



ENFERMERO: LA PIEDRA ANGULAR DE LA RELACIÓN AFECTIVO-SEXUAL

NURSE: CORNERSTONE OF THE AFFECTIVE-SEXUAL RELATIONSHIP

Autor: Ricardo Torres Pollán
Directora: María Luz Fernández Fernández
Grado en Enfermería
Curso Académico: 2021/2022
Facultad de enfermería, Universidad de Cantabria

AVISO DE RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros.

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
PALABRAS CLAVE.....	1
ABSTRACT.....	1
KEYWORDS.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2-4
MOTIVO DE ELECCIÓN.....	5
ESTRATEGIA DE BUSQUEDA.....	5
OBJETIVOS.....	6
OBJETIVO GENERAL.....	6
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	6
DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS	6
CAPÍTULO 1: La relación afectivo-sexual: Visión holística del amor.....	7-14
1.1 El amor a través de la historia.	7-9
1.2 La fisiología de la relación afectivo-sexual.	9-11
1.3 La relación afectivo-sexual desde la psique.	11-14
CAPÍTULO 2 La patología de lo afectivo-sexual.....	15-21
2.1 Se acabó el amor.....	15-16
2.2 En el amor NO todo vale.....	16-19
2.3 El doble filo de la pornografía	19-20
2.4 La agresión a la diversidad.....	20-21
2.5 Aumentan los contagios, pero no de coronavirus.....	21
CAPÍTULO 3 El enfermero, la piedra angular.....	22-26
3.1 De la consulta de Atención Primaria a la enfermera escolar.....	22-25
3.2 El futuro no tan lejano de la educación sexual enfermera.....	25-26
CONCLUSIÓN.....	27-28
BIBLIOGRAFÍA.....	29-40
ANEXOS.....	41-47

RESUMEN

El amor y la relación sexual forman parte de la vida desde que existe el humano, y condiciona el desarrollo de las personas durante toda su existencia y que forman parte de un hito vital que comienza en la adolescencia. Al igual que en muchas otras necesidades y procesos vitales, pueden provocar numerosas patologías que condicionan la salud de las personas e incluso su vida. El enfermero como profesional de las ciencias del cuidado tiene la capacidad y responsabilidad de prevenir las patologías que puedan derivarse mediante la educación para la salud, sin embargo, la promoción de la salud en la adolescencia es incorrecta e insuficiente limitándose a lo biológico y médico y no posee una visión holística. Durante este trabajo queda patente la necesidad de la creación de una nueva educación afectivo-sexual y justificar porque la enfermera es la figura idónea para desempeñarla.

PALABRAS CLAVE

Afecto, Sexualidad, Cuidado Enfermero, Conductas Relacionadas con la Salud

ABSTRACT

Love and sexual intercourse are a huge part of life since the humankind exists, conditioning the development of humans throughout our existence. These are part of a vital milestone that begins in adolescence, which is decisive to establish a healthy pathway. As in many other needs and vital processes, they can cause numerous pathologies that condition people's health and even their lives. The nurse, as a professional of the care science, has the capacity and responsibility to prevent pathologies that may arise through health education, however, the current promotion of health in adolescence is poor and inaccurate, limited to the biological and medical field, absolutely lacking any holistic vision. The aim of this project is to manifest the need for the creation of a new affective-sexual education and justify why the nurse is the ideal figure to perform it.

KEYWORDS

Affect, sexuality, nurse care, health behaviour

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es uno de los hitos del desarrollo humano y una necesidad que contribuye a la personalidad e identidad desde la infancia y a lo largo de la vida de la persona, aunque es sobre todo en la adolescencia donde cobra una especial relevancia marcando las relaciones con el resto de las personas.¹ A pesar de ello la relación afectivo sexual y especialmente la sexualidad ha sido y es un tema tabú en nuestra sociedad tiende a ocultarse, no se expresa e incluso se estigmatiza.² Esto se debe principalmente a nuestra historia cultural que se ha ido perpetuando hasta la actualidad.

Históricamente la relación afectivo sexual ha ido cambiando a lo largo del transcurso del tiempo teniendo diferentes motivos, funciones, y sentido. Desde la prehistoria donde cumplía una función reproductiva y de supervivencia pasando por la Edad Antigua donde hay un interés social y de clases, hasta la etapa de romanticismo y su unión con Dios con el cristianismo en todos los países de tradición judeo-cristiana del que somos herederos hoy en día.³ A consecuencia de ello, en la sociedad Occidental las relaciones afectivo-sexuales se limitaban únicamente a la reproducción y procreación durante siglos siendo por ende principalmente relaciones matrimoniales, monógamas y heterosexuales. Una cuestión que cambia radicalmente en el siglo XX, aunque en España se alargará más respecto al resto de países occidentales debido a la dictadura franquista y su vinculación con la Iglesia Católica. El cambio en nuestro país viene de la mano de la democracia tras la constitución de 1978, adecuándose al resto de naciones europeas de manera que la sexualidad comienza como derecho comprometiendo al Estado para garantizarlo.⁴

Asimismo, se comienza a estudiar el concepto del amor desde los aspectos biológicos y fisiológicos de manera que, se sientan las bases hormonales y bioquímicas de este. Por otro lado, se descubre la transmisión sexual de enfermedades, incluso nuevos patógenos y sus consiguientes desviaciones de salud y medidas de prevención como el uso de los anticonceptivos. Además, desde la psicología, las distintas teorías comienzan a explicar el amor como un sentimiento complejo hacia otra persona. Que no siempre es fácil de interpretar y descubren conceptos nuevos como la identidad de género, heteronormatividad y fluyen nuevas sexualidades, que antes eran inconcebibles por el pensamiento de la época.⁵ A esto hay que añadir, el trabajo dirigido a la detección y tratamiento de las consecuencias mentales de una relación afectivo sexual insana.

Por otro lado, comienzan a promulgarse leyes que protegen los derechos afectivo-sexuales que procuran el desarrollo de la sexualidad sin prohibiciones y se descubre cómo, una sexualidad mal encaminada sin bases previas conlleva desviaciones de salud graves. En este sentido, surge en España por primera vez la educación afectivo sexual en las décadas de los 2000-10, lo que contrasta con el origen de ésta en Suecia en 1955⁴, Para formar a los jóvenes en esta materia. Esto es importante, puesto que se eliminan algunas de las falsas creencias y el tradicionalismo al que estaba ligado la relación amorosa y sexual. Así, se separa la sexualidad de la reproducción, el afecto y amor del matrimonio, a la vez que previene e informa de la existencia de las enfermedades de transmisión sexual en una sociedad atemorizada con el VIH originado un par de décadas antes. Además, acoge la masturbación como algo natural y propio del desarrollo de la sexualidad del adolescente, y no como un hecho vergonzoso y lujurioso.

En línea con lo anteriormente expuesto, se empieza a hablar de multitud de métodos anticonceptivos y protección frente a las enfermedades de transmisión sexual (ETS) tanto para la mujer como para el hombre, como es el preservativo y su uso normalizado, iniciándose la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) especialmente en las adolescentes. Además, la mujer, que sin duda fue el sexo más oprimido en el aspecto afectivo y sexual durante la historia, gana derechos y más libertades sexuales de manera que consigue poder amar, relacionarse y explorar su sexualidad con quien desee sin necesidad de reproducirse.

Aun así, en un breve transcurso del tiempo esta educación sexual empieza a quedarse obsoleta demostrando ser incapaz de dar respuestas integrales a las necesidades de las personas. En la actualidad, sigue iniciándose esta formación con pinceladas a los 12 años, dando la importancia a los 14 años en las revisiones médicas y enfermeras de acuerdo con el Programa de Salud de la Infancia y Adolescencia en Cantabria (PSIAC). Esto, mientras los estudios demuestran que la edad media de inicio de las relaciones sexuales en 2021 es de 13,8 años⁶ teniendo en cuenta, que este dato habla de la relación sexual con penetración y que existen otras formas de esta que son aún más precoces. a este respecto, hay que añadir, que los niños y adolescentes no adquieren la primera información sobre las relaciones sexuales con su primera relación sino mediante herramientas como es el smartphone u ordenador. Esto último se muestra ya en algunos datos de 2010 que revelan que el 90% de los adolescentes menores de 12 años ha consumido pornografía.⁷ y actualmente ya se sitúa en los 8 años como edad de inicio del consumo de la misma⁸

Además, la educación sexual existente es completamente biologicista y médica, focalizada en la enfermedad y prevención del embarazo dónde se habla de patologías: sífilis, virus del papiloma humano, gonorrea, VIH, prevención de cáncer de útero e interrupción del embarazo. es obvio que estos son importantes, aunque no se pueden obviar otros que los adolescentes necesitan, cómo son además de los factores biológicos, los psicológicos, socioculturales y socioafectivos, logrando un enfoque holístico. Esto porque hay que educar en temas que favorezcan la igualdad y respeto a las emociones, las relaciones afectivo-sexuales, el respeto por las identidades de género y orientación sexual, autoestima, autoconocimiento, valoración personal. Todo ello con el fin de prevenir el sometimiento, la sumisión, los factores cognitivos y emocionales para que la adolescente viva su sexualidad y relaciones afectivas de manera placentera a la par que saludable y establezca relaciones interpersonales no discriminatorias.²

Una educación afectivo-sexual debe promover igualdad para prevenir la violencia de género la cual se manifiesta de multitud de formas cada vez más variadas como es el uso de la tecnología, busca si la mitad de las adolescentes sufren violencia psicológica y de control.⁹ y esta sigue sin tener importancia en las revisiones de salud de nuestro sistema sanitario. Es necesario, por tanto, adoptar un modelo de educación sexual integral y holística en el que adquieren un especial protagonismo los profesionales enfermeros desde el ámbito de la enfermería escolar y la Atención Primaria, así como los psicólogos en materia afectivo sexual, superando a las anteriores intervenciones medicalizadas donde solo se contempla la sexualidad desde la enfermedad (ETS).²

Por este motivo, la nueva educación en esta materia además del psicólogo que es de suma importancia para prevenir y tratar posteriormente si la situación lo requiriese, patologías derivadas de una inadecuada relación de pareja debe incluirse, al profesional en sexología, el cual hoy en día sigue estigmatizado del mismo modo que el sexo, y el cual, puede ayudar a prevenir patología sexual o deconstruir falsos mitos y constructos sexuales que pueden repercutir en la pareja. Del mismo modo el médico no debe ser sustituido y debe tener la misma importancia y colaborar con el resto de los profesionales.

En todo ello debe hallarse la figura del profesional el enfermero que tiene un vital papel en el cual es la piedra angular en la prevención de todo tipo de patologías y que es el profesional más adecuado para prevenir detección y derivación al resto del equipo si la situación lo necesitase.

En lo que respecta al papel de las enfermeras es importante destacar, que tanto en la formación de Grado, como en las Especialidades de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona), la de Enfermería Pediátrica y la de Enfermería Familiar y Comunitaria, se contempla en sus competencias “La educación sexual, reproductiva y de género”¹⁰ por lo que, sin lugar a duda, el enfermero posee legalmente la capacidad de llevar la labor de la educación afectiva y sexual.

