

REVISTA ARGENTINA  
DE SEXUALIDAD HUMANA  
VOL. 7 N.º 1 OTOÑO 2026  
ISSN 2953-4593 (en línea)

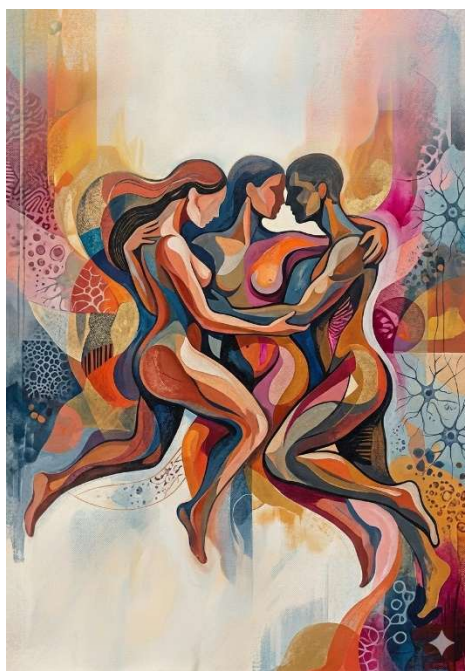
An abstract painting featuring three stylized human figures in a dynamic, intimate pose. The figures are rendered in bold, expressive brushstrokes with a rich color palette of reds, oranges, yellows, blues, and purples. The background is a complex, layered composition of organic, cellular-like patterns and soft, ethereal light washes. The overall mood is sensual and energetic.

*Erotismo en movimiento*

Revista Editada por la Sociedad Argentina de Sexualidad Humana

REVISTA ARGENTINA  
DE SEXUALIDAD HUMANA

ISSN 2953-4593 en línea



EDITADA POR LA SOCIEDAD ARGENTINA DE SEXUALIDAD HUMANA



---

**SEDE DE LA SOCIEDAD**

Av. Coronel Díaz 2155 PB "A" Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (1425).

Tel. celular: 11-5903-9090

email: [secretaria@sasharg.com.ar](mailto:secretaria@sasharg.com.ar)

Web: [www.sasharg.com.ar](http://www.sasharg.com.ar)

Web revista <https://revista.sasharg.com.ar/index.php/journal>

La Revista Argentina de Sexualidad Humana es una publicación de la SASH con Personería jurídica.

Resolución IGJ N° 000724 Cuit: 30-67623837-5 IVA: Exento

Nombre de la revista registrado ISSN 2953-4593 en línea

Registro DOI prefix: 10.58751 Membresía Crossref – Platform & Workflow by OJS/PKP

# **SOCIEDAD ARGENTINA DE SEXUALIDAD HUMANA**

Miembro de: **WAS** (World Association for Sexual Health)

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

## **COMISIÓN DIRECTIVA 2023-2026**

### **PRESIDENTE**

Dra. María Silvana Valente

### **VICEPRESIDENTE**

Lic. María Bernarda Romero

### **SECRETARIA GENERAL**

Lic. Viviana Wapñarsky

### **PROSECRETARIA**

Lic. María Ester Antelo

### **TESORERA**

Lic. María Viviana Caruso

### **PROTESORERO**

Dr. Ariel Hudson

### **VOCALES TITULARES**

Dr. Pablo Carpintero

Dr. Gustavo Litterio

Dr. Bernardo Kupferberg

Lic. Federico Rinaldi

Lic. Guido Fischer

### **VOCALES SUPLENTE**

Lic. Claudia Derrosi

Lic. Sandra López

Dra. Federica Hansen

Dr. Gustavo Bustamante

## REVISORES DE CUENTA

Lic. Analía Urretavizcaya

## REVISORES DE CUENTA SUPLENTE

Dra. Milena Mayer

**Expresidentes:** Dr. León Roberto Gindin / Lic. Laura Caldiz / Lic. Virginia Martinez Verdier / Dr.Néstor Barbón, Lic. Alcira Camillucci / Adrián Sapetti / Marta Rajtman

# **REVISTA ARGENTINA DE SEXUALIDAD HUMANA**

AÑO 2026- OTOÑO - ISSN 2953-4593 en línea

## **COORDINACIÓN GENERAL**

Lic. María Bernarda Romero

## **COLABORACIÓN**

Lic. María Ester Antelo

Lic. Claudia Derossi

Dra. Milena Mayer

Dr. Bernardo Kupferberg

Dra. Silvina Valente

## **COMITÉ ASESOR NACIONAL**

Lic. Laura Caldiz

Lic. Mirta Granero

Lic. Cristina Tania Fridman

## **COMITÉ ASESOR INTERNACIONAL**

Alain Giami (Francia)

Osmo Kontula (Finlandia)

Francisco Cabello (España)

Felipe Hurtado Murillo (España)

Ricardo Cavalcanti (Brasil)

Jaqueline Brendler (Brasil)

Raquel Varaschin (Brasil)

Itor Finotelli Jr. (Brasil)

Christian Thomas (Chile)

Erick Janssen (Bélgica / Estados Unidos)

Luis Perelman-Javnozón (México)

Olivia Guerrero Figueroa (México)

Eusebio Rubio Aurióles (México)

Esther Corona Vargas (México)

Santiago Cedres (Uruguay)

Chiara Simonelli (Italia)

Stefano Eleuteri (Italia)

Mijal Luria (Israel)

Pedro Nobre (Portugal)

Patrícia Pascoal (Portugal)

Narayana Reddy (India)

Elsa Almas (Noruega)

Sara Nasserzadeh (Estados Unidos)

Patti Britton (Estados Unidos)

States Kevan Wylie (Reino Unido)

EL COMITÉ NO SE HACE RESPONSABLE DE LAS OPINIONES VERTIDAS EN LOS ARTÍCULOS PUBLICADOS.

## INDICE

▪	<b>EDITORIAL</b>	9
▪	<b>CLÍNICA - REVISIÓN – DEBATES</b>	
	- <b>I CONSENSO ARGENTINO SOBRE EL USO DE TESTOSTERONA EN MUJERES POSTMENOPÁUSICAS</b>	11
	<i>Valente S., Carpintero P., Fernández G., Belardo A., Capandegui C., Caro R., Franchina M., Freijedo V., Fusaro D., Gómez Giglio F., Hudson A., Leiderman S., Litterio G., López M., Marega O., Martin L., Martino M., Mocarbel Y., Molina R., Ortiz G., Pesado A., Peyrallo C., Pilnik S., Pradier S., Rey C., Rodríguez Vidal D., Sandor C., Sayegh F., Shayo S., Sigal M., Tutzer M.</i>	
	- <b>DESEO, ASERTIVIDAD Y SATISFACCIÓN SEXUAL, SEGÚN EL TIPO DE VÍNCULO EN PERSONAS ADULTAS DE CABA</b>	32
	<i>Chacon Lechmann, Guadalupe</i>	
	- <b>LA “RECESIÓN SEXUAL”: ENTRE LA METÁFORA CULTURAL Y LA TRANSFORMACIÓN DEL DESEO</b>	50
	<i>Lichtenberger, Aldana, Rinaldi, Federico. B.</i>	
▪	<b>CULTURA Y SOCIEDAD</b>	
	- <b>DEVENIRES CRÍTICOS DEL PLACER: DEL FOLK DEVIL AL FEMINISMO PROSEXO EN TORNO A LAS PRÁCTICAS BDSM</b>	55
	<i>Gutiérrez, Leonel Matías</i>	
	- <b>LA MÚSICA COMO METÁFORA DE LA SEXUALIDAD HUMANA: UNA LECTURA DESDE EL LENGUAJE MUSICAL CONTEMPORÁNEO</b>	63
	<i>Valente, Silvina</i>	
▪	<b>ARTE ERÓTICO</b>	
	- <b>EROTISMO EN MOVIMIENTO</b>	67
	<i>Imagen creada con IA Silvina Valente – Texto Maria B. Romero</i>	
▪	<b>LITERATURA RECOMENDADA</b>	
	- <b>LA SALUD SEXUAL EN LAS PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL INTELECTUAL</b>	69
	<i>Gil Llario, M.ª Dolores; Ballester Arnal, Rafael; Diaz Rodríguez, Irene Maria</i>	
	<b>REGLAMENTO DE PUBLICACIÓN</b>	71

## *Editorial*

### *Erotismo en movimiento*

Lic. María Bernarda Romero  
Vicepresidenta SASH  
Comisión Revista-Boletín-Blog SASH

*Hablar de sexualidad humana sigue siendo, aún hoy, un desafío científico, clínico y social. En tiempos donde circula una enorme cantidad de información —y desinformación— a través de redes sociales, medios digitales y discursos comerciales, se vuelve imprescindible sostener espacios académicos serios, éticos y rigurosos que permitan pensar la sexualidad desde una mirada compleja, humana y basada en evidencia.*

*Esta nueva edición de la Revista Argentina de Sexualidad Humana nace precisamente desde esa responsabilidad. “**Erotismo en movimiento**” no es solo el nombre que acompaña la estética y el espíritu de este número; también representa la idea de una sexualidad viva, cambiante, atravesada por transformaciones culturales, tecnológicas, vinculares y subjetivas que requieren ser estudiadas con profundidad, sensibilidad y compromiso profesional.*

*La sexualidad humana no puede reducirse únicamente a una dimensión biológica ni quedar atrapada entre posiciones extremas: ni la medicalización excesiva de las experiencias humanas, ni la banalización de los padecimientos subjetivos. Entre ambos polos existe un territorio clínico y científico que necesita escucha, investigación, formación continua y pensamiento crítico.*

*En este contexto, uno de los ejes centrales de esta edición es la importancia de promover prácticas profesionales responsables.*

*La responsabilidad profesional implica trabajar desde la evidencia disponible, reconocer los límites del conocimiento actual y evitar intervenciones guiadas más por tendencias de mercado que por criterios científicos sólidos. También implica comprender que detrás de cada consulta existe una persona con historia, vínculos, cultura, emociones y derechos.*

*El “**I Consenso Argentino sobre el uso de testosterona en mujeres postmenopáusicas**”, presentado en esta edición, constituye un ejemplo significativo de este posicionamiento científico. En un escenario donde proliferan discursos simplificados sobre hormonas, deseo y envejecimiento, este consenso propone una mirada prudente, interdisciplinaria y basada en evidencia, diferenciando claramente aquello que posee respaldo científico de aquello que todavía requiere mayor investigación. Este tipo de trabajos representan un aporte fundamental para la salud pública y para el ejercicio ético de la práctica clínica.*

*También, esta edición invita a reflexionar sobre cómo el deseo y la sexualidad se encuentran atravesados por las transformaciones vinculares y culturales de nuestra época. Los trabajos sobre “**deseo, asertividad y satisfacción sexual en personas adultas de CABA**” aportan datos que permiten pensar no solo las prácticas sexuales, sino también las formas actuales de construir intimidad, comunicación y encuentro.*

*Del mismo modo, el análisis sobre la denominada “**recesión sexual**” nos enfrenta a preguntas contemporáneas acerca del impacto de la hiperconectividad, las exigencias sociales, el cansancio emocional y las nuevas modalidades de relación en la experiencia erótica de las personas.*

*Por otra parte, los artículos orientados a cultura y sociedad amplían el campo de reflexión hacia dimensiones históricamente menos exploradas dentro de los discursos académicos tradicionales. El abordaje crítico sobre **BDSM y feminismo prosexo** propone pensar las tensiones entre placer, consentimiento, moralidad y libertad desde una perspectiva compleja y no reduccionista. A su vez, la lectura de la **sexualidad humana a través del lenguaje musical** nos recuerda que el erotismo también puede comprenderse desde el arte, la sensibilidad y las formas simbólicas mediante las cuales las personas expresan sus emociones y vínculos.*

*La inclusión del espacio de **arte erótico** en esta edición no constituye un elemento accesorio, sino parte de una concepción amplia de la sexualidad humana, donde cuerpo, creatividad, subjetividad y cultura dialogan permanentemente. El erotismo, lejos de limitarse a una respuesta fisiológica, también es lenguaje, movimiento, representación y experiencia emocional.*

*Finalmente, la recomendación bibliográfica sobre **salud sexual y diversidad funcional intelectual** reafirma otro compromiso central de esta revista: promover una sexualidad inclusiva, accesible y respetuosa de los derechos humanos. Hablar de sexualidad humana implica también visibi-*

*lizar poblaciones históricamente silenciadas o infantilizadas, reconociendo el derecho de todas las personas a recibir información, acompañamiento y atención profesional de calidad.*

*Como comunidad científica, tenemos la responsabilidad de construir conocimiento que no reproduzca prejuicios ni reduccionismos. La sexualidad requiere abordajes integrales capaces de alojar la diversidad de experiencias humanas sin perder rigurosidad conceptual. Humanizar la clínica no significa abandonar la ciencia; significa ejercerla con ética, sensibilidad y pensamiento crítico.*

*En una sociedad donde muchas veces predominan la inmediatez, la exposición y las respuestas rápidas, defender el valor de la investigación seria, del debate académico y de la formación continua es también una forma de cuidado. Cuidado hacia quienes consultan, hacia quienes investigan y hacia quienes ejercen profesionalmente en el campo de la sexualidad.*

*Esta revista busca seguir siendo un espacio de encuentro entre disciplinas, generaciones y perspectivas diversas. Un lugar donde el conocimiento científico pueda convivir con la reflexión clínica, la mirada cultural y la dimensión humana del erotismo. Porque la sexualidad humana no es estática: se transforma, se resignifica y se mueve junto con las personas y las sociedades.*

*Y es precisamente en ese **movimiento** donde la ciencia, la ética y la sensibilidad profesional encuentran hoy uno de sus mayores desafíos.*

## *I Consenso Argentino sobre el Uso de Testosterona en Mujeres Postmenopáusicas*

*Valente S.<sup>1</sup>, Carpintero P.<sup>2</sup>, Fernández G.<sup>1</sup>, Belardo A.<sup>3</sup>, Capandegui C.<sup>4</sup>, Caro R.<sup>5</sup>, Franchina M.<sup>5</sup>, Freijedo V.<sup>5</sup>, Fusaro D.<sup>6</sup>, Gómez Giglio F.<sup>7</sup>, Hudson A.<sup>8</sup>, Leiderman S.<sup>1</sup>, Litterio G.<sup>9</sup>, López M.<sup>1</sup>, Marena O.<sup>10</sup>, Martín L.<sup>11</sup>, Martino M., Mocarbel Y.<sup>1</sup>, Molina R.<sup>12</sup>, Ortiz G.<sup>19</sup>, Pesado A.<sup>13</sup>, Peyrallo C.<sup>14</sup>, Pilnik S.<sup>3</sup>, Pradier S.<sup>15</sup>, Rey C., Rodríguez Vidal D.<sup>1</sup>, Sandor C.<sup>5</sup>, Sayegh F.<sup>16</sup>, Shayo S.<sup>17</sup>, Sigal M.<sup>18</sup>, Tutzer M.<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Hospital de Clínicas José de San Martín, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. <sup>2</sup> International Menopause Society / FLASCYM. <sup>3</sup> Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. <sup>4</sup> Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Ricardo Gutiérrez de La Plata, La Plata, Argentina. <sup>5</sup> Asociación Argentina para el Estudio del Clímatario, Argentina. <sup>6</sup> Instituto Ginecológico Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. <sup>7</sup> Hospital Zonal de Bariloche “Dr. Ramón Carrillo”, Bariloche, Argentina. <sup>8</sup> Hospital General de Agudos “Dr. José María Ramos Mejía”, Buenos Aires, Argentina. <sup>9</sup> Maternidad del HIGA Evita Lanús, Buenos Aires, Argentina. <sup>10</sup> Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, Argentina. <sup>11</sup> Universidad Favaloro, Buenos Aires, Argentina. <sup>12</sup> Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina. <sup>13</sup> Hospital General de Agudos “Donación Francisco Santojanni”, Buenos Aires, Argentina. <sup>14</sup> Hospital General de Agudos “Bernardino Rivadavia”, Buenos Aires, Argentina. <sup>15</sup> Hospital Británico de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. <sup>16</sup> Hospital Universitario de la UNCuyo, Mendoza, Argentina. <sup>17</sup> Hospital General de Agudos “Dr. Carlos G. Durand”, Buenos Aires, Argentina. <sup>18</sup> Hospital General de Agudos “Dr. Teodoro Álvarez”, Buenos Aires, Argentina. <sup>19</sup> Asociación de obstetricia y ginecología de Rosario (ASOGIR)

### **Resumen**

Se presenta el I Consenso Argentino sobre el uso de testosterona en mujeres posmenopáusicas, desarrollado por un panel multidisciplinario de 31 especialistas mediante metodología Delphi. Se analizan indicaciones, contraindicaciones, dosificación, formulaciones y monitoreo de la terapia androgénica femenina. Se establece que la única indicación con respaldo científico es el trastorno de deseo sexual hipoactivo (HSDD) en posmenopausia con diagnóstico clínico confirmado. Se recomienda el uso de formulaciones transdérmicas a dosis fisiológicas, y se desaconsejan la vía oral, intramuscular y los implantes subdérmicos. Se clasifican los niveles de evidencia y grados de

recomendación según estándares internacionales. El documento promueve una prescripción médica responsable, fundamentada en la evidencia científica disponible y libre de sesgos comerciales, adaptada al contexto clínico argentino.

**Palabras clave:** testosterona, mujeres posmenopáusicas, trastorno de deseo sexual hipoactivo (HSDD), disfunción sexual femenina, consenso, terapia androgénica.

### **Abstract**

The First Argentine Consensus on the use of testosterone in postmenopausal women is presented, developed by a multidisciplinary panel of 31 specialists using Delphi

methodology. Indications, contraindications, dosing, formulations, and clinical monitoring of female androgen therapy are analyzed. It is established that the only evidence-based indication is hypoactive sexual desire disorder (HSDD) in postmenopausal women with confirmed clinical diagnosis. Transdermal formulations at physiological doses are recommended, while oral, intramuscular, and subcutaneous implant routes are discouraged. Levels of evidence and grades of recommendation are classified according to international standards. The document promotes responsible, evidence-based medical prescribing, free from commercial bias and adapted to the Argentine clinical context.

**Keywords:** testosterone, postmenopausal women, hypoactive sexual desire disorder (HSDD), female sexual dysfunction, consensus, androgen therapy.

## Introducción

Este consenso nacional tiene como objetivo constituirse en una herramienta científica que dé respuesta a las crecientes demandas de las mujeres en el consultorio, así como brindar respaldo a los profesionales de la salud frente al uso de testosterona en mujeres postmenopáusicas.

