	Componentes																			
	BR	CG-ITS	CG-VIH	CR	C-VT	A/C. RP	RE	Ab	IMAC	UC	TDS	EH	ERS	NS/ FA	RF	RCS	Au/ CP	AAM	EG	
Emergency contraception (Graham et al., 2002)	T	T	T						X (AE)											
Sexual Risk Avoidance Intervention, RA (Markham et al., 2012)							X	X		X	X									
Sex and Relationships Education, SRE - peer-led (Stephenson et al., 2008)	X	X	X	X	X				X	X				X						X
"A Team against AIDS" (Torres et al., 2006)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										X

**Fuente:** BR = Biología Reproductiva; CG-ITS = Conocimiento general de ITS; CG-VIH = Conocimiento general de VIH; CR = Reconocimiento de las conductas de riesgo; C-VT = Conocimiento general de Vías de Transmisión; A/C-RP = Actitudes/Creencias al riesgo percibido; RE = Percepción del riesgo del embarazo; Ab = Abstinencia; IMAC = Información sobre métodos anticonceptivos; UC = Uso del condón; TDS = Toma de decisiones sexuales; EH = Entrenamiento en habilidades sociales para el manejo de las presiones sociales y sexuales, comunicación asertiva, habilidades de rechazo, habilidades de negociación y/o habilidades para la vida; ERS = Entrenamiento en Resolución de problemas; NS/FA = Normas sociales y factores ambientales; RF = Rol de la Familia en la reducción del riesgo; RCS = Rendimiento de cuentas sobre la conducta sexual; Au/CP = Autoeficacia percibida y Control Percibido sobre las conductas saludables; AAM = Acceso atención médica; EG = Enfoque de Género: Relaciones de Poder entre hombres y mujer, y normas de genero



En términos generales, todas las intervenciones relacionadas evidenciaron ser eficaces para la consecución de sus objetivos de prevención. En su mayoría no solo aumentaron el conocimiento sobre los problemas de salud sexual y reproductiva, la generación de repertorios conductuales saludables, y obtuvieron una reducción de la tasa de relaciones de riesgo y/o embarazos no deseados; sino que además lograron retrasar la edad de inicio de la actividad sexual de los sujetos, y el número de relaciones con protección.

## LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS

Dadas las bondades teóricas y metodológicas de los programas basados en evidencia, resultaría esperado la posibilidad de ejecutar desde estos la mayoría de los proyectos en salud sexual y reproductiva tanto en el ámbito escolar como comunitario; sin embargo la gran mayoría de programas basados en evidencia, no son de libre acceso puesto que se encuentran protegidos por los comités científicos y colegiados que los producen y/o manejan, de esta forma es un reto a futuro el que los sistemas de salud pública puedan articularse con estas entidades para poder disponer de su implementación. En el marco de la revisión de los programas de salud en torno a trabajo de promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva, hay una marcada tendencia de los programas incluyendo los de evidencia probada de orientarse hacia la prevención primaria, tratando de ejecutar intervenciones que minimicen al máximo la incidencia del riesgo sexual; mientras que una menor proporción de programas está disponible para trabajar por garantizar habilidades y contextos de vida saludable con los individuos que ya se encuentran conviviendo con el padecimiento. En esta misma línea también se encuentran disponibles en menor

proporción variedad de programas orientados al trabajo desde enfoque de género y comunidad LGBTIQ, aspecto que por supuesto debe ser una prioridad en investigación y desarrollo dada las particularidades necesidades de este tipo de población y la urgencia por atenderlas.

## CAPÍTULO 13

### PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN VIOLENCIA DE PAREJA

Adriana De La Peña Leiva<sup>1</sup>

Yamile Turizo Palencia<sup>1</sup>

Claudia Arenas Rivera<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Departamento de Psicología, Universidad de la Costa, Barranquilla (Colombia).

## LA VIOLENCIA DE PAREJA

La violencia de pareja no es un tema reciente, se sospecha que ha sido concomitante de las relaciones interpersonales a lo largo de la historia de la humanidad, siendo naturalizada (Blanco, Ruiz-Jarabo, García y Martín-García, 2004; Gracia, 2002; Romero, 2004; Romero, 2010) por un modelo patriarcal hegemónico que asignó roles a hombres y mujeres, con sus respectivos costos sociales y personales.

Dada su normalización, el comprenderla como un problema es relativamente nuevo (Cano, 2010; Gracia, 2002), convirtiéndose en un reto para su comprensión e intervención por parte de las ciencias sociales y de la salud. Correspondiendo con este interés, en el presente capítulo se abordarán elementos clave para su conceptualización, problematización e intervención, en el ámbito de la pareja heterosexual.

La Organización Panamericana de la Salud-OPS, definió la violencia de pareja como “cualquier comportamiento dentro de una relación íntima que causa daño físico, psíquico o sexual a los miembros de la relación” (OPS, 2003, p. 97). Se reconoce, así, un ejercicio de poder sobre una persona con la que se tiene una relación sentimental o íntima, a partir de acciones u omisiones por medio de las cuales se perjudica o controla. Este vínculo puede ser de noviazgo, matrimonio civil o religioso, cohabitación o unión libre, ya sea actual o finalizado (Moral y López, 2012; López, Moral, Díaz y Cienfuegos, 2013).

Este tipo de violencia, es más común en contra de las mujeres (OMS, 2013; Straus y Gozjolko, 2014). De hecho, las estadísticas señalan que, casi un 30%, de todas las mujeres en el mundo que han tenido una relación sentimental o íntima, han sido víctimas de violencia física y/o sexual de su pareja. Este índice alcanza en algunas regiones el 38%. En este plano mundial, se encuentra que, en el 38% del número total de mujeres que han sido asesinadas, el victimario ha sido su cónyuge o pareja (OMS, 2013).

Aunque la mujer es la protagonista fatal recurrente en la violencia de pareja, el hombre también registra como víctima. En efecto, según algunos estudios (Saracostti, 2011; Zunino, 2011), esta cada vez va ganando capacidad para denunciar y enfrentar la burla de sus pares, al no responder a la expectativa social de ser quien agrede o victimice (Fontena y Gatica, 2000), con base en el modelo hegemónico de masculinidad que exige que los hombres sean fuertes, dominantes y violentos; sin duda, esto facilita el silencio y, por ende, el desconocimiento del impacto de la violencia de pareja hacia los hombres.

A nivel de Colombia, en el año 2017 se realizaron 50.072 peritaciones por violencia de pareja, comprometiendo en el 86% (43.176) de los casos a la mujer en calidad de víctima; siendo el hombre, el principal agresor. En el grupo etario correspondiente a los 25-29 años, se presentaron las tasas más altas por cien mil habitantes; esto es, 475,02 para las mujeres y 71,71 para los hombres. Se estableció que el 45,88% (22.760) de las personas víctimas de violencia de pareja habían estudiado hasta básica secundaria. El 46% vivía en unión libre; el mecanismo causal más utilizado fue el contundente (63%, 27.573 casos) y las razones para agredir, que más se manifestaron, fueron la intolerancia, los celos, el alcoholismo y la infidelidad (Instituto Nacional De Medicina Legal y Ciencias Forenses-INMLCF, 2018).

Las cifras de violencia contra la pareja en Colombia (Tabla 9) demuestran en los últimos cinco años un ligero incremento; significativo socialmente, toda vez que evidencia la existencia de un problema que afecta no sólo a los miembros de la pareja, sino también a su núcleo familiar; sin embargo, bien podría reflejar una tendencia a desnaturalizar estas conductas y, por consiguiente, a denunciarlas.

**TABLA 9.**  
*Cifras de Violencia de Pareja en Colombia*

Año	Número de peritaciones por violencia de pareja	Mujeres víctimas	Hombres víctimas
2013	44.743	39.020 (87,21%)	5.723 (12,8%)
2014	48.849	41.802 (85,5%)	7.047 (14,42%)
2015	47.248	40.945 (86,66%)	6.302 (13,34%)
2016	50.707	43.608 (86%)	7.098 (14%)
2017	50.072	86,22% (43.176)	6.896 (13,77%)

**Fuente:** Elaboración propia con información del INMLCF (2014; 2015; 2016; 2017; 2018)

El patrón de violencia de pareja ejercida por hombres y mujeres es muy similar. Se observa agresiones físicas, que bien pueden ser propinadas por las mujeres o por terceros que las apoyan; agresiones psicológicas manifestadas en burlas, descalificaciones, amenazas con suicidarse o dañar a sus hijos; limitaciones en la vida social, en la tenencia de amistades, trabajo o estudios; y agresiones económicas, restringiendo el acceso al dinero (Trujano, Martínez y Camacho, 2010).

El impacto de la violencia de pareja contra el hombre, también, es muy similar al sufrido por las mujeres, denominado “Síndrome de la mujer maltratada”, observándose una gran dificultad para dar cierre a la relación y pedir ayuda (Trujano et al., 2010); por consiguiente, la víctima se mantiene en una especie de conformidad frente a la dura realidad que enfrenta en su relación sentimental.

Las secuelas de la violencia de pareja en mujeres, dan cuenta de la importancia de las psíquicas con respecto a las físicas, al mantenerse en el tiempo (Broll, 2014; Labrador, Rincón, De Luis y Fernández, 2004), afectándose la salud, el bienestar, la felicidad; la sensación de seguridad personal (Broll, 2014), la autoestima (Labrador, Fernández-Velasco y Rincón, 2010); sus habilidades sociales, su capacidad para trabajar, estudiar, autocuidarse y cuidar de sus hijos (OPS, 2003), pudiendo manifestar depresión y estrés postraumático (Buesa y Calvete, 2013; Gomes & Erdmann, 2014). En el plano físico puede padecer, entre otros síntomas, embarazos no deseados, abortos, problemas ginecológicos y enfermedades infectocontagiosas; en casos más severos, homicidios, suicidios (OMS, 2013).

Este impacto afecta no sólo a los miembros de la diada, sino a la familia, hijos (Piotrowski, Tailor & Cormier, 2014; Ryan, Howell y Graham-Bermann, 2012), nuevas parejas y a la comunidad que les rodea (Smith, Fowler & Nolon, 2014).

Algunos estudios han encontrado que el victimario en este tipo de violencia corresponde más al estrato bajo (Rey, 2002), se asocia con el consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas (Blitchtein-Winicki y Reyes-Solari, 2012; Deza, 2013; Siegel, 2013), y con tener mayor nivel de educación o con el desequilibrio en la toma de decisiones al interior de la pareja (Blitchtein-Winicki y Reyes-Solari, 2012). En las mujeres que han sido víctimas se ha encontrado historia de maltrato sexual, ausencia de apoyo social

y dependencia económica (Amor, Bohórquez, De Corral y Oria, 2012; Gomes & Erdmann, 2014); cuentan con un nivel bajo de educación y una precaria asistencia sanitaria (Rey, 2002), sumado a carencias económicas y la tenencia de muchos hijos (Albuquerque et al., 2013). Un aspecto importante es que, la violencia familiar incrementa los riesgos de una generación a otra, de replicarla, padecerla o generarla (Siegel, 2013), en este caso puntual, con la pareja.

En este orden de ideas, la violencia de pareja es un problema vigente, que ha sido estudiado multidisciplinarmente, y amerita seguir siendo comprendido con miras a intervenirlo para prevenir este tipo de relacionamiento íntimo que afecta la salud integral de quienes lo vivencian. De la Peña-Leiva (2015), propone que este fenómeno debe ser estudiado desde los constructos socioculturales que lo sostienen, naturalizan y transfieren generacionalmente. Para ello, es menester abordar elementos y procesos cognitivos que dan lugar a estereotipos, opiniones, creencias y valores donde se legitima el desbalance de poder y derechos entre hombres y mujeres en una relación sentimental.

Desde este sentido, es urgente la implementación de una intervención psicosocial en favor de la construcción de formas sanas de relacionamiento en el marco de la pareja; a partir de acciones sistemáticas capaces de desmitificar, aclarar y confrontar las cogniciones y prácticas sociales que han naturalizado históricamente a la violencia de pareja (De la Peña-Leiva, 2015).

En los siguientes apartados, se abordará la intervención desde su objetivo de generar cambio y bienestar, las consideraciones sobre sus aspectos centrales y su implementación en los últimos años en el contexto de la pareja.



## INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL: ACCIONES PARA GENERAR CAMBIOS

Intervenir es una palabra que se usa en distintos contextos, y suele ser evocada para dar cuenta de acciones que se ejecutan para cambiar algo. **Maya (2012, p. 534)**, propone que “intervenir es una respuesta organizada de la sociedad a los problemas que se enfrenta”. Pese a que no existe una disciplina que logre atribuirse exclusivamente como propio este concepto, para efectos de este documento se trabajará la intervención desde el componente psicosocial, propuesta tomada de la psicología social aplicada (**García, Ayilón, Calderón, Fernández y Piñuela, 2016**), que también reconoce su carácter inter y multidisciplinar, en la que la mirada psicológica interactúa con la mirada social vinculada a otros campos como el trabajo social y la sociología, entre otros (**García et al, 2016; Villa, Arroyabe, Montoya y Muñoz, 2017**).

**García et al. (2016)** afirman que la Intervención Psicosocial se relaciona con la planeación, ejecución y evaluación de programas orientados a lo establecido en la política social, la cual se relaciona mayormente con la solución de problemas sociales. **Blanco y Valera (2007)** proponen que la finalidad de la intervención psicosocial es la reducción o prevención de situaciones de riesgo social y personal; asimismo, debe contribuir a la solución de problemas que afectan a las personas, grupos y comunidades. Esta intervención debe hacerse de manera contextualizada y teniendo presente la relación bidireccional entre lo individual y lo social (**Villa et al., 2017**).

En relación a la prevención que se hace en la intervención, **Cardozo (2009a)**, propone que esta puede darse desde tres enfoques: primaria, secundaria o terciaria. La prevención primaria, se centra en estudiar las causas del problema y trabajar en ellas; la

prevención secundaria, se relaciona con la detección o diagnóstico del problema y sus efectos colaterales. Finalmente, la prevención terciaria está dirigida a realizar acciones que disminuyan las consecuencias del problema.

Por su parte, **Blanco y Valera (2007)** sostienen que la intervención psicosocial tiene como finalidad promocionar el bienestar de las personas, grupos o comunidades y mejorar su calidad de vida. En este sentido, el interventor debe apuntar a favorecer algunas de las dimensiones de bienestar: bienestar psicológico que fortalece el desarrollo potencial de cada persona (**Abello et al., 2009**); el bienestar subjetivo, referido a la satisfacción con la vida, y/o el bienestar social.

Otro fundamento de la Intervención Psicosocial es la participación activa de los miembros de la comunidad (**Avello, Román y Zambrano, 2017; Blanco y Valera, 2007; Cardozo, 2009; García et al., 2016**), quienes poseen la capacidad de transformar sus contextos y problemas. En concordancia con el planteamiento anterior, se llega a otro fundamento esencial en la intervención, y es el rol que cumple el interventor en el proceso, el cual no se relaciona con funciones directivas sino por el contrario con acciones dinamizadoras de los cambios esperados en las personas con las que trabaja (**Blanco y Valera, 2007; Cardozo, 2009**).

Por último, se resalta que toda intervención debería realizarse desde el enfoque de acción sin daño, que busca no sólo disminuir los daños ocasionados en la población participante, sino también que el profesional esté atento a que sus acciones no contribuyan a incrementar los daños sino por el contrario a reducirlos (**Rodríguez citado por Unidad para las Víctimas, 2017**). Se trata de que el interventor, proponga los mínimos éticos que debe tener para implementar intervenciones sin daño (**Unidad para las Víctimas, 2017**). Al respecto, **Sánchez (2015)**, propone los valores morales presentes en la práctica comunitaria, que bien se pueden

extender a otros campos de la intervención, son entendidos como “las cualidades deseables de las personas (...), sociedades e instituciones” (p. 1237), que deben ser promovidos no sólo con las personas con las que se trabaja sino también en el mismo profesional, fomentando una relación equitativa y respetuosa con los otros, capaz de aportar a procesos comunitarios con justicia social y solidaridad.

## PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN VIOLENCIA DE PAREJA

La intervención con miras a prevenir la violencia de pareja es una tarea impostergable dada la cruda realidad que viven mujeres y hombres al interior de sus relaciones sentimentales, exponiendo su salud integral y bienestar. Ahondar en este tipo de intervención es una oportunidad para aproximarse a sus tendencias metodológicas e identificar buenas prácticas que puedan replicarse, sin desconocer los elementos propios de cada contexto.

Al desplegar una revisión del estado de publicaciones sobre programas de prevención y/o intervención en violencia de pareja en contexto iberoamericano, se encuentra que la mayoría de la producción se concentra en España, evidenciando la clara necesidad de seguir generando publicaciones, desde otros países, sobre las formas de intervenir psicosocialmente en esta problemática, los aciertos y desaciertos resultantes de estas prácticas y los métodos para evaluar su impacto; aspecto clave para reconocer tendencias efectivas en la generación de cambio social (De la Peña, 2015), en este caso, a favor de la convivencia de pareja. Adicionalmente, son pocas las publicaciones recientes sobre el

tema, por tanto, en el presente apartado, se dará cuenta de investigaciones encontradas en los últimos seis años, especialmente en España, Colombia y Chile, con relación a programas de intervención con hombres y mujeres que han sido víctimas o victimarios, así como a programas de prevención en el contexto educativo con población juvenil.

En relación a los programas de intervención con hombres maltratadores realizados en España, **Subirana-Malaret y Pueyo (2013)** presentan un estudio sobre “La retención proactiva y adherencia terapéutica en programas formativos para hombres maltratadores de pareja” enfatizando en la comunicación llevada a cabo por actores institucionales (Policía de Cataluña). Estas técnicas formaron exitosamente parte del programa SAHM (Servicio de Atención para Hombres Maltratadores). Los resultados obtenidos señalan que los hombres (42 participantes) a los que no se les ha aplicado las técnicas del programa tienen una adherencia baja al tratamiento, lo cual varía según el tiempo de intervención recibida.

Siguiendo la línea de intervención con hombres perpetuadores de la violencia en la pareja, se resalta la investigación realizada por **Boira et al. (2013)**, la cual analizó desde una perspectiva ecológica, las relaciones entre las víctimas, los agresores y los profesionales que los atienden; igualmente evaluó la efectividad de la intervención psicológica realizada por el Servicio de Gestión de Penas y Medidas Alternativas de Zaragoza con hombres condenados por violencia a sus parejas, para quienes era obligatorio asistir a la intervención como una forma de suspender la pena de prisión. La muestra del estudio estuvo conformada por 41 personas, de las cuales 18 eran hombres que habían finalizado un programa de intervención psicológica para penados; 9 mujeres víctimas y que eran parejas de alguno de los hombres de la muestra, y 14 profesionales interventores en violencia de pareja.

Los resultados relacionados con la efectividad del programa señalan que las intervenciones de este tipo deben ser contextualizadas dependiendo del tipo de agresor; que el hecho de ser obligatorias incide en la real motivación de los hombres por pertenecer al programa, lo que podría cuestionar su verdadera efectividad. Adicionalmente, algunas de las mujeres parejas de estos hombres, manifiestan que, pese al tratamiento, los hombres continúan con amenazándolas, aunque ya no convivan. Cabe destacar, que no todos los hombres reconocen el delito que han cometido, algunos lo minimizan; lo que genera la consideración de que, aunque el tratamiento es bueno, no aplica para todos los casos.

En relación a los programas de intervención con mujeres que han sido víctimas, **Matud, Padilla, Medina y Fortes (2016)** analizaron la eficacia de un tratamiento psicológico para mujeres maltratadas a partir de un diseño cuasiexperimental con dos grupos independientes (intervención y control). La muestra estuvo conformada por 107 mujeres con edades entre 23 y 64 años, con características sociodemográficas diversas. Las mujeres del grupo con intervención, evidenciaron una reducción en la sintomatología de estrés postraumático de re- experimentación y evitación, así como de los síntomas de depresión y ansiedad, evidenciándose un aumento de su autoestima y apoyo social.