A lo largo de este trabajo de fin de grado se pretende visibilizar las carencias de la educación afectivo sexual actual, de la velocidad vertiginosa del avance y cambiante respecto la forma que las personas se relacionan. Igualmente, la importancia del papel del profesional enfermero en la educación afectivo sexual, la necesidad de una actualización constante de los conocimientos en esta materia. se trata de reivindicar la importancia de la enfermería escolar y de la especialidad de la enfermería comunitaria y familiar, para poder educar a la población.

MOTIVO DE ELECCIÓN

La educación para la salud es una de las competencias enfermeras que más me atraen de todas las existentes que forman parte del aprendizaje del grado. La selección de la educación afectivo-sexual como tema es a consecuencia de objetivar la ausente educación en este tema, tanto en la propia formación teórica en la carrera la cual considero fue insuficiente, como durante las practicas, la cual es muy escasa, a pesar de que el amor y el sexo sean uno de los pilares del ser humano y no se le dé la importancia que requiere. Por consiguiente, mediante la elección de este proyecto se pretende eliminar todo tabú acerca de la materia, demostrar la gran importancia de este, y que sin la correspondiente educación puedan existir desviaciones de salud notorias. Del mismo modo reivindicar la figura de la enfermera como el sujeto idóneo para desempeñarla.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Para llevar a cabo la búsqueda de información para este trabajo de fin de grado se ha realizado una revisión bibliográfica de libros, artículos, revistas y tesis doctorales principalmente en castellano e inglés, entre los años 2016 y 2022, consultados todos ellos entre noviembre de 2021 y abril de 2022.

Entre las bases de datos en las que se ha encontrado información científica se encuentran:

- Pubmed
- Scopus
- SciELO
- Google Académico
- Dialnet

Los artículos han sido seleccionados principalmente en base a los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH) que han sido elegidos previamente, los cuales son:

- Afecto / affect.
- Sexualidad / sexuality.
- Cuidado Enfermero / nurse care.
- Conductas Relacionadas con la Salud / health behaviour.

Por último, se ha completado la recogida de información consultando fuentes en sus páginas web como:

- Organismos oficiales, a nivel nacional e internacional: La Asociación Científica Española de Enfermería y Salud Escolar www.aceese.es, Instituto Nacional de Estadística (INE) www.ine.es, Instituto de Salud Carlos III <https://www.isciii.es/>.
- Fuentes legislativas: Boletín Oficial del Estado (BOE) www.boe.es, o Boletín Oficial de Cantabria (BOC) www.boc.cantabria.es,
- Medios de comunicación periodísticos, incluyendo medios del ámbito sanitario como: Enfermería Cantabria TV, El País, El Confidencial, RTVE, o BBC

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Demostrar la importancia del profesional enfermero en la educación afectivo-sexual durante el periodo de la adolescencia y juventud para favorecer su desarrollo y prevenir las potenciales desviaciones de salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analizar desde una perspectiva holística los conceptos de afectividad y sexualidad.
2. Mostrar las desviaciones de salud derivadas de una inadecuada educación sexual y amorosa.
3. Justificar la trascendencia del papel del enfermero en la educación afectivo sexual.

DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS

El presente trabajo fin de grado se ha fundamentado en tres capítulos en los cuales se trata de alcanzar los 3 objetivos específicos y con ellos el objetivo general.

Así, el primer capítulo comienza contextualizando la diversidad de factores que conforman el amor y la relación sexual. Durante la primera parte de este, se hace una revisión de la evolución de la relación afectivo sexual durante la historia para demostrar la base sociocultural que esta posee y como va variando conforme la sociedad avanza. La segunda parte se pretende demostrar la fisiología del amor y la explicación científica de las emociones y sensaciones que se perciben mientras dura este. La tercera parte se hace hincapié en el proceso psicológico del amor, los tipos del mismo acorde a la psicología y la diferenciación entre atracción romántica, sexual y la influencia del genero a estos.

El segundo capítulo, esta enfocado a exponer las distintas desviaciones de salud mas comunes en la sociedad actual, centrando como hace la enferma de forma holística y no biologicista como es la educación sexual convencional siendo por ejemplo la patología que provoca los roles de género y que mediante la educación sexual que puede proporcionar la enferma puede disminuir el riesgo.

Por último, el tercer capítulo, trata de la justificación del papel fundamental de la enfermera de Atención Primaria tiene la capacidad para realizar una buena educación sexual que debe ser renovada puesto que en la actualidad está muy limitada. La segunda parte trata de la reivindicación de la enfermera escolar como la mejor elección con diferencia para realizar la labor de educación afectivo-sexual. La tercera, por último, trata el futuro cercano el cual se avecina y que puede influir en la salud emocional y sexual de los adolescentes y como el enfermero puede y debe ser el encargado de prevenirla.

1. CAPÍTULO 1: La relación afectivo-sexual: Visión holística del amor

La relación afectiva es inherente al propio origen de la especie humana transformándose y variando en función de esto a lo largo de su dimensión histórica y los cambios sociales, culturales y religiosos¹¹. El contexto, las circunstancias, la configuración de la familia, las relaciones de poder e incluso los intereses políticos entre otros, han marcado las relaciones amorosas y los vínculos afectivos sexuales de manera, que no hay una perspectiva única de entenderlos. El amor ha tenido diferentes concepciones según la época, la corriente de pensamiento respecto al mismo, el rol de los distintos géneros, de manera específica el de las mujeres, cuya única función a lo largo de los siglos ha estado centrada en la maternidad y el cuidado de la familia en el hogar.

Es obvio, que en estos millones de años de andadura humana los logros son incuestionables, aunque guardan una estrecha relación con los escenarios políticos y geográficos del planeta y las culturas en las que se insertan y desarrollan la vida las distintas poblaciones humanas. En todo caso, hay un hecho indiscutible, lo que hoy somos y cómo se entiende nuestra relación afectiva es el resultado del periplo histórico de nuestra especie sujeta a los avatares que han configurado nuestra realidad actual

1.1 El amor a través de la historia.

Aunque no se pueda denominar amor en el más estricto sentido de la palabra, puede considerarse como el primer esbozo de esta búsqueda de unión hacia otros individuos¹². El amor de los primeros grupos humanos se basa en el instinto de supervivencia, en un mundo lleno de peligros vitales en los que se hace necesario la unión de unos con otros formando grupos con el fin de protegerse, esquivando la muerte, que en solitario hubiese sido inevitable y, en consecuencia, el fin de la especie. es cierto, que no es fácil evidenciar los signos de amor en estas etapas prehistóricas, aunque se ha podido documentar algún enterramiento de parejas en la época neolítica que están abrazadas lo que sin duda sugiere que había signos de afecto entre ellos, y por tanto no tan diferente a lo que ocurre en la actualidad.

Una de las primeras evidencias objetivas del amor y la manifestación de éste, se remonta a grabados sumerios de más de 4000 años de antigüedad donde aparecen muestras de afecto¹³. En esta misma época, además, encontramos en el Código de Hammurabi (uno de los conjuntos legislativos más antiguos) la primera referencia al matrimonio, donde se permitía de cualquier forma de unión matrimonial exceptuando únicamente el incesto.¹⁴

Unos siglos más adelante en la Grecia Clásica, gracias a los filósofos griegos, se puede conocer el concepto del amor y matrimonio que existía en este periodo, la unión matrimonial, como tal, era un instrumento para alcanzar requisitos de tipo socioeconómico y crianza, en cambio la atracción sexual, a consecuencia del culto al cuerpo y adoración a la belleza que existía, se solía limitar con jóvenes externos al matrimonio, se debe mencionar por ende la importancia de la “hetaira”, mujeres jóvenes con gran atractivo físico, y que conseguían gracias a ello, una alta posición sociocultural, del mismo modo, los atletas, eran muy importantes en esa búsqueda por la perfección física y, en consecuencia, referentes de la atracción sexual. Cabe recalcar que la relación homosexual entre hombres socialmente era aceptada por lo que era muy común el sexo entre hombres. Es por ello por lo que, el heleno tendría una relación matrimonial con una mujer para asegurar descendencia y tener una buena posición social, y la atracción sexual y pasión amorosa se limitaría con otros individuos, principalmente con hombres, pero también con otras mujeres.

Mientras que la mujer griega, se limitaría a la crianza de los descendientes del cónyuge y cuidado de la casa. Podemos exceptuar en esta cultura a Esparta, donde la libertad de la mujer era mayor siendo más cultas pues estudiaban hasta los 18 años, mientras que en Atenas era hasta los 13, además la mujer, poseía derecho de propiedad y muchas se dedicaban a la gestión y administración de fincas.

En Esparta, asimismo, la homosexualidad era legal, sin embargo, el matrimonio era obligatorio para procurar la concepción de jóvenes soldados capaces de ir a la guerra a defender la nación, y de hecho socialmente, estaba mejor visto una relación lésbica que un hombre amanerado. En conclusión, en la Grecia Clásica el amor se trataría de un concepto espiritual y adoración hacia la belleza y estaba completamente desligado del género pudiéndose mantener relaciones homosexuales pues era socialmente aceptado mientras que el matrimonio cumpliría una función social económica y de linaje.¹²

En la época romana no existen grandes variaciones respecto a la griega, pues la unión sigue manteniéndose la conveniencia política, socioeconómica y el fin de conseguir descendencia. La mujer seguiría limitándose nuevamente a la crianza y el hombre adquirir un heredero de sus posesiones.¹⁵ Si bien la homosexualidad siguió siendo legal en buena parte del periodo romano, en este periodo también se encuentra la prohibición de esta, pues el emperador Justiniano legislaría y condenaría las relaciones homosexuales.¹⁶ Con la llegada del cristianismo y posteriormente la caída del Imperio observamos un punto de inflexión pues la corriente cristiana defendía un amor puro y ligado siempre al matrimonio, alejado de todo tipo de carácter sexual material e interesado, esto se mantuvo durante toda la alta edad media.

En Francia del s. XI-XII se da el origen a lo que sería el comienzo del amor occidental tal y como se conoce actualmente el llamado amor cortés denominado así por su vinculación a la Corte. Surgen de poemas en lengua de oc (occitano) para ser cantados por trovadores de alto contenido erótico y pasión que acabarían culminando al estado máximo. Normalmente se caracterizaba por una pasión imposible, donde uno de los amantes estaba en un matrimonio de conveniencia y se enamoraba de otra persona.¹⁷ Este amor era limitado a la nobleza pues solo se podía consumir en acto carnal en el matrimonio (como defendía la Iglesia Católica y que claramente influyó en la percepción del amor) y no para el pueblo llano, ya que estos además de no poder disfrutar de la cultura como si lo hacía la alta esfera social del medievo, la relación afectiva de estos debiera limitarse a la descendencia.¹⁵

La Iglesia católica conforme avanzaba la baja edad media acabaría añadiendo una visión aún más casta y púdica, pues defiende una visión negativa de la atracción lujuria y pasión sexual, por lo que el amor y sexualidad queda reducida a lo mismo: matrimonio y la procreación como fin.