La historia del uso de la testosterona en mujeres se remonta a la década de 1930, cuando comenzó a explorarse su utilidad en

patologías ginecológicas como las "menorragias" (hoy denominadas sangrado uterino anormal, SUA), mastitis crónica y síntomas de disfunción sexual. Estudios posteriores observaron mejoras en el deseo sexual, el bienestar general y la calidad de vida. A lo largo del tiempo, esta molécula fue evaluada en diversos contextos clínicos, desde el tratamiento de tumores uterinos hasta su papel en la función sexual durante la menopausia. A pesar de su uso histórico, su prescripción continúa siendo controvertida por la falta de productos específicamente aprobados para mujeres y la escasez de datos de seguridad a largo plazo.

Desde una perspectiva fisiológica, la testosterona es producida en mujeres principalmente por los ovarios y las glándulas suprarrenales, y sus niveles disminuyen progresivamente con la edad. Este declive hormonal se relaciona con cambios en el deseo sexual, la energía, el estado de ánimo y la composición corporal. Además, la terapia hormonal estrogénica puede reducir aún más su disponibilidad biológica al aumentar la globulina transportadora de hormonas sexuales (SHBG).

En función de la creciente necesidad de abordar con rigurosidad científica el uso de testosterona en mujeres y ante la aparición de consensos y guías internacionales — como el Global Consensus Position Statement on the Use of Testosterone Therapy

for Women (Davis et al., 2019) y la Clinical Practice Guideline publicada por la ISSWSH en 2021 (Parish et al., 2021)— se convocó en Argentina una reunión científica interdisciplinaria con el objetivo de desarrollar un consenso clínico nacional adaptado al contexto local. Para tal fin, se constituyó un panel de profesionales argentinos con reconocida trayectoria académica y clínica en el campo de la salud femenina, la sexualidad y la endocrinología, quienes se abocaron al análisis crítico de la evidencia científica disponible hasta el momento, con el propósito de ofrecer lineamientos claros, actualizados y contextualizados para la práctica médica en nuestro país.

## Método

**Diseño del consenso:** Se conformó un panel multidisciplinario de 31 especialistas (de las áreas de ginecología, endocrinología, sexología, medicina interna, entre otros) con experiencia en salud de la mujer, asegurando representación federal y multidisciplinaria.

La metodología seguida para elaborar las recomendaciones combinó la formulación de preguntas clínicas mediante el modelo PICO (del inglés: Patient, Intervention, Comparison, Outcome) con un proceso de consenso formal tipo Delphi.

**Búsqueda de evidencia:** A partir de las preguntas disparadoras PICO definidas

(centradas en la indicación de testosterona en mujeres posmenopáusicas, eficacia en disfunción sexual, seguridad y monitoreo, entre otras), se realizó una revisión sistemática de la literatura. Se consideraron metaanálisis recientes, ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y estudios observacionales pertinentes. En particular, se tomó en cuenta el metaanálisis global y revisión sistemática más completo disponible que evalúa la eficacia y seguridad de la terapia con testosterona en mujeres posmenopáusicas con deseo sexual hipoactivo (Islam et al., 2019). También se revisaron publicaciones sobre seguridad a largo plazo y alternativas terapéuticas (Achilli et al., 2017; Elraiyah et al., 2014). Asimismo, se integró la evidencia de una revisión sistemática reciente sobre el uso de testosterona en la postmenopausia (Ribera Torres et al., 2024).

**Proceso de consenso:** Con la evidencia recopilada, el panel elaboró un borrador de recomendaciones. Cada recomendación fue debatida y ajustada en rondas sucesivas de votación anónima tipo Delphi. Se definió un nivel de acuerdo de al menos 80% para considerar una recomendación como aprobada. Cuando no se alcanzó el consenso en la primera ronda, se discutieron las divergencias y se sometió a nuevas rondas de votación. Este proceso iterativo garantiza que las recomendaciones finales contarán con amplio respaldo de los expertos. Todas las

recomendaciones de esta guía lograron consenso (mayoritariamente unanimidad) tras un máximo de dos rondas Delphi.

**Clasificación de evidencia:** Para graduar la solidez de las recomendaciones, se adoptó un sistema de niveles de evidencia y grados de recomendación basado en escalas aceptadas internacionalmente (similar al sistema SIGN). Cada afirmación sobre beneficio o riesgo está acompañada de un nivel de evidencia (p. ej., I, II, III o Insuficiente) según la calidad de los estudios disponibles, y un grado de recomendación (A, B, C, D u Opinión de expertos) según la fortaleza del apoyo científico. (Véase sección "Niveles de evidencia" más adelante para detalles). Esta clasificación se alineó con la utilizada por el consenso global de 2019 (Davis et al., 2019) para facilitar la comparación internacional.

### Justificación del Consenso

El desarrollo de este consenso nacional se fundamenta en diversas razones de carácter clínico, científico y ético que responden a una necesidad creciente en el ámbito de la salud de la mujer:

- En primer lugar, se observa un incremento sostenido —y en muchos casos excesivo— del marketing dirigido a mujeres, que apela al ideal de una "juventud eterna" y promueve intervenciones hormonales

sin el debido respaldo científico. Esta tendencia genera expectativas poco realistas y, en ocasiones, promueve prácticas no avaladas por la evidencia científica.

- En segundo lugar, persiste una importante carencia de datos robustos sobre la eficacia y la seguridad del tratamiento con testosterona en mujeres, particularmente a largo plazo. A pesar de los avances recientes, los estudios disponibles presentan limitaciones metodológicas o duración insuficiente para establecer conclusiones definitivas en ciertos escenarios clínicos.
- Asimismo, se considera esencial ofrecer a la población una voz profesional y científica que contrarreste los discursos comerciales e ideológicos que circulan especialmente a través de las redes sociales. Estos discursos tienden a simplificar o distorsionar los conceptos de salud, sexualidad y envejecimiento, y pueden derivar en intervenciones inapropiadas o innecesarias.
- Finalmente, este consenso busca sentar las bases para una prescripción médica responsable, basada en la mejor evidencia científica disponible, libre de sesgos comerciales y

enmarcada dentro de un modelo de atención centrado en la persona. Lejos de posturas dogmáticas, se promueve una mirada crítica, contextualizada y alineada con las buenas prácticas de salud pública.

## Desarrollo del Consenso

### 1. Diagnóstico y evaluación clínica

#### 1.1. Principios generales

- El diagnóstico de trastorno de deseo sexual hipoactivo (HSDD) es clínico, no bioquímico. Debe realizarse en un marco biopsicosocial que incluya historia sexual, factores personales, de pareja y culturales, comorbilidades y fármacos o sustancias que puedan impactar en el deseo. Nivel de Evidencia (NE) 1; Grado de Recomendación (GR) A. Se destaca que no debe utilizarse la medición de testosterona para diagnosticar HSDD, ya que la presencia o ausencia de HSDD no se correlaciona con niveles séricos de testosterona (Parish et al., 2021).
- Los profesionales pueden apoyarse en cuestionarios validados en español, como el FSFI (Índice de Función Sexual Femenina) o el cuestionario DESEA, entre otros, siempre que reciban formación para su co-

rrecta administración e interpretación. Estas herramientas pueden aportar información estructurada pero no constituyen un diagnóstico por sí solas, el cual sigue siendo clínico e integral.

- Otra herramienta útil para que el profesional aborde problemáticas o disfunciones sexuales es el modelo PLISSIT (Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy) y su versión extendida EX-PLISSIT, que facilitan una intervención escalonada y la derivación oportuna según la complejidad del caso. Su uso puede servir de apoyo en el manejo inicial de dificultades sexuales (NE 2; GR B; Opinión de expertos). El modelo PLISSIT, descrito originalmente por Annon en 1974 y posteriormente ampliado, es una estrategia validada para atender necesidades de salud sexual en la práctica clínica (Taylor & Davis, 2006).

#### 1.2. Evaluación previa al inicio de terapia con testosterona

- Testosterona total basal (pretratamiento). Objetivo: Determinar los niveles séricos de testosterona antes de iniciar la terapia, principalmente para evitar iniciar o mantener trata-

miento en pacientes con valores basales suprafisiológicos. En tales casos, se debe descartar la causa del hiperandrogenismo antes de considerar terapia androgénica. Por otra parte, valores bajos de testosterona NO constituyen en sí mismos una indicación de tratamiento; el diagnóstico de HSDD es clínico y no debe basarse únicamente en un resultado bioquímico (NE 1; GR A). Es decir, una testosterona baja aislada no "confirma" un diagnóstico ni obliga a tratar si la paciente no presenta el cuadro clínico, del mismo modo que una testosterona normal no descarta HSDD (Parish et al., 2021).

- En resumen, el diagnóstico de HSDD es clínico; la cuantificación aislada de testosterona total no establece por sí sola la presencia del trastorno (NE 1; GR A) (Davis et al., 2019).
- Control ginecológico vigente: Antes de iniciar la terapia, asegurar que la paciente tenga sus estudios de tamizaje ginecológico al día, según las recomendaciones nacionales. Esto incluye mantener la pesquisa mamaria y cervical acorde a la edad. Idealmente, al inicio del tratamiento, contar con una mamografía

normal realizada dentro de los últimos 12 meses y una citología cervical dentro de los últimos 24 meses (NE 4; GR D – Opinión de expertos).

- Laboratorio general reciente ( $\leq 12$  meses): Se sugiere haber evaluado hemograma, glucemia, función renal, hepatograma y perfil lipídico en el último año, como parte del estado general de salud de la paciente (NE 4; GR D – Opinión de expertos).

## 2. Beneficios y consideraciones terapéuticas

### 2.1. Beneficio clínico principal

- En mujeres posmenopáusicas con HSDD, la terapia con testosterona ha demostrado mejorar el deseo sexual (especialmente el deseo espontáneo), aumentar la frecuencia de encuentros sexuales satisfactorios y reducir el malestar asociado a la disfunción. Se trata de un efecto clínicamente relevante, aunque de magnitud moderada, consistente a través de ensayos controlados y metaanálisis (NE 1; GR A). En términos cuantitativos, los estudios reportan aproximadamente un evento sexual satisfactorio adicional por mes en promedio sobre el efecto placebo, junto con mejoras en las subescalas de deseo sexual, excitación, placer y

capacidad de respuesta sexual, y disminución de la angustia relacionada con la actividad sexual (Islam et al., 2019).

- Se ha observado que una testosterona total basal más elevada y/o un SHBG elevado (p. ej., en mujeres bajo terapia estrogénica oral) se asocian a menor probabilidad de beneficio clínico con la terapia androgénica. Esto debería discutirse con la paciente antes de iniciar el tratamiento, manejando expectativas en caso de que sus parámetros sugieran una menor respuesta (NE 2; GR B). Por ello, se recomienda medir SHBG y testosterona total basal para individualizar el plan: las mujeres con SHBG muy alta podrían experimentar respuestas atenuadas (Parish et al., 2021).

## 2.2. Áreas sin beneficio demostrado

- Excitación sexual y orgasmo (considerados como dominios aislados): La terapia con testosterona no ha mostrado un beneficio consistente en la mejora de la excitación sexual ni de la función orgásmica cuando estos síntomas se presentan de manera aislada, sin deseo hipoactivo concomitante (NE 1; GR A). En otras palabras, no existe evidencia sólida para utilizar testosterona con

el objetivo exclusivo de tratar un trastorno de excitación sexual o una anorgasmia primaria; las recomendaciones internacionales enfatizan que la indicación con respaldo científico se limita al HSDD posmenopáusico, y no debe extrapolarse a otros subtipos de disfunción sexual femenina (Davis et al., 2019).

- Calidad de vida global y bienestar general: No se ha encontrado evidencia de que la terapia con testosterona mejore la percepción global de calidad de vida ni el bienestar general de las mujeres posmenopáusicas con HSDD, más allá del efecto específico sobre la esfera sexual (NE 1; GR A). Los ensayos clínicos reportan que las puntuaciones de bienestar general no difieren significativamente entre grupos tratados con testosterona y placebo (Davis et al., 2019).
- Estado de ánimo (síntomas depresivos): La administración de testosterona en mujeres posmenopáusicas no ha demostrado una mejoría clínicamente relevante del estado de ánimo ni en síntomas de depresión cuando se evalúan de forma objetiva (NE 1; GR B). Los metaanálisis disponibles no muestran diferencias

significativas en escalas de depresión entre testosterona y placebo, por lo que no se recomienda su uso con el fin primordial de tratar síntomas depresivos (Davis et al., 2019).

- **Función cognitiva:** La evidencia sobre efectos cognitivos de la testosterona en mujeres es insuficiente. Hasta el momento, los estudios no permiten concluir que la terapia hormonal con andrógenos mejore el rendimiento cognitivo ni prevenga el deterioro cognitivo en la postmenopausia (NE 4; GR D – Evidencia insuficiente). Son necesarios más estudios al respecto, y actualmente no se respalda su uso con este fin (Islam et al., 2019).
- **Densidad mineral ósea (columna lumbar y cadera):** Los datos disponibles no muestran beneficios de la testosterona sobre la densidad mineral ósea en mujeres posmenopáusicas. Los ensayos controlados de 12 meses no hallaron diferencias significativas en la densidad ósea de columna, cadera total ni cuello femoral entre grupos tratados y no tratados (NE 1; GR A) (Davis et al., 2019). Por lo tanto, la testosterona no debería ser utilizada con el objetivo de mejorar la salud ósea.

- **Composición corporal y fuerza muscular:** La evidencia clínica no revela cambios significativos en la masa muscular magra, la masa grasa corporal ni la fuerza muscular con dosis fisiológicas de testosterona en mujeres posmenopáusicas (NE 1; GR A). Los estudios, con número limitado de participantes para estos desenlaces, no han mostrado diferencias importantes en comparación con placebo (Islam et al., 2019). En consecuencia, la testosterona no debe ser indicada con la finalidad de modificar la composición corporal o aumentar la fuerza en esta población.

### 2.3. Indicaciones para terapia sistémica con testosterona

- **Única indicación con evidencia:** La mujer posmenopáusica (menopausia natural o inducida quirúrgicamente) con diagnóstico clínico confirmado de HSDD —luego de haber optimizado o abordado otros factores biopsicosociales contribuyentes y de haber recibido consejería en salud sexual— es la única situación donde la terapia sistémica con testosterona ha demostrado ser efectiva y está respaldada por la evidencia científica (NE 1; GR A) (Davis

et al., 2019). No se dispone de evidencia sólida que respalde su uso en mujeres premenopáusicas con bajo deseo ni en otros contextos fuera del descrito.

- Es imprescindible la decisión compartida con la paciente y la obtención de un consentimiento informado antes de iniciar el tratamiento, dado que se trata de un uso off-label (fuera de indicación aprobada) de testosterona. Se debe informar claramente sobre los beneficios esperables, los posibles riesgos o efectos adversos y el plan de monitoreo durante la terapia (NE 1; GR A). Este paso es fundamental por razones éticas y legales; las guías internacionales enfatizan discutir el carácter no aprobado del tratamiento, equilibrando la información sobre eficacia y seguridad disponible, y documentar el consentimiento de la paciente (Parish et al., 2021).

#### 2.4. Contraindicaciones

- Hiperandrogenismo clínico activo: Presencia de signos de androgenización como hirsutismo importante, acné severo o alopecia androgénica en actividad. En estos casos, se debe diferir o evitar el inicio de testosterona hasta completar el estudio etio-

lógico de dichos signos (por ejemplo, descartar síndrome de ovario poliquístico, tumores productores de andrógenos, hiperplasia suprarrenal no clásica, etc.) y/o hasta lograr la estabilización del cuadro. Igualmente, la terapia está contraindicada en presencia de hiperandrogenismo funcionalmente significativo. (NE 4; GR D – Opinión de expertos).

- Enfermedad hepática severa o activa: Dado que los andrógenos se metabolizan en el hígado, no se recomienda iniciar testosterona en mujeres con hepatopatía grave descompensada o hepatitis activa. Se sugiere posponer el tratamiento hasta que la función hepática esté estabilizada, para evitar complicaciones. (NE 4; GR D).
- Sangrado genital inexplicado: Ante una mujer con hemorragia uterina anómala de causa no esclarecida, se debe postergar cualquier terapia hormonal (incluida la testosterona) hasta completar los estudios diagnósticos pertinentes (p. ej., evaluación endometrial) y resolver la causa del sangrado. (NE 4; GR D).
- Cáncer hormono-dependiente (mama, endometrio, ovario): Las

pacientes con cáncer de mama, endometrio u otros tumores sensibles a hormonas representan una población especial. Los ensayos clínicos de testosterona en HSDD excluyeron a mujeres con antecedente de cáncer de mama, por lo que no se dispone de datos de seguridad en este contexto. En general, se desaconseja el uso de testosterona en mujeres con cáncer de mama activo o antecedente de cáncer hormono-dependiente, salvo quizá en circunstancias excepcionales y tras evaluación estricta. Si se considerara, debe ser una decisión conjunta e interdisciplinaria con el equipo de oncología, sopesando muy cuidadosamente riesgos y beneficios (NE 4; GR D – Opinión de expertos).

- Riesgo cardiovascular alto o enfermedad cardiovascular establecida, trombofilia u obesidad severa: Estas condiciones predisponen a eventos adversos y en su mayoría las pacientes fueron excluidas de los ensayos clínicos de testosterona. Por ende, la evidencia de seguridad no es directamente extrapolable a este grupo. Se recomienda optimizar el perfil de riesgo cardiovascular (control de factores como hipertensión, dislipe-

mia, diabetes, peso) antes de considerar la terapia con testosterona, o evitarla si el riesgo no es modificable (NE 4; GR B–D – Opinión de expertos).

- Policitemia o hemocromatosis (o antecedentes de estas): Los andrógenos pueden estimular la eritropoyesis; por ello, en mujeres con policitemia vera, hemocromatosis o tendencia a hematocritos elevados, se aconseja evitar la terapia con testosterona o extremar la precaución, ya que podría agravar dichas condiciones (NE 4; GR D).
- Insuficiencia hepática o renal no controlada: Situaciones de falla hepática o renal avanzadas pueden alterar el metabolismo y excreción de hormonas. Se recomienda no iniciar testosterona hasta lograr la estabilización o mejoría de la función de estos órganos (NE 4; GR D).

## 2.5. Precauciones

- Uso concomitante de medicación antiandrogénica: En mujeres que estén recibiendo fármacos antiandrogénicos (por ejemplo, espironolactona, finasteride, acetato de ciproterona, entre otros) se debe revisar la indicación de dichos fármacos y las

posibles interacciones antes de añadir testosterona. Podrían antagonizar parcialmente el efecto buscado o indicar una condición subyacente (como hirsutismo) donde la testosterona estaría contraindicada. (NE 4; GR D – Opinión de expertos).