De las 93 mujeres que iniciaron el tratamiento grupal, finalizaron 72, indicando entre sus motivos para no continuar haber iniciado un trabajo y los horarios del mismo, cambio de vivienda, no contar con apoyo para el cuidado de sus hijos/as durante la asistencia al programa y carencias económicas para desplazarse a las sesiones. Las autoras invitan a revisar estas dificultades de orden externo que inciden en el alcance de logros; como también, en implementar seguimiento a estas acciones en plazos más extensos de tiempo.

Otra línea de intervención, ha sido la prevención desde la juventud; al respecto, **Callejón-Chinchilla y Gila-Ordoñez (2018)** plantean un programa educativo de prevención de violencia de pareja en la edad escolar en España, con el fin de trabajar desde edades tempranas los factores que pudieran incidir, posteriormente, en la aparición de violencias de pareja. El programa se basa en la psicología positiva y el enfoque de desarrollo humano. A nivel metodológico implementa técnicas artísticas como las audiovisuales y las narrativas, para favorecer la toma de perspectiva, la creatividad, la resolución de problemas y un mayor desarrollo emocional y social.

Las autoras, resaltan la importancia de trabajar con niños, niñas y adolescentes sobre la prevención de violencia en las relaciones de pareja. Para ello, abordan las relaciones que se establecen en la familia, pues consideran que son bases importantes que determinan la calidad de las relaciones con los otros. En este sentido, el programa preventivo que proponen se concentra en enseñar a los jóvenes a reconocer, con base en sus imaginarios, cómo es una relación de pareja sana y/o una relación no sana y cuáles son los roles que se asumen en ella; a la vez que, desarrollan habilidades sociales y comunicativas para promover relaciones más gratificantes. Los resultados del programa ponen en evidencia la eficacia del uso de técnicas artísticas, en la medida que permiten una integración cognitiva-emocional a partir de la Percepción, Interiorización y Expresión de una situación (PIE) que permite modificar los imaginarios y creencias sobre las relaciones de pareja; asimismo, ratifican la importancia de seguir realizando acciones preventivas de violencia de pareja desde edades tempranas.

En cuanto a programas de intervención realizados en Colombia, **Martínez (2014)** propuso una investigación para implementar y evaluar el impacto de un programa de intervención

conductual con adolescentes escolares (589 participantes) en la ciudad de Tunja- Colombia. El estudio estuvo dividido en una fase exploratoria- descriptiva y una fase de intervención conductual grupal, donde los participantes se entrenaron en habilidades de solución de problemas, regulación emocional y comunicación.

Es importante señalar que, en la fase exploratoria los hombres reportaron haber sido víctimas de violencia por su pareja. La fase de intervención del programa tuvo como resultado la reducción de las conductas violentas en las parejas participantes, sin que hubiese diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Por otra parte, **Carvajal (2015)** planteó realizar la evaluación de “La eficacia de un programa de tratamiento para mujeres víctimas de violencia de pareja”, implementado técnicas cognitivo – conductuales y utilizando instrumentos válidos para medir TEPT (trastornos de estrés postraumático) depresión, ansiedad y el cuestionario Síndrome de la mujer maltratada. La implementación del programa tuvo el propósito de medir la reducción del impacto psicológico de la violencia de pareja, vinculando 120 mujeres de diferentes ciudades del país, quienes también enfrentaron otras situaciones estresantes y traumáticas (desplazamiento forzado). Como resultado se evidenció la efectividad en la reducción de las consecuencias clínicas de la violencia de pareja, reconociendo que la intervención grupal motivó a la generación de una red social de apoyo que permitió a las mujeres salir del aislamiento social, siendo un aspecto altamente positivo. Este programa de intervención se destacó en el contexto colombiano, debido precisamente, a la escasez de programas de tratamiento eficaces y efectivos del trauma psicológico en víctimas de violencia de pareja.

En Chile, **Vizcarra, Poo y Donoso (2013)** desarrollan el programa “Construyendo una relación de pareja estable” fundamentado en el paradigma constructivista, donde el aprendizaje es

procesado y construido con una función adaptativa. El primer pilotaje de este programa fue en el año 2009 con 32 estudiantes de diversas carreras de una Universidad del Sur de Chile. Los autores, destacan la importancia de prevenir la violencia de pareja desde la etapa del noviazgo. En sintonía con esta premisa, proponen programas de prevención primaria para evitar la aparición de la violencia; y programas de intervención secundaria, orientados a brindar servicios a las personas en situación de vulnerabilidad para disminuir la incidencia de factores de riesgo conocidos. Como indicadores de éxito en el programa, señalan que la víctima termine la relación de violencia y/o que el agresor detenga la conducta de ataque.

A partir de la revisión de los programas de intervención de conflictos en la relación de pareja, se puede concluir que aún falta mayor publicación sobre el tema especialmente en Latinoamérica. La revisión encontrada indica que existen tres tendencias sobre este asunto: una relacionada con la realización de programas preventivos en edades tempranas (Alba, Navarro y López, 2015; Callejón-Chinchilla y Gila-Ordoñez, 2018; Martínez, 2014; Vizcarra et al., 2013), debido a que en la adolescencia es donde comienza a surgir, por lo general, las primeras relaciones sentimentales. Para ello, se implementan técnicas grupales que estimulen la expresión y la narrativa de los participantes, así como terapias grupales desde el modelo cognitivo conductual. La segunda tendencia es realizar programas de intervención con mujeres que han sido maltratadas (Carvajal, 2015; Matud et al., 2016), y la tercera es implementar programas de intervención con hombres maltratadores que han sido condenados por violencia de pareja (Boira et al., 2013; Subirana-Malaret y Pueyo, 2013), siendo España el país que más publicaciones presenta en este tema.

La gran mayoría de las intervenciones, revisadas, sean de carácter asistencial o preventivo se centran en la enseñanza de



habilidades sociales, estrategias de comunicación asertiva para la solución de problemas e identificación de imaginarios, evidenciando logros importantes. Es relevante, dar continuidad a estas intervenciones y seguir generando procesos que abonen a la convivencia de la pareja, cuyos resultados e impactos sean dados a conocer. Aunque los programas expuestos, en este aparte, abordan una población variada, es sustancial que ambos sexos hagan parte de estos procesos, y se intervenga desde acciones preventivas, la violencia de pareja contra la mujer y contra el hombre.

## CONCLUSIONES

El presente libro incluye doce capítulos relacionados con la sexualidad y las relaciones contemporáneas. Estos doce capítulos versan sobre la salud y patología de la sexualidad humana, la construcción psicosocial del género, las relaciones de pareja, la igualdad y equidad de género en el ámbito organizacional, el movimiento social de mujeres, evaluación de la sexualidad, intervención en disfunciones sexuales, evaluación psicológica forense en delitos sexuales, programas de prevención y promoción en salud sexual y reproductiva y programas de intervención en casos de violencia de pareja.

El ser humano es considerado desde una perspectiva bio-psi-co-social y que por tanto su desarrollo y bienestar se asocia con aspectos biológicos, psicológicos y sociales. De hecho, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ONU, 2018b) pretenden mejorar la sociedad a partir de diecisiete objetivos generales propuestos, teniendo en cuenta que son las personas el eje central y que su bienestar y calidad de vida es lo principal. Los capítulos desarrollados en el presente libro apuntan a siete objetivos específicos de estos diecisiete: salud y bienestar; educación de calidad; igualdad de género; trabajo decente y crecimiento económico; reducción de las desigualdades, ciudades y comunidades sostenibles; paz, justicia e instituciones sólidas; y alianzas para lograr los objetivos. De acuerdo con el último objetivo, es necesario la colaboración entre los ciudadanos, la sociedad, el sector educativo, sector

empresarial privado y colaboración de los gobiernos y estados para alcanzar y lograr estos objetivos propuestos.

La investigación resulta fundamental para el desarrollo sostenible, es necesaria para generar nuevo conocimiento y lograr las metas propuestas. La generación de nuevo conocimiento va en aumento en todos los países. Sin embargo, por temas relacionados directamente con la economía se comprueba como los países del tercer mundo y los países en vías de desarrollo, como Colombia, generan menos investigación. Esto puede considerarse como un círculo vicioso, pues disponer de menos recursos económicos se relaciona con menor investigación, y menor investigación se asocia con países más pobres. Por tanto, se debe tener en cuenta la investigación internacional, pero resulta fundamental el desarrollo de nuevos estudios científicos analizando problemáticas propias de cada nación y región con el fin de profundizar en problemas específicos del contexto y tratar así de mejorar la realidad social teniendo en cuenta las particularidades de cada uno de estos contextos.

La colaboración de gobiernos y las alianzas entre diferentes sectores de la sociedad es esencial para mejorar la calidad de vida de las personas. Así pues, realizar investigaciones en conjunto con otras universidades, realizar investigaciones con fondos gubernamentales, incluir el sector educativo y sector empresarial, incluir individuos particulares y comunidades específicas será lo que de soporte de garantía a las investigaciones futuras. Así, el trabajo interdisciplinar es imprescindible, pues el ser humano, como ya se ha dicho, se trata de un individuo bio-psico-social y que por tanto su bienestar depende de todo lo que ocurre en la sociedad.

En este sentido, se recuerda que el modelo ecológico propuesto por Bronfenbrenner (1987) considera que el bienestar y desarrollo de las personas depende de un microsistema, un mesosistema, exosistema y macrosistema. Dentro del microsistema se

puede incluir el desarrollo del individuo, así como la sexualidad, pues el ser humano es un ser sexualizado desde que nace hasta que muere. En el mesosistema se incluye las relaciones contemporáneas, como pueden ser las relaciones de pareja o entre iguales. En el exosistema se ubican relaciones más amplias y aspectos más generales como pueden ser las relaciones familiares, el contexto laboral, comunidades, etc., y en el macrosistema se incluyen aspectos políticos, culturales y religiosos (Sánchez-Fuentes et al., 2014).

Considerando la sexualidad se puede concluir que trasciende las fronteras biológicas y se convierte en un aspecto de estudio desde la psicología, al implicar conductas y comportamientos saludables y/o patológicos, variables afectivas y cognitivas; así como relacionales al vincularse los comportamientos sexuales en el contexto de pareja; social dado que la comunidad y el entorno también tienen implicación sobre los comportamientos sexuales. Además, se convierte en una variable de estudio desde las ciencias jurídicas y políticas, pues existen los derechos sexuales que son inherentes al ser humano y que los países deben proteger y velar por su cumplimiento.

Así pues, la sexualidad es un aspecto central del ser humano y no solo depende de factores anatómicos, biológicos y fisiológicos, sino que incorpora variables psicológicas, sociales, jurídicas y políticas. La salud sexual se convierte en un aspecto de salud pública, por lo que desde las distintas disciplinas es necesaria su investigación con el fin de solucionar problemas relacionados con aspectos sexuales, como los reproductivos y de enfermedad o patológicos; y sobre todo aspectos relacionados con la promoción y prevención de la salud sexual. Pues, considerando la definición de salud sexual realizada por la OMS, la salud sexual no es solo la ausencia de enfermedad sino también bienestar y el placer.

En cuanto a las relaciones contemporáneas es importante señalar que, si bien las relaciones interpersonales más importantes en la vida de las personas adultas son las relaciones de pareja, también existen otras relaciones que se deben considerar dado su impacto en la vida de los individuos, como son las relaciones en el contexto escolar entre los niños y las relaciones en el contexto de las organizaciones. El género, supone un aspecto transversal en el estudio de las relaciones contemporáneas. Es necesario aumentar el conocimiento y promover la equidad entre los iguales, con el fin de mejorar no solo la calidad de vida de las mujeres, sino de toda la sociedad. La educación en la equidad e igualdad hará de una sociedad más pacífica, más igualitaria y en la que las oportunidades no dependan de una construcción social entorno a los comportamientos atribuidos simplemente por el hecho de haber nacido varón o mujer.

Son necesarias sociedades más justas, donde prime el respeto, el respeto a todos los derechos humanos, incluidos los sexuales. Son necesarias políticas igualitarias y sociedades donde se respeten todas las personas indistintamente de su sexo biológico, género y orientación sexual. Solo a partir de la investigación se podrá conseguir una educación de calidad y que transmita estos valores a las diferentes esferas en las que el ser humano se desenvuelve. Además, la investigación no solo tendrá un impacto en la educación, sino en el bienestar y calidad de vida de las personas y se logrará un mayor desarrollo en los países con el fin de disminuir las diferentes desigualdades, pues desigualdad solo conlleva a la disminución del bienestar del ser humano.

Los temas tratados en cada uno de los capítulos que contiene el presente libro pretenden ser la base y dar conocimiento de algunos aspectos generales y específicos de la sexualidad humana y de las relaciones contemporáneas. Se han incluido investigaciones clásicas y recientes de los temas tratados y se espera que la lectura

del presente libro aumente el conocimiento y despierte en el lector el interés por la investigación y profundización en el estudio de la sexualidad y relaciones contemporáneas.

Es importante concebir la sexualidad y las relaciones contemporáneas desde la interdisciplinariedad. Si bien este libro supone un avance interesante en la ciencia al recopilar e incluir investigaciones, también de su lectura se desprende que son necesarias muchas más investigaciones en estas áreas. Asimismo, se insta a profesionales de la salud, de las ciencias sociales, humanas y políticas, por una parte, al estudio e interés de aspectos relacionados con la sexualidad y las relaciones con el fin de aumentar el conocimiento científico y, por otra parte, a tener siempre presente en el ejercicio práctico de su profesión los avances científicos.

## REFERENCIAS

- Abello, D., Cortés, O. F., Fonseca, L., García, P. y Mariño, J. (2013). Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos, EMTA: análisis psicométrico desde la teoría clásica de los test y la teoría de respuesta al ítem. *Suma Psicológica*, 20(2), 203–216. <http://dx.doi.org/10.14349/sumapsi2013.1442>
- Abello, R., Amarís, M., Blanco, A. Madariaga, C., Manrique, K., Martínez, M., Turizo, Y. y Díaz, D. (2009). Bienestar y trauma en personas adultas desplazadas por la violencia política. *Universitas Psychologica*, 8 (2), 455–470.
- Abello-Luque, D., Cortés Peña, O. F., García-Montaña, E., García-Roncallo, P. G. y Nieto-Betancurt, L. N. (2017). Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos, EMTA: Generación de Indicadores Psicométricos y Escalas Normativas de Uso Clínico. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, 43(1), 187–198. [https://doi.org/10.21865/RIDEP43\\_187](https://doi.org/10.21865/RIDEP43_187)
- Abeyá, E., Del Pino, M., Di Candia, A., Fano, V., Krupitzky, S., Fernández, M. I. y Orazi, V. (2004). El desarrollo del niño. Una definición para la reflexión y la acción. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 102 (3), p.p. 312–313. Recuperado de: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2004/A4%20312-313.pdf>
- Acker, J. (1990). Hierarchies, jobs, bodies: A theory of gendered organizations. *Gender y Society*, 4, 139–158.
- Acuña, W. y Colmenares, S. (2012). Funcionamiento familiar cuando se manifiesta el abuso sexual, en 121 familias, ubicadas en la ciudad de Barranquilla. [Tesis pregrado]. Universidad de la Costa, Barranquilla, Colombia.
- Acuña-Ruiz A. E. y Vargas R. O. (2006). Diferencias en los Prejuicios Frente a la Homosexualidad Masculina en Tres Rangos de Edad en una

- Muestra de Hombres y Mujeres Heterosexuales. *Psicología desde el Caribe*, 18, 58–88.
- Agoff, C., Rajsbaum, A. y Herrera, C. (2006). Perspectivas de las mujeres maltratadas sobre la violencia de pareja en México. *Salud Pública de México*, 48(2), 307–314. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/106/10604811.pdf>
- Ahrold, T. K., Farmer, M., Trapnell, P. D. y Meston, C. M. (2011). The relationship among sexual attitudes, sexual fantasy, and religiosity. *Archives of Sexual Behavior*, 40(3), 619–630. <https://doi.org/10.1007/s10508-010-9621-4>
- Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. *Psychology y Health*, 26(9), 1113–1127.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In: J. Kuhl et al. (eds.), *Action control* (pp. 11–39). Heidelberg: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-69746-3\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-642-69746-3_2)
- Alba J., Navarro, L. y López, M. (2015). La violencia de pareja entre adolescentes: revisión de los programas preventivos actuales y propuesta de intervención. *Misión Jurídica Revista de Derecho y Ciencias Sociales* 9, 69–86.
- Albarracín, D., Gillette, J. C., Earl, A. N., Glasman, L. R., Durantini, M. R. y Ho, M. H. (2005). A test of major assumptions about behavior change: a comprehensive look at the effects of passive and active HIV-prevention interventions since the beginning of the epidemic. *Psychological bulletin*, 131(6), 856. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.856>
- Albuquerque, J., César, E., Silva, V., Espínola, L., Azevedo, E. y Ferreira, M. (2013). Violência doméstica: características sociodemográficas de mulheres cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15(2), 382–390. <https://doi.org/10.5216/ree.v15i2.18941>



- Alfie-Cohen M. & Méndez, L. (2000). Modernidad reflexiva y movimientos sociales. *El Cotidiano*, 16(100), 9–27. Recuperado de <http://www.re-dalyc.org/articulo.oa?id=32510004>
- Amar, J. J., Martínez, M. B. y Utria, L. (2013). Nuevo abordaje de la salud considerando la resiliencia. *Revista Científica Salud Uninorte*, 29(1), 124–133.
- Amar, J. y Martínez-González, M. (2011). *El ambiente imperativo*. Barranquilla: Ediciones Universidad del Norte.
- Amar, J. J., Utria, U., Miguel, L., Abello, R., Martínez, M. B. y Crespo, F. A. (2014). Construcción de la Escala de Factores Personales de Resiliencia (FPR'1) en mujeres víctimas del desplazamiento forzado en Colombia. *Universitas Psychologica*, 13(3), 853–864. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-3.cefp>
- Amor, P., Bohórquez, I., De Corral, P. y Oria, J. (2012). Variables psicosociales y riesgo de violencia grave en parejas con abuso de sustancias tóxicas y maltrato previo. *Acción Psicológica*, 9(1), 3–18. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.9.1.204>
- Amorós, C (2000). *Tiempo de feminismo. Sobre feminismo, proyecto ilustrado y posmodernidad*. Madrid: Catedra.
- Andersen, B. L. y Cyranowski, J. M. (1995). Women's sexuality: Behaviors, responses, and individual differences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(6), 891–906.
- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5<sup>a</sup> ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- Araya, S. (2002). *Las Representaciones Sociales: Ejes teóricos para su discusión*. Costa Rica: FLACSO- Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- ARC Intenational. (2007). Introducción a los Principios de Yogyakarta. [Online]. Recuperado de <https://yogyakartaprinciples.org/introduction-sp/>
- Arce, R. y Fariña, F. (2014). Práctica de la prueba psicológica-forense: El Sistema de Evaluación Global (SEG). En, C. Chan, C. Estrada, y F. J. Rodríguez (eds.), *Aportaciones a la psicología jurídica y forense desde Iberoamérica* (pp. 47–61). México, D.F.: Manual Moderno.