Con la llegada del Renacimiento, hay un cambio cultural radical en el pensamiento. Surge el antropocentrismo y la mirada se vuelca a las etapas grecorromanas previas, tanto en el arte como en muchos otros puntos de vista culturales y sociales. En cuanto al amor, se vislumbra uno mucho más cercano al concepto actual de Occidente, pues comenzaba sutilmente la libertad de elegir a la pareja y se empieza a admitir el placer sexual como se ya se hacía en las culturas clásicas, si bien este estaría más limitado al heterosexual y no existió la misma libertad sexual que en los precedentes helénico y romano.¹⁵

Con el surgimiento de la Ilustración y protestantismo (s. XVII), la relación afectiva se vuelve ligeramente más mental alejándose de lo emocional influida por estas ideologías, progresa pues, la libertad de elección de pareja, pero se mantiene la delimitación del hogar unifamiliar.

No obstante, se sigue discriminando y poseyendo un concepto negativo de la mujer como hasta ahora (objetivable en la Declaración de Derechos del Hombre que excluye a la mujer) donde su papel en la relación es la descendencia y la crianza de hijos¹⁸. En el momento que surge la Revolución Industrial cambiaría la forma de relacionarse que conlleva que el amor sirva además como un apoyo en la clase media económica para el sustento de la vida familiar y emocionalmente. Comienza además a existir mujeres trabajadoras en ciudades especialmente solteras y viudas que necesitan sustento económico.

Finalmente surge el Romanticismo (s. XIX), corriente que da a luz a la concepción del amor tal y como lo conocemos actualmente. Una etapa de pensamiento muy ligada a la emoción y sentimiento como se observa desde en el arte hasta en política con los nacionalismos, en contraposición de la Ilustración, pues en este periodo la relación afectiva se entendía que el ser humano es altamente influenciado por sus emociones y no innatamente racional y, por otro, al amor como algo incontrolable y ocurría sin razón aparente, con una gran carga emocional del que no se puede si no dejarse llevar.^{15,18} En la época Victoriana (finales del siglo XIX) sin embargo existe un matiz, que influyó en la concepción del amor pues comienza un aumento de la moralidad y decencia por lo que una vez más el placer y atracción sexual, es negativo y el amor puro entregado a Dios y la procreación como algo positivo debiéndose de alejar todo acto lujurioso.¹⁵

A mitad del siglo XX, (en la década de los 60 específicamente), se produce una revolución afectivo-sexual sin precedentes. La llegada del pensamiento “hippie” provoca un giro de 180° social y cultural y por ende también en la forma en la que los seres humanos se relacionaban, este nuevo pensamiento favoreció un incremento en la frecuencia de las relaciones sexuales y aparecen en consecuencia nuevas concepciones del amor como es el amor libre, parejas abiertas, o comunidades sexuales dándose una gran importancia al sexo sin prohibiciones independientemente de ser o no dentro del matrimonio. Surge a la vez una revolución feminista liberal y completamente radical a lo establecido con anterioridad donde la mujer gana una gran importancia y deja de estar supeditada al matrimonio y tener hijos como meta vital.

Esta revolución afectivo-sexual se vio más enlentecida en España, debido a la dictadura franquista y su influencia católica; y no fue hasta finales de los 70 y la década de los 80 cuando esta comienza a surgir, primero con un ligero coqueteo con lo sexual que se observa en el cine de los 70 en la época del destape y más adelante cuando se consolida la democracia con una revolución cultural que marca un antes y después en la historia de España. Actualmente en la década de los años 20 del s. XXI la sexualidad comienza a florecer y surgen sexualidades nunca vistas fruto de la libertad social, en cambio comienza un detrimento de la parte afectiva que media en las parejas y el matrimonio comienza a contemplarse como algo antiguo y negativo.¹⁵

1.2 La fisiología de la relación afectivo-sexual:

Encontrar pareja para amar y ser amado formando una relación amorosa y en ocasiones tener descendencia a largo plazo, son metas vitales en el ser humano.¹⁹ Durante la infancia tardía y adolescencia comienza la atracción sexual, rasgo primitivo que se basa en la química cerebral para la procreación. Esta afinidad erótica deriva a un estado de enamoramiento altamente ligado a la dopamina que se segrega durante el proceso del enamoramiento.²⁰

Durante el enamoramiento se activan zonas cerebrales asociadas al placer como el hipocampo o núcleo caudado, muy similares a la adicción a las drogas pues estimula el sistema de recompensa de la misma forma que una sustancia adictiva. Los estados como son el anhelo, la modificación del estado de ánimo, la adicción emocional, abstinencia, la recaída (en amantes rechazados) son características básicas que comparten el enamorado y el adicto a las drogas²¹.

Por ello se puede denominar al amor como: “una adicción natural” pues es normalmente una experiencia positiva²² y otros investigadores la categorizan como adicción negativa cuando la relación afectiva acaba con sentimientos tóxicos y acaban en dependencia emocional difícil de resolver.²³ Es innegable pues, que el amor tiene connotaciones neuroquímicas y que estas influirán en el proceso del enamoramiento. El desarrollo del amor desde la fisiología acorde a los expertos se puede dividir en 4 fases, y en cada una de ellas existen diferentes hormonas que van a influir al cerebro y al organismo de una forma característica y que delimita cada una de las etapas²⁴:

La primera etapa conocida como fase de impresión, la principal sustancia química son las feromonas (sustancias químicas secretadas por los seres vivos, con el fin de provocar comportamientos específicos a otros individuos), cuyo origen es axilar e inguinal²⁵. Las feromonas al ser de bajo peso molecular pueden desplazarse en el aire sin dificultad y llegar a una tercera persona, concretamente al olfato, el cual actúa como receptor de estas, provocando una reacción en ella de forma inconsciente. Estos receptores olfativos, encargados de la recepción de las feromonas pertenecen concretamente al órgano vomeronasal, los cuales, aunque, reciben un gran número de feromonas, no todas consiguen estimularlos.^{24,26}, pero que cuando estos son excitados, generan una descarga eléctrica que, estimulan las células límbicas del cerebro, las cuales secretan feniletilamina como respuesta provocando en el organismo una sensación de euforia y exaltación. Hay que aclarar que, aunque en animales está comprobado que las feromonas juegan un papel crucial, en las personas, si bien produce ciertos cambios en las conductas sexuales, no existe aún evidencia de que tengan la trascendencia que tienen en otros seres vivos²⁸

La segunda fase, denominada fase de atracción corresponde a la primera fase neuroquímica, la feniletilamina segregada en la anterior fase, entra en acción distribuyéndose por el cerebro, la cual provoca un estado de pseudoinconsciencia muy fugaz, y cuyos resultados son pérdida del oído y el habla, no hay sensación térmica, la vista pasa de periférica a central y no existe coordinación de ideas y movimiento, esto se traduce a lo que popularmente se representa con el momento del enamoramiento y la persona queda obnubilada. Estos efectos de son muy similares al estudio realizado por Dorothy Tenov en el cual sintetizaba algunas características comunes del enamoramiento tras entrevistar a 400 personas como es la incapacidad de articular palabras y fascinación.

Para contrarrestarlo, el cerebro segrega dopamina, la cual eleva el estado anímico y la atención, por ello mientras dura este estado, el enamorado es muy consciente de los detalles del otro y es capaz de recordar cosas de forma muy específica y además, provoca un éxtasis que aumenta la atracción sexual y estimula el proceso del “deseo recompensa”^{28,29}. A la par que la dopamina, se segrega serotonina, la cual reduce el dolor y mejora la velocidad de la sensación placentera.²⁸ Estas hormonas provocan un estado de embriaguez y éxtasis comparable al consumo de drogas y de la misma forma, y cuando estas ceden bruscamente, conllevan una sensación completamente contraria como lo es el síndrome de abstinencia, ansiedad, pánico y depresión.²⁴

La tercera etapa, también llamada fase de enamoramiento es la segunda fase neuroquímica y la más importante en el proceso de enamoramiento, donde el cerebro se reajusta mediante la segregación endorfinas y encefalinas, produciendo un estado de calma y alegría y tras esto, comienza la segregación de oxitocina, adrenalina y aumenta la dopamina y serotonina. En este contexto la adrenalina potencia la atracción sexual.²⁸ La oxitocina por su parte, aumenta la sensación de apego y confianza consiguiendo la creación de un vínculo y mantenimiento de este, la oxitocina, además, es secretada en mayores cantidades tras la consumación del acto sexual.³⁰

Por otra parte, la vasopresina también segregada en esta fase es muy importante en la fase de apego a largo plazo y juega un papel fundamental en el compromiso fidelidad y establecimiento de una relación monógama.³¹

Por último, la cuarta fase, conocida como fase pasional eminentemente neuroendocrina, en la que las glándulas suprarrenales incrementan la secreción de testosterona en ambos sexos. En esta etapa los impulsos sexuales son cada vez mayores, intensos e incontrolables, culminando con las relaciones sexuales.²⁴ Actualmente se tiende a omitir esta 4ª etapa o se la unifica con la tercera quedando únicamente la fase de impresión, atracción y enamoramiento³²

Una vez el inicio de la relación afectiva finaliza y se consolida el amor, este se convierte en apego, esto en fisiológicamente, se traduce en un menor estrés cerebral, pues se elimina el sobreesfuerzo en la segregación de neurotransmisores, por lo que biológicamente el enamoramiento no puede ser sostenido durante periodos largos de tiempo ya que significaría un agotamiento cerebral. Por ende, la etapa pasional del amor biológica y fisiológicamente tiene un final ineludible²⁷. En definitiva, el amor no es una cosa del corazón si no es del cerebro y una cascada de liberación de neuroquímicos.

1.3 La relación afectivo-sexual desde la psique.

Como bien define la OMS “la sexualidad está influenciada por las interacciones entre lo biológico, lo psicológico, lo socioeconómico, lo cultural, lo legal, lo histórico, lo religioso y por factores espirituales” y por ende no se puede de hablar de la relación afectivo sexual sin analizar el aspecto psicológico de la misma.

La teoría creada por Strenberg en 1989 sigue teniendo vigencia en la actualidad y aunque posteriormente han surgido nuevos postulados, se la sigue considerando la teoría más importante, aceptada y utilizada para la descripción de la relación afectivo-sexual y se utiliza como terapia psicológica, tanto de pareja como en otro tipo de tratamiento psicológico como puede ser en víctimas de violencia de genero³³ En este modelo existen 3 pilares fundamentales que componen el amor: Pasión, Intimidad y Compromiso, cada uno de estos forman la arista de un triángulo (*ver anexo 1*) y aunque son relativamente independientes, son necesarios para experimentar apego y cariño hacia la otra persona³⁴

-Intimidad: es un sentimiento de unión, y afecto hacia la pareja. Se relaciona con la conexión entre ambos individuos, existe un deseo que llega a crear un sentimiento de felicidad y respeto. Es, además, el entendimiento mutuo, que se forma principalmente con la comunicación desarrollando los sentimientos prolongándose en el tiempo. En la intimidad existe confianza en la relación, demostrando el apoyo mutuo y desinteresado.³⁵

-Pasión. Se caracteriza por la activación neurofisiológica que conlleva a la atracción física y sexual provocado por una excitación mental y física. La pasión se retroalimenta de la intimidad, se caracteriza tales como la necesidad de estar junto a la otra persona la atracción y placer sexual.³⁵

-Decisión / compromiso. Representa la seguridad de estimar a alguien y la seguridad de sentirse querido, deseando conservar la relación a largo plazo, permaneciendo unidos, mostrando, respeto, fidelidad y responsabilidad en la relación. Este se divide a su vez en dos tipos de compromiso: a corto plazo, es la consciencia de querer a un individuo, y a largo plazo el cual tiene como objetivo mantener el amor en el tiempo. El compromiso puede o no darse al inicio de la relación afectiva y puede desvanecerse, aparecer o ampliarse con el tiempo gracias a la Intimidad.³⁵

Con todo, la característica que hace a la teoría de Sternberg verdaderamente útil es que es capaz de describir temporalidad en los 3 pilares anteriormente descritos, variando estos normalmente hacia el desgaste, pero también hacia un progreso positivo, pues cada persona cambia y evoluciona y por ende inevitablemente también la relación afectiva.