- No extrapolar la evidencia: Las conclusiones sobre eficacia y seguridad de la terapia con testosterona en mujeres no deben extrapolarse a otras poblaciones o condiciones no estudiadas. En particular, no se recomienda aplicar estas evidencias a varones (cisgénero o transgénero), a otras disfunciones sexuales femeninas (distintas del HSDD) ni a mujeres fuera del rango etario posmenopáusico, ya que no hay datos que apoyen su uso en esos contextos (NE 1; GR A). La única indicación aprobada por consenso internacional es HSDD en posmenopausia; no existe respaldo científico para usar testosterona en trastornos como la falta aislada de excitación, anorgasmia, etc., o en mujeres premenopáusicas con bajo deseo fuera de protocolos de investigación (Davis et al., 2019).

### 3. Esquema terapéutico, dosis y formulaciones

#### 3.1. Dosis y formulaciones recomendadas

- Principio general de dosificación: Se recomienda utilizar aproximadamente una décima parte de la dosis masculina cuando se empleen formulaciones transdérmicas diseñadas para varones (NE 1; GR A). Este principio deriva de la diferencia en los niveles fisiológicos de testosterona entre hombres y mujeres. Dosis del orden de 5–10 mg diarios de testosterona transdérmica producen concentraciones plasmáticas en el rango premenopáusico en la mayoría de las mujeres, evitando concentraciones suprafisiológicas (Davis et al., 2019).
- Uso off-label de gel masculino al 1% (50 mg/día en 5 g): En ausencia de productos comerciales específicos para mujeres, es práctica común utilizar geles transdérmicos masculinos ajustando la dosis. Por ejemplo, el gel de testosterona al 1% indicado en hombres a razón de 5 g (50 mg) diarios puede usarse en la mujer en dosis de 0,5 g diarios, lo que aporta aproximadamente 5 mg de testosterona por día (NE 1; GR A). Esta dosis suele ser suficiente para alcanzar niveles en rango femenino normal y ha sido la utilizada

en numerosos ensayos clínicos en mujeres (Davis et al., 2019). Sin embargo, hasta la fecha no se han publicado estudios farmacocinéticos en mujeres con estas formulaciones.

- Crema transdérmica al 1% (formulación femenina): Existe una preparación de crema de testosterona al 1% aprobada en Australia específicamente para mujeres (Androfeme®), con dosis de 5 mg diarios, pero al momento de este consenso no está disponible en otros países. Esta formulación ha mostrado eficacia similar y un perfil de seguridad adecuado en estudios australianos (NE 1; GR A) (Parish et al., 2021). Su existencia refuerza el principio de dosificación reducida mencionado, pero dada su falta de acceso en Argentina, se recurre a las formulaciones para varones ajustadas en dosis.

### 3.2. Sugerencias sobre formulaciones

- Se recomienda evitar las formulaciones orales de testosterona en mujeres. Los preparados orales (ej. comprimidos de undecanoato de testosterona) se asocian con un impacto adverso en el perfil lipídico (disminución del colesterol HDL e

incremento del LDL) y con mayor variabilidad en los niveles hormonales debido al efecto de primer paso hepático (NE 1; GR A) (Davis et al., 2019). Las vías no orales (transdérmica, principalmente) ofrecen una liberación más estable y evitan en gran medida estos efectos negativos sobre las fracciones lipídicas.

- No se recomiendan las inyecciones intramusculares ni los implantes subdérmicos ("pellets") de testosterona en mujeres. Estas vías de administración, comúnmente usadas en varones, tienden a producir niveles plasmáticos suprafisiológicos inmediatamente post-dosis, con fluctuaciones marcadas difíciles de controlar. Además, no existen datos suficientes de seguridad a largo plazo en mujeres con estas presentaciones. Por ende, se debe privilegiar la vía transdérmica diaria y evitar las formulaciones depot en este contexto (NE 4; GR D – Opinión de expertos) (Davis et al., 2019).
- Los preparados magistrales "bio-  
dénticos" no estandarizados deben evitarse por varias razones: alta variabilidad en la concentración real del principio activo, falta de control de calidad farmacéutica y ausencia

de evidencia robusta sobre su eficacia y seguridad. El panel desalienta su uso, recomendando en cambio recurrir a formulaciones aprobadas (aunque sea de forma off-label) que aseguren contenido confiable de testosterona (NE 4; GR D) (Davis et al., 2019). En caso de no contar con un producto aprobado disponible, y solo como último recurso, se utilizará una preparación magistral.

### 3.3. Evaluación de la respuesta clínica

- El beneficio clínico de la terapia suele comenzar a observarse hacia las 12 semanas de tratamiento continuo. Muchas pacientes reportan alguna mejoría alrededor de las 4–8 semanas, pero los efectos máximos sobre el deseo sexual y la frecuencia de encuentros satisfactorios típicamente se alcanzan alrededor de los 3 meses de uso. Esta latencia esperable debe explicarse a la paciente para evitar expectativas irreales de respuesta inmediata (NE 4; GR D – Opinión de expertos).
- Si no se documenta una mejoría clínica significativa a los 6 meses (por ejemplo, en el deseo sexual, en la frecuencia de encuentros satisfactorios o en la reducción del malestar sexual), se recomienda suspender el

tratamiento por falta de eficacia y reevaluar causas subyacentes del bajo deseo u otras intervenciones terapéuticas. No se justifica mantener una terapia androgénica que no ha dado resultados clínicos en ese período (NE 1; GR A) (Davis et al., 2019). En tales casos, se deberá reconsiderar el diagnóstico, optimizar factores psicosexuales y evaluar alternativas terapéuticas no hormonales (p. ej., terapia sexual especializada).

## 4. Duración terapéutica y seguridad

### 4.1. Duración terapéutica segura

- Los datos de seguridad provenientes de ensayos clínicos controlados respaldan la seguridad del tratamiento con testosterona hasta 12 meses de uso continuo. En los ensayos de 6 a 12 meses de duración, no se han observado diferencias en la incidencia de eventos adversos serios entre los grupos tratados con testosterona (en dosis fisiológicas) y los grupos placebo (NE 1; GR A) (Achilli et al., 2017). De hecho, un metaanálisis amplio no encontró aumento de eventos cardiovasculares, cerebrovasculares ni otros eventos mayores en este período.
- Datos de estudios observacionales y de extensiones abiertas de ensayos

clínicos sugieren que el perfil de seguridad se mantendría hasta los 24 meses de terapia. Algunos seguimientos abiertos de 2 años no han reportado señales de alarma específicas, aunque estas evidencias tienen menor nivel de rigor (rango NE 2–4; GR B–D, dependiendo del estudio). En consecuencia, podría considerarse seguro hasta 2 años de uso en mujeres seleccionadas, con la debida cautela (NE 2–4; GR B–D). Cabe aclarar que no existen datos de seguridad más allá de 24 meses de tratamiento; las autoridades y consensos internacionales advierten que faltan estudios de mayor duración, por lo cual no se puede garantizar la seguridad a largo plazo más allá de ese período (Davis et al., 2019).

- Dado lo anterior, se recomienda reevaluar periódicamente la necesidad y eficacia del tratamiento en cada paciente. No se aconseja prolongar la terapia con testosterona más allá de los 24 meses sin una reconsideración cuidadosa del caso. En la práctica, muchos expertos sugieren limitar a 24 meses la duración máxima continua y, llegado ese punto, suspenderla para reevaluar la

evolución. Siempre se debe acompañar la intervención médica con medidas de apoyo (como terapia sexual) que apunten a mejorar la condición de base (GR A–B). Esta recomendación se basa en que, si bien no se han visto efectos adversos serios en 2 años, la seguridad a más largo plazo no está establecida, y se desconoce si la prolongación indefinida podría conllevar riesgos acumulativos (Davis et al., 2019).

#### 4.2. Seguridad de acuerdo a la vía de administración

- Con la administración transdérmica de testosterona, manteniendo niveles plasmáticos dentro del rango fisiológico femenino, no se han observado efectos adversos consistentes sobre el perfil lipídico, el riesgo cardiovascular ni el riesgo oncológico (mamario o endometrial) en el corto y mediano plazo, según los datos agrupados de los ensayos clínicos disponibles (NE 1; GR A). En particular, los estudios muestran que la testosterona oral sí afecta negativamente al colesterol (baja el HDL y puede elevar el LDL), pero la testosterona no oral (transdérmica) no produce cambios significativos en los lípidos ni en otros parámetros metabólicos a corto plazo

(Islam et al., 2019). Asimismo, no se han reportado aumentos de presión arterial, glucemia o HbA1c atribuibles a la testosterona transdérmica en las poblaciones estudiadas (Davis et al., 2019). En cuanto a riesgo de cáncer de mama, los datos a 6–12 meses no evidenciaron incremento en la incidencia de cáncer de mama ni cambios en la densidad mamográfica con niveles fisiológicos en rango premenopáusico de testosterona (Davis et al., 2019).

#### 4.3. Monitoreo de efectos secundarios no deseados

- Durante el tratamiento, se debe vigilar la aparición de signos de exceso androgénico en la paciente. Entre los posibles efectos están el acné (especialmente en cara, pecho o espalda), el incremento no deseado del vello corporal o facial (hirsutismo), la acentuación de calvicie de patrón androgénico (alopecia), cambios en la voz (engrosamiento o ronquera) y clitoromegalia. Estos últimos dos efectos (voz más grave y aumento del tamaño del clítoris) no se han reportado como comunes en los estudios con niveles fisiológicos en rango premenopáusico de testosterona, pero son potencialmente irreversibles y por ello

ameritan especial atención (NE 2–4; GR B–D). En los ensayos clínicos, el perfil de efectos adversos androgénicos fue generalmente leve: se observaron ligeras alzas en acné y crecimiento de vello en un porcentaje de mujeres, sin evidenciarse casos de virilización franca (alopecia significativa, clitoromegalia o voz grave) con dosis adecuadas (Davis et al., 2019). No obstante, el monitoreo periódico permite detectar tempranamente cualquier signo de androgenización; si estos ocurren, se debe reevaluar la dosis y considerar suspender el tratamiento para evitar su progresión.

## 5. Seguimiento y monitoreo

### 5.1. Seguimiento clínico

- En el seguimiento, el objetivo primario será corroborar la mejoría del deseo e interés sexual de la paciente. Una vez iniciada la terapia, se espera evidenciar un aumento en la libido y la reanudación o incremento de fantasías, pensamientos y motivación sexual, así como una reducción de la angustia asociada al bajo deseo (NE 1; GR A). Estas mejorías subjetivas deben ser evaluadas en cada control clínico mediante

la entrevista, idealmente comparando con la situación basal (Islam et al., 2019).

- Para apoyar la evaluación, se pueden utilizar herramientas estandarizadas de resultado. Instrumentos como el FSFI (Female Sexual Function Index) —que evalúa varios dominios de la función sexual femenina incluyendo deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor— y el FSDS-R (Female Sexual Distress Scale, versión revisada) —que mide el malestar asociado a la disfunción sexual— resultan útiles para establecer la línea de base y monitorear el cambio clínico con el tratamiento. Ninguno de estos cuestionarios cubre todos los aspectos de la función sexual ni sustituye la entrevista clínica, pero proveen métricas cuantitativas complementarias (NE 2; GR B). Es importante que el profesional esté familiarizado con su administración e interpretación. El uso de estas escalas validadas permite objetivar la evolución y respaldar las percepciones clínicas, aunque siempre integrando los hallazgos al contexto biopsicosocial de la paciente (Clayton et al., 2018).

- Si no se objetiva un beneficio clínico claro a los 6 meses de tratamiento (es decir, si la paciente no reporta mejoras significativas en su deseo sexual o una disminución de la angustia, y esto se confirma con evaluaciones clínicas y/o instrumentos), se debe suspender el tratamiento y reconsiderar el diagnóstico. En esa instancia, es necesario reevaluar factores contribuyentes (por ejemplo, problemas vinculares, trastornos del estado de ánimo, efectos de medicación concomitante) y explorar la necesidad de intervenciones adicionales de tipo psicológica o sexológica (NE 1; GR A) (Davis et al., 2019). La discontinuación evita exponer a la paciente a un fármaco sin provecho y brinda la oportunidad de reencausar el abordaje terapéutico.

## 5.2. Seguimiento bioquímico

- Testosterona total plasmática: Se recomienda repetir la medición de testosterona total entre las 3 y 6 semanas de iniciado el tratamiento. El objetivo de este control temprano es verificar los niveles alcanzados y ajustar la dosis para asegurar que la concentración se mantenga dentro del límite superior del rango fisiológico premenopáusico, sin excederlo

(NE 2; GR B). Posteriormente, se sugiere controlar la testosterona total cada 4–6 meses durante el primer año de tratamiento y, si todo se mantiene estable, espaciarlos a cada 6–12 meses en años sucesivos. Estas mediciones seriadas ayudan a detectar cualquier elevación inadvertida por encima del rango objetivo y a confirmar la adherencia al tratamiento (Davis et al., 2019).

- No existe un "rango objetivo" único absoluto de testosterona plasmática para todas las mujeres en tratamiento. A diferencia de otras hormonas de reemplazo, en testosterona femenina no se define un valor diana preciso, sino que el monitoreo busca evitar concentraciones supra-fisiológicas y asegurar que la dosis sea la menor necesaria para lograr efecto clínico (NE 1–2; GR A–B). Las guías señalan que los niveles deben interpretarse siempre en conjunto con la respuesta clínica: si la paciente mejora y sus valores se mantienen dentro del rango premenopáusico alto, el objetivo está logrado; si los niveles estuvieran por encima de rango, se debe reducir la dosis incluso si no hay síntomas adversos manifiestos (Parish et al.,

2021). En resumen, la medición periódica es una guía de seguridad, no un indicador de eficacia, la cual se evalúa principalmente por la evolución clínica.

### 5.3. Laboratorio y controles generales de salud

- Panel metabólico y general: Se aconseja repetir hemograma, hepatograma y perfil lipídico aproximadamente a los 6 meses de iniciado el tratamiento y luego anualmente mientras se mantenga la terapia, siempre que los resultados previos hayan sido normales (NE 2–4; GR B–D). Si alguno de estos parámetros estuviera alterado al inicio o sufriera cambios durante el tratamiento, la frecuencia de control deberá individualizarse. Esta recomendación surge de consideraciones teóricas y prudenciales: aunque la testosterona transdérmica no mostró afectar significativamente estas variables en el corto plazo, es buena práctica en medicina monitorear periódicamente el estado general de la paciente bajo cualquier terapia prolongada (Parish et al., 2021).
- Controles ginecológicos periódicos: Se debe continuar el seguimiento

mastológico y ginecológico de rutina conforme a las guías de tamizaje nacionales según la edad y el riesgo individual de cada paciente. Iniciar terapia con testosterona no exime ni modifica las recomendaciones de tamizaje, por lo que se indica mantener, por ejemplo, la mamografía anual a partir de la edad establecida o antes en poblaciones de riesgo elevado, así como los controles ginecológicos periódicos (examen pélvico, PAP/VPH según corresponda) (NE 4; GR D). Es importante asegurar que estos controles estén actualizados antes de comenzar la terapia; por ejemplo, confirmando una mamografía reciente normal previo al inicio, dado que la presencia de una lesión mamaria subclínica sería una contraindicación para el tratamiento. Aunque la testosterona no ha mostrado aumentar el riesgo de cáncer de mama en el corto plazo (Davis et al., 2019), se insiste en no descuidar las medidas de prevención y detección temprana ya establecidas para la salud femenina (Parish et al., 2021).

## 6. Recomendaciones de uso y límites de indicación

- Poblaciones y situaciones no recomendadas: Hasta el momento, no se

recomienda el uso de testosterona en mujeres premenopáusicas con HSDD (ni en otros subtipos de disfunción sexual femenina, como trastorno aislado de la excitación, anorgasmia primaria o trastornos de dolor sexual), salvo dentro de protocolos formales de investigación clínica. La evidencia sobre eficacia y seguridad en mujeres premenopáusicas es insuficiente o contradictoria, y no existen aprobaciones regulatorias en ese grupo. Del mismo modo, la terapia androgénica en mujeres jóvenes o en disfunciones distintas del HSDD generalizado no cuenta con respaldo científico actualmente (NE 4; GR D – Opinión de expertos). Este consenso se alinea con la postura internacional de limitar la testosterona a mujeres posmenopáusicas con HSDD, dado que no hay datos que apoyen su uso para otros fines (Davis et al., 2019).

- Se promueve un seguimiento multidisciplinario de las pacientes bajo terapia con testosterona. Idealmente, el manejo debería ser coordinado entre la unidad de climaterio/endocrinología y profesionales de salud sexual/psicología, de forma tal de brindar una atención integral. Asimismo, en pacientes con

comorbilidades relevantes (p. ej., enfermedad cardiovascular significativa) o con antecedentes de cáncer hormono-dependiente en remisión, se aconseja interconsulta con cardiología u oncología respectivamente, antes y durante el tratamiento, para evaluar riesgos particulares. Este abordaje colaborativo mejora la seguridad y efectividad de la intervención (NE 4; GR D – Opinión de expertos).

## 7. Niveles de evidencia y grados de recomendación

### (Anexo 1)

#### Nivel de evidencia – Descripción:

- **1++:** Meta-análisis (MA) o revisiones sistemáticas (RS) de ensayos clínicos de alta calidad, o ensayos clínicos de alta calidad con muy bajo riesgo de sesgo.
- **1+:** MA bien realizados, RS de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con bajo riesgo de sesgo.
- **1–:** MA, RS de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
- **2++:** RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con muy bajo riesgo de

sesgo y con alta probabilidad de establecer relación causal.

- **2+:** Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con probabilidad moderada de relación causal.
- **2–:** Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y significativa posibilidad de que la relación no sea causal.
- **3:** Estudios no analíticos, como informes o series de casos.
- **4:** Opinión de expertos y experiencia clínica de autoridades reconocidas.

#### Grado de Recomendación – Descripción:

- **A:** Al menos un MA, RS o ensayo clínico calificado como 1++ directamente aplicable a la población diana; o un conjunto de evidencia consistente de estudios 1+.
- **B:** Evidencia consistente derivada de estudios 2++ directamente aplicables a la población diana; o evidencia extrapolada de estudios 1++ o 1+.

- **C:** Evidencia derivada de estudios 2+ directamente aplicables y consistente; o evidencia extrapolada de estudios 2++.
- **D:** Evidencia de nivel 3 o 4; o evidencia extrapolada de estudios 2+.
- **Op. Exp.:** Recomendación basada en la opinión de expertos (cuando la evidencia científica es insuficiente).