- Arce, R. y Fariña, F. (2012). La entrevista psicológica forense a niños, adultos y discapacitados. En: S. Delgado, F. Bandrés, y A. Tejerina (Coords.). *Tratado de medicina legal y ciencias forenses, 5. Pediatría legal y forense. Violencia. Víctimas* (pp. 795–817). Barcelona: Bosch.
- Arce, R. y Fariña, F. (2005a). Peritación psicológica de la credibilidad del testimonio, la huella psíquica y la simulación: El sistema de evaluación global (SEG). *Papeles del psicólogo, 26*, 59–77.
- Arce, R. y Fariña, F. (2005b). El Sistema de Evaluación Global (SEG) de la credibilidad del testimonio: Hacia una propuesta integradora. En, R. Arce, F. Fariña, y M. Novo (Eds.), *Psicología jurídica* (pp. 101–118). Santiago de Compostela: Consellería de Xustiza, Interior e Administración Local.
- Arce, R. y Fariña, F. (2001). Construcción y validación de un procedimiento basado en una tarea de conocimiento para la medida de la huella psíquica en víctimas de delitos: La entrevista clínico-forense. [*Manuscrito Inédito*]. Universidad de Santiago de Compostela, Galicia, España.
- Arce, R., Novo, M. y Alfaro, E. (2000). La obtención de la declaración en menores y discapacitados. En A. Ovejero, M. V. Moral y P. Vivas (eds.), *Aplicaciones en psicología social* (pp. 147–151). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Arce-Rodríguez, M. B. (2006). Género y violencia. *Agricultura, sociedad y desarrollo, 3*(1), 77–90. Recuperado de <https://bit.ly/2JCLUBj>
- Archer, J. (2004). Sex Differences in Aggression in Real-World Settings: A Meta-Analytic Review. *Review of General Psychology, 8* (4) 291–322. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.8.4.291>
- Arcos-Romero, A. I. y Sierra, J. C. (2018). Revisión sistemática sobre la experiencia subjetiva del orgasmo. *Revista Internacional de Andrología, 16*(2), 75–81.
- Arcos-Romero, A. I., Moyano, N. & Sierra, J. C. (2018). Psychometric properties of the Orgasm Rating Scale in context of sexual relationship in a Spanish sample. *The Journal of Sexual Medicine, 15*, 741–749. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.005>
- Arcos-Romero, A. I., Calvillo, C., Sánchez-Fuentes, M. M., Granados, R. y Moyano, N. (2015). Excitación sexual subjetiva y objetiva: Asociación con la doble moral y la propensión a excitarse sexualmente. En, T.

- Ramiro-Sánchez y M. Ramiro, *VIII Congreso Internacional y XIII Nacional de Psicología Clínica* (p. 611). Granada, España.
- Arcos-Romero, A. I., Calvillo, C., Sánchez-Fuentes, M. M., Granados R., Moyano, N. y Sierra, J. C. (2015). Relación entre la erotofobia-eroto-filia y la excitación sexual subjetiva y objetiva en mujeres jóvenes. En, T. Ramiro-Sánchez y M. Ramiro, *VIII Congreso Internacional y XIII Nacional de Psicología Clínica* (p. 612). Granada, España.
- Arcos-Romero, A. I., Calvillo, C., Sánchez-Fuentes, M. M., Granados, R., Moyano, N. y Sierra, J. C. (2015). Relación entre ansiedad estado y excitación sexual. En, T. Ramiro-Sánchez y M. Ramiro, *VIII Congreso Internacional y XIII Nacional de Psicología Clínica* (p. 613). Granada, España.
- Arias-Preciado, A. (abril 5, 2011). *Género Como Categoría de Análisis: Mujer, Feminismo y Género*. generonclase.com [Online]. <https://bit.ly/2zr7xQa>
- Ariza, G. R. (2013). Las representaciones sociales de la violencia en las relaciones de pareja en Medellín en el siglo XXI. *Revista CES Psicología*, 6(1), 134–158. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4235/423539419009.pdf>
- Aron, A., Norman, C., Aron, E., McKenna, C. y Heyman, R. (2000). Couples' shared participation in novel and arousing activities and experienced relationship quality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 273–284. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.2.273>
- Atallah, S., Johnson-Agbakwu, C., Rosenbaum, T., Abdo, C., Byers, E. S., Graham, C., Nobre, P., Wylie, K. y Brotto, L. A. (2016). Ethical and sociocultural aspects of sexual function and dysfunction in both sexes. *Journal of Sexual Medicine*, 13(4), 591–606. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.021>
- Avello, D., Román, A. y Zambrano, A. (2017). Intervención sociocomunitaria en programas de rehabilitación psicossocial: Un estudio de casos en dos equipos del sur de Chile. *Psicoperspectivas*, 16 (1), 19–3. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol16-issue1-fulltext-900>
- Avendaño-Villa, I., Cortés-Peña, O. F., y Guerrero-Cuentas, H. (2015). Competencias sociales y tecnologías de la información y la comunicación como factores asociados al desempeño en estudiantes de básica pri-

- maria con experiencia de desplazamiento forzado. *Diversitas*, 11(1), 13–36.
- Ayala, M. (2018). Análisis comparativo de las representaciones sociales de violencia y conflicto en parejas residentes en Huancayo-Perú. [*Trabajo de grado*]. Universidad de la Costa, Barranquilla, Colombia.
- Baena, E. (2015a). Valor diferencial en sentencia judiciales a los informes psicológicos forenses en casos de violencia de pareja en la ciudad Barranquilla. [*Tesis pregrado*]. Universidad de la Costa, Barranquilla, Colombia.
- Baena, S. (2015b). Importancia de los informes psicológicos forenses en las decisiones judiciales de primera instancia en delitos sexuales en la ciudad de Barranquilla. [*Tesis pregrado*]. Universidad de la Costa, Barranquilla, Colombia.
- Bancroft, J., Jones, H. G. & Pullan, B. P. (1966). A simple transducer for measuring penile erection with comments on its use in the treatment of sexual disorder. *Behavior Research and Therapy*, 4(1-2), 239–241. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(66\)90075-1](https://doi.org/10.1016/0005-7967(66)90075-1)
- Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. In *Preventing AIDS* (pp. 25–59). Springer, Boston, MA. [https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1193-3\\_3](https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1193-3_3)
- Bandura, A. (1990). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Evaluation and program planing*, 13(1), 9–7. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(90\)90004-G](https://doi.org/10.1016/0149-7189(90)90004-G)
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American psychologist*, 44(9), 1175–1184.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. & NIMH. (1986). *Prentice-Hall series in social learning theory. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, Inc.
- Bandura, A. y Rivièrè A. (1982). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa Calpe

- Bandura, A. & Walters, R. H. (1963). *Social learning and personality development*. Holt Rinehart and Winston: New York.
- Bandura, A., Freeman, W. H. & Liberman, A. P. (1960). *Self-efficacy and exercise of control*. New York: W.H. Freeman Publishers
- Banquez, J. (2016). Creencias Legitimadoras de la Violencia en Adolescentes Afrodescendientes Escolarizados Víctimas del Conflicto Armado. [Tesis maestría]. Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.
- Barlow, D. H., Becker, R., Leitenberg, H. & Agras W. (1970). A mechanical strain gauge for recording penile circumference change. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 3(1), 355–367. <https://doi.org/10.1901/jaba.1970.3-73>
- Barreto, I., Sandoval, M. y Cortés, O. F. (2010). Prácticas de consumo y estilo de vida de la población LGTB de Bogotá. *Diversitas: Perspectivas en psicología*, 6(1), 165-184.
- Battro, A., Fischer, K. y Léna, R. (2016). *Cerebro educado, ensayos sobre la neuroeducación*. Barcelona: Gedisa.
- Bauman, Z. (2015). *Modernidad líquida*. México, D.F.: Fondo de cultura económica.
- Beck, A. T. & Haigh, E. A. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: the generic cognitive model. *Annual review of clinical psychology*, 10(1), 1-24. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734>
- Beckhard, R. (1988). *Desarrollo organizacional: estrategias y modelos*. Madrid: Addison-Wesley Iberoamericana.
- Benavides, F. (2014). Los movimientos sociales y la lucha contra el capitalismo: una revisión. *Revista Derecho Penal y Criminología*, 35(98), 63-72. Recuperado de <https://revistas.uexternado.edu.co/index.php/derpen/article/view/4153>
- Benenson, J. F. (2013). The development of human female competition: allies and adversaries. *Philosophical Transactions of Royal Society*, 368, 20130079. <https://doi.org/10.1098/rstb.2013.0079>
- Benenson, J. F., Kuhn, M. N., Ryan, P. J., Ferranti, A. J., Blondin, R., Shea, M., Charpentier, Ch., Emery, M. y Wrangham, R. W. (2014). Human males appear more prepared than females to resolve conflicts with

same-sex peers. *Human Nature*, 25(2), 251–268. <https://doi.org/10.1007/s12110-014-9198-z>

- Benenson, J. & Christakos, A. (2003). The Greater Fragility of Females' versus Males' Closest Same-Sex Friendships. *Child Development*, 74 (4), 1123–1129.
- Bereni L. y Revillard A. (2018). Movement Institutions: The Bureaucratic Sources of Feminist Protest *Politics Gender* 14 (3), 407–432. <https://doi.org/10.1017/S1743923X18000399>
- Bertervide-Dopico, S. (2014). Violencia y derechos humanos para las mujeres. *Revista Sexología y Sociedad*, 9(22), 36–39. Recuperado de <https://bit.ly/2OkCkDQ>
- Bernate, M. y Ferrer, M. (2013). Diseño y validación de un instrumento para medir percepción social del hombre sobre la violencia de género hacia las mujeres. [Tesis pregrado]. Universidad de San Buenaventura, Cartagena, Colombia.
- Bernstein, S. y J. Hansen. (2006). *Opciones públicas, decisiones privadas: Salud Sexual y reproductiva y los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Blanco, A. y Valera, S. (2007). Los fundamentos de la intervención psicosocial. En: Blanco, A. y Rodríguez Marín, J. (Coords.). *Intervención psicosocial* (pp. 1–59). Madrid: Pearson Educación.
- Blanco, P., Ruiz-Jarabo, C., García, L. y Martín-García, M. (2004). La Violencia de pareja y la salud en las mujeres. Parte II Temas actuales de salud pública. *Gac Sanit*, 18 (1), 182–188.
- Blanco, P., Ruiz-Jarabo, C., García, L. y Martín-García, M. (2004). La Violencia de pareja y la salud en las mujeres. Parte II Temas actuales de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 18(1), 182–188. Recuperado de <https://bit.ly/2Pb7RIY>
- Blank, L., Baxter, S. K., Payne, N., Guillaume, L. R. & Pilgrim, H. (2010). Systematic review and narrative synthesis of the effectiveness of contraceptive service interventions for young people, delivered in educational settings. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 23(6), 341–351.
- Blitchein-Winicki, D. y Reyes-Solari, E. (2012). Factores asociados a violencia física reciente de pareja hacia la mujer en el Perú, 2004-2007. *Revista peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(1),

- 35–43. Recuperado de <https://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/ar-trevista/pdf/rpmesp2012.v29.n1.a06.pdf>
- Boira, S., Carbajosa, P. y Marcuello, Ch. (2013). La violencia en la pareja desde tres perspectivas: Víctimas, agresores y profesionales. *Psychosocial Intervention*, 22(2), 125–133. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5093/in2013a15>
- Bosch, E. y Ferrer, V. (2000). La violencia de género: De cuestión privada a problema social. *Psychosocial Intervention*, 9(1), 7–19.
- Botero-Gómez, P. (2015). Pedagogía de los movimientos sociales como prácticas de paz en contextos de guerra. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(2), 1191–1206. Disponible en <http://hdl.handle.net/20.500.11907/1087>
- Bourgeois, L. J. y Boltvinik, M. (1981). OD in Cross-Cultural Settings: Latin America. *California Management Review*, 23(3), 75-81. <https://doi.org/10.2307/41172604>
- Bradford, D. L. & Burke, W. W. (2005). *Reinventing Organization Development New Approaches to Change in Organizations*. San Francisco: Pfeiffer.
- Bradley, W. E., Timm, G. W., Gallagher, J. M. & Johnson, B. K. (1985). New method for continuous measurement of nocturnal penile tumescence and rigidity. *Urology*, 26, 4–9. [https://doi.org/10.1016/0090-4295\(85\)90243-2](https://doi.org/10.1016/0090-4295(85)90243-2)
- Braithwaite, S., Delevi, R. & Fincham, F. (2010). Romantic relationships and the physical and mental health of college students. *Personal Relationships*, 17(1), 1–12. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2010.01248.x>
- Branco, C. (2005). *Sexualidad humana una aproximación integral*. Madrid: Panamericana.
- Broll, R. (2014). Criminals Are Inside of Our Homes: Intimate Partner Violence and Fear of Crime. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 55(1), 1–22. <https://doi.org/10.3138/cjccj.2011.E24L>
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. (1998). *Theoretical models of human development*. New York: RM Lerner.

- Brotto, L. A. (2017). Evidence-based treatments for low sexual desire in women. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 45, 11–17.
- Brotto, L. A., Bitzer, J., Laan, E., Leiblum, S. & Luria, M. (2010). Women's sexual desire and arousal disorders. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(1), 586–614. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01630.x>
- Brownson, R. C., Baker, E. A., Deshpande, A. D. & Gillespie, K. N. (2018). *Evidence-based public health*. Oxford university press.
- Buesa, S. y Calvete, E. (2013). Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(1), 31–45.
- Bukowski, W. M., Gauze, C., Hoza, B. & Newcomb, A. F. (1993). Differences and consistency between same-sex and other-sex peer relationships during early adolescence. *Developmental Psychology*, 29(2), 255–263. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.29.2.255>
- Bull, R. (1997). *Entrevistas a niños testigos*. En F. Fariña y R. Arce (eds.). Psicología e investigación judicial. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Byers, E. S. & Rehman, U. S. (2014). Sexual well-being. In D. Tolam y L. Diamond (Eds.), *APA Handbook of Sexuality and Psychology* (pp. 317–337). Washington, DC: APA Books.
- Cabrera, M. (2016). Discurso contemporáneo sobre la estética del cuerpo y su repercusión psicológica en sujetos adolescentes. *Cultura, Educación y Sociedad*, 3(1), 23–32.
- Cacioppo, S. & Cacioppo, J. T. (2015). Author reply: Demystifying the neuroscience of love. *Emotion Review*, 8(2), 108–109. <https://doi.org/10.1177/1754073915594432>
- Callejón-Chinchilla, M. D. y Gila-Ordoñez, J. M. (2018). Necesidad de trabajar las relaciones de pareja saludable desde contextos socio educativos. *Sophia*, 14(1), 31–38. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.18634/sophiaj.14v.1i.703>
- Calvillo, C., Sánchez-Fuentes, M. M. y Sierra, J. C. (2018). Revisión sistemática sobre la satisfacción sexual en parejas del mismo sexo. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 9(2), 115–136. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2018.02.018>



- Calvillo, C., Sánchez-Fuentes, M. M., Parrón, T. & Sierra, J. C. (2019). Validation of the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction Questionnaire in adults with same-sex partner. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20(2), 140–150. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.07.005>
- Campo, M., Escorcia, D. y Hernández, C. (2012). Modelo teórico comprensivo de la vivencia del bullying en víctimas y agresores a partir del juego de rol (RPG): un estudio de niños y niñas entre 7 y 9 años, en la ciudad de Barranquilla. [Tesis de pregrado]. Universidad de la Costa, Barranquilla, Colombia.
- Cano, M. (2010). Francisca Fariña, Ramón Arce y Gualberto Buela-Casal (eds.). Violencia de Género. Tratado Psicológico y Legal. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, 2009. *Intervención Psicosocial*, 19(2), 201–202. <https://doi.org/10.5093/in2010v19n2a11>
- Capano, Á. y Pacheco, A. (2014). Estrés y violencia doméstica: un estudio en adultos referentes de niños, niñas y adolescentes. *Ciencias Psicológicas*, 8(1), 31–42. Recuperado de <https://bit.ly/2Jsn7hm>
- Card, N. A., Stucky, B. D., Sawalani, G. M. & Little, T. D. (2008). Direct and indirect aggression during childhood and adolescence: a meta-analytic review of gender differences, intercorrelations, and relations to maladjustment. *Child Development*, 79(5), 1185–229. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2008.01184.x>
- Cardozo, A. (2010). La formación para la convivencia: Un reto de la contemporaneidad. *Cultura educación y sociedad*, 1(1), 27-39.
- Cardozo, A. (Comp.) (2010). Memorias: simposio: *El psicólogo frente al desafío de promover el desarrollo social y humano*. Barranquilla: Universidad de la Costa.
- Cardozo, A. (2009a). *Intervención Psicosocial. Un análisis desde las Creencias religiosas*. Barranquilla: Educosta.
- Cardozo, A. (2009b). *Gestión de la convivencia: una acción para transformar la realidad*. Barranquilla: Educosta.
- Cardozo, A., Cortés, O. F. y Castro, M. (2017). Relaciones funcionales entre salud mental y capital social en víctimas del conflicto armado y personas en situación de pobreza. *Interdisciplinaria: Revista de psicología y ciencias afines*, (2), 235–257.

- Cardozo, A., Cortés, O. F., Cueto, L., Meza, S. e Iglesias, A. I. (2013). Análisis de los factores de resiliencia reportados por madres e hijos adolescentes que han experimentado el desplazamiento forzado. *Revista iberoamericana de psicología: Ciencia y tecnología*, 6(2), 93–106.
- Cardozo, A., Posso, A. y Martínez, M. (2018). *Del conflicto a la construcción de paz: perspectiva de lideresas comunitarias*. Cartagena: Editorial Tecnológico de Comfenalco.
- Cardozo-Rusique, A. A., Martínez-González, M. De la Peña-Leiva, A., Avendaño-Villa, I. y Crissien-Borrero, T. (2018). Factores psicosociales asociados al conflicto entre menores en el contexto escolar. *Educacao e Sociedade*, 40, 1–20. <https://doi.org/10.1590/es0101-73302019189140>
- Carneiro, A. y Teodoro, G. (2006). Autoestima en mujeres violadas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(5), 695–701.
- Carrasco, M. J., Llavona, L. y Carrasco, I. (1984). Una guía de entrevista conductual: pauta de entrevista para identificación de problemas de la pareja. Presentado al I Congreso de Evaluación Psicológica, Madrid, España.
- Carrillo-Meraz, R. (2009). Educación, género y violencia. *El Cotidiano*, (158), 81–86.
- Carrobbles, J. A. y Almendros, C. (2015). Disfunciones Sexuales. En, V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carrobbles (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Carrobbles, J. A. y Sanz, A. (1991). *Terapia Sexual*. Madrid: UNED.
- Carvajal, A (2015). Eficacia de un programa de tratamiento para mujeres víctimas de violencia de pareja con estrés postraumático resultados de un estudio piloto. [Tesis de Maestría]. Universidad Católica de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia. Recuperado de <https://bit.ly/2qmk6rJ>
- Carvalho, A. A. (2007). Intervención terapéutica en las disfunciones sexuales femeninas: perspectiva psicosexual. *Revista Internacional de Andrología*, 5(1), 88–91. [https://doi.org/10.1016/S1698-031X\(07\)74038-4](https://doi.org/10.1016/S1698-031X(07)74038-4)
- Carvalho, A. y Leal, I. (2013). Masturbation among women: Associated factors and sexual response in a Portuguese community sample. *Jour-*

- nal of Sex y Marital Therapy*, 39(4), 347–367. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.628440>
- Carvalho, J. & Nobre, P. (2011). Biopsychosocial determinants of men's sexual desire: Testing an integrative model. *Journal of Sexual Medicine*, 8(3), 754–763. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02156.x>
- Castillo, S. (2009). La génesis del programa de hogares comunitarios del instituto colombiano de Bienestar Familiar. [Tesis doctoral]. Universidad de Manizales, Manizales, Colombia. Recuperado de <https://bit.ly/2zO196P>
- Catania, J. A., Kegeles, S. M. & Coates, T. J. (1990). Towards an understanding of risk behavior: An AIDS risk reduction model (ARRM). *Health education quarterly*, 17(1), 53–72. <https://doi.org/10.1177/109019819001700107>
- Caycedo, C., Cubides, I., Martín, A., Cortés, O. F., Berman, S., Oviedo, A. M., y Suárez, I. (2011). Relación entre el género y las experiencias de cortejo y actitudes hacia las relaciones románticas en adolescentes bogotanos. *Psicología desde el Caribe*, (20), 76-92.
- CDC. (2017). Compendium of Evidence-Based Interventions and Best Practices for HIV Prevention. [Online]. Recuperado de <http://www.cdc.gov/hiv/research/interventionresearch/compendium/index.html>
- Champion, J. D. & J. L. Collins. (2012). Comparison of a theory-based (AIDS risk reduction model) cognitive behavioral intervention versus enhanced counseling for abused ethnic minority adolescent women on infection with sexually transmitted infection: Results of a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 49(2), 138–150.
- Chandra-Mouli, V., McCarraher, D. R., Phillips, S. J., Williamson, N. E. & Hainsworth, G. (2014). Contraception for adolescents in low and middle income countries: needs, barriers, and access. *Reproductive health*, 11(1), 1.
- Charles N. & Wadia K. (2017). New British feminisms, UK Feminista and young women's activism. *Feminist Theory*, 19(2), 165–181. <https://doi.org/10.1177/1464700117723592>
- Chiquillo, A., Zabala, G. y Villarreal, M. (2013). Incidencia de la agresión familiar en el comportamiento de adolescentes entre los 11 y 13 años