La representación gráfica del componente Intimidad (ver anexo 2), se distingue entre la que es manifestada y experimentada por la pareja y la que permanece latente u oculta así, la intimidad de la relación exitosa manifestada crecerá proporcionalmente, mientras que la exitosa no manifestada crecerá con rapidez, y posteriormente decrecerá de la misma forma. Respecto a las no exitosas, la manifestada crecerá rápido, pero caerá en picado tras el fracaso amoroso y la no exitosa y no manifestada crecerá de forma progresiva, pero acabará decreciendo rápidamente en un punto.

La gráfica del componente Pasión (ver anexo 3): se puede experimentar el surgimiento de la pasión inmediatamente después de conocer a otra persona hacia la cual nos sentimos atraídos. Esta atracción rápida formará una línea ascendente pero también alcanza rápidamente una cima, comenzando a decrecer hasta alcanzar una estabilidad estable dependiendo del estado de la pareja en ese momento.

El perfil del componente Compromiso (ver anexo 4) generalmente, comienza de cero, antes de conocer a la persona, y luego aumenta paulatina y gradualmente más rápido. Si la relación continúa durante un largo tiempo, el compromiso generalmente se nivelará, formando una curva en S.³⁶

En función de si estos 3 componentes están o no presentes hay 7 formas de amor para Sternberg (Ver tabla 1):

-Cariño/Agrado (intimidad): Existe estima y el gusto por la persona, que se caracteriza por una amistad, donde se aprecia el vínculo de contacto del ser querido, la pasión y compromiso pueden o no aparecer con el tiempo. Este afecto es típico de una amistad pues no existe la atracción sexual ni un compromiso por la otra persona.³⁶

-Encaprichamiento (pasión) amor loco o intenso: en este tipo de amor no hay intimidad ni compromiso en la relación, se podría entender como un “flechazo”, surgiendo en él niveles altos de excitación psicofisiológica y sexual. Este tipo de amor se conoce vulgarmente como el amor a primera vista y tiene altas connotaciones sexuales que podría derivar en una relación amorosa más estable dependiendo del progreso de la intimidad y compromiso.^{37, 38}

-Amor vacío (compromiso). Este amor se da frecuentemente en los matrimonios concertados, o en las relaciones que han durado años basado en un compromiso. No existe atracción física ni implicancia emocional, pero si un respeto mutuo en ambos. Aunque ya no es tan común en nuestra sociedad se puede observar en nuestro ambiente en matrimonios de mucha antigüedad (que no pudieron divorciarse) o parejas con dependencia económica el uno del otro.

-Amor romántico (intimidad + pasión): las parejas están conectadas emocional y físicamente pero no hay compromiso. Se incluyen en este tipo los amores de verano o relaciones de corta duración.³⁸ Son relaciones muy intensas, pero normalmente con altibajos emocionales por una de las dos partes que puede convertirse en una relación tóxica.

-Amor sociable o amor de compañía (intimidad + compromiso): se halla en los matrimonios donde la pasión ya no existe. Este tipo de amor se identifica por el cariño y el compromiso entre ambos, pero con ausencia de atracción física ni deseo sexual. También se puede encontrar en la relación familiar y en los amigos íntimos donde además de un vínculo emocional existe un compromiso y responsabilidad por las partes, que la fortalece y permite que perdure en el tiempo.³⁷⁻³⁹

-Amor necio o amor fatuo (pasión + compromiso): son los llamados amores “relámpagos” o fatuos. Este tipo de amor se produce cuando se hace un compromiso sobre la base de la pasión sin la influencia de la intimidad que proporciona la estabilidad.^{35,39} Es propio de parejas sexuales, donde hay una atracción sexual, y la fidelidad se basa en ella, pero al no existir ningún tipo de emoción al apagarse la esa atracción sexual la pareja acaba por desaparecer.

-Amor consumado (intimidad + pasión + compromiso): es el tipo de amor perfecto, sin embargo, no hay seguridad que sea permanente pues conservar un amor consumado puede ser complicado (“más que encontrarlo” como refiere Sternberg) ya que es necesario mantener los tres elementos fundamentales lo cual es muy complejo teniendo en cuenta que el tiempo acaba deteriorando los tres pilares de la relación. Es representado como una relación estable o pareja perfecta.^{37, 38, 39}

-Ausencia de amor: No existe ni intimidad ni pasión ni compromiso por lo que no se establece ningún tipo de relación afectiva.

1.3.1 Del tradicionalismo a la liberación sexual

Desde los años 60 (80 en España) el mundo occidental en materia sexual ha sufrido una revolución sin precedentes, solo observando la legislación que se creó o modificó debido a la demanda social de esta se puede objetivar este cambio, la Ley 13/2005, de 1 de julio, por la que se modifica el Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio⁴⁰, la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo⁴¹ o la propuesta de ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos LGTBI⁴² en un periodo de tan solo 16 años. De ello se puede deducir que existen multitud de tipos de relaciones afectivo-sexuales en la actualidad y no la relación heterosexual monógama, que era normativa hasta la actualidad. Por ende, a pesar de que las relaciones heterosexuales sean mayoritarias se debe dar importancia a estas nuevas formas de vivir las relaciones tanto amorosas como sexuales:

-Relaciones afectivo-sexuales en función al género:

Primero se debe diferenciar entre sexo y genero pues mientras el sexo está constituido por el sexo cromosómico, los genitales externos e internos y estructuras neuroencefálicas y neuroendocrinas, el género es el autorreconocimiento y aceptación y convicción de pertenecer a un género. Y aunque la mayoría de las veces la identidad de género coincide con el sexo biológico no siempre es así.⁴³

Tradicionalmente, provocada principalmente por las creencias judeocristianas y hábitos políticos en las cuales solo se reconocía que el género es y debe ser idéntico al sexo, es decir, cisgénero⁴⁴, y que aquel desequilibrio en ellos se tomaba como patología o desorden mental, por lo que hasta hace escasos años solo se reconocía el género masculino y el femenino. Con la liberación sexual reconocimiento de la disforia de género, surgió la ideología de género, la cual, hace este campo ampliamente más variado y no dicotómico como sucedía anteriormente.

En la actualidad encontramos un abanico mucho mayor se puede observar pues géneros como: el transgénero, en el cual el género no coincide con el sexo, es decir, personas con sexo masculino e identidad femenina, y viceversa⁴⁵, genero fluido, donde el género es dinámico, fluctuando entre lo masculino y femenino, intergénero los cuales se identifican entre lo masculino y femenino, bigenero cuyas personas se identifican en ambos géneros, o no binario; cuya identidad no encaja con la estructura tradicional. Del mismo modo, encontramos personas agéneros las cuales no se identifican con ninguno; o queer que rechaza el género con el cual se asocia la sociedad.⁴⁶

La importancia de la identificación y autorreconocimiento del género es de vital importancia en la persona y más en el adolescente para que se desarrolle plenamente la identidad del yo, el bienestar vital y además de tratarse de un derecho del ser humano⁴⁷ es sumamente trascendental en el desarrollo de la sexualidad y la manera de relacionarse con los demás tanto de forma afectiva como sexual.

Relaciones afectivo-sexuales en función a la atracción sexual:

Del mismo modo que el género, la atracción sexual estaban ligada a las tradiciones y leyes durante toda la historia, la cual fue prohibitiva desde la llegada del cristianismo, a cualquiera que no fuese la heterosexual, pero desde finales del siglo XX e inicios del XXI sufrió un cambio, legalizándose, normalizándose socialmente y protegiéndose las minorías de la opresión y discriminación. En el panorama actual nos encontramos desde la heterosexualidad homosexualidad y bisexualidad las cuales son eminentemente atracción por un sexo o ambos⁴⁸ la asexualidad que no siente ningún tipo de sugestión o afinidad sexual⁴⁹, la llamada sexualidad gris o demisexualidad, la cual no existe atracción sexual si no existe una conexión emocional previa.⁵⁰ Por otro lado, la pansexualidad que es la atracción independientemente del sexo En relación con el género encontraríamos sexualidades que tienen atracción sexual cuando el género y el sexo es coincidente (cissexualidad), cuando no lo son, o afinidad independientemente de ellas, por lo que se aprecia la importancia de identidad de género en la construcción de la relación sexual.

Relaciones afectivo-sexuales en función al connato romántico-afectivo:

Como se adelantó anteriormente, en la actualidad el sexo no está ligado al amor y por ende encontraríamos variedad entre la atracción sexual y la atracción romántica, es decir la afinidad de una persona para establecer una conexión emocional más fuerte y donde figuraría una intimidad y compromiso. Por este motivo es importante reconocerlas, tradicionalmente únicamente existía el heterorromanticismo ligado a la heterosexualidad es decir personas que tienen atracción sexual y emocional por las personas de distinto género.⁵¹ Los arrománticos no tienen atracción romántica (pero si pueden tener atracción sexual)⁵² diferenciándose de los alorrománticos los cuales, si pueden enamorarse, pero de personas muy concretas. Del mismo modo que existe la bisexualidad y homosexualidad existe además el birromanticismo y el homorromanticismo⁵³

El género también en la afinidad romántica es de vital importancia pues, existe el escoliorromanticismo el cual engloba a las personas que únicamente tienen interés romántico en personas no binarias es decir que su sexo y género no coincida. Por ende, podría existir una persona, homosexual y heterorromántica, es decir, una persona con atracción sexual por las personas del mismo sexo, pero solo sea capaz de enamorarse de un individuo de distinto sexo o una persona bisexual, pero arromántica, que tenga atracción sexual por ambos sexos, pero sea incapaz de tener afinidad romántica.

CAPÍTULO 2: La patología de lo afectivo-sexual

2.1 Se acabó el amor

La ruptura de una pareja es un proceso ineludible en la vida de una persona tanto como lo es el amor, esta conlleva un gran estrés emocional y un estado depresivo muy fuerte. Es considerada como el proceso más doloroso psicológica y emocionalmente junto a la pérdida de un ser querido. Las primeras rupturas se dan en adolescentes o adultos jóvenes, por lo que la experiencia vital, madurez, y resiliencia tienden a ser menores que en un adulto de mayor edad, por lo que es más difícil de superar.