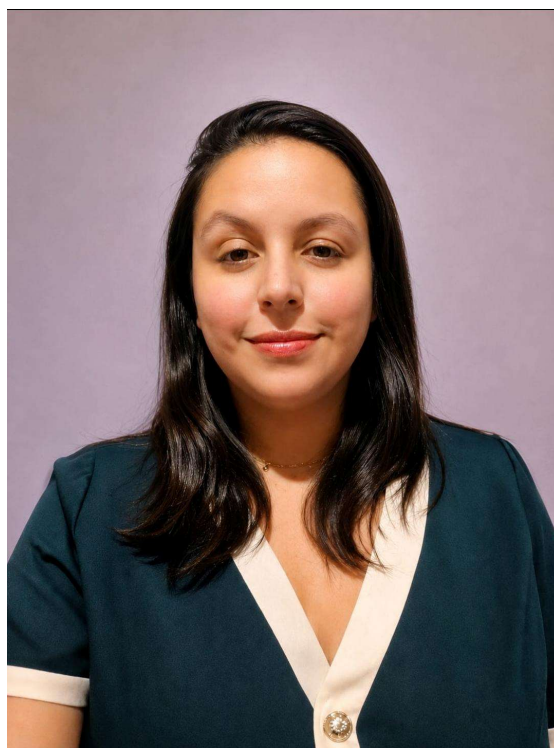
## Referencias bibliográficas

- Achilli, C., Pundir, J., Ramanathan, P. B., Sabatini, L., Hamoda, H., & Panay, N. (2017). Efficacy and safety of transdermal testosterone in postmenopausal women with hypoactive sexual desire disorder: a systematic review and meta-analysis. *Fertility and Sterility*, 107(2), 475–482.e15. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.10.028>
- Clayton, A. H., Goldstein, I., Kim, N. N., Althof, S. E., Faubion, S. S., Faught, B. M., Parish, S. J., Simon, J. A., Vignozzi, L., & Warnock, J. K. (2018). The International Society for the Study of Women's Sexual Health Process of Care for Management of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. *Mayo Clinic Proceedings*, 93(4), 467–487. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.11.002>
- Davis, S. R., Baber, R., Panay, N., Bitzer, J., Perez, S. C., Islam, R. M., Kaunitz, A. M., Kingsberg, S. A., Lambrinoudaki, I., Liu, J., Parish, S. J., Pinkerton, J., Rymer, J., Simon, J. A., Vignozzi, L., & Wierman, M. E. (2019). Global Consensus Position Statement on the Use of Testosterone Therapy for Women. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 104(10), 4660–4666. <https://doi.org/10.1210/jc.2019-01603>
- Elraiyah, T., Sonbol, M. B., Wang, Z., Khairalseed, T., Asi, N., Undavalli, C., Nabhan, M., Altayar, O., Prokop, L., Montori, V. M., & Murad, M. H. (2014). The benefits and harms of systemic testosterone therapy in postmenopausal women with normal adrenal function: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 99(10), 3543–3550. <https://doi.org/10.1210/jc.2014-2262>
- Islam, R. M., Bell, R. J., Green, S., Page, M. J., & Davis, S. R. (2019). Safety and efficacy of testosterone for women: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trial data. *Lancet Diabetes & Endocrinology*, 7(10), 754–766.

[https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(19\)30189-5](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(19)30189-5)

- Parish, S. J., Simon, J. A., Davis, S. R., Giraldi, A., Goldstein, I., Goldstein, S. W., Kim, N. N., Kingsberg, S. A., Morgentaler, A., Nappi, R. E., Park, K., Stuenkel, C. A., Traish, A. M., & Vignozzi, L. (2021). International Society for the Study of Women's Sexual Health Clinical Practice Guideline for the Use of Systemic Testosterone for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. *Climacteric*, 24(6), 533–550. <https://doi.org/10.1080/13697137.2021.1891773>
- Ribera Torres, L., Anglès-Acedo, S., López-Chardi, L., Mension Coll, E., & Castelo-Branco, C. (2024). Systemic testosterone for the treatment of female sexual interest and arousal disorder (FSIAD) in the postmenopause. *Gynecological Endocrinology*, 40(1), e2364220. <https://doi.org/10.1080/09513590.2024.2364220>
- Taylor, B., & Davis, S. (2006). Using the extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nursing Standard*, 21(11), 35–40. <https://doi.org/10.7748/ns2006.11.21.11.35.c6380>

*Deseo, Asertividad y Satisfacción sexual, según el tipo de vínculo en personas adultas de CABA*



Autora: Guadalupe Chacon Lechmann  
Lic en Terapia Ocupacional, Lic en Psicología  
licguadalupechl@gmail.com

**Resumen**

Se evaluó el nivel de deseo, satisfacción y asertividad sexual según el tipo de vínculo (monogamia o no monogamia consensuada–NMC-) en adultos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Se llevo a cabo un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal. La muestra estuvo conformada por N= 150 participantes de ambos sexos de entre 19 y 60 años de edad, en vínculo estable de al menos 6 meses.

Se administraron el Inventario de Deseo Sexual (ISD), Índice de Satisfacción Sexual (ISS) e Índice de Asertividad Sexual (IAS) junto a un cuestionario ad-hoc. Los resultados indicaron diferencia significativa entre los grupos monógamos y NMC, siendo mayores los niveles de deseo, satisfacción y asertividad en las NMC. Dentro de las NMC, se halló una diferencia significativa en los niveles de deseo. Se confirmó la hipótesis de que los individuos en un vínculo NMC presentan mayor grado de deseo, satisfacción y asertividad sexual, que aquellos que se encuentran en un vínculo

monógamo. Además, se encontró una relación directa entre las tres variables estudiadas, ya que quienes reportan mayor deseo también eran más asertivas y más satisfechas, y viceversa.

*Palabras clave:* Deseo, Asertividad sexual, Satisfacción Sexual, Monogamia, No monogamia consensuada

## **Introducción**

Actualmente, como resultado de la influencia de lo que Bauman (2003) definió como sociedad líquida, caracterizada por el consumismo desenfrenado y el anhelo de satisfacción inmediata, nos encontramos inmersos en un contexto donde la cultura *hook-up* fue ganando prominencia. En esta cultura, los encuentros sexuales sin compromiso y casuales se han integrado en los esquemas sociales, por lo que se observa con mayor frecuencia la cosificación de las personas y la falta de autenticidad en las interacciones interpersonales (García et al., 2012).

En este entorno el amor se vuelve efímero y superficial, pues se basa en vínculos sentimentales frágiles que pueden desvanecerse fácilmente, donde el énfasis recae en el presente sin lazos comprometedores hacia el futuro, en tanto que estas relaciones se reducen a conexiones que se establecen entre individuos comparándolas con productos consumibles (Bauman, 2003).

Asimismo, la influencia de esta cultura se manifiesta en la búsqueda de gratificaciones inmediatas que pueden obstaculizar la apertura a la otredad, perpetuando así la superficialidad en las conexiones interpersonales, lo que vuelve más frágiles a las relaciones actuales (García et al., 2012). Estas relaciones enfrentan estigmas arraigados, siendo percibidas como menos dignas de confianza, comprometidas y satisfechas sexualmente en comparación con las relaciones monógamas (Rodrigues et al., 2022).

La monogamia está arraigada en la mayoría de las sociedades occidentales y determina la manera en que las personas se relacionan. Esta visión normativa, crea estigmas y prejuicios contra las NMC cuando las personas deciden no adherirse a la mononormatividad. (Rodrigues, 2024).

No obstante, las parejas swingers, abiertas, poliamorosas, es decir, vínculos no monógamos consensuados (en adelante NMC), se perciben como fieles dentro de los acuerdos negociados con sus parejas y gozan de una plena satisfacción sexual (Mitchell et al., 2014; Rubel y Bogaret, 2015; Levine et al., 2018; Muise et al., 2019; Acuña, 2021). En consecuencia, esta forma en la que se perciben dichas parejas desafía los estereotipos arraigados sobre las relaciones no monógamas, y la mononormatividad predominante -idealización de la monogamia en la sociedad- (Moors et al., 2021). Practicantes

de las NMC sostienen que tienen un funcionamiento y una calidad de relación comparables a los de las monogamias, tanto que existen en ellas problemas de relación similares, siendo su principal diferencia que permiten a las personas explorar su sexualidad y satisfacer sus necesidades con múltiples parejas, sin que el comportamiento de ambos o alguno de la pareja acordado se perciba como infidelidad o tenga consecuencias perjudiciales para el mantenimiento de la relación (Rodrigues, 2024).

Compartir la sexualidad o el amor, no es algo nuevo, ya que si se hace una revisión histórica, son prácticas que se realizaban, por ejemplo, en la antigua Grecia. Hoy en día cada vez hay más personas adeptas a los vínculos NMC, pese a que las perspectivas tradicionales, a la hora de diseñar modelos relacionales, se centraron en los vínculos monógamos ignorando otros estilos relaciones que incluyen a la diversidad afectiva (Sizemore & Olmstead, 2017). Con respecto a esto, D'Orto y Figlioli (2024) sostienen que aunque aparecieron nuevas categorías de pareja, las personas comenzaron a tener mayores espacios de autonomía, a la vez que comenzaron a pensar que la sexualidad y cariño son aspectos que se pueden compartir en la pareja y fuera de ella.

En el marco de la presente investigación, se entiende por relación abierta aquella en la cual los miembros de la pareja no adhieren

a la concepción de la monogamia como la única forma de mantener una relación estable y saludable. En este tipo de relación, los integrantes tienen la libertad de mantener relaciones íntimas con otras personas sin que esto suponga cuestionar los sentimientos de amor, el respeto o la lealtad mutua entre ellos (Cabello, 2010). Muchas veces puede tener una restricción y ser abierta solo en lo sexual o solo en lo afectivo, aunque en la realidad esta división se vuelve difícil, debido a que la sexualidad y la afectividad son parte del mismo mundo (D'Orto & Figlioli, 2024).

Por pareja swinger, se entiende a aquella pareja que cuenta con el permiso para mantener relaciones sexuales con otras parejas o individuos. Swinger es aquel que posee la capacidad de disociar, tanto intelectual como emocionalmente, el concepto de sexo centrado en la persona del concepto de sexo centrado en el cuerpo. El comportamiento sexual se lleva a cabo principalmente en el marco de eventos sociales, donde se establecen ciertas reglas que permiten enfocarse únicamente en la actividad sexual sin amenazar la integridad ni la estabilidad de la relación conyugal (Cabello, 2010).

El concepto de poliamor implica mantener simultáneamente más de una relación afectivo-sexual, con el conocimiento

y consentimiento de todas las partes involucradas. Los defensores del poliamor argumentan que el amor no se ve disminuido por el deseo de establecer vínculos con varias personas, sino que por el contrario, enriquece la relación. D'Orto y Figlioli (2024) establecen que la principal característica de estos vínculos es la honestidad y la transparencia, que permiten mantenerlos, además refieren que este modelo se asocia a vínculos que tienen continuidad en el tiempo; a diferencia de los swingers, en el poliamor se valora principalmente el vínculo amoroso y se practica la polifidelidad, donde las relaciones sexuales se limitan únicamente a las personas con las que existe un vínculo afectivo (Cabello, 2010).

No obstante, el poliamor no debe confundirse con poligamia, esta última consiste en tener varios matrimonios reconocidos ante la ley en simultáneo, cuya función es la de acumular mejores negocios maritales (D'Orto y Figlioli, 2024).

Por último, este trabajo considera las relaciones monógamas a las que se caracterizan por su exclusividad tanto sexual como afectiva. Sin embargo, según Fisher (1994), monogamia y fidelidad no son términos sinónimos. Giannoni y Morrioni (2015) destacan la monogamia como una norma que impone un orden en las relaciones sexuales y afectivas, donde otras formas de vinculación no son posibles debido

a la exigencia de fidelidad y exclusividad hacia la pareja.

Espinosa (2006) correlacionó la asertividad sexual y el grado de satisfacción sexual y encontró una relación altamente significativa entre estas variables. La asertividad sexual es tener la capacidad para iniciar la actividad sexual, rechazar la actividad sexual no deseada, así como negociar las conductas sexuales deseadas y comportamientos sexuales más saludables, es la capacidad de poder expresar de forma directa, honesta, empática y respetuosa lo que le gusta a una persona y lo que no, en el ámbito sexual (Ortega Andero, 2017). La satisfacción sexual, por su parte, se define como una respuesta que surge de evaluar los aspectos positivos y negativos de las relaciones sexuales mantenidas (Byers, et al. 1998).

Según Carrobbles y Sanz (1991), la satisfacción sexual es la última fase de la respuesta sexual, sigue a las fases del deseo, la excitación y el orgasmo, y está estrechamente relacionada con la frecuencia y variedad de las actividades sexuales realizadas.

Al abordar las diferentes fases de la respuesta sexual, resulta esencial mencionar el gran aporte de Kaplan en el campo de la terapia sexual. Su contribución más destacada radica en el desarrollo del modelo trifásico de la respuesta sexual humana,

donde introduce la fase del *deseo* como precedente a las fases de excitación y orgasmo propuestas por Masters y Johnson (1966).

Kaplan (1996) concibe la fase del deseo como una predisposición del individuo hacia el acto sexual, la cual no se reflejaba necesariamente en correlatos fisiológicos genitales y ocurriría antes de las etapas de excitación y orgasmo. Según la autora, esta fase representa la motivación del sujeto para participar en actividades auto-eróticas e intercambios sexuales, permitiéndole sentirse receptivo hacia las experiencias sexuales.

De acuerdo con los antecedentes del tema, se observa que estas variables han sido escasamente estudiadas en las poblaciones NMC. Murray (2012) ha explorado el deseo sexual en parejas monógamas heterosexuales, y ha relevado que el mismo puede verse afectado por diferentes factores tales como duración del vínculo, satisfacción que experimentan las personas con la relación, diversos factores emocionales, percepción de la pareja como atractiva y el avance del tiempo en la relación. Lecuona y sus colaboradores (2021) indagaron el dominio, celos y satisfacción sexual en parejas monógamas y NMC, aunque no encontraron diferencias entre estos grupos. Mitchell (2020) encuentra que las parejas NMC tienen mayor motivación sexual que las pare-

jas monógamas, pero no ha encontrado diferencias significativas en su satisfacción sexual.

La presente investigación se sustenta en modelos interpersonales de la sexualidad, que comprenden la satisfacción sexual como un fenómeno multidimensional influido por la comunicación, la reciprocidad emocional y la negociación vincular. Desde esta perspectiva el deseo sexual, el asertividad sexual y la satisfacción no constituyen dimensiones independientes, sino procesos interrelacionados, mediados por la capacidad de expresar necesidades, negociar límites, comunicar preferencias y construir seguridad emocional dentro del vínculo (Byers et al., 1998; Espinosa, 2006). Si bien los cambios culturales permiten entender la diversificación de los formatos vinculares contemporáneos, los modelos interpersonales de la sexualidad ofrecen un marco específico para analizar como dichas configuraciones podrían influir en la comunicación sexual, la expresión del deseo y la satisfacción sexual. Dado que los vínculos NMC suelen implicar acuerdos explícitos, mayor comunicación sobre límites y una negociación más frecuente de necesidades afectivas y sexuales, resulta pertinente explorar si estas dinámicas se asocian con diferencias en deseo, satisfacción y asertividad sexual en comparación con vínculos monogámicos.

En función de lo expuesto, esta investigación no sólo intenta contribuir a romper los estigmas que persisten hacia las NMC, sino también busca comprender el nivel de deseo, satisfacción y asertividad sexual que predomina en las personas que eligen esta forma de vincularse. Se plantea como hipótesis que los individuos que se encuentran en un vínculo NMC presentan mayor grado de deseo, satisfacción y asertividad sexual, que aquellos que se encuentran en un vínculo monógamo. Por último, esta investigación pretende profundizar en cómo el estilo vincular elegido se relaciona con la satisfacción sexual, el deseo y la asertividad, aspectos que son esenciales para el bienestar emocional y psicológico de las personas, y aportar evidencia empírica que pueda ser útil en la práctica clínica, tanto para terapia de parejas como para la sexología clínica.

### **Objetivo general**

Evaluar el nivel de deseo, satisfacción y asertividad sexual en adultos de CABA según el tipo de vínculo (monogamia o no monogamia consensuada –NMC-) en el que se encuentran.

### **Objetivos específicos**

- Describir la muestra según variables sociodemográficas, nivel de deseo sexual, grado de satisfacción sexual y de asertividad sexual.

- Comparar los niveles generales de satisfacción, deseo y asertividad sexual según el tipo de vínculo NMC y monógamo.
- Comparar los niveles de satisfacción, asertividad y deseo dentro de los vínculos NMC (swinger, poliamor o relación abierta).
- Correlacionar el deseo, satisfacción y asertividad sexual en la muestra de estudio.

### **Hipótesis**

Los individuos que se encuentran en un vínculo NMC (swinger, poliamor o relación abierta) presentan mayor grado de deseo, satisfacción y asertividad sexual, que aquellos que se encuentran en un vínculo monógamo.

### **Metodología**

**Diseño de la investigación.** Se realizó un trabajo de enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo/comparativo dentro de un diseño no experimental en secuencia de tiempo transversal (Hernández Sampieri et al., 2010; Vieytes, 2004).

**Muestra.** Se adoptó un muestreo no probabilístico de tipo intencional (Hernández Sampieri et al., 2014). La muestra estuvo conformada por N= 150 participantes de ambos sexos de entre 19 y 60 años de edad, residentes de CABA, que no presentaban

patologías psiquiátricas, no consumían medicación psiquiátrica ni presentaban consumo problemático de sustancias, con la siguiente distribución:

- *Grupo de vínculo monógamo* [Grupo A], es decir, aquellas personas que declararon que mantenían un vínculo monógamo durante el último año al momento de realizar la entrevista. Compuesto por N=75 participantes (hombres 19 - mujeres 56).

- *Grupo de vínculo NMC* [Grupo B], es decir, aquellas personas que declararon que mantenían algún tipo de vínculo swinger, poliamor o relación abierta durante el último año al momento de realizar la entrevista. Compuesto por N=75 participantes (hombres 34 - 41 mujeres).

Criterios de exclusión: personas con patologías psiquiátricas o que consuman medicación psiquiátrica, o presenten problemáticas de consumo. Los criterios de exclusión fueron establecidos a partir del autorreporte de los participantes mediante cuestionario sociodemográfico.