- de una institución educativa en la ciudad de Barranquilla. [*Proyecto de grado*]. Universidad de la Costa, Barranquilla, Colombia.
- Chivers, M. L. (2017). The specificity of women's sexual response and its relationship with sexual orientations: A review and ten hypotheses. *Archives of Sexual Behavior*, 46(5), 1161–1179. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0897-x>
- Chivers, M. L., Seto, M. C., Lalumière, M. L., Laan, E. & Grimbos, T. (2010). Agreement of self-reported and genital measures of sexual arousal in men and women: A meta-analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 5–56. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9556-9>
- Christensen, A. & Sullaway, M. (1984). *The Communication Patterns Questionnaire. Unpublished questionnaire*. LAX: University California.
- Chung, T. y Asher, S. R. (1996). Children's goals and strategies in peer conflict situations. *Merrill-Palmer Quarterly*, 42(1), 125–147. <http://www.jstor.org/stable/23090523>
- Cloitre, M. & Koenen, K. (2001). The impact of Borderline Personality Disorder on process group outcome among women with Posttraumatic Stress Disorder related to childhood abuse. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51(3), 379–398. <https://doi.org/10.1521/ijgp.51.3.379.49886>
- Cohn, D. (2014). Census struggles to reach an accurate number on gay marriages. Pew Research Center. Recuperado de <http://www.pewresearch.org/fact-tank/2014/05/13/censusstruggles-to-reach-an-accurate-number-on-gay-marriages/>
- Colmenares, G. (2017). Prácticas de crianza en familias en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica y su relación con los factores históricos de legitimación de la violencia en la infancia. [*Tesis magistral*]. Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.
- Connell, R. W. (1987). *Gender and Power: Society, the Person, and Sexual Politics*. Redwood City: Stanford University Press. <https://doi.org/10.1177/027046768800800490>
- Conway, J., Bourque, S. & Scott, J. (1987). Introduction: The Concept of Gender. *Daedalus*, 116(4), 21–29.
- Cook, E. P., Heppner, M. J. & O'Brien, K. M. (2002). Career Development of Women of Color and White Women: Assumptions, Conceptualiza-

- tion, and Interventions From an Ecological Perspective. *The Career Development Quarterly*, 50(4), 291–305. <https://doi.org/10.1002/j.2161-0045.2002.tb00574.x>
- Coyle, K., D. Kirby, B. Marin, Gomez, C. & Gregorich, S. (2004). Draw the Line/Respect the Line: A randomized trial of a middle school intervention to reduce sexual behaviors. *American Journal of Public Health*, 94(5), 843–851.
- Coyle, K. K., Kirby, D. B., Robin, L. E., Banspach, S. W., Baumler, E. & Glassman, J. R. (2006). All4You! A randomized trial of an HIV, other STDs, and pregnancy prevention intervention for alternative school students. *AIDS Education y Prevention*, 18(3), 187–203. <https://doi.org/10.1521/aeap.2006.18.3.187>
- Coyle, K., Basen-Engquist, K., Kirby, D., Parcel, G., Banspach, S., Collins, J., Baumler, E., Carvajal, S. & Harrist, R. (2001). Safer choices: reducing teen pregnancy, HIV, and STDs. *Public health reports*, 116(1), 82–93. <https://doi.org/10.1093/phr/116.S1.82>
- Crenshaw, A. O., Christensen, A., Baucom, D. H., Epstein, N. B. & Baucom, B. R. (2017). Revised scoring and improved reliability for the Communication Patterns Questionnaire. *Psychological Assessment*, 29(7), 913–925. <https://doi.org/10.1037/pas0000385>
- Cruz, C., Greenwald, E. & Sandil, R. (2017). Let's talk about sex: Integrating sex positivity in counseling psychology practice. *The Counseling Psychologist*, 45(4), 547–569. <https://doi.org/10.1177/0011000017714763>
- Cummings, T. G. & Worley, C. G. (2014). *Organization development y change*. Stamford: Cengage Learning.
- Dávila, M. E., Gil, M. A. y Tagliaferro, Z. A. (2015). Conocimiento de las personas que viven con el virus del VIH/SIDA sobre la enfermedad. *Revista de Salud Pública*, 17(4), 541–551. <https://doi.org/10.15446/rsap.v17n4.41378>
- Davis, N. (1976). Womens History in Transition: The European Case. *Feminist Studies*, 3(3/4), 83–103. <https://doi.org/10.2307/3177729>
- Davison, S. L., Bell, R. J., LaChina, M., Holden, S. L. & Davis, S. R. (2009). The relationship between self-reported sexual satisfaction and general well-being in women. *Journal of Sexual Medicine*, 6(10), 2690–2697. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01406.x>

- De Beauvoir, S. (1949). *El Segundo Sexo: Los hechos y los mitos*. Buenos Aires: Siglo XX
- De la Peña, A. (2015). Una perspectiva crítica de las prácticas psicosociales en violencia de género: caso Barranquilla. *Psicología desde el Caribe*, 32(2), 327–342. <http://dx.doi.org/10.14482/psdc.32.2.6500>
- De la Peña A. (2011). *Desarrollo Humano: El Valor de la Educación con Enfoque de Derechos*. En: *Habilidades y Estrategias para la Promoción de la Inclusión Social y la Convivencia*. Barranquilla: Corporación Universitaria de la Costa.
- De la Peña, A. y Lozano, J. E. (2017). Transformando conflictos en familias del suroriente de Barranquilla: Una experiencia desde la Investigación Acción Participación (IAP). *Psicología y Sociedad*, 29, 1–9. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29167127>
- De la Peña, A. y Cardozo, A. (2010). *Trauma psicosocial y mujer: la mujer víctima de la violencia*. Barranquilla: Corporación Universitaria de la Costa.
- De la Peña-Leiva, A. (2015). *Representaciones sociales de conflicto y violencia de pareja asociadas a la satisfacción marital, dinámica de pareja y variables socioeconómicas y sociodemográficas*. [Disertación Doctoral]. Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.
- De la Peña- Leiva, A., Cardozo-Rusique, A., Martínez-González, M., Puello-Scarpatti, M. y Roca-Vides, M. (2011). *Habilidades y estrategias para la promoción de la inclusión social y la convivencia*. Barranquilla: CUC- Gobernación del Atlántico
- De Santiago, A., Caballero, E. y González, G. (2017). *Mujeres intelectuales: feminismos y liberación en América Latina y el Caribe*. Buenos Aires: CLACSO.
- Deaux, K. & Major, B. (1987). Putting gender into context: An interactive model of gender-related behavior. *Psychological Review*. 94(3), 369–389. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.94.3.369>
- Desvarieux, A. R., Salamanca, Y., Ortega, V. y Sierra, J. C. (2005). Validación de la versión en castellano del Hurlbert Index of Sexual Fantasy: una medida de actitud hacia las fantasías sexuales. *Revista Mexicana de Psicología*, 22, 529–539.

- Deza, S. (2013). Percepciones sobre el consumo de alcohol y otras drogas en varones procesados por violencia conyugal. V *Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- De Vries, H., Mudde, A., Leijts, I., Charlton, A., Vartiainen, E., Buijs, G., Pais, M., Storm, H., González, A., Nebot, M., Prins, T. & Kremers, S. (2003). The European Smoking Prevention Framework Approach (ESFA): an example of integral prevention. *Health Education Research*, 18, 611–26. <http://dx.doi.org/10.1093/her/cyg031>
- Driver, J. L. & Gottman, J. M. (2004). Turning toward versus turning away: A coding system of daily interactions. In: P. K. Kerig & D. H. Baucom (Eds.), *Couple observational coding systems* (pp. 209–225). Mahwah: Erlbaum.
- Driver, J. L. (2007). Observations of newlywed interactions in conflict and in everyday life. *Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 67(9-B), 5441.
- Dundon, C. M. & Rellini, A. H. (2010). More than sexual function: Predictors of sexual satisfaction in a sample of women age 40-70. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 896–904.
- Dune, T. M. & Shuttleworth, R. P. (2009). “It’s just supposed to happen”: the myth of sexual spontaneity and the sexually marginalized. *Sexuality and Disability*, 27(2), 97–108. <https://doi.org/doi:10.1007/s11195-009-9119-y>
- Durantini, M. R., Albarracin, D., Mitchell, A. L., Earl, A. N. & Gillette, J. C. (2006). Conceptualizing the influence of social agents of behavior change: A meta-analysis of the effectiveness of HIV-prevention interventionists for different groups. *Psychological bulletin*, 132(2), 212. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.2.212>
- Duran, S. y Parra, M. (2016). *Condiciones Laborales y Calidad de Vida en el Trabajo*. Estrategias Innovadora: Afrontando los Retos de la Economía Global. México, D.F.: Editorial Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Duran, S. y Parra, M. (2015). Caracterización de la Diversidad cultural para el desarrollo de habilidades sociales en Educación superior. *Cambios*

*e innovación: una visión estratégica para el desarrollo*. México, D.F.: Editorial Universidad Autónoma de Tlaxcala.

- Durán, S. y Parra, M. (2014a). Diversidad Cultural para promover el desarrollo de habilidades sociales en educación superior. *Cultura Educación y Sociedad*, 5(1), 55–67.
- Duran, S. y Parra, M. (2014b). Diversidad cultural para el desarrollo de habilidades sociales en Educación. I Congreso Internacional de Investigación Dr. Adolfo Calimán *¿Visión transdisciplinaria e integradora de la investigación?* Maracaibo, Venezuela.
- Durán, S., García-Guiliany, J. E. y Parra-Fernández, M. (2017). Diversidad cultural y fomento de valores en la convivencia ciudadana. *Búsqueda*, 4(19), 116–130. <https://doi.org/10.21892/01239813.366>
- Durán, S., García, J., Parra, A., García, M. y Hernández-Sánchez, I. (2018). Estrategias para disminuir el síndrome de Burnout en personal que labora en Instituciones de salud en Barranquilla. *Cultura. Educación y Sociedad* 9(1), 27–44. <http://dx.doi.org/10.17981/cultedu-soc.9.1.2018.02>
- D’Zurilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification, *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107–126.
- Echeburúa, E. y De Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, cómo y para qué? *Psicología Conductual*, 15(3), 373–387.
- Ellis, H. (1906). Erotic symbolism. *Alienist and Neurologist (1880-1920)*, 27, 305.
- Ely, R. J. & Meyerson, D. E. (2000). Theories of Gender in Organizations: A New Approach to Organizational Analysis and Change. *Research in Organizational Behavior*, 22, 103–151. [https://doi.org/10.1016/S0191-3085\(00\)22004-2](https://doi.org/10.1016/S0191-3085(00)22004-2)
- ENDS. (2015). Encuesta Nacional de Demografía y Salud Colombia. [Online]. Recuperado de <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>
- Espada, J. P., Orgilés, M., Morales, A., Ballester, R. & Huedo-Medina, T. B. (2012). Effectiveness of a school HIV/AIDS prevention program for Spanish adolescents. *AIDS Education and Prevention*, 24(6), 500–513. <https://doi.org/10.1521/aeap.2012.24.6.500>



- Estill, A., Mock, S. E., Schryer, E. & Eibach, R. P. (2018). The effects of subjective age and aging attitudes on mid-to late-life sexuality. *The Journal of Sex Research*, 55(2), 146–151. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1293603>
- Estrada, M. (2015). Evaluación psicológica forense: características de agresores sexuales intrafamiliares. *Estudios Sociohumanísticos*, 1(1), 89–94.
- Etchezahar, E. (2014). La construcción social del género desde la perspectiva de la Teoría de la Identidad Social. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 25(49), 128–142.
- Faria, F. A. D. (1983). *Desarrollo organizacional: enfoque integral*. México, D.F.: Limusa.
- Fass, A. (2017). *Psicología del desarrollo en la niñez*. Córdoba: Brujas.
- Ferguson J. P., Dudley T. & Soule S. A. (2017). Osmotic Mobilization and Union Support during the Long Protest Wave, 1960–1995. *Administrative Science Quarterly*, 63(2), 441–477. <https://doi.org/10.1177/0001839217715618>
- Fernández, M. y Calderón, J. (2014). Prejuicio y distancia social hacia personas homosexuales por parte de jóvenes universitarios. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 25(1), 52–60
- Feybesse, C. & Hatfield, E. C. (2015). *The dark side of love: Brazil. Interpersonal relationships: Conceptions and context of intervention and evaluation*. [Manuscrito sometido a publicación].
- Feybesse, C., Hatfield, E. & Neto, F. (2013). Medindo o amor apaixonado. En, D. Bartholomeu, J. M. Montiel, F. K. Miguel, L. F. Carvalho y J. M. H. Bueno (Eds.), *Atualização em avaliação e tratamento das emoções* (Actualizations in the evaluations and treatment of emotions) (pp. 143–166). São Paulo: Vetor.
- Field, T. (2011). Romantic breakups, heartbreak and bereavement—Romantic breakups. *Psychology*, 2(4), 382–387. <https://doi.org/10.4236/psych.2011.24060>
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. New York: Psychology Press. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.613995>

- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs: Prentice Hall. <https://doi.org/10.1234/12345678>
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading: Addison-Wesley.
- Fisher, H. E. (2004). *Why we love: The nature and chemistry of romantic love*. Nueva York: Henry Holt.
- Fisher, J. D. (1988). Possible effects of reference group-based social influence on AIDS-risk behavior and AIDS-prevention. *American Psychologist*, 43(11), 914–920. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.43.11.914>
- Fisher, J. D. & Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111(3), 455–474. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.111.3.455>
- Fisher, R. P. & Geiselman, R. E. (1992). *Memory-enhancing techniques for investigative interview*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Fisher, J. D., Fisher, W. A. & Shuper, P. A. (2009). The information-motivation-behavioral skills model of HIV preventive behavior. In: R. J. DiClemente, R. A. Crosby, y M. C. Kegler (Eds.), *Emerging theories in health promotion practice and research* (pp. 21-63). San Francisco: Jossey-Bass.
- Fisher, C., Gross, J. & Zuch, J. (1965). Cycle of penile erection synchronous with dreaming (REM) sleep. *Archives of General Psychiatry*, 12(1), 27–45. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720310031005>
- Fisher, H. E., Brown, L. L., Aron, A., Strong, G. & Mashek, D. (2010). Reward, addiction, and emotion regulation systems associated with rejection in love. *Journal Neurophysiology*, 104(1), 51–60. <https://doi.org/10.1152/jn.00784.2009>
- Fisher, T. D., Davis, C. M., Yarber, W. L. & Davis, S. L. (2011). *Handbook of Sexuality-Related Measures* (3 ed.). New York: Routledge.
- Fontalvo, K. (2015). El juego en la clínica infantil como método de acceso al inconsciente en la primera infancia desde las teorías de Melanie Klein, Donald Winnicott y Arminda Aberastury: una Revisión Documental. [Tesis pregrado]. Universidad de la Costa, Barranquilla, Colombia.

- Fontena, C. y Gatica, A. (2000). *La violencia doméstica hacia el varón: factores que inciden en el hombre agredido para no denunciar a su pareja*. Presentado en Memorias del Congreso Internacional de Políticas Sociales, APADESHI, Universidad Bio-Bio, Argentina. Recuperado de <http://www.ubiobio.cl/cps/>
- Frederick, J. K. & Stewart, A. J. (2018). “I Became a Lioness” Pathways to Feminist Identity Among Women’s Movement Activists. *Psychology of Women Quarterly*, 42(3), 263–278. <https://doi.org/10.1177/0361684318771326>
- French, W. L., Bell, C. H., Meza, G. y Juárez, J. O. (1996). *Desarrollo organizacional: aportaciones de las ciencias de la conducta para el mejoramiento de la organización*. México, D.F.: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Freund, K. (1963). A laboratory method for diagnosing predominance of homo- or hetero-erotic interest in the male. *Behaviour Research and Therapy*, 1(1), 85–93. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(63\)90012-3](https://doi.org/10.1016/0005-7967(63)90012-3)
- Friedan, B. (2009). *La Mística de la feminidad*. Barcelona: Catedra.
- Friedemann-Sánchez, G. y Lovatón, R. (2012). Intimate partner violence in Colombia: Who is at risk? *Social Forces*, 91(2), 663–688. <https://doi.org/10.1093/sf/sos131>
- Futris, T. G., Campbell, K., Nielsen, R. B. & Burwell, S. R. (2010). The communication Patterns Questionnaire-Short Form: A review and assessment. *The Family Journal*, 18(3), 275–287. <https://doi.org/10.1177/1066480710370758>
- Gailliot, M. T. & Baumeister, R. F. (2007). Self-regulation and sexual restraint: Dispositionally and temporarily poor self-regulatory abilities contribute to failures at restraining sexual behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33(2), 173–186. <https://doi.org/10.1177/0146167206293472>
- Galdames, S. y Arón, A. (2007). Construcción de una Escala Para Medir Creencias Legitimadoras de Violencia en la Población Infantil. *Psyke*, 16(1), 15–25.
- Gámez, M. J. y Blázquez, E. (2005). Mujeres y publicidad: de la representación de la violencia de la representación. En, López, R., Marzal, J. y Gomez, F. (Eds), *El análisis de la Imagen Fotográfica* (pp. 821–830).

- Univesitat Jaume, España. Recuperado de <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/34787>
- García, L. y Niño, S. (2018). Percepciones sobre convivencia escolar y bullying en una institución educativa de Bogotá. *Cultura, Educación y Sociedad*, 9(1), 45–58. <http://dx.doi.org/10.17981/cultedu-soc.9.1.2018.03>
- García, C., Ayilón, A., Calderón, N., Fernández, I. y Piñuela, R. (2016). *Psicología social de los problemas sociales*. Bogotá, D.C.: Alfaomega.
- García-Castro, J. y Barrantes, B. (2016). Percepción y miedo al crimen: revisión de artículos en español 2004-2014. *Reflexiones*, 95(1), 87–100. <http://dx.doi.org/10.15517/rr.v95i1.28201>
- García-Leiva, P. (2005). Identidad de género: Modelos explicativos. *Escritos de Psicología - Psychological Writings*, (7), 71–81.
- García-Piña, A. (2016). Sexualidad infantil: información para orientar la práctica clínica. *Acta pediátrica de México*, 37(1), 47–53.
- García-Porrero, J. y Hurlé, J. (2013). *Anatomía humana*. Madrid: McGraw-Hill.
- Garza M. y Sánchez E. (2017). Reflexiones epistemológicas en torno al concepto movimientos sociales: negación y construcción cotidiana de un mundo otro. *Revista de Estudios Sociales*, (60), 12–24. <https://doi.org/10.7440/res60.2017.01>
- Goldfried, M. R. & Goldfried, A. P. (1980). Cognitive change methods. En F. H. Kanfer y A. P. Goldstein (dirs.), *Helping people change* (2a edición). Nueva York: Pergamon.
- Goldsmith, D. J. & Baxter, L. A. (1996). Constituting relationships in talk: A taxonomy of speech events in social and personal relationships. *Human Communication Research*, 23(1), 87–114. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.1996.tb00388.x>
- Gomes, N. P. & Erdmann, A. L. (2014). Conjugal violence in the perspective of "Family Health Strategy" professionals: a public health problem and the need to provide care for the women. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 22(1), 76–84. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3062.2397>
- Gómez, J. (2014). *Psicología de la sexualidad*. Madrid: Alianza.