El estado depresivo durante el proceso de duelo es común y normal sin embargo si esta se alarga no superándose, se puede llegar a desarrollar una depresión reactiva posterior al fin de una relación amorosa, caracterizándose por tristeza y anhedonia. Se producen además otros síntomas como es la tendencia al aislamiento, insomnio, hiporexia y por ende caquexia, desesperanza, culpabilidad, delirios y en casos extremos la muerte debido al suicidio.⁵⁴

Un estudio reveló que casi la mitad (48,2%) de los adolescentes y adultos jóvenes que sufrieron una ruptura amorosa presentaron síntomas de depresión moderada o grave⁵⁵. La ruptura es además una importante causa de suicidio en personas jóvenes, siendo por ejemplo en Chile la segunda causa de esta.⁵⁶

La depresión por ruptura amorosa tiene mayor incidencia y variedad de síntomas en el sexo femenino⁵⁷ mientras que en el masculino, aunque la incidencia es menor, esta es más grave cuando aparece, por consiguiente, la tasa de suicidios por disolución de pareja es más frecuente en hombres habiendo 3 suicidios en varones por cada suicidio en mujeres en España, y 4 a 1 en el mundo^{58,59}. Esto se debe principalmente a los roles sociales de género, los cuales dictan como debe comportarse y pensar las personas en función del género, que en el caso de la ruptura suponen un agravante puesto que al hombre, supone un fracaso de su masculinidad y hiere su honor sintiendo además vergüenza por no ser lo que la sociedad espera, la falta de exteriorización de las emociones, pues socialmente el hombre debe ser competitivo, sólido, frío, y racional, y la expresión de sentimientos, es una actitud del rol femenino, y en caso de expresarse por el hombre es socialmente percibido como débil y poco autosuficiente. A su vez, aunque los hombres dispongan de una red social más rica que las mujeres, ésta no es lo suficientemente importante como para dar apoyo emocional al afectado, y para más dificultad el hombre cuando está en pareja tiende a depositar todo el apoyo emocional en la otra persona, mientras que las mujeres tienen más repartido este apoyo, por lo que al darse la ruptura el varón se encuentra sin apoyo emocional.⁵⁸

La ruptura provoca además que se tienda a evadir esos momentos de tristeza y anhedonia y estrés postruptura mediante el consumo de drogas las cuales además provocan un estado fisiológico similar al que tenían con anterioridad a la disolución de la pareja²⁴, por lo que riesgo de empleo de estupefacientes y alcohol en la etapa de ruptura es mucho mayor, que se suma además la alarma que supone la franja de edad de adolescentes y adulto joven (12-25). El consumo es del mismo modo, superior en varones, los cuales intentan eliminar las emociones negativas mediante el uso de drogas y alcohol mientras que las mujeres tienden reducir la angustia expresando sus sentimientos. El consumo de drogas es común en el caso de ruptura para tratar de evitar enfrentarse a sus emociones negativas causa la adicción a la sustancia y al mismo tiempo, una alteración de la producción serotonina que provoca mayores episodios depresivos y de mayor gravedad⁶⁰

Es además característico de la ruptura, periodos de rumiación, los cuales se tratan de pensamientos intrusivos repetitivos. Se pueden distinguir 2, la reflexiva la cual consiste en un intento de la persona de explicar porque se siente así y que no suele ser nociva, y la rumiación negativa o brooding que consiste en la repetición constante de pensamientos negativos y autodestructivos tales como la autoculpabilidad que no hacen si no, empeorar la situación.⁶¹ Una ruptura sentimental es prácticamente ineludible para una persona a lo largo de su vida, sin embargo, es importante que cuando una persona sea incapaz de sacar la situación adelante sobreponerse y superar el duelo, que acuda a un profesional, como es un psicólogo.

En relación con ello, el hombre acude casi 4 veces menos a terapia psicológica que la mujer en las rupturas sentimentales, a consecuencia una vez más del rol de género, pues el ir al psicólogo por este motivo entre otros, es un signo de debilidad y falta de masculinidad para la sociedad.⁵⁷ Por ende es de suma importancia detectar estos casos, ya que puede derivar a otras patologías mentales de mayor gravedad o en el peor de los casos, el suicidio, además se puede llegar a construir falsas creencias a partir de las malas experiencias de la anterior pareja, que en el caso del adolescente; pueden marcar el resto de sus próximas relaciones. También se debe prevenir el aislamiento muy característico de esta patología y fomentar el ejercicio que es fuente natural de serotonina para estabilizar el ánimo u otras actividades con el mismo fin. Por último, siempre que se necesite acudir a un profesional de las ciencias de la salud que pueda ayudar y gestionarlo como es la enfermera, en este caso la enfermera de salud mental.

2.2 En el amor NO todo vale.

La violencia de género se define como *“la relación entre dos actores, uno empoderado y otro carente de poder, supone una relación de poder mantenido y es mediante y durante esta relación que, se manifiesta el maltrato verbal, social, psicológico, económico y físico”* (Dra. Clotilde Proveyer Cervantes)⁶² el termino género, se refiere, al hombre, el cual es la figura empoderada que violenta a la mujer la figura pasiva y carente de poder. Esto ha sido perpetuado a lo largo de la historia a consecuencia de los roles de género y privilegios políticos sociales y económicos del hombre frente a la mujer y que siguen afectando hoy en día. Además de los estereotipos de género, se relaciona con la baja autoestima y sentimientos de inseguridad del hombre que intenta suplir con la dominación hacia la mujer, también suelen existir tintes narcisistas que provocan que el agresor tiene más derechos que la agredida, además de una falta de empatía.

La violencia de género es un problema que afecta a todas las mujeres de todo el mundo, desde prácticamente toda la historia, las mujeres adolescentes son especialmente vulnerables, pues comienzan a ser autónomos y dejan de lado la seguridad que le confieren los padres, teniendo que asumir su protección por si solas, además cuando existe una relación afectiva, en la cual la adolescente deposita toda su esperanza y confianza muchas veces irracional en su pareja, esto se agrava provocando que la joven caiga en una espiral de violencia que sea incapaz de salir, y que además tienda a normalizar y si se da en futuras relaciones no lo considere como amenaza, si no como algo común.

La adolescencia, es además un periodo de reorganización física mental y moral donde se termina de construir la personalidad la cual se ve coaccionada mediante la presión social y en la cual el rol de género es un importante condicionante de la misma. Para mayor dificultad, las figuras que se consideran figuras protectoras como la familia, son vistas en esta etapa como “enemigos” y se tiende a hacer caso omiso de los consejos y protección, la cual perciben como una agresión a su incipiente independencia; en cambio se dejan influir por su círculo social (amigos, pareja y redes sociales) el cual es en su mayoría, adolescente y por ende influenciado a los roles e imposiciones sociales influyendo negativamente en su desarrollo^{63,64}

La violencia de género es inmensamente amplia, y ataca por diferentes vías, por lo que existen numerosas figuras de esta más o menos visibles, pero con la misma gravedad.

La más evidente desde el exterior es la violencia física, se define como todo aquel acto que acaba con daño físico a la víctima, desde heridas leves hasta daños físicos graves como quemaduras o asfixia. Las agresiones físicas, pueden llegar hasta provocar incapacidades físicas como minusvalías físicas (ceguera, amputaciones, paraplejia) y en algunos casos la muerte, indirecta por los daños físicos graves o directa por la intencionalidad del agresor de provocar el asesinato.⁶³

De la población de mujeres mayores de 16 años en España un 11% ha sufrido violencia física por parte de sus parejas o exparejas, que se traduce en casi dos millones y medio de mujeres. Cabe recalcar que los grupos de edad más afectados son las jóvenes siendo en primera posición las mujeres entre 25-34 años y en segundo lugar entre 16 y 25 años siendo el 16,4% y 14,5% respectivamente.⁹

De forma más silente se encuentra la violencia psicológica emocional, la cual se caracteriza por la existencia de no existir daño físico, si no psicológico, que van desde amenazas, humillación, coacciones, manipulación, desvalorización, insultos, chantajes emocionales e intimidación. Es de las violencias más frecuentes y que, además, está en aumento, para más complicación, tiende a pasar desapercibida tanto por terceras personas como por la propia víctima que puede no ser consciente. Puede desencadenar problemas psicológicos que van desde la baja autoestima, depresión hasta la forma extrema del suicidio⁶⁵

Casi $\frac{1}{4}$ de las mujeres (23,2%) que residen en España han sido víctimas de violencia psicológica por parte de sus parejas o exparejas (casi 5 millones de mujeres) el 84% de ellas fueron agresiones recurrentes, el 33% fueron menores de edad.⁹

También se puede encontrar otro tipo de violencia psicológica, que es más conocida como violencia de control, la cual consiste en la supresión de las relaciones sociales de la víctima especialmente con otros hombres, en el control sistemático de lo que hace la víctima, dominio sobre la misma requiriendo permiso para realizar cualquier cosa. La llegada de teléfonos inteligentes ha disparado el número de casos de este tipo de violencia y ha creado nuevas formas de control a través de redes sociales y aplicaciones de mensajería instantánea donde las nuevas formas de violencia social son el acoso a través de estas como amenazas con revelación de datos, vídeos o fotografías, control de las amistades y cuentas que interactúan en las redes sociales, obligar a la pareja a enviar fotografías o vídeos y usurpar la cuenta de la red social de la pareja.⁶⁶

El 27% de las mujeres españolas han recibido violencia de control, lo cual significa más de 5,5 millones de víctimas. Este tipo de violencia es el más prevalente en las mujeres jóvenes siendo el 44% en mujeres entre 18-25 años y el 41% en menores de 18 años, que conlleva que el 85% de las víctimas son menores de 25 años.⁹ El 60% de los varones adolescentes afirmaron haber sentido celos y el 21 % confiesa haber cogido sin permiso el móvil de su pareja.⁶⁶

No menos importante se encuentra la violencia económica, Este tipo de maltrato se basa en la reducción, privación o eliminación de los recursos económicos de la pareja o sus hijos como medida de coacción y/o manipulación o el hecho de obligar a depender económicamente del agresor, impidiendo el acceso de la víctima al mercado laboral mediante amenaza, coacción o restricción física o manipulación psicológica. También el uso de dinero de la mujer sin permiso por parte de la pareja y el hecho de no dejar usar el capital de forma independiente o tomar decisiones respecto al mismo.⁶⁷

Con el acceso de la mujer al mercado laboral este tipo de violencia de género se ha visto mermada pero tradicionalmente la mujer siempre ha sido dependiente económicamente no pudiendo subsistir por sí mismas. Por consiguiente, este tipo de violencia de género se da con más frecuencia conforme la mujer es de edad más avanzada, a excepción que a partir de la edad de jubilación hay una reducción drástica pudiendo deberse a que la mujer tras la jubilación tiende a hacerse con el control del capital familiar y evidentemente, la menor denuncia de esta franja de edad por la normalización de la agresión económica. En total un 11,6% de las mujeres han sido víctimas de esta (2,3 millones), donde se encuentra la mayor proporción de este tipo es las mujeres de entre 55 y 65 años (20,7%) y entre las mujeres de 16 y 25 años es inferior a la mitad (9,9%)⁹

Del mismo modo y evidenciada también en mujeres solteras, es la violencia sexual: se caracteriza por obligar a mantener relaciones sexuales (entendiéndose como relaciones sexuales a penetración vaginal o anal con pene, extremidades u objetos y/o sexo oral.)⁶⁸ ya sea forzando a la mujer físicamente (agarrando o haciendo daño) o manipulando psicológicamente, del mismo modo, obligar a la mujer a mantener relaciones sexuales cuando la mujer es incapaz de rechazarlas por influencia del alcohol o drogas, aun sin desearlo las mantiene por miedo a lo que el hombre puede hacer si se niega. Así mismo se considera violencia sexual cuando existen tocamientos en las partes íntimas (genitales, pecho o glúteos) sin consentimiento o el varón fuerza a la mujer tocar las partes íntimas del hombre (pene, testículos, glúteos). La realización de prácticas sexuales no acordadas anteriormente que la mujer no desee, aun encontrándose en el acto sexual, de la misma forma se considera violencia sexual. Actualmente hay un ascenso de esta debido a que existe un aumento del intercambio de contenido multimedia erótico de forma coercitiva a consecuencia del uso de redes sociales y mensajería instantánea, así como el “sexting”.