## **Procedimiento**

Para recabar los datos de la muestra se creó un documento de Google forms que incluyó un apartado con datos demográficos, junto a los 3 instrumentos para medir el deseo, asertividad y satisfacción sexual de los participantes. El link circuló por diferentes

grupos de Whatsapp y por foros de relaciones abiertas o relaciones swingers, buscando generar un efecto “bola de nieve” para la circulación del link. A fin de cumplir con el anonimato de las respuestas se identificó a cada participante con un número de protocolo. Para juntar todos los casos se tardó aproximadamente 2 meses. Finalmente, los datos fueron cargados y procesados mediante el paquete estadístico SPSS 21 en español. La presente investigación fue realizada en el marco de una tesis de grado universitario. Dado que el estudio no contó con un comité de ética institucional formal, fue conducido respetando los principios éticos de la Declaración de Helsinki y las directrices de la American Psychological Association (APA) para investigación con participantes humanos. Todos los participantes otorgaron consentimiento informado digital previo a su participación, en el que se garantizó voluntariedad, el anonimato y la confidencialidad de los datos.

## **Análisis de los datos.**

Los datos obtenidos de la circulación del Google forms fueron extraídos a una hoja de cálculos de Excel y codificados para facilitar su análisis. El análisis de las variables se realizó con el sistema SPSS versión 21 en español, con un criterio de significación 0.05 en sus estadísticos descriptivos y análisis correlacional. Se realizó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov en las

variables puntuación de Deseo, puntuación de Asertividad y puntuación de Satisfacción. Se compararon las variables mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney (dos grupos: monogamia vs. NMC) y la prueba Kruskal-Wallis para comparar dentro de las NMC (tres grupos). Por último, se correlacionaron las tres variables utilizando el coeficiente Rho de Spearman. En cuanto a la consistencia interna de los instrumentos de la presente muestra, el ISD presentó una consistencia interna adecuada ( $\alpha = .80$ ), el IAS una consistencia interna adecuada ( $\alpha = .78$ ) y el ISS una consistencia interna adecuada ( $\alpha = .87$ ). Con respecto a las medidas de magnitud del efecto, para la comparación entre grupos monógamos y NMC (U de Mann-Whitney), se calculó el coeficiente r: deseo  $r = .50$  (efecto mediano), asertividad  $r = .25$  (efecto pequeño), satisfacción  $r = .27$  (efecto pequeño). Para la comparación entre subgrupos dentro de las NMC (Kruskal-Wallis), se calculó el épsilon cuadrado ( $\epsilon^2$ ): deseo  $\epsilon^2 = .18$  (efecto

grande), asertividad  $\epsilon^2 = .00$  (efecto negligible) y satisfacción  $\epsilon^2 = .00$  (efecto negligible), lo cual es consistente con la ausencia de diferencias significativas entre subgrupos NMC en estas dos últimas variables.

*Consistencia interna de los instrumentos en la muestra (N = 150)*

<b>Instrumento</b>	<b>N de ítems</b>	<b><math>\alpha</math> de Cronbach</b>	<b>Interpretación</b>
ISD (Inventario de Deseo Sexual)	10	.80	Adecuada
IAS (Índice de Asertividad Sexual)	18	.78	Adecuada
ISS (Índice de Satisfacción Sexual)	25	.87	Adecuada

*Nota.* ISD = Inventario de Deseo Sexual; IAS = Índice de Asertividad Sexual; ISS = Índice de Satisfacción Sexual.  $\alpha$  = alfa de Cronbach.

## Resultados

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra. Se observó que la mayoría de la muestra pertenece al sexo femenino. La mayoría de las parejas participantes convive con su pareja, no tiene hijos y coincide en sus horarios laborales con su pareja. La duración predominante en los vínculos es

de 1 a 3 años y la mayoría tuvo un vínculo monógamo anterior al que tiene hoy en día. La distribución de los participantes corresponde a n=75 personas con vínculo monógamo, n=25 con vínculo de pareja abierta, n=25 con vínculo de pareja swinger y n=25 con un vínculo poliamoroso (ver Tabla 1).

**Tabla 1.**

*Datos Socio-demográficos.*

		N	%
Sexo	Masculino	53	35,3
	Femenino	93	64,7
Convive con la pareja	Si	92	61,3
	No	58	38,7
Tipo de vínculo	Pareja monógama	75	50
	Pareja abierta	25	16,7
	Pareja swinger	25	16,7
	Pareja Poliamorosa	25	16,7
Hijos	Si	58	38,7
	No	92	61,3
Coincide horarios	Si	91	60,7
	No	59	39,3
Duración del vinculo	6 - 12 meses	12	8
	1 - 3 años	59	39,3
	4 - 6 años	25	16,7
	7 - 10 años	18	12
	más de 10 años	36	24
Vínculo anterior	Pareja monógama	119	79,3

Pareja abierta	25	16,7
Pareja swinger	1	0,7
Pareja Poliamorosa	5	3,3

Se realizó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov, ya que la muestra es mayor a n=50 participantes, en las variables Puntuación de Deseo, Puntuación de Asertividad y Puntuación de Satisfacción para evaluar individualmente si la distribución

de las variables era normal o anormal. El valor menor que 0.05 rechazó la hipótesis nula y no se puede afirmar que ninguna de las variables siga una distribución normal (ver Tabla 2).

**Tabla 2.**  
*Estadísticos descriptivos.*

	Ptje deseo	Ptje asertividad	Ptje satisfacción	Vínculos agrupados	NMC
N	150	150	150	150	75
Desviación estándar	16.1	9.20	14.8	0.50	0.82
W de Kolmogorov-Smirnov	0.97	0.94	0.93	0.63	0.79
Valor p de Kolmogorov-Smirnov	0.00	0.00	< .001	< .001	< .001

Se re-categorizó la variable Vínculo Actual y se creó la variable Vínculos agrupados, donde se conforman 2 grupos: Monogamia y No Monogamia Consensuada. Se compararon las variables Puntuación de Deseo, Puntuación de Satisfacción y Puntuación de Asertividad con estos dos grupos, utilizando el estadístico de pruebas no paramétricas U de Mann-Whitney. Los resultados mostraron una diferencia significativa entre las personas en relaciones monó-

gamas y no monógamas en cuanto a sus niveles de deseo, satisfacción y asertividad, siendo el grupo NMC el que presentó puntuaciones significativamente más altas en las tres variables. Con respecto a las medidas de magnitud del efecto, para la comparación entre grupos monógamos y NMC (U de Mann-Whitney), se calculó el coeficiente r: deseo  $r = .50$  (efecto mediano), asertividad  $r = .25$  (efecto pequeño), satisfacción  $r = .27$  (efecto pequeño). (ver Tabla 3).

**Tabla 3.***Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes.*

		<i>Estadístico</i>	<i>p.</i>	<i>R</i>
Ptje. deseo	U de Mann-Whitney	1200	< .001	.50
Ptje. asertividad	U de Mann-Whitney	2015	0.001	.25
Ptje. satisfacción	U de Mann-Whitney	1941	< .001	.27

*Nota.* H<sub>a</sub>:  $\mu$  monogamia <  $\mu$  no monogamia.  $r$  = coeficiente de tamaño del efecto calculado como  $r = Z/\sqrt{N}$ .

Las puntuaciones para el deseo sexual tuvieron un promedio de 63.87 pt en monogamias y de 87.13 pts en NMC. Con respecto a la asertividad, las monogamias obtuvieron 64.8 pts mientras que las NMC obtuvieron

86.13. En relación a la satisfacción, las monogamias obtuvieron 53.99 pts mientras que las NMC obtuvieron 97.01 pts (ver Tabla 4).

**Tabla 4.***Estadísticos descriptivos de puntajes obtenidos*

	<b>Vínculo</b>	<b>N</b>	<b>RP</b>
Ptje deseo	Monogamia	75	63,87
	No monogamia	75	87,13
Ptje asertividad	Monogamia	75	64,87
	No monogamia	75	86,13
Ptje satisfacción	Monogamia	75	53,99
	No monogamia	75	97,01

Se recategorizó la variable Vínculos actuales en una nueva variable llamada NMC, incluyendo solo las no monogamias, para comparar entre tres grupos mediante la

prueba Kruskal-Wallis. Los resultados sugirieron que existe una diferencia significativa entre los niveles de deseo dentro de las

no monogamias, mientras que no existe diferencia significativa entre la asertividad y la satisfacción sexual (ver Tabla 5).

**Tabla 5.**  
*Kruskal-Wallis.*

	$\chi^2$	Gl	P	$\varepsilon^2$
Ptje deseo	15.1	2	< .001	.18
Ptje asertividad	1.17	2	0.556	.00
Ptje satisfacción	1.20	2	0.548	.00

*Nota.*  $\varepsilon^2$  = épsilon cuadrado, calculado como  $\varepsilon^2 = (H - k + 1)/(n - k)$ . NMC = No Monogamia Consensuada.

Tomando el rango promedio según el tipo de vínculo, para deseo el grupo que presentó el rango promedio más alto fue el de pareja abierta (RP= 50.42). El grupo que presentó el rango promedio más alto en

asertividad fue el de pareja swinger (RP= 41.76). El grupo que presentó el rango promedio más alto en satisfacción fue el de pareja abierta (RP= 41.90) (ver Tabla 6).

**Tabla 6.**  
*Puntajes obtenidos para las NMC*

	Vínculo	N	RP
Ptje deseo	Pareja abierta	25	50,42
	Pareja swinger	25	37,06
	Pareja poliamorosa	25	26.52
Ptje asertividad	Pareja abierta	25	35.40
	Pareja swinger	25	41,76
	Pareja poliamorosa	25	36.84
Ptje satisfacción	Pareja abierta	25	41,90
	Pareja swinger	25	35.96
	Pareja poliamorosa	25	36.14

Por último, se correlacionaron las variables Ptje de Deseo, Ptje de Satisfacción y Ptje de Asertividad mediante el coeficiente de correlación Rho de Spearman. Los resultados

mostraron que existe una relación positiva entre las tres variables: las personas que reportan niveles más altos de deseo tienden a

ser más asertivas y a reportar niveles más altos de satisfacción (ver Tabla 7).

**Tabla 7.**  
*Análisis correlacional.*

		Ptje asertividad	Ptje satisfacción	Ptje deseo
Ptje asertividad	<i>rho</i>	—		
	Sig.	—		
Ptje satisfacción	<i>Rho</i>	0.516	—	
	Sig.	<.001	—	
Ptje deseo	<i>Rho</i>	0.438	0.381	—
	Sig.	<.001	<.001	—

## Discusión

La presente investigación se propuso evaluar los niveles de deseo, satisfacción y asertividad sexual en parejas con diferentes tipos de vínculos (monogamia y no monogamia consensuada) y compararlos según el tipo de vínculo en el que se encuentran.

Al comparar el deseo, la satisfacción y asertividad sexual según el estilo de vínculo, se observó que existía una diferencia significativa: las personas en vínculos monógamos presentaron puntuaciones promedio más bajas en las tres variables, mientras que las personas en NMC presentaron puntuaciones significativamente más altas en deseo, satisfacción y asertividad, lo que resulta consistente con la hipótesis de esta investigación. En concordancia con los resultados expuestos, Acuña Mora (2021) indicó que las parejas swingers reportaban una elevada satisfacción en su vida sexual; de manera similar, Espinosa (2006) encontró una correlación positiva entre asertividad sexual y satisfacción, a su vez, Gauna (2020) también obtuvo una relación directa entre un estilo de comunicación asertivo y la satisfacción en la relación.

Al comparar el deseo, la asertividad y la satisfacción sexual entre los NMC, se encontró una diferencia significativa únicamente en los niveles de deseo, mientras que no se observaron diferencias significativas en la asertividad ni en la satisfacción sexual. El grupo que mayor deseo sexual obtuvo fue el de las relaciones abiertas

( $RP= 50.42$ ), aunque las limitaciones del estudio no permiten afirmar si las personas pertenecientes a este grupo cuentan con una restricción y son abiertas solo en lo sexual o solo en lo afectivo.

El último objetivo de esta investigación fue correlacionar las variables deseo, satisfacción y asertividad sexual. Los resultados evidenciaron una relación positiva entre las tres variables, por lo que los participantes que reportaron niveles más altos de deseo también tendieron a mostrar mayor asertividad y mayor satisfacción. Al igual que en el estudio realizado por Espinosa (2006), se corroboró la relación entre asertividad sexual y satisfacción sexual. En este sentido, el deseo y la satisfacción sexual se asocian positivamente con mayores niveles de asertividad sexual, lo que podría relacionarse con una comunicación más abierta y respetuosa de las necesidades y expectativas de todos los involucrados, favoreciendo así una vivencia sexual más satisfactoria (Ce, 2024).

Es importante señalar que este estudio presentó diversas limitaciones, puesto que los resultados obtenidos no se pueden generalizar a otras poblaciones o contextos culturales. Los resultados deben interpretarse con cautela, dado que la estrategia de reclutamiento mediante grupos de WhatsApp, foros de relaciones abiertas y técnica de bola de nieve pudo favorecer la participación de personas con mayor apertura hacia la sexualidad, mayor integración comunitaria y mayor disposición a comunicar experiencias íntimas,

introduciendo posibles sesgos de autoselección. A su vez, las respuestas fueron consideradas confiables y no influidas por deseabilidad social. Para futuras investigaciones podría ser relevante analizar el deseo, la asertividad y la satisfacción en función de variables como la edad o la presencia de hijos/as menores de edad, así como realizar un estudio longitudinal que haga seguimiento a personas que están considerando abrir sus relaciones acompañándolas desde el planteamiento de la idea hasta su decisión final sobre el tipo de vínculo elegido.

Este estudio tampoco considero los trastornos sexuales, pues según el Sistema Multiaxial Orientado al Problema existen diversas clasificaciones de los trastornos sexuales, que se asocian con a las diferentes fases de la respuesta sexual (deseo, excitación, orgasmo). Además, existen trastornos relacionados al dolor coital, insatisfacciones y parafilias. (Schover et al., 1982).

Asimismo, se sugieren futuras investigaciones para explorar en mayor profundidad las razones detrás de las diferencias halladas en este estudio, para examinar otros factores que puedan afectar en los niveles de deseo, satisfacción y asertividad en diferentes tipos de relaciones. También sería relevante investigar cómo el estigma afecta a las personas en relaciones no monógamas, y los beneficios de intervenciones que fomenten la resiliencia y el bienestar en este grupo.

## **Conclusión**

Este estudio reveló diferencias significativas en los niveles de deseo, satisfacción y asertividad sexual entre personas en relaciones monógamas y no monógamas. Incluso dentro de las relaciones no monógamas, se observó una diferencia significativa en el deseo sexual, lo que aporta evidencia empírica sobre las diferencias en experiencias emocionales y psicológicas entre ambos tipos de relaciones.

A pesar de los resultados favorables para las relaciones no monógamas es importante contextualizar los hallazgos, ya que las personas que practican la no monogamia suelen enfrentar prejuicios y estereotipos negativos, lo que puede generar ansiedad, estrés o afectar su bienestar, dado que en la sociedad predomina la mononorma, y suele asociarse a las NMC con promiscuidad y libertinaje (Santiago Álvarez, 2018). En palabras de Casquet (2024), mucha gente piensa que quienes practican las NMC son promiscuas, tienen miedo al compromiso, sostiene la necesidad de que la sociedad responda con empatía y sin prejuicios ante estas relaciones.

Moors (2018) sostuvo que quienes practican la NMC enfrentan temores relacionados con el ostracismo social, la discriminación, estigmas. Sin embargo, Levine (2018) consideró que la información que circula por redes sociales sobre las NMC disminuye los prejuicios, y se encuentran en proceso de cambio.

Los hallazgos de esta investigación tienen implicaciones importantes para la terapia de pareja, la

educación sexual y la investigación en relaciones interpersonales. El momento sociohistórico actual parecería promover la aceptación y experimentación en la sexualidad. Desde la sexología, estos resultados muestran la importancia de abordar las diversas formas de vínculos afectivos y sexuales, reconociendo que las necesidades y deseos sexuales pueden variar significativamente según el tipo de relación. La sexología puede contribuir a las personas NMC a vivir con menos estigmas, brindándoles estrategias para enfrentar y gestionar los prejuicios sociales, fomentando una visión más inclusiva y reduciendo la carga emocional que el estigma social puede generar (Cabello, 2007). En conclusión, este estudio ofrece una visión más profunda de las experiencias de las personas en relaciones monógamas y no monógamas. Sus resultados desafían algunas creencias tradicionales sobre las relaciones y abren nuevas vías para la investigación en este campo, destacando el rol de la sexología en la promoción de relaciones más saludables, satisfactorias y libres de estigmas.