- Gómez, E. y Juárez, E. (2014). Criminología sexual. *Revista IUS*, 8(34), 141–165
- Gómez, C., Murad, R. y Calderón, M.C. (2013). *Historias de violencia, roles, prácticas y discursos legitimadores. Violencia contra las mujeres en Colombia 2000 – 2010*. [Online]. Recuperado de <https://bit.ly/1E-F20Fc>
- Gómez-Lugo, M., Saavedra-Roa, A., Pérez-Durán, C. y Vallejo-Medina, P. (2016). Validity and reliability of a set of sexual stimuli in a sample of Colombian heterosexual Young women. *Suma Psicológica*, 23(2), 109–115. <https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.09.001>
- González, E. (2017). Estudio correlacional de la salud mental y trauma de las mujeres víctimas del desplazamiento forzado en el Municipio de Ovejas Sucre. [*Tesis maestría*]. Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.
- González, A. y Martínez, A. (2014). Descripción del Vínculo Afectivo en Adolescentes de Sexo Femenino que Integran Familias Monoparentales en la Ciudad de Barranquilla. [*Tesis de grado*]. Universidad de la Costa, Barranquilla, Colombia.
- González, L., Venegas, P., Sánchez, T., Salgado, J. y Salazar, K. (2001). Representaciones Sociales de la Violencia en la Pareja en la Zona Rural. *Psykhé*, 10 (2), 37–46.
- Gottman, J. M., Driver, J. & Tabares, A. (2015). Repair during marital conflict in newlyweds: How couples move from attack–defend to collaboration. *Journal of Family Psychotherapy*, 26(2), 85–108. <https://doi.org/10.1080/08975353.2015.1038962>
- Gracia, E. (2002). Visibilidad y tolerancia social de la violencia familiar. *Intervención Psicosocial*, 11(2), 5–15. Recuperado de <http://www.compmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/78070.pdf>
- Graham, A., Moore, L., Sharp, D. & Diamond, I. (2002). Improving teenagers' knowledge of emergency contraception: cluster randomised controlled trial of a teacher led intervention. *British Medical Journal*, 324(7347), 1179–1185. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7347.1179>
- Granados, R., Moyano, N., Sánchez-Fuentes, M. M. y Sierra, J. C. (Noviembre, 2014). Adaptación y validación española de las Sexual Inhibition/ Sexual Excitation Scales en varones universitarios. En, T. Rami-

- ro-Sanchez y M. Ramiro (comp.), *III Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud* (p. 302). Sevilla, España.
- Granados, M. R., Salinas, J. M. & Sierra, J. C. (2018). Psychometric properties of the Spanish version of the Sexual Inhibition/Sexual Excitation Scales for men. *Archives of Sexual Behavior*, 47(3), 783–796. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0992-7>
- Granados, M. R., Salinas, J. M. & Sierra, J. C. (2017). Spanish version of the Sexual Excitation/Sevsexual Inhibition Inventory for Women: Factorial structure, reliability and validity evidence. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(1), 6–76. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.09.003>
- Granados, R., Sierra, J. C., Sánchez-Fuentes, M. M. y Moyano, N. (Noviembre, 2014). Adaptación y validación española del Sexual Excitation/Sexual Inhibition Inventory en mujeres universitarias. En, T. Ramiro-Sanchez y M. Ramiro-Sánchez (comp.), *VII Congreso Internacional y XII Nacional de Psicología Clínica* (p. 187). Sevilla, España. ISBN: 978-84-697-2104-9
- Grieves, J. (2000). Introduction: the origins of organizational development. *Journal of Management Development*, 19(5), 345–447. <https://doi.org/10.1108/02621710010371865>
- Guarín-Serrano, R., Cadena-Afanador, L., Mujica-Rodríguez, A. M., Ochoa-Vera, M. E. y Useche-Aldana, B. (2014). Prevalencia de orgasmo en mujeres universitarias de Bucaramanga (Colombia), 2013. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 65(4), 330–337. <https://doi.org/10.18597/rcog.37>
- Guerra, C. y Farkas, C. (2015). Sintomatología en víctimas de abuso sexual: ¿son importantes las características “objetivas” del abuso? *Revista de Psicología*, 24(2), 1–19. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2015.38013>
- Guízar, R. (2013). *Desarrollo organizacional: principios y aplicaciones*. México, D.F.: McGraw-Hill.
- Guse, K., Levine, D., Martins, S., Lira, A., Gaarde, J., Westmorland, W. & Gilliam, M. (2012). Interventions using new digital media to improve adolescent sexual health: a systematic review. *Journal of Adolescent Health*, 51(6), 535–543.

- Halpern, D. (2000). *Sex Differences in Cognitive Abilities*. New York: Psychology Press.
- Hammer, M., Champy, J. y Cárdenas, J. (1995). *Reingeniería: ¿olvide lo que usted sabe sobre cómo debe funcionar una empresa, casi todo está errado!* Barcelona: Norma.
- Hartman, W. E. & Fithian, M. (1972). *The treatment of the sexual dysfunctions*. Long Beach: Center for Marital and Sexual Studies.
- Hartmann, T., Möller, I. & Krause, C. (2014). Factors underlying male and female use of violent video games. *New Media y Society*. [Online]. <https://doi.org/10.1177/1461444814533067>
- Hatch, J. P. (1979). Vaginal photoplethysmography: Methodological considerations. *Archives of Sexual Behavior*, 8(4), 357–374. <https://doi.org/10.1007/BF01541879>
- Hatfield, E. & Rapson, R. L. (1996). *Love and sex: Cross-cultural perspectives*. Boston: Allyn y Bacon.
- Hatfield, E., Pillemer, J. T., O'Brien, M. U. & Le, Y. L. (2008). The endurance of love: Passionate and companionate love in newlywed and long-term marriages. *Interpersonal*, 2(1), 35–64. <https://doi.org/10.5964/ijpr.v2i1.17>
- Hawkins, J. D. y Weis, J. G. (1995). El modelo del desarrollo social: un enfoque integrado a la prevención de la delincuencia. *Comunicación, Lenguaje y Educación*, 7(3), 115–133. <https://doi.org/10.1174/021470395321341104>
- Helgeson, V. S. (2016). *Psychology of gender*. New York: Routledge
- Henderson, A. W., Lehavot, K. y Simoni, J. M. (2009). Ecological models of sexual satisfaction among lesbian/bisexual and heterosexual women. *Archives of sexual behavior*, 38, 50-65. <https://doi.org/10.1007/s10508-008-9384-3>
- Henderson, M., Wight, D., Raab, G. M., Abraham, C., Parkes, A., Scott, S. & Hart, G. (2007). Impact of a theoretically based sex education programme (SHARE) delivered by teachers on NHS registered conceptions and terminations: final results of cluster randomised trial. *bmj*, 334(7585), 133. <https://doi.org/10.1136/bmj.39014.503692.55>

- Henrich, C. C., Blatt, S. J., Kuperminc, G. P., Zohar, A. & Leadbeater, B. J. (2001). Levels of interpersonal concerns and social functioning in early adolescent boys and girls. *Journal of Personality Assessment*, 76(1), 48–67. [https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7601\\_3](https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7601_3)
- Hernández, C., Campo, M. y Escorcía, D. (2012). Modelo teórico comprensivo de la vivencia del bullying en víctimas y agresores a partir del juego de rol (RPG): un estudio de niños y niñas entre 7 y 9 años de nivel socioeconómico alto y bajo en Barranquilla. [Tesis pregrado]. Universidad de la Costa, Barranquilla, Colombia.
- Hernández-González, M., Guevara, M. A. & Ágmo, A. (2014). Electroencephalographic activity during sexual behavior: A novel approach to the analysis of drug effects on arousal and motivation relevant for sexual dysfunctions. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 121, 158–169. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2014.02.003>
- Hernandez-Sánchez, I., Parra, M. A., García-Padilla, J. L., De Castro-Beleño, N., Romero, C. y Durán, S. (2018). Comportamiento Organizacional Ciudadano (COC) como ejemplo de participación generador de un diálogo de saberes. *Espacios*, 39(7), 22-34.
- Herrera, K., Rico, R. y Cortés, O. (2014). El clima escolar como elemento fundamental de la convivencia en la escuela. *Escenarios*, 12(2), 7–18.
- Hochschild, A. R. & Machung, A. (2012). *The second shift: working parents and the revolution at home*. New York: Penguin Group.
- Hoon, P. W., Wincze, J. P. & Hoon, E. F. (1976). Physiological assessment of sexual arousal in women. *Psychophysiology*, 13(1), 196–204. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1976.tb00097.x>
- Hopmeyer, A. & Asher, S. R. (1997). Children's responses to peer conflicts involving a rights infraction. *Merrill-Palmer Quarterly*, 43(2), 235–254. <http://www.jstor.org/stable/23092490>
- Ibarra, M. (2007). Acciones colectivas de las mujeres en contra de la guerra y por la paz en Colombia. *Sociedad y Economía*, (13), 66–86. Disponible en [https://sociedadyeconomia.univalle.edu.co/index.php/sociedad\\_y\\_economia/%20article%20/view%20/4115](https://sociedadyeconomia.univalle.edu.co/index.php/sociedad_y_economia/%20article%20/view%20/4115)
- ICBF. (2018). ICBF crea fondo educativo para financiar estudios de madres comunitarias. [Online]. Recuperado de <https://bit.ly/2zu3G4Q>



- ICBF. (sf). Madres Comunitarias: ¿Quiénes son las madres comunitarias? [Online]. Disponible en <https://bit.ly/2quvpOP>
- INMLCF. (2018). *Forensis 2017 Datos para la vida*. 19(1). [Online]. Recuperado de <https://bit.ly/2IjEUsn>
- INMLCF. (2017). *Forensis 2016. Datos para la vida*. 18(1). [Online]. Recuperado de <https://bit.ly/2t4H9vI>
- INMLCF. (2016). *Forensis 2015 Datos para la vida*. 17(1). [Online]. Recuperado de <https://bit.ly/2yLwZQL>
- INMLCF. (2015). *Forensis 2014 Datos para la vida*. 16(1). [Online]. Recuperado de <https://bit.ly/2uabyqz>
- INMLCF. (2014). *Forensis 2013 Datos para la vida*. 15(1). [Online]. Recuperado de <https://bit.ly/2PzsJgW>
- INMLCF. (2013). *Guía para la realización de Pericias Psiquiátricas o Psicológicas Forenses en Adultos víctimas de Delitos Sexuales*. [Online]. Recuperado de <https://bit.ly/2DoRMO7>
- Iregui, A. M., Ramírez, M. T. y Tribín, A. M. (2017). Mujer rural y violencia doméstica en Colombia. *Reportes del Emisor*, (203), 1–4. Recuperado de <https://bit.ly/2yUcOA9>
- Jacobson, N. S. & Margolin, G. (1979). *Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Jaimes-Medina, A. (2014). Responsabilidad del Estado por la deficiente prestación del servicio público de bienestar familiar en los hogares comunitarios de bienestar. [Tesis de Maestría]. Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario, Bogotá D.C., Colombia. Recuperada de <https://bit.ly/2Pu5S4z>
- Janssen, E. (2002). Psychophysiological Measurement of Sexual Arousal. En, M. W. Wiederman y B. E. Whitley (Eds.), *Handbook for conducting research on human sexuality*. Mahwah: Erlbaum.
- Jemmott, J. B., Jemmott, L. S. & Fong, G. T. (1998). Abstinence and safer sex HIV risk-reduction interventions for African American adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 279(19), 1529–1536.

- Jiménez, F. (2013). *Evaluación psicológica forense*. Salamanca: Solo Soluciones.
- Johnson, M. & Raye, C. (1981). Reality monitoring. *Psychological Review*, 88(1), 67–85. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.88.1.67>
- Jovanovic, U. J. (1967). Some characteristics of the beginning of dreams. *Psychologie Fortschung*, 30, 281–306.
- Kaestle, E. & Halpern, C. T. (2007). What's love got to do with it? Sexual behaviors of opposite-sex couples through emerging adulthood. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 39(3), 134–140. <https://doi.org/10.1363/3913407>
- Kaplan, H. S. (1979). *Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy* (Vol. 2). New York: Simon y Schuster.
- Karacan, I. (1969). A simple and inexpensive transducer for quantitative measurements of penile erection during sleep. *Behavior Research Methods and Instrumentation*, 1, 251–252.
- Kegeles, S. M., Hays, R. B. & Coates, T. J. (1996). The Mpowerment Project: A community-level HIV prevention intervention for young gay men. *American journal of public health*, 86(8), 1129–1136.
- Kelly, J. A., Murphy, D. A., Sikkema, K. J., McAuliffe, T. L., Roffman, R. A., Solomon, L. J., Winett, R. & Kalichman, S. C. (1997). Randomised, controlled, community-level HIV-prevention intervention for sexual-risk behaviour among homosexual men in US cities. *The Lancet*, 350(9090), 1500–1505. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(97\)07439-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(97)07439-4)
- Kingsberg, S. A., Althof, S., Simon, J. A., Bradford, A., Bitzer, J., Carvalho, J., Flynn, K., Nappi, R., Reese, J., Rezaee, R., Schover, L., & Shifrin, J. (2017). Female sexual dysfunction—medical and psychological treatments, committee 14. *Journal of Sexual Medicine*, 14(12), 1463–1491. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.05.018>
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B. & Martin, C. E. (1948). *Sexual Behavior in the Human Male*. Filadelfia: W. B. Saunders.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E. & Gebhard, P. H. (1953). *Sexual Behavior in the Human Female*. Filadelfia: W. B. Saunders.

- Kirby, D. B., Baumler, E., Coyle, K. K., Basen-Engquist, K., Parcel, G. S., Harrist, R. & Banspach, S. W. (2004). The “Safer Choices” intervention: its impact on the sexual behaviors of different subgroups of high school students. *Journal of Adolescent Health*, 35(6), 442–452. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.02.006>
- Kirby, D., Barth, R. P., Leland, N. & Fetro, J. V. (1991). Reducing the risk: Impact of a new curriculum on sexual risk-taking. *Family planning perspectives*, 23(6). 253–263. <https://doi.org/10.2307/2135776>
- Kreitner, R. y Kinicki, A. (1997). *Comportamiento de las organizaciones*. Madrid: McGraw-Hill.
- Kuri-Pineda, E. (2016). El carácter multidimensional de la acción colectiva y los movimientos sociales: una problematización teórica. *Secuencia*, (95), 188–214. <http://doi.org/10.18234/secuencia.v0i95.1382>
- Laan, E. y Everaerd, W. (1998). Psychological measures of vaginal vasocongestion. *International Journal of Impotence Research*, 10, S107–S110.
- Laan, E. y Rellini, A. H. (2011). Can we treat anorgasmia in women? The challenge to experiencing pleasure. *Sexual and Relationship Therapy*, 26(4), 329–341. <https://doi.org/10.1080/14681994.2011.649691>
- Labrador, F.J., Fernández-Velasco, M. y Rincón, P. (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema*. 22, 1, 99–105.
- Labrador, F. J., Rincón, P.P., De Luis, P. y Fernández, R. (2004). *Mujeres víctimas de violencia doméstica*. Madrid: Pirámide.
- Laeheem, K., & Boonprakarn, K. (2014). Domestic violence behaviors between spouses in Thailand. *Asian Social Science*, 10(16), 152–159. <http://dx.doi.org/10.5539/ass.v10n16p152>
- Lagarde, M. (1996). *Género y feminismo: desarrollo humano y democracia*. Madrid: Horas y Horas.
- Lamas, M. (1999). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. *Papeles de Población*, 5(21) 147–178. Recuperado de <http://www.re-dalyc.org/comocitar.oi?id=11202105>

- Lampert, M. (2017). *Evolución del concepto de género: Identidad de género y la orientación sexual*. Santiago de Chile: Biblioteca del congreso nacional de Chile.
- Langman, L. (2013). Occupy: A new new social movement. *Current Sociology*, 61(4), 510–524. <http://doi.org/10.1177/0011392113479749>
- Larios, J. L. (2017). El yo como resultado de la perturbación del cuerpo: un estudio psicoanalítico. [*Proyecto de grado*]. Universidad de la Costa, Barranquilla, Colombia.
- Lavner, J. A., Karney, B. R. & Bradbury, T. N. (2016). Does couples' communication predict marital satisfaction, or does marital satisfaction predict communication? *Journal of Marriage and Family*, 78(3), 680–694. <https://doi.org/10.1111/jomf.12301>
- Lawrance, K. & Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction. *Personal Relationships*, 2(4), 267–285. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1995.tb00092.x>
- Lawrance, K., Byers, E. S. & Cohen, J. N. (2011). Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction Questionnaire. En, T. D. Fisher, C. M. Davis, W. L. Yarber & S. L. Davis (Eds.), *Handbook of Sexuality-Related Measures* (3° ed., pp. 525-530). Nueva York: Routledge.
- Lawrence, S., Brasfield, K. S., Jefferson, T. L., Alleyne, K. W., O'Bannon, R. E. & Shirley, A. (1995). Cognitive-behavioral intervention to reduce African-American adolescents' risk for HIV infection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 221–237.
- Leiblum, S. R. (2006). *Principios y práctica de la terapia sexual*. New York: Guilford Press.
- Levin, R. J. (1992). The mechanisms of human female sexual arousal. *Annual Review of Sex Research*, 3(1), 1–48. <https://doi.org/10.1080/10532528.1992.10559874>
- Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Corona, G., Hayes, R. D., Laumann, E. O., Moreira Jr, E. D., Rellini, A. & Segraves, T. (2010). Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(4), 1598–1607. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01778.x>

- Li, X., Cao, H., Zhou, N., Ju, X., Lan, J., Zhu, Q. & Fang, X. (2018). Daily communication, conflict resolution, and marital quality in Chinese marriage: A three-wave, cross-lagged analysis. *Journal of Family Psychology*, 32(6) 733–742. <https://doi.org/10.1037/fam0000430>
- Littler, W. A., Honour, A. J. & Sleight P. (1974). Direct arterial pressure, heart rate and electrocardiogram during human coitus. *Reproduction*, 40(2), 321–331. <https://doi.org/10.1530/jrf.0.0400321>
- Liu, L., Oza, S., Hogan, D., Chu, Y., Perin, J., Zhu, J., Lawn, J. E., Cousens, S., Mathers, C. & Black, R. E. (2015). Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. *The Lancet*, 385(9966), 430–440. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31593-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31593-8)
- López, F., Moral, J., Díaz, R. y Cienfuegos, Y. (2013). Violencia en la pareja. Un análisis desde una perspectiva ecológica. *Ciencia Ergo Sum*, 20(1), 6–16.
- Lobitz, W. C. & LoPiccolo, J. (1972). The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 2, 163–171. <https://doi.org/10.1007/bf01541865>
- Longshore, D., Stein, J. A. & Conner, B. T. (2004). Psychosocial antecedents of injection risk reduction: A multivariate analysis. *AIDS Education and Prevention*, 16(4), 353–366. <https://doi.org/10.1521/aeap.16.4.353.40395>
- Madruga, J. A. G., Delval, J. y Queija, I. S. (2010). *Psicología del desarrollo I*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Manga, J., Martínez, S. y Principe, M. (2012). Diseño de un modelo de bienestar laboral basado en intraemprendimiento como estrategia de responsabilidad social corporativa. [Tesis pregrado]. Universidad de la Costa, Barranquilla, Colombia.
- Marchal-Bertrand, L., Espada, J. P., Morales, A., Gómez-Lugo, M., Soler, F. y Vallejo-Medina, P. (2016). Adaptation, validation and reliability of the Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire in a Colombian sample and factorial equivalence with the Spanish version. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48, 88–97. <https://doi.org/10.1016/Zj.rlp.2016.01.001>