Este tipo de violencia de género es muy difícil de objetivar hasta por la propia mujer, pues en el contexto de la pareja, la mujer cede a los deseos de la pareja aun cuando ella no quiere, solo en los casos extremos como violaciones fuera de la pareja es cuando se objetiva, sin embargo, hay que mencionar que existen en el contexto de pareja y muchas se encuentran ocultas. A pesar de esto, el 9,2% de las mujeres mayores de 16 años han sido víctimas de violencia sexual (casi 2 millones de mujeres) un 17,6% de estas son menores de 25 años.⁹

Por último, una de las formas más crueles de hacer daño a una persona, la violencia de género vicaria. Se trata de la coacción y/o daño psicológico de la mujer a través de sus seres queridos, principalmente hijos. Va desde las amenazas con hacer daño a los hijos o quitarlos o poner en duda su afecto hacia la madre, hasta el asesinato de estos con la intención de hacer daño a la mujer. Es considerada el mayor extremo de la violencia de género pues provoca un daño psicológico mayor y permanente que puede conllevar el suicidio. Tradicionalmente se la ha incluido en la violencia psicológica, pero en la actualidad se la separa de la misma por sus características del uso de la prole y el gran daño que provoca.^{69,70}

En la adolescencia, debido al bajo número de adolescentes con hijos es muy inferior lo que no quiere decir que no exista, o que pueda llegar a existir en un futuro. Este tipo de violencia de género tiende a realizarse en esta franja de edad a través de mascotas, hermanos u otros seres queridos en sustitución del hijo.

Aunque cada vez hay más constancia de la violencia de género de su alcance y gravedad, se la esté poniendo freno, y se intente prevenir, ésta es muy silente puesto que la mayoría de las víctimas no denuncian, por miedo o por ni siquiera ser conscientes de que están siéndolo y que, además, ésta es perpetuada por los roles de género, existentes desde toda la historia de la humanidad, e influencia a las personas desde que nacen.

La violencia de género pues, es uno de los extremos de los roles de género y por ende se debe acabar con estos, mediante la educación desde el mismo nacimiento y las primeras personas que interactúan con una persona, en su nacimiento y durante su crecimiento, antes incluso que su familia; son los enfermeros.

2.3 El doble filo de la pornografía.

La pornografía y contenido sexual y erótico contribuye al desarrollo sexual del adolescente, desde descubrir su propia sexualidad, a experimentar prácticas desconocidas, eliminando el tabú de todo lo relacionado con el sexo y normalizando el mismo. Sin embargo, también es una fuente muy importante de insatisfacción sexual, pues representa un modelo irreal al que el adolescente se expone muchas veces como primer contacto con la relación sexual e incluso como único.⁷¹

El consumo de la pornografía se ha disparado desde la llegada del acceso a internet, y más aun con el smartphone, durante el confinamiento a consecuencia de la pandemia del coronavirus en 2020, dos webs pornográficas fueron de las 10 más visualizadas siendo la 5ª categoría más visualizada en internet por delante incluso de películas en streaming.⁷² A consecuencia del acceso cada vez más temprano de los adolescentes a móviles inteligentes, lo es del mismo modo el acceso a la pornografía, convirtiéndose en la primera y principal fuente de formación afectivo-sexual con los riesgos que conlleva. A pesar de las herramientas de control parental, el 70% de los adolescentes consumen pornografía habitualmente, siendo mayor el porcentaje en los hombres (más del 80%) y menor en las mujeres (casi el 40%), el inicio de esta, además, es más precoz, siendo entre los 6 y 12 años en más de la mitad de los casos.⁷³ La pornografía se consume en su totalidad mediante el móvil, siendo principalmente heterosexual muy similar al gay y después lésbico.

El acceso a la pornografía es principalmente a través de amigos, siendo en el caso de hombres una fuente de socialización, más de la mitad de los adolescentes interactúan por primera vez por esta vía, la sigue a través del cine o televisión que, tras una primera pincelada en una escena sexual de una película o serie, suscitan el interés del adolescente que le lleva a realizar una búsqueda a través de internet. Muy importante son los “pop-up” de páginas web que no suelen tener vinculación con el sexo, se tratan de anuncios con material sexual que aparecen en las páginas de internet bloqueando el acceso a la búsqueda principal, muchos incluso provocan la descarga de material pornográfico. Este acceso accidental es del 17,4% siendo mayor en mujeres. La búsqueda activa consciente se relega a adolescentes de más de 11 años y que normalmente ya han accedido por las vías anteriores.⁷³

El niño o adolescente aun no es crítico ni objetivo, sumando que muchas veces es el primer contacto con el sexo, no es capaz de comprender que la pornografía es ficción y considera que lo que se observa en ella es lo real y estándar. Este contenido, que es básicamente un producto pensado e ideado para el hombre, escenifica relaciones sexuales machistas y con unos roles de género muy marcados, donde el hombre es el sujeto activo y la mujer toma un papel pasivo y complaciente del hombre, esto provocará en un futuro situaciones de confrontación con la pareja, y en algunas ocasiones; violencia de género de tipo sexual.

No solo la mujer acaba mal parada respecto a la pornografía, puesto que, el hombre del contenido para adultos es un sujeto de potencia sexual ilimitada, marcando unos tempos y unas capacidades físicas ficticias que, los hombres verán como un estándar a pesar de ser inalcanzable y que acabará provocando inseguridad y una visión distorsionada tanto propia como en la otra persona⁷⁵ afectando a las futuras o presentes relaciones sexuales.^{74,75}

El material para adultos al provocar una insatisfacción sexual en las relaciones sexuales reales puede provocar que su sexualidad se base en la pornografía provocando una adicción a la misma. En función del consumo de esta se pueden distinguir 3 tipos. El consumo responsable el cual no es considerado excesivo y se limita o termina cuando se tiene una pareja estable, el consumo enfermizo donde, la frecuencia es superior, no reduciéndose durante la pareja. Y que tiende a provocar dificultades para establecer relaciones sexuales satisfactorias a largo plazo⁷³. Y por último el consumo compulsivo, el cual se trata de un uso muy elevado que condiciona las relaciones sexuales reales, que normalmente no son satisfactorias.

En esta última categoría se puede hablar de adicción a la pornografía, sin embargo, la adicción a la pornografía no es aceptada como desorden psicológico o trastorno mental en el DSM o CIE no existen criterios o estándares que marquen un límite en lo que se considera un consumo patológico, sin embargo, dentro del trastorno de hipersexualidad se encuentra el uso compulsivo de la pornografía, el cual define que el consumo de esta provoca un malestar y/o deterioro social o laboral.⁷⁶

En definitiva, la pornografía es útil para explorar la sexualidad del adolescente, ayudando a esclarecer su orientación sexual o fetiches, sin embargo, esta debe usarse como complemento a otras fuentes, entendiéndola como algo ficticio nunca como real y siendo válida de lo que es una relación sexual verdadera que la misma, perpetua situaciones machistas y de roles de género extremos que se pueden llevar a la realidad por los adolescentes y más adelante adultos, y que, el consumo incorrecto de la misma puede conllevar insatisfacción sexual y en consecuencia otras patologías psicológicas o sexuales como la adicción al porno. La educación debe darse pues, de forma más precoz que la actual, mediante profesionales formados y con capacidad para educar en el ámbito sexual como es la enfermería escolar junto al profesorado.

2.4 La agresión a la diversidad.

La identidad de género y sexualidad se va formando desde el nacimiento, sin embargo, en la adolescencia es donde se desarrolla finalmente, sin que sea está completamente rígida pues puede seguir con cierto dinamismo a lo largo de la vida. Al ser en esta la etapa donde se madura la identidad y orientación también se dan fenómenos como es la incongruencia entre el sexo y género del adolescente, giros en la sexualidad y la expresión de esta, que es por sí, un proceso de gran estrés emocional y psicológico para el joven, y aunque en la actualidad comienza a normalizarse y respetarse socialmente este proceso, sigue existiendo, la discriminación y el acoso, especialmente en el ámbito escolar, que surge desde que se comienza a catalogar con un género a actitudes y actividades, donde si el niño o niña no es coincidente al rol esperado se comienza con insultos como “mariquita” o “marimacho”.

Sin embargo, este acoso se multiplica al comenzar la secundaria (el 80% de los adolescentes ha sufrido acoso de ámbitos sexual), siendo más agresiva tanto psicológicamente como físicamente durante la adolescencia donde se hace más evidente esa disparidad entre lo que la sociedad espera y el rol dicta, y lo que el adolescente hace.⁷⁷

El acoso escolar suele ser realizado por varones, sin embargo también es recibido por los hombres dándose en las mujeres la mitad de casos, esto se debe a la necesidad social que es perpetrada de exaltar la masculinidad que es impuesta por los roles de género, los cuales además, de tender a la dominación de la mujer que es vista como un “género débil” y emocional también se dirige a los hombres que no reglan con estos roles, en este contexto pues, el hombre homosexual, y más aún transexual al no seguir las reglas masculinidad son los objetivos principales de acoso y abuso incluso más que hacia las mujeres (62,9 % frente a 40%).⁷⁸

Este acoso tiene como objetivo la validación de la masculinidad del grupo social, y la legitimación, pues el rol masculino, provoca un miedo constante del adolescente de ser avergonzado o humillado por otro hombre “más fuerte” de este modo surge una falsa supervivencia donde se domina o se es dominado. Del mismo modo se invisibiliza por el resto de los compañeros, debido a poner en riesgo su propia masculinidad y ser un nuevo objetivo del acoso. Las mujeres, esta agresión se da en mucha menor medida, y tiende a ser por reconocimiento social de iguales y adquirir una posición superior jerárquica del grupo.