### Referencias bibliográficas

1. Acuña Mora, E. A. (2021). Percepción de la satisfacción sexual, los celos y la fidelidad en parejas practicantes del estilo de vida swinger. *PsicoInnova*, 5(1), 27–45. <https://doi.org/10.54376/psicoinnova.v5i1.37>
2. Bauman, Z. (2003). *Amor líquido: Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Epublibre.
3. Byers, E. S., Demmons, S., & Lawrance, K. (1998). Sexual satisfaction within dating relationships: A test of the interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Journal of Social & Personal Relationships*, 15, 257-267.
4. Cabello Santamaría, J. (2007). *Manual de sexología y terapia sexual*. Ed. Síntesis.
5. Cabello Santamaría, J. (2010). *Manual de sexología y terapia sexual*. Ed. Síntesis.
6. Carrobes, J. A., & Sanz, A. (1991). *Terapia sexual*. Fundación Universidad Empresa (UNED).
7. Ce, C. (2024). *Deseo*. Ed. Planeta. Argentina.
8. D’Orto, J. P., & Figlioli, C. (2024). *La revolución sexoafectiva*. Ed. Tendencias.
9. Espinosa, J. A. (2006). Estudio de correlación entre satisfacción sexual y asertividad sexual. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 12.
10. Fisher, H. (1994). *Anatomía del amor: Historia de la monogamia, el adulterio y el divorcio*. Ed. Anagrama.
11. García, J. R., Reiber, C., Massey, S. G., & Merriwether, A. M. (2012). Cultura de conexión sexual: Una revisión. *Revista de*

- Psicología General, 16(2), 161-176.  
<https://doi.org/10.1037/a0027911>
12. Gauna, M. (2020). Relación entre los estilos de comunicación y la satisfacción marital en adultos de la ciudad de Paraná. Repositorio Universidad Católica Argentina, 5-8.
  13. Giannoni, M., & Morroni, L. (2015). La monogamia como norma. Workshop: Significados políticos de la monogamia, Foro de Psicoanálisis y Género, XII Jornadas Internacionales, Buenos Aires.
  14. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (2014). Metodología de la investigación (6<sup>o</sup> ed.). McGraw-Hill.
  15. Kaplan, H. S. (1996). La nueva terapia sexual (1<sup>a</sup> ed.). Alianza Editorial.
  16. Lecuona, O., Suero, M., Wingen, T. et al. (2021). ¿Abrir rima con especial? Comparación de la personalidad, la satisfacción sexual, el dominio y los celos de practicantes monógamos y no monógamos. Archives of Sexual Behavior, 50, 1537–1549.  
<https://doi.org/10.1007/s10508-020-01865-x>
  17. Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). Human sexual response. Little, Brown.
  18. Mitchell, V. E., Mogilski, J. K., Donaldson, S. H., Nicolas, S. C. A., & Welling, L. L. (2020). Sexual motivation and satisfaction among consensually non-monogamous and monogamous individuals. The Journal of Sexual Medicine, 17(6), 1072-1085.
  19. Mogilski, J. K., Reeve, S. D., Nicolas, S. C. A., Donaldson, S. H., Mitchell, V. E., & Welling, L. L. M. (2019). Jealousy, consent, and compersion within monogamous and consensually non-monogamous romantic relationships. Archives of Sexual Behavior, 48(6), 1811-1828.  
<https://doi.org/10.1007/s10508-018-1286-4>
  20. Moors, A. C., Schechinger, H. A., Balzarini, R., & Flicker, S. (2021). Internalized consensual non-monogamy negativity and relationship quality among people engaged in polyamory, swinging, and open relationships. Archives of Sexual Behavior, 50(4), 1389-1400. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01885-7>
  21. Murray, S. H., & Milhausen, R. R. (2012). Sexual desire and relationship duration in young men and women. Journal of Sex & Marital Therapy, 38(1), 28-40.  
<https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.569637>
  22. Ortega Andero, M. (2017). Asertividad sexual: 3 claves para una vida de pareja plena. Psicología y Mente. <https://psicologiamente.com/pareja/asertividad-sexual>
  23. Rodrigues, D. L., Aybar Camposano, G. A., & Lopes, D. (2022). Stigmatization of consensual non-monogamous partners: Perceived endorsement of conservation or

- openness to change values vary according to personal attitudes. *Archives of Sexual Behavior*, 51(8), 3931-3946.  
<https://doi.org/10.1007/s10508-022-02368-7>
24. Rodrigues, D. L. (2024). A Narrative Review of the Dichotomy Between the Social Views of Non-Monogamy and the Experiences of Consensual Non-Monogamous People. *Archives of Sexual Behavior*, 53(3), 931-940.  
<https://doi.org/10.1007/s10508-023-02786-1>
25. Santiago Álvarez, L. (2018). El poliamor como construcción amorosa dialogada. Estudio cualitativo [Trabajo de Máster, Universidad de Almería]. Repositorio Universidad de Almería.
26. Schover, L. R., Friedman, J. M., Weiler, S. J., Heiman, J. R., & LoPiccolo, J. (1982). Multiaxial problem-oriented system for sexual dysfunctions. *Archives of General Psychiatry*, 39(6), 614-619.
27. Sizemore, K. M., & Olmstead, S. B. (2017). A systematic review of research on attitudes towards and willingness to engage in consensual non-monogamy among emerging adults. *Psychology & Sexuality*, 8, 4–23.  
<https://doi.org/10.1080/19419899>

## *La “recesión sexual”: entre la metáfora cultural y la transformación del deseo*



*Lic. Aldana Lichtenberger. Doctora en Psicología, Sexóloga clínica, Especialista en Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y Psicoterapia Analítico Funcional (FAP). - Institución: Centro Argentino de Terapias Contextuales (CATC) [aldanalichtenberger@gmail.com](mailto:aldanalichtenberger@gmail.com)*

*Lic. Federico Rinaldi. Psicólogo TCC. Sexólogo clínico. Terapeuta de parejas. Miembro de la Comisión Directiva de la SASH. Director del equipo PSISYP – Sexualidad y Pareja. Co-director del curso de Sexología Clínica en Fundación Foro.*

En la última década, el término “recesión sexual” (sex recession) se instaló en el debate público como una explicación aparentemente simple para un fenómeno complejo: la disminución de la actividad sexual en varios países industrializados. Sin embargo, esta etiqueta, nacida más en el periodismo que en la ciencia, corre el riesgo de simplificar en exceso un conjunto de transformaciones demográficas, sociales, económicas y neuroconductuales que redefinen la sexualidad contemporánea.

Este artículo propone un análisis crítico del concepto, revisando la evidencia empírica disponible, sus limitaciones metodológicas y las hipótesis más relevantes que podrían explicar por qué, más que una recesión, estamos asistiendo a

una reconfiguración del deseo sexual y de los modos de vincularse.

### 1. Un término con origen mediático

La expresión “sex recession” se popularizó a partir del artículo de Kate Julian (2018) en *The Atlantic*, que compiló datos de encuestas demográficas y estudios sociológicos para plantear que las generaciones jóvenes tenían menos sexo que sus predecesoras. La metáfora, tomada del lenguaje económico, ofrecía una narrativa clara y cuantificable en un terreno donde los cambios son difusos: el deseo, la intimidad y el placer.

Su atractivo mediático fue inmediato. Sin embargo, el término no tiene un correlato técnico en la literatura científica: no existen criterios estandarizados para definir una “recesión” sexual

ni consensos sobre qué indicadores deberían incluirse (frecuencia, deseo, satisfacción, prácticas). En este sentido, la noción funciona más como una metáfora cultural que como una categoría analítica.

## 2. Evidencia empírica: tendencias a la baja

Los estudios más citados sí confirman una tendencia descendente en la frecuencia sexual promedio, al menos en ciertos contextos:

- Twenge, Sherman y Wells (2017) analizaron datos del *General Social Survey* (1989–2014) y hallaron una reducción significativa (~9 encuentros sexuales menos por año) en comparación con fines de los noventa, incluso en personas casadas o convivientes.
- Ueda et al. (2020) reportaron un aumento en la proporción de personas sexualmente inactivas —especialmente entre varones de 18–34 años y mujeres de 25–34— asociado a factores como desempleo, bajos ingresos y convivencia prolongada con progenitores.
- En Asia oriental, las cifras son aún más pronunciadas: el *National Institute of Population and Social Security Research* (2022) informó que el 50 % de los jóvenes adultos japoneses nunca tuvo relaciones sexuales, y casi un cuarto de las parejas casadas llevaba más de un año sin actividad sexual.

En Corea del Sur, distintos informes sociales y medios de comunicación han descrito un fenómeno de retraimiento afectivo asociado al estrés laboral y la precarización económica, aunque la evidencia empírica sobre su impacto sexual sigue siendo limitada.

El fenómeno no es homogéneo: los descensos varían según edad, género, clase social y contexto cultural. Los datos, aunque sólidos en su tendencia, no alcanzan para hablar de una “crisis sexual global”.

## 3. Limitaciones conceptuales y metodológicas

El uso indiscriminado del término “recesión sexual” plantea varios problemas analíticos:

- Definiciones imprecisas: Las encuestas rara vez especifican qué se entiende por “sexo”, invisibilizando prácticas no coitales o relaciones no heterosexuales (Smith, 2006).
- Sesgos muestrales: Los estudios disponibles se concentran en Estados Unidos, Reino Unido y Japón, con escasa evidencia en América Latina, África o Medio Oriente.
- Reduccionismo cuantitativo: Medir únicamente la frecuencia ignora dimensiones esenciales como deseo, satisfacción, consentimiento o sentido subjetivo de la experiencia (Julian, 2018).
- Falta de perspectiva contextual: Los cambios tecnológicos, las transformaciones de género, las nuevas formas de vínculo y el impacto de la pornografía digital no pueden reducirse a un simple “menos sexo”.

En síntesis, la noción de recesión no describe adecuadamente la complejidad del cambio, y corre el riesgo de patologizar un proceso de adaptación cultural.

## 4. Cambios estructurales: del síntoma al ecosistema del deseo

La evidencia empírica apunta a un desplazamiento del deseo más que a su desaparición. Varios factores convergen en esta reconfiguración:

- Transformaciones socioeconómicas: el retraso en la independencia económica y en la formación de pareja reduce las oportunidades de intimidad (Ueda et al., 2020).
- Nuevas dinámicas de gratificación: la pornografía y el entretenimiento digital ofrecen placer inmediato y predecible, alterando los circuitos de recompensa dopaminérgica (Prause & Pfaus, 2015) y

desvinculando la excitación del encuentro real.

- Cambios en los valores y prioridades vitales: el aumento de la autoexigencia y la cultura de la productividad desplazan la energía erótica hacia logros instrumentales.
- Complejización del escenario vincular: mayor diversidad de identidades, vínculos no normativos, redefinición de la monogamia y ampliación del consentimiento transforman el significado social del sexo.
- Dimensión psicológica: la sobreexposición a estímulos virtuales, junto con el aumento del estrés y la ansiedad, puede modular la respuesta sexual y alterar el deseo espontáneo (Fisher et al., 2016).
- Los roles de género tradicionales y las expectativas sobre la masculinidad y la femineidad influyen en la actividad sexual y en el significado subjetivo del deseo. Diversos estudios muestran que las creencias rígidas sobre los roles de género se asocian con menor satisfacción y menor comunicación sexual (Sanchez, Moss-Racusin, Phelan, & Crocker, 2012; Mark & Lasslo, 2018). A la vez, una menor conformidad con los modelos tradicionales —por ejemplo, en personas con rasgos andróginos o identidades menos normativas— se vincula con patrones distintos de motivación y frecuencia sexual, mediados por factores relacionales y de contexto (Lippa, 2009; Peterson & Hyde, 2011; Wood & Eagly, 2015). Estas asociaciones no implican determinismo biológico ni valoraciones normativas, sino que reflejan la influencia contextual de los sistemas de género en la conducta sexual.
- Por otro lado, no se identifican datos que indiquen una disminución reciente en la frecuencia masturbatoria en la población general ni en jóvenes. De hecho, la evidencia disponible sugiere una estabilidad o incluso un aumento en la prevalencia de masturbación en las últimas décadas, particularmente entre mujeres, junto

con una mayor aceptación social de la autoexploración sexual (Herbenick et al., 2010; Regnerus, Price, & Gordon, 2017; Kontula & Haavio-Mannila, 2016; Lehmiller, 2021). Estos hallazgos reflejan un proceso de normalización cultural más que un cambio en la motivación sexual.

En conjunto, estos elementos componen un nuevo paisaje erótico y afectivo. La sexualidad deja de ser una obligación o un signo de normalidad, para convertirse en una dimensión electiva y diversa del bienestar.

## 5. Conclusiones: del declive al cambio de paradigma

Afirmar que vivimos “la mayor recesión sexual de la historia” es, a la vez, una exageración empírica y una lectura nostálgica. Lo que observamos no es un colapso de la sexualidad, sino una transformación en la forma en que las personas priorizan, expresan y simbolizan el deseo.

El sexo perdió su centralidad como requisito del éxito personal o relacional y pasó a formar parte de un menú más amplio de placeres posibles. En ese contexto, la disminución de la frecuencia sexual no necesariamente implica un empobrecimiento del bienestar, sino un cambio en su gramática cultural.

Desde la teoría conductual contextual (ACT/FAP), el deseo puede entenderse como un sistema de conductas corporales, cognitivas y relacionales que se organizan funcionalmente según el contexto, las contingencias de reforzamiento y los valores personales (Hayes, Barnes-Holmes, & Wilson, 2012). En sociedades hiperestimuladas, donde la activación dopaminérgica asociada a gratificaciones digitales, la validación social y el consumo simbólico proveen gratificación inmediata (Berridge & Robinson, 2016), las conductas sexuales tienden a **reconfigurar su función dentro del sistema motivacional humano**: de promover contacto y exploración interpersonal, a

operar como estrategias de regulación emocional, autoafirmación o alivio del malestar.

En este marco, la aparente caída de la frecuencia sexual no refleja un “apagamiento” del deseo, sino una **reorganización funcional del placer y de la intimidad** dentro de la economía emocional contemporánea. Cambian las condiciones de reforzamiento: la excitación ya no se sostiene solo en el encuentro físico, sino en experiencias más autorreferenciales, virtuales o simbólicas.

Así, lo que la narrativa mediática llama “recesión sexual” podría entenderse mejor como un proceso adaptativo: una transformación en las **condiciones de ocurrencia del deseo**. El comportamiento sexual se ajusta a un entorno saturado de estímulos, ansiedad y sobrecarga cognitiva, en el que el contacto erótico cede espacio a formas alternativas de conexión, validación y regulación.

Desde esta perspectiva, el desafío científico y clínico no es restaurar un ideal sexual perdido, sino comprender las **nuevas funciones del deseo** y su papel en la regulación emocional y relacional contemporánea. La sexualidad, lejos de extinguirse, se está volviendo más plástica, autorreflexiva y electiva: un lenguaje adaptativo en permanente negociación con el contexto.

Quizás, más que una recesión sexual, **vivimos una recesión sexual vincular**: un tiempo donde el contacto físico se reconfigura bajo las lógicas del rendimiento, la hiperconexión y el miedo a la exposición emocional. Y entender esa mutación —sin nostalgia ni moralismo— puede ser la clave para construir una teoría verdaderamente contemporánea del deseo.

## Referencias

Berridge, K. C., & Robinson, T. E. (2016). *Liking, wanting, and the incentive-sensitization theory of addiction*. *American Psychologist*, 71(8), 670–679.  
<https://doi.org/10.1037/amp0000059>

Bozick, R. (2021). Is there really a sex recession? Period and cohort effects on sexual inactivity among American men, 2006–2019. *American Journal of Men's Health*, 15(2), 1–11.  
<https://doi.org/10.1177/1557988321994953>

Common Sense Media. (2022). *Teens and pornography*. <https://www.commonsensemedia.org/research>

Fisher, H. E., Aron, A., & Brown, L. L. (2016). The neural mechanisms of mate choice and romantic love. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 371(1682).  
<https://doi.org/10.1098/rstb.2015.0549>

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Wilson, K. G. (2012). *Contextual behavioral science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition*. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1–2), 1–16.

Julian, K. (2018). Why are young people having so little sex? *The Atlantic*. <https://www.theatlantic.com>

Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. Springer.

Lentz, A. M., & Zaikman, Y. (2021). The Big “O”: Sociocultural influences on orgasm frequency and sexual satisfaction in women. *Sexuality & Culture*, 25(3), 1096–1123.  
<https://doi.org/10.1007/s12119-021-09842-0>

National Institute of Population and Social Security Research. (2022). *Marriage and child-birth survey*. Tokyo, Japan.

Prause, N., & Pfaus, J. G. (2015). Viewing sexual stimuli associated with greater sexual responsiveness, not erectile dysfunction. *Sexual Medicine*, 3(2), 90–98.  
<https://doi.org/10.1002/sm2.57>

Smith, T. W. (2006). *American sexual behavior: Trends, socio-demographic differences, and risk*

*behavior*. National Opinion Research Center, University of Chicago.

Twenge, J. M., Sherman, R. A., & Wells, B. E. (2017). Declines in sexual frequency among American adults, 1989–2014. *Archives of Sexual Behavior*, 46(8), 2389–2401. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0953-1>

Ueda, P., Mercer, C. H., Herbenick, D., et al. (2020). Trends in frequency of sexual activity and number of sexual partners among U.S. adults, 2000–2018. *JAMA Network Open*, 3(6),

e203833.

<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3833>

Wilson, K. G., & DuFrene, T. (2009). *Mindfulness for two: An acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. New Harbinger.

*Devenires críticos del placer:  
del folk devil al feminismo prosexo en torno a las prácticas BDSM*



*Leonel Matías Gutiérrez*  
*Poeta, artista visual y fotógrafo*  
*Facultad de Ciencias de la Comunicación*  
*Universidad Nacional de Córdoba-Argentina*  
[leonel.gutierrez@mi.unc.edu.ar](mailto:leonel.gutierrez@mi.unc.edu.ar)  
<https://orcid.org/0009-0005-0500-6262>

### **Resumen**

El presente trabajo se propone reflexionar sobre los modos en que la construcción social de los llamados folk devils y los pánicos morales, tal como fueron conceptualizados por Stanley Cohen (2011), se vinculan con los debates feministas en torno a la sexualidad y, en particular, con la emergencia del feminismo prosexo a fines de los años setenta y principios de los ochenta. Se examina cómo ciertas prácticas sexuales, como el sadomasoquismo o BDSM, han sido recurrentemente objeto de estigmatización y situadas en el terreno de lo prohibido, operando como significantes de desviación moral. A su vez, se

analizan los aportes del feminismo prosexo, especialmente aquellos reunidos en la antología *Porno, Blues y Chicas Malas* (Tisocco & Canseco, 2023), que disputaron dichas construcciones proponiendo una política del placer no reductible a la lógica represiva. El artículo busca, desde un cruce teórico y político, señalar la relevancia actual de estas discusiones para comprender la persistente tensión entre placer, moral y disidencia sexual.

**Palabras clave:** BDSM; feminismo prosexo; pánico moral; placer; sexualidad

### **Abstract**

This paper reflects on the ways in which the social construction of so-called *folk devils and moral panics*, as conceptualized by Stanley Cohen (2011), is connected to feminist debates on sexuality and, in particular, to the emergence of the pro-sex feminism movement in the late 1970s and early 1980s. The paper examines how certain sexual practices, such as sadomasochism or BDSM, have been recurrently stigmatized and positioned within the realm of the forbidden, functioning as markers of moral deviance. At the same time, it analyzes the contributions of pro-sex feminism, especially those collected in the anthology *Porno, Blues y Chicas Malas* (Tisocco & Canseco, 2023), which challenged such constructions by proposing a politics of pleasure not reducible to repressive logic. This article seeks, from a theoretical and political standpoint, to highlight the current relevance of these debates in understanding the persistent tension between pleasure, morality, and sexual dissidence.

**Keywords:** BDSM; pro-sex feminism; moral panic; pleasure; sexuality

## Introducción

Las sexualidades disidentes han sido históricamente objeto de regulación, censura y patologización. Desde los inicios de la sociología de la desviación, la cuestión de quién es considerado “peligroso” para la moral social estuvo atravesada por un doble movimiento: por un lado, la identificación de figuras transgresoras o *folk devils*<sup>1</sup>, tal como las conceptualizó Stanley Cohen en *Folk Devils and Moral Panics* (2011); por otro, la reacción institucional y mediática que amplificó su peligrosidad y generó pánicos morales capaces de sostener políticas represivas. Estas categorías, originalmente aplicadas a fenómenos juveniles y subculturales, ofrecen claves potentes para pensar también las disputas en torno a la sexualidad.