- Marchand, J. F. & Hock, E. (2000). Avoidance and attacking conflict-resolution strategies among married couples: Relations to depressive symptoms and marital satisfaction. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 49, 201–206. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2000.00201.x>
- María-Santodomingo, N. M. y Cortés-Peña, O. (2017). Propiedades psicométricas de una adaptación de las escalas de bienestar psicológico y social en individuos en condición de desplazamiento forzado en Colombia. *Espacios*, 39(11), 34.
- Markham, C. M., Tortolero, S. R., Peskin, M. F., Shegog, R., Thiel, M., Baumler, E. R., Addy, R., Escobar-Chaves, S. L., Reininger, B. & Robin, L. (2012). Sexual risk avoidance and sexual risk reduction interventions for middle school youth: A randomized controlled trial. *Journal of Adolescent Health*, 50(3), 279–288. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.07.010>
- Márquez, L. (2016). Validez de contenido de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos EMTA II. [Tesis pregrado]. Universidad de la Costa, Barranquilla, Colombia.
- Márquez, L. y De Avila, N. (2016). Validez de contenido de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos EMTA-II. [Tesis pregrado]. Universidad de la Costa, Barranquilla, Colombia.
- Martin, C. L. & Fabes, R. A. (2001). The stability and consequences of young children's same-sex peer interactions. *Developmental Psychology*, 37(3), 431–446. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.37.3.431>
- Martínez, M. (2017). La construcción social del género y su incidencia en el uso de la violencia desde la infancia: caso Barranquilla. En, C. Ladrón, *Estudios sobre la mujer: conocimientos empíricos y documentales existentes en los departamentos de Bolívar y Atlántico*. Cartagena: Tecnológico Comfenalco. ISBN: 978-958-56144-5-1
- Martínez, G. (2014). *Violencia en el noviazgo: Un programa de intervención conductual en adolescentes escolarizados*. [Tesis de Maestría]. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia. Recuperado de <https://bit.ly/2Rrglgc>

- Martínez, M., Baena, S. y Pérez, I. (2016). Peritajes psicológicos forenses en decisiones judiciales de primera instancia en delitos sexuales. *Revista de Derecho*, (46), 200–224. <http://dx.doi.org/10.14482/dere.46.8816>
- Martínez, M., Pérez, W. y Solano, D. (2016). Impacto de los medios masivos de comunicación en la dinámica familiar. *Cultura Educación y Sociedad*, 2(1), 111–118. Disponible en <https://revistascientificas.cuc.edu.co/culturaeducacionysociedad/article/view/940>
- Martínez, M. Cruz, B., Ladrón C. y Barrios, M. (2017). Estudios sobre la mujer: conocimientos empíricos y documentales existentes en los departamentos de Bolívar y Atlántico. Cartagena: Tecnológico Comfenalco.
- Martínez, M., Jiménez, G., Baena, S. y Rivadeneira, M. (2016). El vacío de la investigación en la praxis forense: un salto al ocultamiento del femicidio. *Notas Criminológicas*, 2, 39–49. Recuperado de <https://www.acc.org.co/PDF/Revista/Segunda-Edici%C3%B3n-Abril-2016.pdf>
- Martínez, M., Rivadeneira, M., Montenegro, M. M. y Baena, S. (2016). Validación descriptiva de la escala de predicción del riesgo de violencia grave contra la pareja para el ámbito colombiano. *Gaceta internacional de ciencias forenses*, (20), 35–68.
- Martínez, M., Robles, C., Utria, L. y Amar, J. (2014). Legitimación de la violencia en la infancia: un abordaje desde el enfoque ecológico de Bronfenbrenner. *Psicología desde el Caribe*, 31(1), 133–160. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/4930/9119>
- Martínez, M., Baena, S., Crissien, T. J., Pérez, I. y Santolaya, J. (2018). Sentencia judicial, delito sexual y pericial psicológica: enfoque transcultural. *Universitas Psychologica*, 17(2), 1–11. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-2.sjds>
- Martínez-González, M. (2017). La construcción social del género y su incidencia en el uso de la violencia desde la infancia: caso Barranquilla. En: *Estudios sobre mujer*. Cartagena de Indias: Sello Editorial Tecnológico de Comfenalco.

- Martínez-González, M. B y Amar-Amar, J. (2017). *¿Quién es el malo del paseo? Legitimación de la violencia por niños en contextos de migración forzada*. Barranquilla: Uninorte.
- Martínez-González, M. B., Robles-Haydar, C. A., Amar-Amar, J. J. y Crespo-Romero, F. A. (2016). Crianza y desconexión moral en infantes: Su relación en una comunidad vulnerable de Barranquilla. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(1), 315–330.
- Mason, A. & King, E. (2001). *Engendering development through gender equality in rights, resources, and voice*. Washington: World Bank. <https://doi.org/10.1596/0-1952-1596-6>
- Masters, W. y Johnson, V. (1981). *Incompatibilidad sexual humana*. Buenos Aires: Intermédica.
- Masters, W. & Johnson, V. (1970). *Human sexuality inadequacy*. Boston: Little Brown.
- Masters, W. & Johnson, V. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little Brown.
- Matud, M., Padilla, V., Medina, L. y Fortes, D. (2016). Eficacia de un programa de intervención para mujeres maltratadas por su pareja. *Terapia Psicológica*, 34(3), 199–208. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000300004>
- Maya, I. (2012). De la ciencia a la práctica en la intervención comunitaria. La transferencia del conocimiento científico a la actuación profesional. *Apuntes de Psicología*, 30 (1-3), 533–545.
- McConaghy, N. (1967). Penile volume changes to moving pictures of male and female nudes in heterosexual and homosexual males. *Behavior Research and Therapy*, 5(1), 43–48. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(67\)90054-X](https://doi.org/10.1016/0005-7967(67)90054-X)
- Mead, M. (1935). *Sex and Temperament in Three Primitive Societies*. Nueva York: Morrow.
- Meana, M. (2012). *Sexual dysfunction in women*. Cambridge: Hogrefe Publishing.
- Mejía, U., Bolaños, J. Y. & Mejía, A. (2015). Delitos contra la libertad sexual. *Acta Médica Peruana*, 32(4), 169–172.



- Mendiola, I. (2003). Hacia una redefinición de los movimientos sociales: macro-actores proxémicos. *Athenea Digital*, (4), 68–86. <https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v1n4.86>
- Menjívar, C. (2011). Enduring Violence: Ladina Women's Lives in Guatemala. *Journal of Latin American Studies*, 44(2), 420–422. <https://doi.org/10.1017/S0022216X12000314>
- Mercader-Yus, E., Neipp-López, M. C., Gómez-Méndez, P., Vargas-Torcal, F., Gelves-Ospina, M., Puerta-Morales, L., León-Jacobus, A., Cantillo-Pacheco, K. y Mancera-Sarmiento, M. (2017). Ansiedad, autoestima e imagen corporal en niñas con diagnóstico de pubertad precoz. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(4), 229–236. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.05.013>
- Meyerson, D. E. & Fletcher, J. K. (2000). A Modest Manifesto for Shattering the Glass Ceiling. *Harvard Business Review*, 78(1), 126–136.
- Meza, M. (2010). Estereotipos de violencia en el conflicto de pareja: construcciones y prácticas en una comunidad mexicana. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Milne, R., Sharman, S., Powell, M. & Mead, S. (2013). Assessing the effectiveness of the cognitive interview for children with severe intellectual disabilities. *International journal of disability, development and education*, 60(1), 18–29. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2013.757137>
- Moilanen, K. L. y Manuel, M. L. (2018). Mechanisms linking self-regulation and sexual behaviors in never-married young adults. *The Journal of Sex Research*, 55(1), 120–133. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1330394>
- Molinares-Guerrero I. (2009). Los Movimientos Sociales: Enfoques Explicativos. *Revista Clío América* 3 (5), 7–14. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.21676/23897848.378>
- Montes-Berges, B. (2009). Patrones de comunicación, diferenciación y satisfacción en la relación de pareja: Validación y análisis de estas escalas en muestras españolas. *Anales de Psicología*, 25(2), 288–298.
- Moral, J. y López, F. (2012). Modelo recursivo de reacción violenta en parejas válido para ambos sexos. *Boletín de Psicología*, 105, 61–74.

- Morales, A., Espada, J. y Orgilés, M. (2016). Barreras hacia la prueba de detección del VIH en adolescentes en España. *Psychosocial Intervention*, 25 (3), 135–141. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2016.06.002>
- Moreno-Gómez, J., Lafuente, E. & Vaillant, Y. (2018). Gender diversity in the board, women's leadership and business performance. *Gender in Management: An International Journal*, 33(2), 104-122.
- Moreno-Gómez, J. & Calleja-Blanco, J. (2018). The relationship between women's presence in corporate positions and firm performance: The case of Colombia. *International Journal of Gender and Entrepreneurship*, 10(1), 83-100.
- Moyano, N. y Sierra, J. C. (2014). Validación de las Escalas de Inhibición Sexual/Excitación Sexual-Forma Breve (SIS/SES-SF). *Terapia Psicológica*, 32, 87–100. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082014000200002>
- Moyano, N., Byers, S. y Sierra, J. C. (2016). Content and valence of sexual cognitions and their relationship with sexual functioning in Spanish men and women. *Archives of Sexual Behavior*, 45(8), 2069–2080. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0659-1>
- Moyano, N., Sánchez-Fuentes, M. y Sierra, J. C. (2013). La influencia de los pensamientos sexuales en el funcionamiento sexual. En, AEPC, VI Congreso Internacional y XI Nacional de Psicología Clínica (p. 130). Santiago de Compostela, España. ISBN: 978-84-695-6986-3
- Moyano, N., Sánchez-Fuentes, M. M., Granados, R. y Sierra, J. C. (Noviembre, 2014). Factores sexuales asociados a la conducta sexual agresiva en hombres y mujeres españoles. En, T. Ramiro-Sanchez y M. Ramiro (comp.), III Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud (p. 300-). Sevilla, España.
- Moyano, N., Sánchez-Fuentes, M. M., Chiriboga, A. y Flórez-Donado, J. (2017). Factors associated with Facebook jealousy in three Spanish-Speaking countries. *Sexual and Relationship Therapy*, 32(3-4), 309–322. <https://doi.org/10.1080/14681994.2017.1397946>
- Muise, A. Christofides, E. & Desmarais, S. (2014). “Creeping” of just information seeking? Gender differences in partner monitoring in response to jealousy on Facebook. *Personal Relationships*, 21, 35–50. <https://doi.org/10.1111/pere.12014>

- Myers, R. (1993). *Los doce que sobreviven*. Bogotá, D.C.: UNICEF.
- Navarro, N. (2002). Valoración clínica y diagnóstico de la disfunción eréctil. En, OMS, *Disfunción eréctil* (pp. 13–28). Madrid: IMC.
- Netwlin, Ch., Cordisco, L., Chamberlin, A., Anderson, J., Jenniston, J., Russell, A., Stewart, H. and Viola Vaughan-Eden. (2015). *Child Forensic Interviewing: Best Practices*. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, US Department of Justice. f J
- Nicolosi, A., Laumann, E. O., Glasser, D. B., Moreira, E. D., Paik, A. & Gingell, C. (2004). Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: The global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology*, 64(5), 991–997. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2004.06.055>
- Niebles, J. y Pérez, D. (2015). Indicadores Psicométricos de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos para Adolescentes (EMTA-A1), desde los Modelos de la teoría clásica de los tests y la teoría respuesta al ítem (TRI). [Tesis pregrado]. Universidad de la Costa, Barranquilla, Colombia.
- Nieto, S. (2017). Influencia de los pares (presencia de mejor amigo) en la legitimación de la violencia en la infancia de acuerdo al contexto social. [Tesis maestría]. Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.
- Nobre, P. J. & Pinto-Gouveia, J. (2008). Cognitions, emotions, and sexual response: analysis of the relationship among automatic thoughts, emotional responses, and sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 37(4), 652–661. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9258-0>
- Oakley, A., Fullerton, D. & Holland, J. (1995). Behavioural interventions for HIV/AIDS prevention. *AIDS*, 9(5), 479–486. <https://doi.org/10.1097/00002030-199509050-00010>
- Olaru, C. (2015). Educational parental practices and the moral disengagement of children from vulnerable families. Universitat paris est cretel. [Tesis Master]. UPEC, Paris, France.
- Olave, A. (2016). Representaciones sociales de mujer en miembros de parejas heterosexuales violentas y no violentas, según estrato socioeconómico, edad y religión. [Proyecto investigación]. Universidad de la Costa, Barranquilla, Colombia.
- Olmsted, B. & Smith, S. (1983). *The Job-sharing Handbook*. New York: Penguin Books.

- OMS. (2018a). Planificación familiar. [Online]. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- OMS. (2018b). *El embarazo en adolescentes*. [Online]. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- OMS. (2018c). VIH/SIDA. Datos y Cifras. [Online]. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- OMS. (2017). *Violencia contra la mujer*. [Online]. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- OMS. (2016). *Infecciones de transmisión sexual*. [Online]. Recuperado de [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- OMS. (2013). *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud*. [Online]. Recuperado de <https://bit.ly/2NUPPLu>
- OMS. (2011). Proyecto de estrategia OMS contra el VIH para 2011-2015. [Online]. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/5231>
- OMS. (2010a). *Entornos laborales Saludables: Fundamentos y modelo de la OMS. Contextualización, Prácticas y Literatura de apoyo*. [Online]. Recuperado de [http://www.who.int/occupational\\_health/evelyn\\_hwp\\_spanish.pdf](http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf)
- OMS. (2010b). *Measuring sexual health: Conceptual and practical considerations and related indicators*. [Online]. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70434/1/who\\_rhr\\_10.12\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70434/1/who_rhr_10.12_eng.pdf)
- OMS. (2007). *Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual: 2006-2015: romper la cadena de transmisión*. [Online]. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43773/?sequence=1>
- OMS. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Genova*. [Online]. Recuperado de [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender\\_rights/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf)

- OMS. (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. [Online]. Recuperado de [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)
- OMS/OPS. (2000). *Promoción de la salud sexual: Recomendaciones para la acción*. [Actas de una reunión de consulta convocada por OPS/OMS en colaboración con la Asociación Mundial de Sexología]. Guatemala: OMS/OPS.
- ONU. (2018a). *Las 10 principales causas de defunción*. [Online]. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- ONU. (2018b). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. [Online]. Recuperado de <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
- ONU. UNFPA. (2004). Fondo de Población de las Naciones Unidas. [Online]. Disponible en <https://www.unfpa.org/es/sitemap>
- ONU. (2002). Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. [Online]. Recuperado de [https://www.unicef.org/spanish/about/history/files/WSC\\_declaration\\_first\\_call\\_for\\_children.pdf](https://www.unicef.org/spanish/about/history/files/WSC_declaration_first_call_for_children.pdf)
- ONU. (1994). Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo. [Online]. Recuperado de <http://www.un.org/es/development/devagenda/population.shtml>
- ONU. (1993a). Declaración y Programa de Acción de Viena. [Online]. Recuperado de [https://www.ohchr.org/Documents/Events/OHCHR20/VDPa\\_booklet\\_Spanish.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Events/OHCHR20/VDPa_booklet_Spanish.pdf)
- ONU. (1993b). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. [Resolución 48/104]. Recuperado de <https://bit.ly/2OKyZyW>
- ONU. (1989). Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. [Online]. Recuperado de <http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/de-rechos.pdf>
- ONU. (1972). Convención Interamericana de Derechos Humanos. [Online]. Recuperado de <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6481.pdf>

- ONU. (1966a). Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. [Online]. Recuperado de <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>
- ONU. (1966b). Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. [Online]. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>
- ONU. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. [Online]. Recuperado de <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- ONUSIDA. (2017). Hoja informativa: Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de SIDA. [Online]. Recuperado de <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- OPS. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C.: Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.
- Ortiz-Hernández, L. (2004). La opresión de minorías sexuales desde la inequidad de género. *Política y cultura*, (22), 161–182. Recuperado de <https://bit.ly/2SDYVi3>
- Osborne, R. y Molina, C. (2008). La evolución del concepto de género. *Empiria: Revista de metodología de ciencias sociales*, 15, 147–182. Recuperado de <https://bit.ly/2EYwDvM>
- Palacio, M. (2010). Los tiempos familiares en la sociedad contemporánea: la trayectoria de una configuración. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 2, 9–30. Recuperado de <https://bit.ly/2mktNVD>
- Parra, M., Romero, C. y Marceles, V. (2016). *Gerencia empresarial desde una perspectiva ergonomica en la práctica, cultura preventiva y costos ocultos*. Panorama de la Investigación en las Ciencias Económico Administrativas. México, D.F.: ICSB.
- Parsons, T., Bales, R., Olds, J., Zelditch, M. & Slater, P. (1955). *Family Socialization and Interaction Process*. Glencoe: Free Press.
- Perelman, M. A. (2004). Retarded ejaculation. *Current Sexual Health Reports*, 1(3), 95–101. <https://doi.org/10.1007/s00345-006-0127-6>
- Pérez, D. (2018). Perfil cognitivo de mujeres víctimas y su relación con la legitimación de la violencia doméstica en la región Caribe colombi-

- ana. [*Proyecto investigación*]. Universidad de la Costa, Barranquilla, Colombia.
- Pérez, S. (2015). Resiliencia en mujeres víctimas de abuso intrafamiliar y desplazamiento sociopolítico en el barrio Villa Olímpica. [*Tesis maestría*]. Universidad Del Norte, Barranquilla, Colombia.
- Pérez-Arrau, G., Eades, E. & Wilson, J. (2012). Managing human resources in the Latin American context: the case of Chile. *The International Journal of Human Resource Management*, 23(15), 3133–3150. <https://doi.org/10.1080/09585192.2011.639547>
- Pérez, C., Vargas, I. B. y Cisneros, M. (2005). Valor predictivo del test de RigiScan, en la modalidad rápida provocativa diurna para terapia oral de disfunción eréctil (DE). *Revista Mexicana de Urología*, 65(1), 45–49.
- Pietri, M., y Bonnet, A. (2017). Analysis of early representations and personality among victims of domestic violence. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 67(4), 199–206. Recuperado de <https://bit.ly/2mnrkK0>
- Pilisuk, M. (1982). Delivery of social support: The social inoculation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(1), 20–31. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb02661.x>
- Pineda, C. A. (2013). Etiología social del riesgo de suicidio en adolescentes y jóvenes lesbianas, gay y bisexuales: una revisión. *Psicogente*, 16(29), 218–234. Recuperado de <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/1953>
- Piotrowski, C., Taylor, K. & Cormier, D. (2014). Siblings exposed to intimate partner violence: Linking sibling relationship quality y child adjustment problems. *Child Abuse y Neglect*, 38(1), 123–134. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.08.005>
- Polo, A. (2014). Diseño y validación de la Escala Multidimensional de Abuso Sexual Infantil (EMASID). [*Tesis pregrado*]. Universidad de la Costa, Barranquilla, Colombia.
- Polo, J., Arenas, C. y Alí, S. (2017). La mirada del análisis de sentido y la investigación cualitativa: el aporte en la construcción de una perspectiva de la Responsabilidad Social Corporativa (RSC). En, E. Rentería

- y S. Malvezzi S: Ejemplo de método en investigaciones sociales. Cali: Universidad del Valle.
- Prieto, M. E. P., Hernández, J., Campos, I. A. y Chumaceiro, A. C. (2009). Consideraciones teóricas para el análisis de las pequeñas y medianas empresas como fuente de generación de empleo y su correspondencia ética con la sociedad. *Revista Arbitrada Formación Gerencial*, 8(2), 1–26.
- Prochaska, J. O. y Prochaska, J. M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En, M. C. Brugué y M. Gossop (Eds.), *Tratamientos Psicológicos en Drogodependencias: Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos Psicológicos en Drogodependencias* (pp. 85–136). Barcelona: Ediciones Neurociencias.
- Quiceno, M., Mendoza, B. M., Triana, R. A. y Useche, B. (2014). Conducta sexual de estudiantes universitarios de la ciudad de Cúcuta. *Informes Psicológicos*, 14(1), 129–141.
- Quiles, M. N., Betancor, V., Rodríguez, R., Rodríguez, A. y Coello, E. (2003). La medida de la homofobia manifiesta y sutil. *Psicothema*, 15, 197–204.
- Ramírez, J. (2017). Influencia de la familia (nuclear y extensa) en la legitimación de la violencia en la infancia de acuerdo al contexto social. [Tesis pregrado]. Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.
- Ramírez, G. y Barriento, M. (2015). Salud sexual y reproductiva. *Revista Cubana de Enfermería*, 31(1), 1–2. Recuperado de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/409/110>
- Ramos, C. (2009). *La transformación de la empresa chilena: Una modernización desbalanceada* (Vol. 1). Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Rao, A. & Kelleher, D. (2003). Institutions, Organizations and Gender Equality in an Era of Globalization. *Gender and Development*, 11(1), 142–149.
- Reissing, E. D. (2009). Vaginismus: Evaluation and management. In: A. T. Goldstein, C. F. Pukall & I. Goldstein (ed.), *Female sexual pain disorders: Evaluation and management*, (pp. 229–234). <https://doi.org/10.1002/9781444308136.ch35>



- República de Colombia. Congreso de la Republica. (2009). Por medio de la cual se modifica el Título IV de la Ley 599 de 2000 y se dictan otras disposiciones para contrarrestar la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes. [Ley 1329]. Diario Oficial No. 47413.
- República de Colombia. Congreso de la Republica. (2008). Por medio de la cual se modifican algunos artículos del Código Penal relativos a delitos de abuso sexual. [Ley 1236]. Diario Oficial No. 47059.
- República de Colombia. Congreso de la Republica. (2008). Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones” [Ley 1257]. Diario Oficial No. 47193.
- República de Colombia. Congreso de la Republica. (2000). Código Penal. [Ley 599]. Diario Oficial No. 44097.
- República de Colombia. MEN. (2017). *Se reduce brecha salarial entre hombres y mujeres recién graduados en Colombia*. [Online]. Recuperado de <https://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-363240.html>
- República de Colombia. Unidad para las Víctimas. (2017). *Guía Elementos para la incorporación del enfoque psicosocial en la atención, asistencia y reparación a las víctimas*. [Online]. Recuperado de <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/enfoques-diferenciales/guia-elementos-para-la-incorporacion-del-enfoque-psicosocial-en-el-sistema-de>
- Resnick, H., Acierno, R., Holmes, M., Dammeyer, M. & Kilpatrick, D. (2000). Emergency evaluation and intervention with female victims of rape and other violence. *Journal of CLinical Psychology*, 56(10), 1317–33. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(200010\)56:10%3C1317::AID-JCLP5%3E3.0.CO;2-H](https://doi.org/10.1002/1097-4679(200010)56:10%3C1317::AID-JCLP5%3E3.0.CO;2-H)
- Rey, C. A. (2002). Rasgos sociodemográficos e historia de maltrato en la familia de origen, de un grupo de hombres que han ejercido violencia hacia su pareja y de un grupo de mujeres víctimas de este tipo de violencia. *Revista Colombiana de Psicología*, 11, 81–90.
- Reyes-Cervantes, C. P. y Redondo-Molina, A. M. (2015). *Adolescentes varones con tendencia antisocial y resiliencia: Una revisión documental desde los aportes psicoanalíticos*. [Proyecto de grado]. Universidad de la Costa CUC, Barranquilla, Colombia.