El acoso y el miedo a éste complica y vuelve más estresante las fluctuaciones de género y sexualidad del adolescente, no pudiéndose desarrollar satisfactoriamente, ocultándose y haciendo que el joven adquiera forzosamente actitudes que no desea. Posiblemente muchos de estos adolescentes acaben con problemas psicológicos como depresión bajo rendimiento académico y requiriendo atención psicológica para poder superarlo y en casos extremos los que no se superan y que, además, en la actualidad se están multiplicando el suicidio de los menores.⁷⁹

2.5 Aumentan los contagios, pero no de coronavirus.

Las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo no deseado han constituido tradicional y fundamentalmente el contenido de la educación sexual en España desde el siglo XX hasta la actualidad, fundamentada ésta, a conseguir evitar la propagación del VIH. Ésta, tuvo un gran éxito durante las campañas de los años 90 y 00 donde se consiguieron reducir el número de contagios de ETS y Embarazos no deseados gracias al uso del preservativo.

Así, a partir del 2005 comenzaría a producirse un repunte de las ITS que se vería catapultado a partir de 2013. La gonorrea pasaría de 805 casos en 2001 a 8722 en 2017 (ver tabla 2), la sífilis en 1999 se notificaron 682 casos mientras que en 2017 fueron 4941 (ver tabla 3).⁸⁰ Del mismo modo los embarazos no deseados vienen en ascenso, de la misma forma que las enfermedades de transmisión sexual, el cual crece casi un 4% en 2019 respecto a 2018⁸¹.

Es de interés remarcar que durante el año 2020 el número de ETS se redujo un 80%⁸² y el número de interrupciones de embarazo casi un 11%⁸³ esto se debe esencialmente al confinamiento a consecuencia de la pandemia de Covid-19 que eliminó el contacto sexual entre personas que no fueran convivientes. No obstante, los expertos señalan un efecto rebote posterior a la pandemia que a falta de datos definitivos ya se comienzan a vislumbrar, en EE. UU. en 2019 existía una tasa de clamidia del 11,7% y en noviembre de 2021, con el 80% de la capacidad sanitaria prepandemia se alcanzó una tasa de 11,2% aun con las restricciones de ocio nocturno durante el año 2021. Se prevé pues, que en 2022 sufra un aumento mucho más fuerte que la tendencia anterior tanto de ETS como de embarazos no deseados.⁸⁴

Con observar los datos es objetivable que es necesario más que nunca reforzar la educación sexual respecto a ETS para conseguir contener el pico de casos que se avecinan. Aunque la antigua educación afectivo-sexual fue muy satisfactoria, debe actualizarse para llegar a las nuevas generaciones, el “póntelo pónselo” que se podía observar la televisión en los años 90 queda obsoleto, para llegar a las nuevas generaciones debe realizarse a través de los nuevos medios de comunicación como son las redes sociales.

CAPÍTULO 3: El enfermero, el eje de la educación.

3.1 De la consulta de Atención Primaria a la enfermera escolar.

La formación en materia sexual surgió en Suecia en 1955 como asignatura obligatoria, España por sus características políticas se demoró hasta los años 90, la ley LOGSE en 1990 comenzó a dar las pinceladas en materia educativa sexual, sin embargo, a pesar de los más de 30 años que ha tenido el país ibérico para adecuarse a Europa, es hoy, de las peores de la Unión Europea (UE).⁸⁵

Basta con observar que, mientras en sus países vecinos Portugal y Francia, la educación sexual es una asignatura obligatoria, en España era opcional hasta el año 2021, del mismo modo, países como Alemania, Finlandia, Suecia, Grecia, Dinamarca o Países Bajos entre otros es obligatoria. Concretamente en España, hasta el curso escolar en vigor era de carácter transversal durante la Educación Secundaria Obligatoria, que, comparándola con su símil ibérico, Portugal la cual comienza a los 5 años deja entre ver las enormes carencias de la educación sexual en España.⁸⁶ Así mismo, la educación sexual en nuestro país es desde su origen hasta la actual fundamentalmente médica y biologicista dándose temas como la anatomía, reproducción o prevención de ETS. En cambio, países como Irlanda Chequia o incluso Bulgaria a pesar de ser opcional se dan materias como la violencia de genero. Austria como uno de los referentes en la UE entre otros, también explora cuestiones relacionadas con la identidad sexual o el consentimiento mutuo además de la materia básica biológica. Además, el Ministerio Austriaco revisa de forma reiterada con los profesionales de las ciencias de la salud los conceptos.

España ha sufrido una variedad muy amplia de reformas educativas desde los años 90: EN 1990, la LOGSE, en 2002, la LOCE, en 2006, LOE, en 2013, la LOMCE y por último la reciente LOMLOE de 2021 siendo el curso 2021-2022 el primero de beneficiarse de esta ley. El cambio constante de leyes educativas de las cuales la educación afectivo-sexual forma parte en el contexto escolar debido a los cambios bipartidistas políticos para dejar su ideología en cada uno de los momentos deja la falta de inestabilidad de la educación de España⁸⁷

La actual LOMLOE, incluye la educación afectivo-sexual y educación emocional, así como la igualdad de género, fomentando el respeto a la diversidad sexual con perspectiva inclusiva y no sexista con medidas correctoras de incumplirse la misma. Dentro del artículo 23 de la Ley establece como objetivo que se debe valorar y conocer la dimensión de la sexualidad humana en toda su diversidad.⁸⁸ Esta Ley además elimina la transversalidad de la educación sexual, convirtiéndose en materia obligatoria dentro de la asignatura de salud. La ley aun en un estado de debut intenta corregir y establecer las necesidades y carencias que sus predecesoras poseían.

Sin embargo, esta ley, no establece quien debe ser el educador, que presumiblemente se tratarán de profesores en bastantes casos sin formación de educación sexual, o muy limitada y que en el caso de ser colegios de índole religiosa posiblemente se vea afectada como hasta la actualidad.⁸⁹

Además del profesorado y la propia familia la única educación sexual que recibe el menor y siendo ésta la única desde la ciencia salud y profesionales de esta, se realiza a través de atención primaria. Esta se basa principalmente en los momentos de las revisiones de salud en la consulta de enfermería pediátrica, sin embargo, la tendencia es informar acerca de las vacunas contra el VPH y el uso del preservativo, por la falta de tiempo, recursos y dada que es una revisión, no puede excederse con cada paciente puesto que sería inviable temporalmente. Posteriormente, existe el acceso a consultas con la matrona para abordar el tema de la sexualidad, pero siempre desde la voluntariedad.⁹⁰

Hoy día, además de insuficiente, ésta, es completamente tardía, puesto que se comienza a abordar con pinceladas, a los 12 años y hasta los 14 años no se profundiza en tema como la relación sexual.⁹¹ mientras que la edad media de inicio de relación sexual con penetración se sitúa en 13,8 años⁹² llegando por detrás de la misma, y si tenemos en cuenta las relaciones sexuales sin penetración, se queda mucho anterior a la educación en las revisiones de salud. Esto se debe principalmente, al acceso al internet que el niño posee, permitiendo el acceso en el mundo de la sexualidad desde que posee un móvil. En esta situación, en España, comienza a los 8 años, donde el niño accede por primera vez a contenido para adultos. Esta tendencia hace que el niño tenga los primeros connatos de lo que es una relación sexual antes que la enfermera de comunitaria pueda intervenir puesto que su intervención es mucho posterior.⁹³

En este contexto la familia no es tampoco una correcta solución, pues además de no ser una fuente completamente verídica, debido a que en algunos casos pueden perpetuar ideas incorrectas o no ser la educación más idónea por motivos ideológicos de los padres, se le añade que no disponen de conocimientos suficientes o las capacidades de transmitir la información al menor, y para más complicación existe una gran cantidad de niños y adolescentes que nunca hablan de sexo con sus progenitores⁹⁴ recurriendo pues, en su defecto, a otras fuentes que serán de muy dudosa fiabilidad que puede ser desde foros en internet, pornografía o compañeros con un conocimiento presumiblemente inadecuado.

En esta situación, desde la Atención Primaria se debe adelantar estas revisiones para poder transmitir una educación de calidad al menor lo más temprano posible para evitar que el inicio de estas sea por otras fuentes. Del mismo modo se debe alentar a los padres del menor a hablar con el niño de la sexualidad con naturalidad.

En Atención Primaria como es el caso de Cantabria, existe una revisión médica y enfermera a los 6 años en la que el niño es muy pequeño para poder comprender ciertos temas a abordar y que la siguientes es al doble de la edad (12 años) siendo muy tardía, es necesaria pues una revisión intermedia la cual es actualmente realizada por la enfermera de Atención Primaria, la cual es a los 9 años, siendo una edad idónea para comenzar con la educación sexual con un previo acercamiento en la revisión de los 6 años.

Por otra parte, el menor necesita una educación para la salud permanente y dado que la mayor parte de su tiempo se encuentra en el ámbito académico y que, los educadores actuales no consiguen la formación de una manera óptima, a consecuencia de la falta de recursos y formación, seguirá siendo muy deficiente, a diferencia de otros países europeo donde existe la figura de la enfermera escolar la cual tiene una vital importancia. Esta enfermera es una profesional de ciencias de la salud que dentro de un centro escolar tiene como función proporcionar cuidados, bien de forma individual o de forma colectiva, previniendo, detectando y tratando problemas de salud.⁹⁵ Dentro de esta se incluye la educación para la salud como método de prevención de desviaciones de la salud y, en las que se incluye indudablemente, la educación afectivo sexual.

El principal problema en España, es la anecdótica existencia de la enfermería escolar, donde hay una proporción de 1 enfermera por cada 8497 alumnos siendo en muchos colegios una figura inexistente y solo unos pocos tienen la suerte de contar con ésta, puesto que no es obligatorio.⁹⁶ Esto, en otros países es impensable, como los anglosajones (Reino Unido, EE. UU., Australia) o del norte de Europa donde la enfermera escolar es una figura vital en la formación de un colegio y existen unas tasas de 1 enfermera por cada 600 alumnos en Finlandia.⁹⁷ La Asociación Internacional de Enfermería Escolar recomienda que sea de 1 enfermera escolar por cada 750 alumnos (1 por cada 350 en colegios de situación especial) que comparada a las cifras de nuestro país es paupérrima e indigente.⁹⁸

En sustitución a estas, los colegios españoles utilizan a profesores previamente formados con breves e insuficientes cursos que, sumado a la falta de tiempo y recursos de los educadores, y la dificultad de acceso a la formación crean una educación sexual muy deficiente.