En paralelo, los debates feministas de finales de los años setenta y principios de los ochenta —particularmente los condensados en lo que se conoció como “Guerras del Sexo”<sup>2</sup>— dieron lugar a la emergencia del feminismo pro-sexo. Esta corriente, recuperada en *Porno, Blues y Chicas Malas* (Tisocco & Canseco, 2023), planteó una crítica radical a las posiciones anti-pornografía y a la construcción de una sexuali-

---

<sup>1</sup> El término *folk devil* fue acuñado por Stanley Cohen en los años setenta para describir figuras sociales percibidas como amenazas morales. Se traduce habitualmente como “demonio popular” o “diablo moral”, aunque en este trabajo se conserva la expresión original en inglés.

<sup>2</sup> Nombre con el que se conoce a los debates feministas en Estados Unidos entre finales de los años setenta y comienzos de los ochenta, centrados en torno a la pornografía, el sadomasoquismo y el trabajo sexual. Enfrentaron a feministas antipornografía con feministas prosexo.

dad “correcta” bajo parámetros normativos. Entre las prácticas más fuertemente cuestionadas, el sadomasoquismo o *BDSM*<sup>3</sup> fue un escenario de disputa en el que se jugaron tensiones entre placer, poder y moralidad.

El presente trabajo se propone reflexionar sobre estos cruces: cómo la lógica del *folk devil* se reproduce en la estigmatización de prácticas eróticas no convencionales, y cómo el feminismo prosexo aportó herramientas conceptuales y políticas para disputar esas formas de control. A partir de esta articulación, se busca pensar la vigencia de estos debates para los feminismos y las sexualidades disidentes en la actualidad.

### **El *folk devil* y los pánicos morales**

El concepto de *folk devil* formulado por Stanley Cohen en *Folk Devils and Moral Panics* (2011) remite a la construcción social de figuras que encarnan el peligro moral. Estas figuras operan como enemigos simbólicos, señalados por los medios de comunicación, el discurso político y los aparatos de control social como responsables de amenazar el orden establecido. En este sentido, no se trata únicamente de sujetos que cometen actos “desviados”, sino de encar-

naciones de un mal mayor, cuyo carácter ejemplar permite condensar ansiedades colectivas.

Cohen (2011) muestra cómo la emergencia de los *folk devils* se articula con el proceso de pánico moral, en tanto figuras que condensan ansiedades sociales y marcan los límites de lo aceptable. En la introducción a la tercera edición de su investigación sobre los Mods y Rockers, sintetiza este mecanismo del siguiente modo:

Societies appear to be subject, every now and then, to periods of moral panic. A condition, episode, person or group of persons emerges to become defined as a threat to societal values and interests; its nature is presented in a stylized and stereotypical fashion by the mass media; the moral barricades are manned by editors, bishops, politicians and other right-thinking people [Las sociedades parecen estar sujetas, de vez en cuando, a períodos de pánico moral. Una condición, episodio, persona o grupo de personas emerge para ser definido como una amenaza a los valores e intereses sociales; su naturaleza es presentada de manera estereotipada por los medios; las barricadas morales son ocupadas por

---

<sup>3</sup> Sigla que reúne *bondage & discipline, dominance & submission, sadism & masochism* (ataduras y disciplina, dominación y sumisión, sadismo y masoquismo). Se

trata de un conjunto de prácticas eróticas consensuadas que incluyen roles, juegos de poder y, en algunos casos, dolor como componente erótico.

editores, obispos, políticos y otras personas bien pensantes] [traducción propia]. (Cohen, 2011, p. xlviii)

Esta definición resulta clave porque permite entender que los pánicos morales exceden los hechos concretos: lo que está en juego es la disputa por fijar los márgenes de la normalidad y, con ello, los límites del placer y la desviación.

La dinámica de los pánicos morales implica una secuencia reconocible: primero, un hecho que irrumpe en la escena pública; luego, su amplificación mediática; finalmente, la intervención de autoridades que refuerzan el diagnóstico alarmista y producen medidas de control. Este proceso revela que lo que está en juego no es solo la conducta puntual, sino la disputa por definir los límites de lo normal y lo aceptable. Los *folk devils* cumplen, así, una función estructural: señalar, mediante la estigmatización de ciertos sujetos, cuáles son los márgenes de la moral social y qué prácticas deben ser neutralizadas.

El valor heurístico de esta categoría excede el análisis de subculturas juveniles. Cohen (2011) advierte que los pánicos morales reaparecen de forma recurrente, cada vez que un fenómeno cultural, político o social se presenta como desbordante o destabilizador. En la medida en que el pánico se configura como una reacción cultural y política, sus objetos pueden ser múltiples: jóvenes violentos, consumidores

de drogas, migrantes, minorías raciales, e incluso prácticas sexuales. Lo que todos comparten es su conversión en símbolos de desorden, más allá de la dimensión real de sus actos.

Desde esta perspectiva, resulta posible trasladar el análisis de Cohen a los debates en torno a la sexualidad. Tal como se ha señalado en los estudios posteriores al auge del feminismo prosexo, prácticas como el sadomasoquismo fueron vistas como expresiones desviadas y peligrosas, generando alarmas similares a las descritas en los pánicos morales clásicos. El BDSM fue y sigue siendo leído, por amplios sectores, como un síntoma de violencia y patología, más que como una práctica erótica legítima y consensuada. En este sentido, el marco de los *folk devils* permite comprender cómo la sociedad construye figuras de peligrosidad moral a partir de deseos y placeres que desestabilizan las normas sexuales dominantes.

### **Feminismo prosexo y disputas del placer**

A finales de la década de 1970 y comienzos de los años 80, los feminismos en Estados Unidos se vieron atravesados por intensos debates en torno a la sexualidad. Conocidos como las *Guerras del Sexo*, estos enfrentamientos pusieron en tensión las posturas antipornografía con aquellas que más tarde serían denominadas prosexo. El libro *Porno, Blues y Chicas Malas* (Tisocco & Canseco, 2023) recupera una selección de los textos fundacionales de esta corriente,

mostrando la radicalidad con que un grupo de autoras disputó la construcción moral dominante de las prácticas eróticas.

Entre las voces más destacadas, Patrick Califia<sup>4</sup> (1981/2023) reivindicó el sadomasoquismo como una práctica legítima dentro de los feminismos, cuestionando la idea de que el dolor erótico fuese necesariamente expresión de violencia patriarcal. En su testimonio, publicado originalmente en 1981 y recuperado en *Porno, Blues y Chicas Malas*, relata cómo decidió enfrentar sus propias fantasías y explorar el BDSM:

Hace tres años, decidí dejar de ignorar mis fantasías sexuales. Desde los dos años, había construido un mundo privado de dominación, sumisión, castigo y dolor... Ya no toleraba más la culpa, la ansiedad ni la frustración, entonces comencé, cautelosamente, a experimentar con sadomasoquismo real. No perdí el alma en el proceso. (Califia, 1981/2023, p. 101)

De esta manera, Califia no solo despatologiza el BDSM, sino que lo presenta como un camino de autonomía y agencia erótica.

Otros textos incluidos en la antología — como los de Gayle Rubin<sup>5</sup> o Ellen Willis— reforzaron la necesidad de pensar una política feminista que no expulsara el placer de su horizonte. Rubin advertía que la estigmatización de las variaciones sexuales reproducía, con nuevos ropajes, los viejos mecanismos de regulación moral. Willis, por su parte, defendía la importancia de una revolución sexual feminista que asumiera la lujuria y la fantasía como dimensiones emancipadoras, en lugar de subordinarlas a modelos de pureza o a imperativos normativos sobre la “buena” sexualidad.

Estos debates tuvieron como escenario central la Conferencia de Barnard<sup>6</sup> (1982), espacio que terminó marcado por el conflicto: las feministas prosexo fueron acusadas de legitimar la pornografía y de traicionar al movimiento de mujeres, mientras que ellas denunciaron una “caza de brujas” interna que pretendía imponer una ortodoxia sobre la sexualidad. En ese marco,

---

<sup>4</sup> Escritor y activista estadounidense, figura central en la defensa del sadomasoquismo desde una perspectiva feminista y queer. Sus textos de los años ochenta, como el citado en este trabajo, son considerados clásicos del feminismo prosexo.

<sup>5</sup> Antropóloga y teórica feminista estadounidense. Su ensayo “Thinking Sex” (1984) es un texto fundamental en

los estudios sobre sexualidad. Rubin defendió la legitimidad de las variaciones eróticas y criticó las jerarquías sexuales impuestas por la moral dominante.

<sup>6</sup> Encuentro feminista realizado en Barnard College (Nueva York), que se convirtió en un episodio clave de las *Guerras del Sexo*. Las tensiones entre feministas anti-pornografía y prosexo marcaron un quiebre interno en el movimiento.

el sadomasoquismo se volvió un punto neurálgico de disputa, precisamente porque ponía en evidencia la tensión entre deseo y poder, placer y violencia, consentimiento y coerción.

El feminismo prosexo, lejos de eludir estas tensiones, las convirtió en el núcleo de su intervención política. Su apuesta consistió en reconocer que las prácticas sexuales no podían evaluarse a partir de un único criterio moral, sino desde la complejidad de los cuerpos, los contextos y las relaciones que las atravesaban. En este sentido, el BDSM dejó de ser visto únicamente como un síntoma de desviación, para pensarse como un laboratorio político del placer: un espacio donde se desafiaban las fronteras entre normalidad y transgresión, entre peligro y goce.

### **Cruces entre *folk devil* y BDSM**

El cruce entre la noción de *folk devil* y las disputas del feminismo prosexo permite visibilizar cómo determinadas prácticas sexuales, en particular el BDSM, han sido históricamente construidas como amenazas morales. Al igual que los Mods y Rockers analizados por Cohen (2011), los sujetos que participan de prácticas sadomasoquistas son señalados como desviados, peligrosos o portadores de un mal social más amplio. La intensidad de la reacción no se explica tanto por la frecuencia de estas prácticas, sino por la capacidad que tienen de interpelar los

límites de lo aceptable en materia de placer y deseo.

En este sentido, el BDSM puede entenderse como un terreno privilegiado para la operación del pánico moral. El dolor erótico, la teatralización de jerarquías de poder o el uso de símbolos de violencia se convierten, para la mirada normativa, en pruebas de una supuesta degradación social. El resultado es un proceso de amplificación y condena que, siguiendo la lógica de Cohen, desborda el hecho particular y lo transforma en una amenaza colectiva. No se trata solo de prácticas privadas entre adultos consensuales, sino de una señal de alarma que moviliza a instituciones, medios y discursos públicos a reafirmar la frontera entre lo normal y lo anómalo.

Sin embargo, como plantean los textos prosexo compilados por Tisocco y Canseco (2023), este señalamiento encubre una paradoja: al intentar expulsar el BDSM del campo de lo aceptable, se refuerzan los mismos mecanismos de control y silenciamiento que el feminismo buscaba combatir. Rubin (1981/2023) advertía que, en lugar de cuestionar la matriz patriarcal de la moral sexual, las feministas antipornografía terminaron reproduciendo una nueva ortodoxia que condenaba las variaciones eróticas. En una entrevista publicada en *Porno, Blues y Chicas Malas*, lo formula con claridad:

Algunas feministas no pueden digerir el

concepto de variación sexual benigna. En lugar de darse cuenta de que el ser humano no es todo igual, que la variación está bien, el movimiento de mujeres ha creado un nuevo estándar. Esto es como el viejo concepto psiquiátrico, que dicta la forma “normal” de hacerlo. (Rubin, 1981/2023, p. 17)

Con esta crítica, Rubin exhibe cómo incluso dentro de los feminismos pueden reactivarse jerarquías sexuales que terminan legitimando nuevas formas de exclusión.

Desde esta perspectiva, la figura del *folk devil* no es un residuo del pasado, sino un dispositivo que se reactualiza frente a cualquier práctica que desestabilice las normas sexuales dominantes. El BDSM, en tanto práctica erótica que combina placer, dolor y poder, sigue ocupando ese lugar de frontera: una otredad necesaria para que el orden moral se sostenga. La respuesta del feminismo prosexo fue, precisamente, disputar ese lugar, resignificar el BDSM no como amenaza sino como posibilidad de emancipación, y convertir al “diablo” moral en una figura capaz de producir comunidad, deseo y política.

### **Latencias**

La lectura conjunta de *Folk Devils and Moral Panics* (Cohen, 2011) y *Porno, Blues y Chicas Malas* (Tisocco & Canseco, 2023) permite iluminar un terreno común: la persistencia

de mecanismos sociales que, a través de la construcción de figuras de desviación, buscan disciplinar los cuerpos y regular los placeres. Los *folk devils* no son solo jóvenes subculturales en los márgenes del orden, sino también quienes se aventuran a explorar prácticas eróticas que cuestionan la moral sexual dominante.

El feminismo prosexo aportó claves invaluable para disputar esta estigmatización, mostrando que prácticas como el BDSM no pueden ser reducidas a la lógica de la violencia ni a la reproducción de jerarquías patriarcales. Antes bien, pueden constituir espacios de agencia y experimentación del deseo, sostenidos en el consentimiento y la autonomía. Al confrontar las categorías de peligro y desviación con una política del placer, las autoras prosexo revelaron la potencia política de pensar el sexo como campo de disputa y no como amenaza a conjurar.

En tiempos en que resurgen moralismos y se reactualizan pánicos en torno a la sexualidad, resulta imprescindible volver sobre estos debates. Reconocer los devenires críticos del placer implica asumir que toda política sexual es, al mismo tiempo, una política moral y cultural. El desafío es, entonces, sostener la pluralidad de deseos frente a las tentaciones normativas, y reivindicar el derecho a prácticas que, aun marcadas como peligrosas, siguen siendo espacios de libertad erótica y de imaginación política.

## Referencias

- Cohen, S. (2011). *Folk Devils and Moral Panics: The Creation of the Mods and Rockers*. Routledge Classics.
- Tisocco, C., & Canseco, A. (Comps. y Trads.). (2023). *Porno, blues y chicas malas. Selección de textos de los inicios del feminismo prosexo*. Editorial Asentamiento Fernseh.

## *La música como metáfora de la sexualidad humana: una lectura desde el lenguaje musical contemporáneo*



*Dra. Silvina Valente*  
*Presidente SASH*  
*silvinavalente68@gmail.com*

### **Resumen**

La sexualidad humana ha sido tradicionalmente abordada desde modelos normativos centrados en la función y la reproducción. En las últimas décadas, sin embargo, se ha producido un desplazamiento hacia enfoques que privilegian la experiencia subjetiva, relacional, contextual y la flexibilización. En este marco, el lenguaje musical contemporáneo, particularmente en la obra de Jacob Collier, ofrece una vía conceptual para pensar la sexualidad como un fenómeno complejo, dinámico e intersubjetivo. A través de una analogía estructural entre elementos musicales—armonía, microtonalidad, ritmo y modulación— y dimensiones de la experiencia sexual, este trabajo propone una lectura que integra aspectos emocionales, temporales y culturales de la sexualidad. Esta perspectiva permite ampliar la comprensión clínica y educativa de la sexualidad humana, alejándola de modelos rígidos y favoreciendo una visión más abierta, plural y situada, pero sobretodo inmersiva.

### **Abstract**

Human sexuality has traditionally been approached through normative models centered on function and reproduction. In recent decades, however, there has been a shift toward frameworks that prioritize subjective, relational, contextual experience and greater flexibility. Within this context, contemporary musical language—particularly in the work of Jacob Collier—offers a conceptual pathway for understanding sexuality as a complex, dynamic, and intersubjective phenomenon. Through a structural analogy between musical elements—harmony, microtonality, rhythm, and modulation—and dimensions of sexual experience, this work proposes a reading that integrates emotional, temporal, and cultural aspects of sexuality. This perspective allows for an expanded clinical and educational understanding of human sexuality, moving away from rigid models and fostering a

more open, plural, and situated vision, but above all, an immersive one.

## **Introducción**

La comprensión de la sexualidad humana ha evolucionado desde modelos centrados en la respuesta fisiológica hacia enfoques que integran dimensiones psicológicas, vinculares y culturales Rusterholz, C. (2016). Este cambio de paradigma reconoce la sexualidad como una experiencia compleja, no reducible a secuencias lineales ni a parámetros normativos universales.

En paralelo, la música contemporánea ha atravesado un proceso de expansión conceptual, alejándose de estructuras tonales rígidas para explorar sistemas abiertos, relacionales y dinámicos. En este contexto, la obra de Jacob Collier se destaca por su uso innovador de la armonía, la microtonalidad y la interacción colectiva.

El presente trabajo propone utilizar el lenguaje musical contemporáneo como una metáfora estructural para pensar la sexualidad humana, no como una analogía superficial, sino como una herramienta conceptual que permite comprender su complejidad, variabilidad y carácter relacional.

## **Armonía y experiencia emocional**

En música, la armonía organiza las relaciones entre sonidos, generando tensiones y resoluciones que son experimentadas emocionalmente. De manera análoga, la sexualidad puede entenderse como una configuración dinámica de afectos, deseos y significados que confluyen en una armonía igualmente dinámica, tensionada y resolutive, semejante a la danza que acompaña a la melodía.

Diversos modelos contemporáneos han señalado que la experiencia sexual no es simplemente el resultado de estímulos fisiológicos,

sino un proceso mediado por variables emocionales y contextuales (Basson, 2001; Brotto, 2013). En este sentido, al igual que en la música, el resultado no depende de un único elemento, sino que emerge de la interacción compleja entre múltiples componentes. Zhang, N., Sun, L., Wu, Q., & Yang, Y. (2022).

## **Microtonalidad y diversidad sexual**

La microtonalidad introduce la posibilidad de trabajar con intervalos más pequeños que los del sistema tonal tradicional, generando matices entre categorías aparentemente discretas. Narushima, T. (2018).

Esta noción resulta particularmente útil para pensar la sexualidad contemporánea, donde las categorías rígidas han sido cuestionadas en favor de una comprensión más continua y diversa de la experiencia sexual y de género (American Psychiatric Association, 2013).

Desde esta perspectiva, la sexualidad puede concebirse como un espectro de experiencias más que como un conjunto de categorías fijas. De manera análoga a la expansión del sistema musical más allá de las doce notas tradicionales, esta mirada permite superar modelos binarios y habilita la comprensión de una multiplicidad de expresiones, vivencias, orientaciones e identidades.

## **Modulación y temporalidad del deseo**

La modulación musical implica el cambio de un centro tonal a otro, manteniendo una coherencia global en la obra.

Este concepto permite pensar el deseo sexual como una dimensión dinámica, sujeta a variaciones a lo largo del tiempo y en función del contexto relacional. Investigaciones han demostrado que el deseo, particularmente en mujeres,

puede ser responsivo más que espontáneo, emergiendo en función de la interacción y el contexto (Basson, 2001).

Así, la sexualidad no se presenta como una constante, sino como un proceso en transformación. En este sentido, el deseo a lo largo de la vida no solo varía, sino que, al igual que la modulación musical, puede reorganizarse manteniendo una coherencia interna que sostiene la continuidad y la creatividad de la experiencia sexual.