- Richards, J. C., Bridger, B. A., Wood, M. M., Kalucy, R. S. & Marshall, V. R. (1985). A Controlled Investigation into the Measurement Properties of Two Circumferential Penile Strain Gauges. *Psychophysiology*, 22, 568–571. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1985.tb01653.x>
- Ridley, C. A., Wilhelm, M. S. & Surra, C. A. (2001). Married couples' conflict responses and marital quality. *Journal of Social and Personal Relationships*, 18,(4), 517–534. <https://doi.org/10.1177/0265407501184005>
- Rivadeneira, M. y Montenegro, M. (2015). Adaptación de la escala de predicción de riesgo de violencia grave contra la pareja en Barranquilla, Colombia. [Tesis pregrado]. Universidad de la Costa, Barranquilla, Colombia.
- Rodin, J. & Janis, I. L. (1979). The social power of health-care practitioners as agents of change. *Journal of Social Issues*, 35(1), 60–81.
- Rodríguez, S. y Villas, A.B. (2013). Representaciones y vivencias de la violencia de género en estudiantes de ingenierías y arquitectura de la Universidad de Zaragoza. [Tesis de Pregrado]. Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España.
- Rogers, E. (1962). *Teoría de la Difusión de Innovaciones*. New York: Free Press.
- Rogers, K. C. & Finks, S. W. (2009). Job Sharing for Women Pharmacists in Academia. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 73(7), 135. <https://doi.org/10.5688/aj7307135>
- Romero, I. (2010). Intervención en Violencia de Género. Consideraciones en torno al Tratamiento. *Intervención Psicosocial*, 19(2), 191–199.
- Romero, I. (2004). Desvelar la violencia: una intervención para la prevención y el cambio. *Papeles del Psicólogo*, 25, 19–25.
- Rose, A. y Rudolph, K. D. (2006). A Review of Sex Differences in Peer Relationship Processes: Potential Trade-Offs for the Emotional and Behavioral Development of Girls and Boys. *Psychological Bulletin*, 132, 98–131. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.132.1.98>
- Rose, A.J. y Asher, S. R. (1999). Children's goals and strategies in response to conflicts within a friendship. *Developmental psychology*, 35(1), 69. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.35.1.69>

- Rowland, D. L., Cempel, L. M. y Tempel, A. R. (2018). Women's Attributions Regarding Why They Have Difficulty Reaching Orgasm. *Journal of Sex y Marital Therapy*, 44(5), 1–10. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1408046>
- Rubin, K., Bukowski, W. & Parker, J. (1998). Peer interactions, relationships, and groups. In: W. Damon & N. Eisenberg (Edits.). *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development*, (3), pp. 619–700. New York, NY: Wiley.
- Rudolph, K. D. & Conley, C. S. (2005). The Socioemotional Costs and Benefits of Social-Evaluative Concerns: Do Girls Care Too Much? *Journal of Personality*, 73(1), 115–138. <http://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00306.x>
- Russell S., Lerch J. & Min-Wotipka C. (2018). The making of a human rights issue: a Cross-national analysis of gender-Based Violence in Textbooks, 1950-2011. *Gender y Society*, 32(5), 1–26. <https://doi.org/10.1177/0891243218786686>
- Ryan, K., Howell, K. & Graham-Bermann, S. (2012). Physical Health in Preschool Children Exposed to Intimate Partner Violence. *Journal of Family Violence*, 27(6), 499–510. <https://doi.org/10.1007/s10896-012-9444-2>
- Salas-Castro, D., Ariza, T., Sánchez-Fuentes, M. M. y Caparrós-González, R. A. (Comps.) (2013). *Libro de resúmenes de los trabajos aceptados en el VI Congreso Internacional y XI Nacional de Psicología Clínica*. Santiago de Compostela: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC). ISBN: 978-84-695-6986-3
- Sánchez, A. (2015). “Nuevos” valores en la práctica psicosocial y comunitaria: Autonomía compartida, auto-cuidado, desarrollo humano, empoderamiento y justicia social. *Universitas Psychologica*, 14(4), 1235–1244. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.up14-4.nvpp>
- Sánchez, S. (2014). La conducta punible en el Derecho Penal colombiano: análisis del artículo 9 del Código Penal. *Revista de Derecho*, 42, 33–64.
- Sánchez, M. (2012). Evaluación de la satisfacción sexual. En, L. Cabello y M. Ramiro, *V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica* (p. 73). Santander, España.

- Sánchez, A., Godino, J. A. y Oliviero, A. (2010). Disfunción eréctil de origen neurológico. *Archivos Españoles de Urología*, 63(8), 191–236.
- Sánchez-Fuentes, M. M. y Santos-Iglesias, P. (2016). Sexual satisfaction in Spanish heterosexual couples: Testing the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction. *Journal of Sex y Marital Therapy*, 42(3), 223–242. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2015.1010675>
- Sánchez-Fuentes, M. M. y Sierra, J. C. (2015). Sexual satisfaction in a heterosexual and homosexual Spanish sample: The role of socio-demographic characteristics, health indicators, and relational factors. *Sexual and Relationship Therapy*, 30(2), 226–242. <https://doi.org/10.1080/14681994.2014.978275>
- Sánchez-Fuentes, M., Moyano, N. y Sierra, J. C. (2013). Efectos de la salud en la satisfacción sexual. En, AEPC, *VI Congreso Internacional y XI Nacional de Psicología Clínica* (p. 131). Santiago de Compostela, España.
- Sánchez-Fuentes, M. M., Salinas, J. M. y Sierra, J. C. (2016). Use of an ecological model to study sexual satisfaction in a heterosexual Spanish sample. *Archives of Sexual Behavior*, 45, 1973–1988. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0703-9>
- Sánchez-Fuentes, M. M., Santos-Iglesias, P. y Sierra, J. C. (2014). A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(1), 67–75. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(14\)70038-9](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(14)70038-9)
- Sánchez-Fuentes, M. M., Moyano, N., Flórez, J. y Chiriboga, A. (2018). Los celos en las relaciones de pareja y el uso de Facebook. En, M. Silva, A. Silva y G. Staaden (Comp.), *Intervenciones psicosociales. Cronologías, contextos y realidades* (p.133). Barranquilla: Universidad Metropolitana.
- Sánchez-Fuentes, M. M., Santos-Iglesias, P., Byers, E. S. y Sierra, J. C. (2015). Validation of the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction Questionnaire in a Spanish sample. *The Journal of Sex Research*, 52, 1028–1041. <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.989307>
- Sánchez-Fuentes, M. M., Arcos-Romero, A. I., Sierra, J. C., Moyano, N. y Granados, R. (2014). Adaptación y validación del Multiple Indicators

- of Subjective Sexual Arousal (MISSA). En, T. Ramiro-Sanchez y M. Ramiro (comp.), *III Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud* (p. 299). Sevilla, España.
- Sánchez-Fuentes, M., Sierra, J. C., Santos-Iglesias, P., Vallejo-Medina, P., Moyano, N. y Granados, R. (2013a). Un modelo explicativo de la satisfacción sexual en mujeres. En, AEPC, *VI Congreso Internacional y XI Nacional de Psicología Clínica* (p. 631). Santiago de Compostela, España.
- Sánchez-Fuentes, M., Sierra, J. C., Santos-Iglesias, P., Vallejo-Medina, P., Moyano, N. y Granados, R. (2013b). Artículos más citados sobre satisfacción sexual. En, AEPC, *VI Congreso Internacional y XI Nacional de Psicología Clínica* (p. 632). Santiago de Compostela, España.
- Santisteban, L., Posada, M., Mariño, Y., Pérez, L. y González, G. (2016). Percepción de Riesgo ante el VIH/sida en adolescentes del municipio Bartolomé Masó. *Multimed*, 20(1), 132–147.
- Santos-Iglesias, P., Vallejo-Medina, P. y Sierra, J. C. (2009). Propiedades psicométricas de una versión breve de la Escala de Ajuste Diádico en muestras españolas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(3), 501–517.
- Saracostti, M. (2011). *Hombres víctimas de violencia intrafamiliar*. Nación. [Online].
- Saslow, L. R., Muise, A., Impett, E. A. & Dubin, M. (2012). Can you see how happy we are? Facebook images and relationship satisfaction. *Social Psychology and Personality Science*, 4(4), 411–418. <https://doi.org/10.1177/1948550612460059>
- Schäfer, M., Werner N. E. & Crick N. R. (2002). A comparison of two approaches to the study of negative peer treatment: General victimization and bully/victim problems among German schoolchildren. *British Journal of Developmental Psychology*, 20(2), 281–306. <https://doi.org/10.1348/026151002166451>
- Schinke, S. P., Blythe, B. J., y Gilchrist, L. D. (1981). Cognitive-behavioral prevention of adolescent pregnancy. *Journal of Counseling Psychology*, 28(5), 451–454. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.28.5.451>
- Scott, J. W. (1986). Gender: A Useful Category of Historical Analysis. *American Historical review*, 91, 1053–1075.

- Sedgh, G., Bearak, J., Singh, S., Bankole, A., Popinchalk, A., Ganatra, B., Rossier, C., Gerdt, C., Tunçalp, Ö., Ronald, B., Bart, H. and Alkema, L. (2016). Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *The Lancet*, 388(10041), 258–267. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30380-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30380-4)
- Serber, M. (1974). Videotape feedback in the treatment of couples with sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 3(4), 377–380. <https://doi.org/10.1007/BF01636444>
- Siegel, J. (2013). Breaking the Links in Intergenerational Violence: An Emotional Regulation Perspective. *Family Process*, 52(2), 163–178. <https://doi.org/10.1111/famp.12023A>
- Sierra, J. C. y Buela-Casal, G. (2004). Evaluación y tratamiento de las disfunciones sexuales. En, G. Buela-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación y tratamiento psicológicos*, 2ª ed., (pp. 439–485): Madrid: Biblioteca Nueva.
- Sierra, J. C., Moyano, N., Vallejo-Medina, P. y Gómez-Berrocal, C. (2018). An abridged Spanish version of Sexual Double Standard Scale: Factorial structure, reliability and validity evidence. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 69–80. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.05.003>
- Sierra, J. C., Sánchez-Fuentes, M. M., Granados, R. y Moyano N. (2014). Propiedades psicométricas de la Arizona Sexual Experience Scale (ASEX) en una muestra de varones españoles. En, T. Ramiro-Sánchez y M. Ramiro (comp.), *III Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud* (p. 301). Sevilla, España.
- Sierra, J. C., Santos-Iglesias, P., Vallejo-Medina, P. y Moyano, N. (2014). *Autoinformes como instrumento de evaluación en sexología clínica*. Madrid: Síntesis.
- Sierra, J. C., Granados, R., Sánchez-Fuentes, M. M., Moyano, N. y López, C. (2015, julio). *Activación sexual ante estímulos sexuales visuales: comparación entre hombres y mujeres*. Póster presentado en el XXXV Congreso Interamericano de Psicología, Lima, Perú.
- Sierra, J. C., Arcos-Romero, A. I., Granados, M. R., Sánchez-Fuentes, M. M., Calvillo, C. y Moyano, N. (2017). Escalas de Valoración de Excitación Sexual y Valoración de Sensaciones Genitales: propiedades

- psicométricas en muestras españolas. *Revista Internacional de Andrología*, 15(3), 99–107. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2016.10.008>
- Sierra, J. C., Vallejo-Medina, P., Santos-Iglesias, P., Moyano, N., Granados, M. R., y Sánchez-Fuentes, M. (2014). Funcionamiento sexual en personas mayores: influencia de la edad y de factores psicosexuales. *Revista Internacional de Andrología*, 12(2), 64–70. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2013.10.002>
- Sintchak, G. y Geer, J. H. (1975). A vaginal plethysmograph system. *Psychophysiology*, 12(1), 113–115. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1975.tb03074.x>
- Smith, S., Fowler, K. & Niolon, P. (2014). Intimate Partner Homicide and Corollary Victims in 16 States: National Violent Death Reporting System, 2003–2009. *American Journal of Public Health*, 104 (3) 461–466. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301582>
- Soler, F., Gómez-Lugo, M., Espada, J. P., Morales, A., Sierra, J. C., Marchal Bertrand, L. & Vallejo-Medina, P. (2016). Adaptation and validation of the Brief Sexual Scale in Colombian and Spanish population. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(3), 343–356.
- Soto, P. (2012). Diseño de un Programa de Desarrollo Organizacional basado en la Percepción del Clima Organizacional de los Empleados de la Empresa su liquido S.A. [Tesis de pregrado]. Universidad de la Costa, Barranquilla, Colombia.
- Stephenson, K. R. (2017). Mindfulness-based therapies for sexual dysfunction: a review of potential theory-based mechanisms of change. *Mindfulness*, 8(3), 527–543. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0652-3>
- Stephenson, J., Strange, V., Allen, E., Copas, A., Johnson, A., Bonell, C. Babiker, A., Oakley, A. & RIPPLE Study Team. (2008). The long-term effects of a peer-led sex education programme (RIPPLE): a cluster randomised trial in schools in England. *PLoS medicine*, 5(11), e224.” <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050224>
- Sternberg, R. J. (1988). *El triángulo del amor: intimidad, pasión y compromiso*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Stjerna, K. (2018). Sexual freedoms. *A Journal of theology dialog*, 57(3), 173–177. <https://doi.org/10.1111/dial.12414>

- Storch, E. A., Brassard, M. R. & Masia-Warner, C. L. (2003). The Relationship of Peer Victimization to Social Anxiety and Loneliness in Adolescence. *Child Study Journal*, 33(1), 1–18. Available from <https://eric.ed.gov/?id=EJ679718>
- Straus, M. A. y Gozjolko, K. L. (2014). Intimate terrorism and gender differences in injury of dating partners by male and female university students. *Journal of Family Violence*, 29(1), 51–65. <https://doi.org/10.1007/s10896-013-9560-7>
- Stuart, J. (1869). *La Sujeción de la Mujer*. [Online]. Recuperado de <http://instituciones.sld.cu/genero/files/2012/07/Mill-John-Stuart-Esclavitud-femenina-La.pdf>
- Suarez, A. y Osuna, L. (2015). Prevalencia del bullying relacional en agresores, agredidos y observadores en adolescentes escolarizados del municipio de Melgar – Tolima. *Cultura Educación y Sociedad* 6(1), 109–126. Recuperado de [https://revistascientificas.cuc.edu.co/culturaeducacionsociedad/article/view/760/pdf\\_94](https://revistascientificas.cuc.edu.co/culturaeducacionsociedad/article/view/760/pdf_94)
- Subirana-Malaret, M. y Pueyo, A. (2013). Retención proactiva y adherencia terapéutica en programas formativos para hombres maltratadores de la pareja. *Psychosocial Intervention*, 22(2), 95–104. <http://dx.doi.org/10.5093/in2013a12>
- Tabares, C., Bedoya, O., Prada, L., Angulo, H., Cortés, L., Viveros, M. y Salcedo, M. (2016). Identificación de criterios de orden legal y científico en el derecho probatorio del sistema penal que incidieron en el proferimiento de sentencias de los enjuiciados por delitos sexuales entre el 2009-2010 en dos municipios del Valle del Cauca. *Revista Criminalidad*, 58(2), 123–140.
- Taylor, M., Jinabhai, C., Dlamini, S., Sathiparsad, R., Eggers, M. S. & De Vries, H. (2014). Effects of a teenage pregnancy prevention program in KwaZulu-Natal, South Africa. *Health care for women international*, 35(7-9), 845–858. <https://doi.org/10.1080/07399332.2014.910216>
- Thibaut, J. W. & Kelley, H. H. (1959). *The social psychology of groups*. Nueva York: Wiley.
- Thomas, H. N., Hamm, M., Hess, R. & Thurston, R. C. (2018). Changes in sexual function among midlife women: “I’m older... and I’m wiser”.



- Menopause*, 25(3), 286–292. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000988>
- Toro-Alfonso, J. (2012). El estado actual de la investigación sobre la discriminación sexual. *Terapia Psicológica*, 30(2), 71–76. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082012000200007>
- Torres, P., Walker, D. M., Gutiérrez, J. P. & Bertozzi, S. M. (2006). A novel school-based strategy for the prevention of HIV/AIDS, sexually transmitted disease (STDs), and teen pregnancies. *Salud pública de México*, 48(4), 308–316. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342006000400005>
- Tortolero, S. R., Markham, C. M., Peskin, M. F., Shegog, R., Addy, R. C., Escobar-Chaves, S. L. & Baumler, E. R. (2010). It's Your Game: Keep It Real: delaying sexual behavior with an effective middle school program. *Journal of Adolescent Health*, 46(2), 169–179.
- Touraine, A. y Pons, H. (1997). ¿Podremos vivir juntos?: iguales y diferentes. Madrid: PPC.
- Trujano, P., Martínez, A. y Camacho, S. (2010). Varones víctimas de violencia doméstica: un estudio exploratorio acerca de su percepción y aceptación. *Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología*, 6 (2), 339–354.
- Trujillo, E. V., Henao, J., y González, C. (2007). Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia. *Acta colombiana de psicología*, 10(1), 49–63.
- Tsang, J. A. (2002). Moral rationalization and the integration of situational factors and psychological processes in immoral behavior. *Review of General Psychology*, 6(1), 25. <https://doi.org/10.1037//1089-2680.6.1.25>
- Turizo, Y. (2012). Construcción de Estrategias de Intervención Psicosocial en Poblaciones Víctimas de violencia sociopolítica y de género para la Recuperación de su Salud Mental. Em: Memorias de Congreso, *Diagnóstico o Estigmas: Encrucijadas éticas*. Buenos Aires, Argentina.
- Ubillos, S., Zubieta, E., Páez, D., Deschamps, J. C., Ezeiza, A. y Vera, A. (2002). Amor, cultura y sexo. *Revista Española de Motivación y Emoción (REME)*, 3. 197–221.

- Unger, R. K. (1979). *Female and male: Psychological perspectives*. Nueva York: Joanna Cotler Books.
- UNICEF. (2011). *Opportunity in Crisis: Preventing HIV from early adolescence to young adulthood*. [Online]. Recuperado de [http://www.who.int/hiv/pub/oic\\_report\\_en.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/oic_report_en.pdf)
- Urbano, C. y Yuni, J. (2016). *Psicología del desarrollo: enfoques y perspectivas del curso vital (2a. ed.)*. Córdoba: Brujas
- Urrutia, M., Barrios, S., Gutiérrez, M., y Mayorga, M. (2014). Métodos óptimos para determinar validez de contenido. *Educación Médica Superior*, 28(3), 547–558.
- Useche, B. (2016). Psicología de la Sexualidad. *Boletines COLPSIC, Campo de psicología de la sexualidad*, (16), 1–2. Recuperado de [https://www.colpsic.org.co/aym\\_image/files/BC\\_sexualidad\\_julio\\_2016.pdf](https://www.colpsic.org.co/aym_image/files/BC_sexualidad_julio_2016.pdf)
- Useche, B., Quiroz, G. & Pinilla, C. (2017). Self-Perception of “Normality” or “Abnormality” in Colombian Trans people. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(5), e290. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.04.395>
- Useche-Aldana, B. & Fonseca-Zampieri, A. M. (2013). Sexuality And HIV Prevention In Brazilian And Colombian Adolescents. *The Journal of Sexual Medicine*, 10, 342–343.
- Utria, L., Amar, J., Martínez, M., Colmenares, G. y Crespo, F. (2015). *Resiliencia en mujeres víctimas de desplazamiento forzado*. Universidad del Norte. Barranquilla: Ediciones Uninorte.
- Valcárcel, A. (2001). La memoria Colectiva y los retos del feminismo. Mujeres en Red. El periódico feminista. UN- CEPAL, Unidad Mujer y Desarrollo. Serie Mujer y Desarrollo (31), 1–32. Recuperado de <https://bit.ly/2FM2sXz>
- Valencia, G. (2016). Los Estilos de vida saludables. En, Oblitas, *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*, (pp. 239–248). México, D.F.: Cenage Learning.
- Valenzuela, I. (2018). Clima Laboral del Área Administrativa de la Organización Intracarga S.A. [Tesis pregrado]. Universidad de la Costa, Barranquilla, Colombia.
- Vallejo, A., y Córdoba, M. (2012). Abuso sexual: tratamientos y atención. *Revista de Psicología*, 30(1), 1–28.

- Vallejo, O. y Roca, M. (2010). Diseño de programa para el mejoramiento de los factores motivacionales y la calidad de vida en la empresa Geotecno Ltda. Briceño Jiménez, Onix Dufre. [Tesis pregrado]. Universidad de la Costa, Barranquilla, Colombia.
- Vallejo-Medina, P., Saavedra-Roa, A., Gómez-Lugo, M., Morales, A., Abello-Luque, D., García-Montaño, E., Garavito-Zamudio, C. y Espada, J. P. (2018). Adaptación, fiabilidad y validez de una versión breve de la Multicomponent AIDS Phobia Scale (MAPS) en adolescentes colombianos. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 9(1), 42–57. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2018.01.014>
- Vallejo-Medina, P., Pérez-Durán, C. y Saavedra-Roa, A. (2017). Translation, adaptation, and preliminary validation of the Female Sexual Function Index into Spanish (Colombia). *Archives of Sexual Behavior*, 47, 797–810. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0976-7>
- Vallejo-Medina, P., Soler, F., Gómez-Lugo, M., Saavedra-Roa, A. & Marchar-Bertrand, L. (2017). Procedure to validate sexual stimuli: Reliability and validity of a set of sexual stimuli in a sample of young Colombian heterosexual males. *International Journal of Psychological Research*, 10, 18–24. <https://doi.org/10.21500/20112084.2268>
- Varela, D. (2016). Prácticas de cuidado que son implementadas por familias con niños de 0 a 8 años, en contextos interface rural-urbano del sur del departamento del Atlántico desde una perspectiva de desarrollo a escala humana. [Tesis magistral]. Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.
- Vargas, H. (2017). Violencia contra la mujer infligida por su pareja y su relación con la salud mental de los hijos adolescentes. *Revista Médica Herediana*, 28(1), 48–58. Recuperado de <https://bit.ly/2GN2coI>
- Velázquez, M., Delgadillo, L. y González, L. (2013). Abuso sexual infantil, técnicas básicas para su atención. *Reflexiones*, 92(1), 131–139.
- Viloria, D. (2007). Clima Social en Familias Nucleares e Incompletas residentes en el barrio Hipódromo del municipio de Soledad. [Tesis pregrado]. Universidad de la Costa, Barranquilla, Colombia.
- Villa, J., Arroyabe, L., Montoya, Y. y Muñoz, A. (2017). Vicisitudes de los proyectos institucionales de atención psicosocial a víctimas del conflicto armado colombiano. *Ágora U.S.B.* 17(1), 157–175.

- Villareal, A. L. (2001). Relaciones de poder en la sociedad patriarcal. *Actualidades Investigativas en Educación*, 1(1), 1–17 Recuperado de <https://revistas.uned.ac.cr/index.php/espiga/article/view/787>
- Villarruel, A. M., Jemmott, J. B. & Jemmott, L. S. (2006). A randomized controlled trial testing an HIV prevention intervention for Latino youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160(11), 1187.
- Vizcarra, M., Poo, A. y Donoso, T. (2013). Programa educativo para la prevención de la violencia en el noviazgo. Dating violence prevention programa. *Revista de Psicología*, 22(1), 48–61. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2013.27719>
- Vos, R. (Comp.). (2007). *Estudios de género: nuestros pasos en el Caribe Colombiano*. Barranquilla: Universidad del Atlántico.
- Weiner, L. & Avery-Clark, C. (2017). *Sensate focus in sex therapy: the illustrated manual*. Nueva York: Routledge, Taylor y Francis Group.
- Wheeler, L. A., Updegraff, K. A. & Thayer, S. M. (2010). Conflict Resolution in Mexican-origin couples: Culture, gender, and marital quality. *Journal of Marriage and the Family*, 72(4), 991–1005. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00744.x>
- WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group & United Nations Population Division. (2015). *Trends in maternal mortality: 1990 to 2015*. [Online]. Retrieved from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>
- Wiederman, M. W. (2004). Self-control and sexual behavior. In R. F. Baumeister y K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 525–536). New York: Guilford Press.
- Wiederman, M. W. (2000). Women's body image self-consciousness during physical intimacy with a partner. *Journal of Sex Research*, 37(1), 60–68. <https://doi.org/10.1080/00224490009552021>
- Woertman, L. & Van den Brink, F. (2012). Body image and female sexual functioning and behavior: a review. *Journal of Sex Research*, 49(2-3), 184–211. <https://doi.org/10.1080/00224499.2012.658586>
- Working Mother. (noviembre, 2005). Good Company. Container Store Organizes Employee Schedules. *Working Mother*, 11, 23.

- WAS. (2014). *Declaration of sexual rights*. [Online]. Retrieved from: <https://bit.ly/1qAikYK>
- Wingood, G. & DiClemente, R. (2000). Application of the Theory of Gender and Power to Examine HIV-Related Exposures, Risk Factors, and Effective Interventions for Women. *Health Education & Behavior*, 27(5), 539–65. <https://doi.org/10.1177/109019810002700502>
- World Economic Forum. (2017). *The Global Gender Gap Report 2017*. Geneva: Author. Available from [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_GGGR\\_2017.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2017.pdf)
- WHO. (2015). Sexual health, human rights and the law. [Online]. Retrieved from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/175556/1/9789241564984\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/175556/1/9789241564984_eng.pdf?ua=1)
- WHO. (2006). *Reproductive Health Indicators: Guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring*. Ginebra: World Health Organization.
- Yoo, H., Bartle-Haring, S., Day, R. D. y Gangamma, R. (2014). Couple communication, emotional and sexual intimacy, and relationship satisfaction. *Journal of Sex y Marital Therapy*, 40(4), 275–293. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2012.751072>
- Zapata, R. y Gutiérrez M. (2016). *Salud sexual y reproductiva*. Almería: Editorial Universidad de Almería.
- Zaro, M. (1999). La identidad de género. *Revista de psicoterapia*, 10 (40), 5–22.
- Zeanah, P. & Schwarz, J. C. (1996). Reliability and validity of the sexual self-esteem inventory for women. *Assessment*, 3(1), 1–15. <https://doi.org/10.1177/107319119600300101>
- Zimmer-Gembeck, M. J. & French, J. (2016). Associations of sexual subjectivity with global and sexual well-being: A new measure for young males and comparison to females. *Archives of Sexual Behavior*, 45(2), 315–327. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0387-y>
- Zosuls, K. M., Field, R. D., Martin, C. L., Andrews, N. C. & England, D. E. (2013). Gender-based relationship efficacy: children's self-perceptions in intergroup contexts. *Child Development*, 85(4), 1663–1676. <https://doi.org/10.1111/cdev.12209>

Zunino, N. (2011). En seis años aumentan en 83% las denuncias de hombres por violencia intrafamiliar. *La tercera*. [Online]. Recuperado de <https://www.pressreader.com/chile/la-tercera/20111209/281651071935174>



**María del Mar Sánchez Fuentes.** Ph.D en Psicología. Investigación en el área de la sexualidad humana y relaciones de pareja. Máster en Diseños de Investigación y Aplicaciones en Psicología y Salud, Licenciada en Psicología. Experiencia en metodología de la investigación, evaluación psicológica y psicología clínica. Profesora de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Zaragoza, España. Profesora investigadora del Departamento de Ciencias Sociales, Universidad de la Costa, Barranquilla, Colombia.



**María Reina Granados de Haro.** “Ph.D en Psicología. Investigación en el área de la sexualidad humana y salud sexual. Máster en Diseños de Investigación y Aplicaciones en Psicología y Salud, Máster en Investigación y Avances en Medicina Preventiva y Salud Pública, y Máster en Sexología y Género. Graduada en Enfermería. Profesora en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Granada (España). Investigadora del Laboratorio de Sexualidad Humana (LabSex UGR) en el Centro de Investigación de Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC) de la misma universidad.”



**María De Las Nieves Moyano.** Ph.D en Psicología Psicóloga por la Universidad de Granada, Master en Diseños de Investigación y Aplicaciones en Psicología y Salud y Máster en Sexología, Terapia Sexual y Género. Investigación en el área de la sexualidad humana y género. Ha realizado diversas estancias de investigación en Reino Unido (University of Essex), Canadá (University of New Brunswick) y Estados Unidos (University of Nevada). Como terapeuta e investigadora ha trabajado en el ámbito de la educación sexual, centrada en el ámbito de la evaluación y la validación de tests, escalas y cuestionarios en el ámbito sexual, de género y educativo. Actualmente Profesora de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Jaén, España.



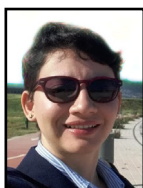
**Juan Carlos Sierra.** “Catedrático de Evaluación Psicológica y Sexualidad Humana de la Universidad de Granada (España). Director del Laboratorio de Sexualidad Humana LabSex UGR del Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC) perteneciente a la Universidad de Granada (España). Docente de Grado y Posgrado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Granada. Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.”



**Adriana De la Peña Leiva.** Psicóloga. Doctora en Psicología, Magister en Desarrollo Social de la Universidad del Norte y Máster en Ciencias de la Sociedad con énfasis en Educación, trabajo y formación de la Universidad París XII Val de Marne. Ha desarrollado y dirigido estudios sobre mujer, representaciones sociales, conflicto y violencia social, con especial énfasis en el contexto familia y pareja; además, investigaciones e intervención en gestión de paz y convivencia comunitaria. Profesora del Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad de la Costa.



**Aura Cardozo Rusinque.** Psicóloga, Especialista en Estudios Pedagógicos, Magíster en Estudios Políticos, Doctora en Psicología. Su experiencia investigativa incluye temas asociados a reconstrucción del tejido social y capital social en población afectada por la violencia, conflicto, mediación y convivencia escolar, así como el liderazgo comunitario con enfoque de género. Profesora del Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad de la Costa.



**Marina B. Martínez González.** Psicóloga. Doctora en Ciencias Sociales de la Universidad del Norte. Sus investigaciones exploran la construcción social del género particularmente relacionadas con la legitimación de la violencia desde la infancia. Así mismo, ha desarrollado estudios sobre la legitimación de la violencia hacia la pareja y su relación con las estrategias de afrontamiento en mujeres víctimas. Decana del Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad de la Costa.





**Yamile Turizo Palencia.** Psicóloga. Especialista y Magíster en Desarrollo Social, y Master en Sciences Humaines et Sociales de la Universidad París XII Val de Marne. Estudiante del Doctorado en Psicología de la Universidad Toulouse -Jean Jaurès. con Experiencia en la coordinación, diseño y/o implementación de investigaciones e intervenciones psicosociales con víctimas del conflicto armado y violencia de género, promoción y empoderamiento de comunidades vulnerables. Actualmente investiga el perdón la reconciliación y la resiliencia en mujeres indígenas víctimas del conflicto. Directora del Programa de Psicología de la Universidad de la Costa.



**Paola Martínez Sande.** Psicóloga de la Universidad de la Costa. Filósofa y humanista de la Universidad del Norte. Magíster en Psicología en la Universidad del Norte. Experiencia en atención a pacientes niños, adolescentes y adultos; experiencia en métodos cualitativos en investigación. Trabaja como Coordinadora editorial de la revista Cultura Educación y Sociedad de la Universidad de la Costa y como profesora del departamento de Ciencias Sociales de la Universidad de la Costa.



**Kattia Cantillo Pacheco.** Psicóloga. Magister en trastornos Cognitivos del Aprendizaje y Educadora infantil. Experiencia en atención a pacientes niños, adolescentes y adultos. Docente tiempo completo del Departamento de Ciencias Sociales en el área de conocimiento de evolutiva y procesos neuropsicológicos. Coordinadora del programa de Especialización en Neuropsicopedagogía de la Universidad de la Costa.



**Paola García Roncallo.** Psicóloga. Magister en Psicología Clínica de la Universidad del Norte y Especialista en Neuropsicopedagogía de la Universidad de la Costa. Psicoterapeuta, investigaciones sobre trastornos del estado así como la validación de intervenciones para la educación sexual en adolescentes. Profesora del Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad de la Costa.



**Eileen García Montaña.** Psicóloga. Magíster en Psicología Clínica de la Universidad del Norte, orientada al trabajo desde la psicología clínica investigativa para el abordaje de trastornos del estado así como la validación de intervenciones para la educación sexual en adolescentes. Profesora del Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad de la Costa.



**Nathalia Quiroz Molinares.** Psicóloga y estudiante de Doctorado en psicología de la Universidad del Norte, con estudios técnicos certificados en el área de Criminalística. Investigadora en el área de Psicología forense y neuropsicología, en temáticas como secuelas neuropsicológicas en mujeres víctimas de violencia de pareja, y trauma de cráneo en mujeres víctimas de violencia de pareja. Coordinadora del programa de Maestría en Sexualidad y Relaciones contemporáneas de la Universidad de la Costa.



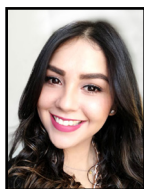
**Margel Parra Fernández.** Psicóloga. Magíster en Gerencia de recursos humanos Universidad Rafael Bellosó Chacín. Cuenta con experiencia en procesos de gestión del talento humano, asesor y facilitador en desarrollo humano y procesos específicos de las personas dentro de las organizaciones, procesos de gestión del cambio, reingeniería de cultura organizacional, hacia cultura verde y equidad de género en las organizaciones. Profesora del Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad de la Costa.



**Claudia Arenas Rivera.** Psicóloga Especialista y Magíster en Desarrollo Social; Master en Ciencias Humanas y Sociales con profundización en educación. Experiencia en formulación, ejecución, evaluación y asesoramiento en proyectos sociocomunitarios y educativos; de la mano con la gestión de alianzas institucionales de orden público y privado, dirigidas al logro de alcances y/u objetivos trazados en los procesos asignados. Profesora del Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad de la Costa.



**Nelson Lay Raby.** Psicólogo Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Magíster en Administración de Empresas Universidad Federico Santa María, Master in Business Administration Universidad Politécnica de Cataluña, Doctor en Sociología Universidad Alberto Hurtado. Actualmente se desempeña como académico de Pregrado y Postgrado en la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales y en la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad Andrés Bello. Ha asesorado en consultoría a un centenar de empresas nacionales en distintos temas de Recursos Humanos y Desarrollo Organizacional.



**Claudia Reyes Cervantes.** Psicóloga, Especialista en Psicoterapia Infantil y estudiante de la Maestría en Sexualidad y Relaciones Contemporáneas; profesora tiempo completo del departamento de Ciencias Sociales en el área de conocimiento evolutiva y psicopatología en donde se encuentra su campo de interés y de trabajo.



**María Angélica Pérez Corcho.** Psicóloga de la Universidad del Norte, Especialista en Gerencia de los Recursos humanos. Experiencia profesional en el área de Talento Humano, sin embargo su interés en comprender la experiencia de cada individuo le llevó a cursar una Maestría en Psicología Clínica, a fin de establecer una sinergia entre el logro de los objetivos empresariales y la realización personal de los trabajadores. Ha sido profesora de la Especialización en Psicología Organizacional de la Universidad de la Costa.



**Angie Vanessa Posso-Meza.** Psicóloga, estudiante de último semestre de Filosofía, con diplomado en Investigación y Desarrollo Sostenible. Actualmente se encuentra realizando actividades de investigación en temáticas de Mujer y Género, posconflicto e intervención psicosocial. Participo como coautora en dos capítulos de libro sobre mujer.



**Angélica María Arias Preciado.** Mujer, defensora de Derechos Humanos y tejedora de Paz. Profesional de la psicología, con estudios de especialización en Género, Planificación y Desarrollo. Cuenta con amplia trayectoria en el acompañamiento psicosocial y trabajo comunitario para la organización y la movilización social y ciudadana de la población sobreviviente del conflicto armado en Colombia. Investigadora en temas relacionados con las víctimas del conflicto y sus afectaciones, además de sus procesos de sanación y resistencia dentro de la justicia transicional. Adherida desde 2003 a la Red de Mujeres del Caribe y la Colectiva Feminista Emancipatoria; facilitadora de La Red de Voceras y Voceros de la Campaña Párala Ya, Nada Justifica las Violencias contra las Mujeres en Valledupar.



**Diana Pérez Pedraza.** Psicóloga, egresada de la Universidad de la Costa (CUC). Actualmente es estudiante de Maestría en Psicología Clínica con orientación en Intervención Cognitivo-Conductual en la Universidad Autónoma de Coahuila, México y se desempeña como profesora investigadora en la CUC dentro del departamento de Ciencias Sociales y Humanas en el programa de psicología. Se encuentra adscrita al grupo de Investigación Cultura, Educación y Sociedad bajo la línea de investigación de salud mental desde el modelo Cognitivo-Conductual enfocado a la intervención clínica de la violencia de género, evaluación y tratamiento de los trastornos del estado del ánimo y salud sexual y reproductiva.



**Milena Martínez Rudas.** Psicóloga, magister en psicología jurídica. Candidata a Doctor en Psicología jurídica y forense. Investigadora científica en las líneas de abuso sexual infantil, violencia de género. Experta en evaluación psicológica forense. Cuenta con experiencia en formulación de proyectos, actualmente es la Directora Nacional de Campos, programas y proyectos del Colegio Colombiano de Psicólogos desde donde dirige los procesos de participación en escenarios de incidencia política con entidades públicas y privadas. Profesora universitaria.