### **Ritmo, sincronía y vínculo**

El ritmo en música organiza el tiempo y permite la coordinación entre diferentes elementos. En estructuras polirrítmicas, múltiples temporalidades coexisten y requieren ajuste mutuo.

En el ámbito de la sexualidad, esto se traduce en la necesidad de sincronización entre los miembros de una pareja, entendida no como coincidencia automática, sino como un proceso dinámico de ajuste y comunicación (Stern, 2004). Asimismo, implica la interacción de ritmos corporales que pueden ser sincrónicos o asincrónicos, expresando distintas formas de involucramiento, como el dejarse llevar o resistirse, el soltarse o reprimirse.

La experiencia sexual se construye, entonces, en la interacción entre estos ritmos subjetivos y corporales, que deben ser percibidos, modulados y, en muchos casos, negociados en el encuentro con el otro.

### **Co-creación e intersubjetividad**

La música, especialmente en contextos performativos, es una experiencia co-creada entre intérpretes y oyentes. De manera similar, la sexualidad no constituye una experiencia puramente individual, sino un fenómeno esencialmente intersubjetivo.

Autores como Stern (2004) han destacado la importancia de la intersubjetividad en la construcción de la experiencia humana, incluyendo la intimidad. En este sentido, la sexualidad puede entenderse como un proceso emergente de la interacción, en el que el significado se construye en relación con el otro y también con las representaciones internalizadas de otros significativos que han participado, de manera directa o indirecta, en la configuración de la experiencia subjetiva.

### **Sexualidad, cultura y transformación**

Tanto la música como la sexualidad están profundamente influenciadas por el contexto cultural. La evolución de las formas musicales refleja cambios en la sensibilidad estética y en las formas de expresión colectiva.

De manera análoga, la sexualidad contemporánea se caracteriza por una mayor visibilidad de la diversidad, una flexibilización de normas y una creciente influencia de los medios digitales en la construcción del deseo y del vínculo (Weeks, 2010).

Esta dimensión cultural resulta fundamental para comprender la variabilidad de las experiencias sexuales.

### **Conclusión**

La analogía entre música y sexualidad permite abordar esta última como un sistema complejo, dinámico y relacional. Lejos de modelos normativos y lineales, la sexualidad se presenta como un proceso creativo en el que intervienen múltiples dimensiones: emocionales, temporales, corporales y culturales.

El lenguaje musical contemporáneo ofrece, en este sentido, una herramienta conceptual valiosa para ampliar la comprensión de la sexualidad humana, tanto en el ámbito clínico como educativo.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*.
- Rusterholz, C. (2016) “A mechanical view of sex outside the context of love and the family”: Contraception, censorship, and the Brook Advisory Centre in Britain, 1964–1985. *Journal of the History of Sexuality*, 25(3), 454–475. <https://doi.org/10.7560/JHS25304>.
- Zhang, N., Sun, L., Wu, Q., & Yang, Y. (2022). Tension experience induced by tonal and melodic shift at music phrase boundaries. *Scientific reports*, 12(1), 8304. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-11949-4>
- Narushima, T. (2018). *Microtonality and the tuning systems of Erv Wilson*. Routledge
- Basson, R. (2001). Using a different model for female sexual response. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(5), 395–403.
- Brotto, L. A. (2013). *Better Sex Through Mindfulness*. Greystone Books.
- Stern, D. N. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. Norton.
- Weeks, J. (2010). *Sexuality* (3rd ed.). Routledge.
- World Health Organization. (2006). *Defining sexual health*. WHO.

## Arte Erótico



### **Erotismo en movimiento**

*Imagen creada con IA  
Dra. Silvina Valente*

## *Erotismo en movimiento*

Hay encuentros que comienzan en silencio,  
y despiertan el cuerpo con un íntimo movimiento.

Hay miradas que rozan sin tocar,  
y latidos que comienzan, muy despacio, a danzar.

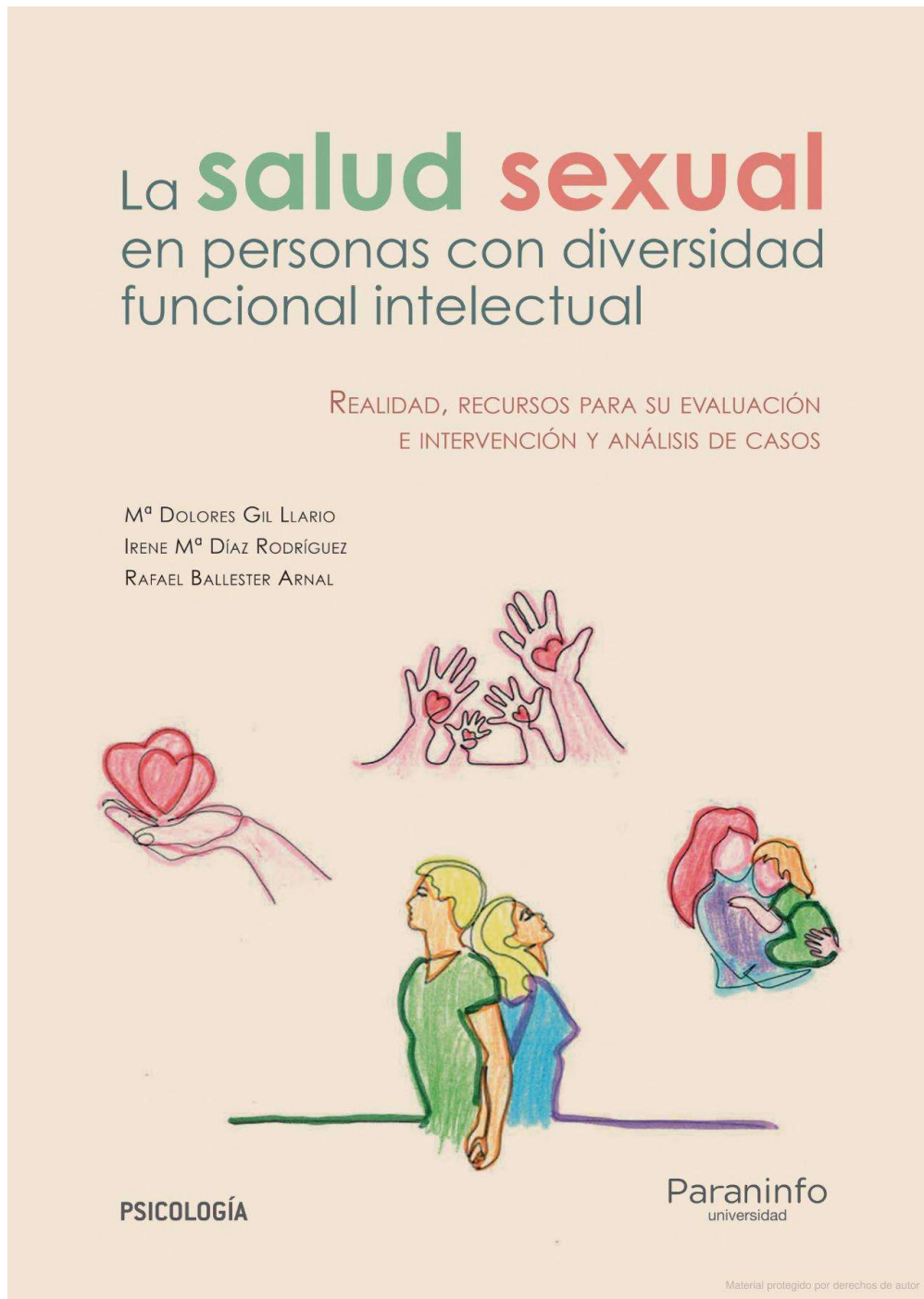
En cada pausa existe una vibración,  
en cada cercanía, una secreta conexión,  
Porque el erotismo no habita en lo estático,  
sino en aquello que fluye, que transforma y se vuelve mágico.

Es piel que recuerda, es deseo que arde,  
es ciencia y misterio recorriendo un mismo sendero.

Y cuando las almas se permiten sentir,  
el tiempo se inclina... y todo comienza a latir.  
Porque en el verdadero movimiento del deseo,  
no solo se encuentran cuerpos...  
se reconocen universos enteros,  
como cuerpos en movimiento descubriendo lo eterno.

*Texto: Lic. María Bernarda Romero*

## Libro Recomendado



### Autores:

Gil Llario, Mª Dolores, Ballester Arnal, Rafael, Díaz Rodríguez, Irene Maria  
Editor Ediciones Paraninfo, S.A., 2021  
ISBN 8428344442, 9788428344449  
N.º de páginas 252 páginas

## Sinopsis

Si bien es cierto que en los últimos años se están produciendo importantes avances en la vivencia de la sexualidad de las personas con diversidad funcional intelectual (PDFI), carecemos de estudios rigurosos que nos permitan conocer el verdadero alcance de estos cambios. El presente libro ofrece un estudio amplio y riguroso en el que han participado 360 PDFI y 300 personas sin discapacidad (padres, profesionales y población general). En él se analizan tanto las necesidades en cuanto a su sexualidad, relacionándolas con su calidad de vida, como el abuso sexual, y se presentan para todo ello cifras de prevalencia contrastadas por diferentes fuentes.

Los profesionales que trabajan en esta área encontrarán en esta obra una batería de evaluación de la sexualidad de las PDFI, así como recursos para la intervención ilustrados con 12 casos donde se ofrecen pautas para actuar ante problemas relacionados con el autoerotismo, la orientación sexual, el abuso sexual, las relaciones de pareja o el mal uso de las redes sociales, entre otros muchos.

Los padres, así como el lector interesado en el tema, podrán encontrar un texto ameno lleno de testimonios, opiniones y quejas realizadas en primera persona, puesto que nuestro objetivo último no ha sido otro que dar voz a las personas con diversidad funcional intelectual.

La Dra. M<sup>a</sup> Dolores Gil Llario es catedrática de Psicología Evolutiva y de la Educación en la Universitat de València. Dirige el grupo de investigación SALUSEX que forma parte del Equipo Interuniversitario de Investigación del mismo nombre en el que participa también la Universitat Jaume I de Castellón bajo la dirección del profesor Rafael Ballester Arnal, catedrático de Psicología Clínica de la Salud. Ambos dirigen la Asociación para el Estudio de la Sexualidad y la Defensa de los Derechos Sexuales. La Dra. Irene M<sup>a</sup> Díaz Rodríguez también forma parte del equipo SALUSEX y es la psicóloga de AFANAS. Lleva más de 15 años trabajando con personas con diversidad funcional intelectual en centros de día y residencias.

## **REGLAMENTO EDITORIAL Y NORMAS PARA PUBLICACIÓN CIENTÍFICA**

### **Revista Científica de la Sociedad Argentina de Sexualidad Humana**

Los artículos deberán ser enviados por correo electrónico a:

[revista.sasharg@gmail.com](mailto:revista.sasharg@gmail.com) y/o secretaria@sasharg.com.ar  
y/o mediante página de la revista <https://revista.sasharg.com.ar/index.php/journal/about/submissions#authorGuidelines>

---

## **CAPÍTULO I**

### **DISPOSICIONES GENERALES**

#### **Artículo 1º. Objeto**

El presente Reglamento tiene por objeto establecer las normas editoriales, metodológicas, éticas, formales y procedimentales que regirán la recepción, evaluación, arbitraje, aceptación, edición y publicación de manuscritos científicos en la Revista Científica de la Sociedad Argentina de Sexualidad Humana, en adelante “la Revista”.

---

#### **Artículo 2º. Ámbito temático**

La Revista publicará contribuciones originales e inéditas vinculadas con los campos de la sexualidad humana, psicología, medicina sexual, psiquiatría, ciencias sociales, educación, neurociencias, salud pública, derecho, bioética y disciplinas afines, incluyendo enfoques interdisciplinarios y transdisciplinarios.

#### **Artículo 3º. Condición de originalidad**

Todo manuscrito sometido a consideración deberá reunir, de manera obligatoria, las siguientes condiciones:

- a) Ser original e inédito.
- b) No haber sido publicado total ni parcialmente en otro medio científico, impreso o digital.
- c) No encontrarse simultáneamente sometido a evaluación en otra publicación nacional o internacional.
- d) Contar con la conformidad expresa de la totalidad de sus autores.

La presentación del manuscrito implicará declaración jurada de cumplimiento de las condiciones precedentemente establecidas.

---

## **CAPÍTULO II**

### **PRINCIPIOS ÉTICOS Y DE INTEGRIDAD CIENTÍFICA**

#### **Artículo 4º. Normas éticas internacionales**

Toda contribución deberá ajustarse a los principios internacionales de integridad científica, transparencia editorial, buenas prácticas en investigación y ética en publicación establecidos por Comité de Ética en Publicaciones.

---

#### **Artículo 5º. Investigación con seres humanos**

Los estudios que involucren participación de personas humanas, datos sensibles, historias clínicas, material audiovisual, entrevistas, instrumentos psicométricos, intervenciones clínicas o comunitarias, deberán

acreditar el cumplimiento de los principios éticos internacionales establecidos en la Declaración de Helsinki, así como de la legislación vigente en el país donde la investigación hubiera sido desarrollada.

Deberá acompañarse, cuando corresponda:

- a) Aprobación de Comité de Ética.
- b) Consentimiento informado.
- c) Resguardo de anonimización y confidencialidad.
- d) Declaración de manejo responsable de datos.

---

### **Artículo 6°. Conductas científicas inadmisibles**

Constituyen faltas graves y serán causa de rechazo editorial inmediato:

- a) Plagio.
- b) Autoplagio no declarado.
- c) Fabricación, falsificación u omisión deliberada de datos.
- d) Manipulación indebida de resultados.
- e) Autorías ficticias, omitidas o no consentidas.
- f) Conflictos de interés no declarados.

La Revista podrá implementar mecanismos de detección de similitud textual y verificación de integridad académica.

---

## **CAPÍTULO III**

### **CATEGORÍAS DE PUBLICACIÓN**

#### **Artículo 7°. Tipologías de manuscritos admitidos**

La Revista recibirá las siguientes categorías editoriales:

##### **I. Artículos de investigación empírica**

##### **II. Revisiones sistemáticas, integrativas o metaanálisis**

##### **III. Ensayos clínicos, teóricos o reflexivos**

##### **IV. Estudios de caso clínico, institucional o comunitario**

##### **V. Comunicaciones breves**

##### **VI. Notas técnicas o metodológicas**

##### **VII. Reseñas académicas, entrevistas científicas y documentos especiales, previa invitación editorial.**

---

## **CAPÍTULO IV**

### **REQUISITOS FORMALES DE PRESENTACIÓN**

#### **Artículo 8°. Normas de estilo**

Los manuscritos deberán ajustarse a las normas de la American Psychological Association (APA, séptima edición).

---

#### **Artículo 9°. Formato general**

Los manuscritos deberán remitirse en formato Word (.doc o .docx), bajo las siguientes especificaciones:

- a) Papel A4.
- b) Fuente Times New Roman, tamaño 12.
- c) Interlineado 1,5.
- d) Márgenes de 2,54 cm.
- e) Paginación consecutiva.
- f) Sangría de primera línea de 1,25 cm.

#### **Artículo 10°. Extensión**

La extensión permitida será la siguiente:

<b>Tipo de manuscrito</b>	<b>Extensión</b>
Artículo empírico	5.000–8.500 palabras
Revisión sistemática	6.000–10.000 palabras
Ensayo clínico-reflexivo	4.000–7.000 palabras
Estudio de caso	3.500–6.000 palabras
Comunicación breve	2.000–3.500 palabras

- bases de datos consultadas;
- estrategia de búsqueda;
- criterios de inclusión y exclusión;
- procedimiento de selección;
- síntesis de evidencia.

Se recomienda adecuación a lineamientos de PRISMA.

---

## **CAPÍTULO V**

### **ESTRUCTURA CIENTÍFICA DE LOS MANUSCRITOS**

#### **Artículo 11°. Artículos empíricos**

Deberán ajustarse obligatoriamente al formato IMRyD:

#### **Introducción**

#### **Método**

#### **Resultados**

#### **Discusión**

Deberán incluir:

- objetivos;
- hipótesis cuando corresponda;
- descripción metodológica completa;
- análisis estadístico o analítico explícito;
- limitaciones del estudio;
- proyecciones futuras.

---

#### **Artículo 12°. Revisiones sistemáticas**

Deberán explicitar:

---

#### **Artículo 13°. Estudios de caso**

Deberán garantizar:

- Consentimiento informado.
- Anonimización completa.
- Relevancia clínica, académica o institucional.
- Fundamentación diagnóstica y/o inter-ventiva.

---

## **CAPÍTULO VI**

### **DECLARACIONES OBLIGATORIAS**

#### **Artículo 14°. Declaraciones finales**

Todo manuscrito deberá incorporar, en sección independiente:

- Contribución específica de autoría.
- Fuentes de financiamiento.
- Conflictos de interés.
- Disponibilidad de datos.
- Aprobación ética, cuando corresponda.
- Uso de herramientas de asistencia tecnológica o inteligencia artificial, cuando hubieren sido empleadas en procesos de redacción, análisis, traducción o edición.

---

## **CAPÍTULO VII**

### **PROCESO DE EVALUACIÓN**

### **Artículo 15°. Evaluación preliminar**

El Comité Editorial realizará una revisión inicial de admisibilidad formal, temática, metodológica y ética.

Podrán ser rechazados sin arbitraje aquellos manuscritos que:

- a) No se adecuen a la línea editorial.
- b) Presenten deficiencias metodológicas sustantivas.
- c) Incumplan normas éticas o formales.
- d) No alcancen estándares mínimos de calidad científica.

---

### **Artículo 16°. Arbitraje científico**

Los manuscritos admitidos serán sometidos a evaluación mediante sistema de  **doble ciego**, por un mínimo de dos revisores externos especializados.

Los dictámenes posibles serán:

- a) Aceptado sin modificaciones.
- b) Aceptado con modificaciones menores.
- c) Aceptado con modificaciones mayores.
- d) Rechazado.

La decisión del Comité Editorial será definitiva e inapelable.

---

## **CAPÍTULO VIII**

### **DISPOSICIONES FINALES**

#### **Artículo 17°. Derechos editoriales**

La aceptación de un manuscrito implicará autorización expresa a favor de la Revista para su edición, corrección de estilo, diagramación, publicación impresa o digital, indexación y difusión académica conforme a la política editorial institucional.

---

#### **Artículo 18°. Interpretación y aplicación**

Toda situación no prevista en el presente Reglamento será resuelta por el Comité Editorial de la Revista Científica de la Sociedad Argentina de Sexualidad Humana, cuya interpretación será de carácter definitivo.