Para más dificultad la poca enfermería escolar que existe en España no posee una titulación específica como en otros países si no que, y lo cubre la enfermera comunitaria o incluso una enfermera generalista fruto de la ausencia de bolsa específica de trabajo para las especialidades como la comunitaria o pediátrica. Dentro de aquí surgen 2 posturas, una que sugiere la creación de una nueva especialidad para la enfermería escolar, y otra que defiende que es más que suficiente con la especialidad de enfermería comunitaria puesto que posee los conocimientos más que necesarios para ejercer en centros educativos.^{99,100}

Por si fuera poco, la sociedad demanda la presencia de este profesional de salud en los colegios, en una encuesta realizada por Enfermería en Salud Escolar un 97,3%¹⁰¹ de los encuestados desea la incorporación a los colegios de la figura enfermera escolar, debido principalmente a que cada vez es más notoria la necesidad de la misma, ya no solo por el hecho de la carente educación de la salud en los menores, si no por la creciente patología crónica que requiere asistencia sanitaria durante las horas lectivas, y que además ayuda a reducir el absentismo escolar.¹⁰² Los expertos además señalan que la enfermera debe permanecer en el centro escolar y ser la encargada de dar la educación para la salud, educando tanto a los alumnos como profesores y familias creando también una consulta de salud dentro del propio centro educativo.¹⁰³

Cantabria pionera a nivel nacional y posteriormente incorporada por Navarra, realizó un proyecto que incorporaba a los enfermeros escolares en distintos centros educativos consiguiendo resultados en cambios de conductas no saludables al 50% de los niños y adolescentes de los centros. Sin embargo, debido a la falta de recursos el proyecto perdió continuidad quedando en el pasado en Cantabria, sin embargo, queda presente la importancia y la notable eficacia de la enfermería escolar.¹⁰⁴

El enfermero se convierte pues, en la mejor alternativa para la educación sexual de adolescentes sino además en la detección de posibles desviaciones de salud de índole afectivo sexual durante la educación. El enfermero si goza de una permanencia dentro del colegio o instituto permitirá conocer a la población y sus necesidades permitiéndole la prevención y promoción de la salud y en caso de patología afectivo-sexual la detección de esta, puesto que es un profesional capaz y tiene la potestad del mismo modo que lo es un centro de salud u hospital. Esto permite de una detección in situ mucho más precoz que lo que proporcionaría las actuales revisiones de salud, consiguiendo solucionar en el mismo colegio, el problema o en caso necesario la derivación a un profesional especialista ya sea otro enfermero como el de salud mental u otro como psicólogo, psiquiatra o médico.

En cuanto los profesores del centro educativo poseerían un respaldo muy importante dentro del centro de salud, pudiendo beneficiarse el enfermero del profesor y viceversa, puesto que el enfermero da la seguridad en caso de darse una necesidad de actuación o la propia educación, que hasta ahora, asume el docente sin apenas formación, y el profesor proporcionara y ayudara al profesional de la salud a educar y detectar casos que requieran actuación a la vez el enfermero podrá formar a los profesores en materia de ciencias de la salud de forma actualizada y fiable. Las familias por su parte ganan del mismo modo una seguridad de que el niño o adolescente recibe una adecuada prevención promoción y en caso de necesitarse actuación.

Del mismo modo que con el profesor, el enfermero podrá beneficiarse de las familias, las preocupaciones de estas podrán reorientar la educación sexual o emocional que los adolescentes necesitan.¹⁰⁵

La enfermera escolar, además, permitirá recoger un historial de salud durante la estancia en el centro educativo que permitirá un mejor seguimiento por parte del médico y enfermero de atención primaria.

En conclusión, el panorama de la Educación Sexual en España está basado en una veleta e inconcreción legislativa educativa, por unos educadores y docentes con carencias formativas y escasos de recursos para poder proporcionar una educación afectivo-sexual de calidad. Se comienza a corregir la tendencia biologicista de la misma con la nueva ley educativa pero que aún es muy temprano para analizar su incorporación al aula, pero si no existe un buen educador es de prever que los resultados no sean satisfactorios. En este contexto el educador idóneo es la enfermera escolar, piedra angular entre la sanidad, la educación y la comunidad, del mismo modo que lo es entre la atención primaria y resto de profesionales de ciencias de la salud, familia y docentes. Dada la situación respecto a Europa y el crecimiento exponencial de patología afectivo sexual es de carácter muy urgente la incorporación de esta figura a los centros educativos, principalmente con enfermeros especializados en atención comunitaria y de darse la necesidad más adelante, la creación de una nueva especialidad. Es momento pues, de que España se equipare al resto de Europa en materia afectivo sexual y abandonar el puesto en la cola en el que nos encontramos actualmente, y eso solo es posible con la ayuda de la enfermería escolar

3.2 El futuro no tan lejano de la educación sexual enfermera

La sexualidad y la forma en que las personas se relacionan ha cambiado en poco tiempo de una forma muy acelerada, y aún sigue evolucionando. Con la desvinculación del amor del sexo y este último con la reproducción, así como la normalización del placer sexual especialmente en mujeres durante el siglo XX y XXI surge un nuevo mercado orientado al placer sexual.¹⁰⁶

En pleno 2022, está muy normalizado el uso de juguetes sexuales, los cuales son beneficiosos, pues ayudan a explorar la sexualidad y el propio placer, mejorando las relaciones sexuales en consecuencia.¹⁰⁷ En 2020 el 65% de las mujeres y el 50% de los hombres españoles utilizaron alguna vez juguetes sexuales volviéndose pues una importante incorporación a la vida sexual tanto en personas solteras, como en las parejas¹⁰⁸

Los juguetes sexuales evolucionan al igual que lo hace la tecnología, y al ser un producto tan demandado las empresas ya comienzan a crear robots sexuales donde, aunque sus principales compradores son en Asia y Norteamérica, en un futuro no tan lejano se irá incorporando en nuestro a Europa y por ende a España conforme los precios de los mismos vayan disminuyendo y sean más accesibles, serán normalizados y se prevé que en 2050 haya más relaciones sexuales entre robots y personas que entre personas.¹⁰⁹ El auge de estos robots sexuales se debe principalmente a la exigencia demandada por los jóvenes inspirada principalmente en pornografía que crea unos estándares inalcanzables y además el estrés generado por la dificultad de encontrar una pareja empuja a una relación robotizada.¹¹⁰

Aunque parezcan inofensivos, la incorporación de estas nuevas parejas sexuales genera una gran serie de problemas que el enfermero debe conocer para poder educar y prevenir los escenarios patológicos. Estos robots sexuales pueden crear una dependencia de la fantasía que estos crean, perdiendo pues todo tipo de interés y satisfacción sexual y emocional en otras personas y por consiguiente, un aislamiento social y en el caso de darse encuentros sexuales con otras personas ser insatisfactorios y en consecuencia daños psicológicos.¹¹¹

Además, estos robots, son hipersexualizados, donde la peor parte se la llevan las mujeres, puesto que perpetúan los roles de género y poder del hombre sobre la mujer, precisamente lo que se desea eliminar con la educación sexual que la enfermera va a transmitir a los jóvenes. Para mayor preocupación para los profesionales de la salud, estos robots se están creando con temática y dinámica de violación, donde el robot crea un escenario de violación para disfrute del consumidor y por si fuera poco también existen robots con apariencia de niños. Esto como es evidente, provoca una fomentación a la sexualización de niños, pedofilia y el escenario de una violación como atractivo.¹¹²

Esto lleva a que los enfermeros deben conocer este tipo de robots, y educar respecto a ellos, teniendo que tomarse como lo que son, accesorios de la sexualidad nunca sustituyendo a la relación personal con otro individuo y que, se debe conservar el respeto por la otra persona, aunque no exista con el robot. Por otro lado, el profesional de las ciencias de la salud debe transmitir la preocupación y solicitar que el Estado regule este tipo de “sexbots” prohibiéndose aquellos que inciten a la violación, o escenarios violentos o de índole pedófila o incluso zoofílica.¹¹³

Del mismo modo la incorporación del metaverso al mundo cotidiano también actualizará la forma de relacionarse sexualmente. Íntimamente conectado a los robots puesto que perjudica de la misma forma, la persona interactuara sexualmente por medio de su avatar con otros, revolucionando la sexualidad, que, si bien en condiciones normales no sería preocupante como los robots sexuales, puede fomentar el mismo tipo de escenarios de violencia sexual. Por si fuera poco, la incorporación del metaverso sexual facilitará el acceso al menor al mundo sexual, pudiendo ser este completamente irreal y conllevando unas consecuencias psicológicas en el adolescente, y además la interacción sexual entre adultos y niños fomentando pues, la pedofilia, vulnerando los derechos del menor y provocando daños psicológicos en ellos.¹¹⁴

Por consiguiente, con la incorporación del metaverso, en pocos años el menor hará uso habitual del mismo y el enfermero debe advertir tanto a los progenitores como al menor de los peligros de este, y su uso controlado y saludable.

A pesar de esto, el avance tecnológico no es solo malo, y brinda a la enfermera una infinidad de posibilidades para la educación entre otros aspectos al enfermero. La incorporación de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) al día a día especialmente en los adolescentes, los cuales, casi la totalidad de ellos poseen redes sociales y la utilizan diariamente¹¹⁵ proporcionan una vía perfecta para que el enfermero pueda crear promoción y educación para la salud de una forma más eficiente y efectiva.¹¹⁶

De forma autónoma existen ya diversos enfermeros “influencers” que utilizan para divulgar conocimientos del área de la enfermería y que conlleva grandes resultados, puesto que muchas personas que no se atreven a consultar presencialmente a un profesional lo hacen a través de vía TIC.¹¹⁷ El enfermero de atención primaria y/o el enfermero escolar tiene pues una vía perfecta para transmitir todos los conocimientos en materia afectivo sexual al alcance un clic. Del mismo modo puede servir para solventar dudas incluso de consultas virtuales con el adolescente que no se atreva a consultas presenciales o no pueda acceder a las mismas por cualquier motivo.

La tecnología, en conclusión, cambia la forma de relacionarse la gente y el profesional puede y debe sacar beneficio de ella, por otro lado, debe advertir y educar en los peligros que estos conllevan al adolescente. El enfermero educador sexual pues, debe empezar de forma inmediata a visualizar los nuevos riesgos que están creándose y que puede impedir que se conviertan en desviaciones de salud, puesto que el futuro es más presente que nunca.

CONCLUSIONES

El amor es una de las características innatas del ser humano, que a su vez se complementa durante la madurez con la sexualidad, siendo este un hito del desarrollo de la persona. Es impensable que una persona sea capaz de vivir sin respirar o comer, pero también es impensable que pueda sin relacionarse y amar. Por ello el amor y en extensión posteriormente la sexualidad es inevitable en todo hombre y mujer.

Al niño se le enseña a comer bien, a evitar peligros sin embargo no se le enseña a amar y a relacionarse sexualmente de forma adecuada. Ya que la relación amorosa es ineludible, la educación en esta tiene que ser innegable. Para poder educar, primero se debe conocer la relación afectivo sexual, y entenderse esta como inherente al ser humano y que se trata de un concepto pluridimensional y no puede entenderse uno dejando de lado otro.

El amor y, en consecuencia, la relación afectivo-sexual, posee 3 pilares principales, uno sociocultural, el cual va cambiando y modificándose al igual que la sociedad y que conforma la forma en las cuales las personas se relacionan, a través de la historia se puede ver como un mismo país modifica su pensamiento y forma de vincularse, se puede observar cómo en un mismo momento histórico diferentes culturas poseen distintas formas de relacionarse como las polis griegas. En la actualidad a consecuencia de los movimientos migratorios en un mismo país se puede observar diferentes culturas y su forma de percibir la relación.

El segundo pilar es el fisiológico, inmodificable puesto que se basa en una interacción neuroendocrina que provoca estados de euforia placer debido al sistema de recompensa, así mismo se puede objetivar que el estado de bienestar producido por el enamoramiento no se extiende ilimitadamente en el tiempo debido al estrés fisiológico que somete al cerebro; en consecuencia, la relación afectiva no se mantiene idéntica en el tiempo si no que evoluciona y se modifica.

El último, pero no menos importante, es el psicológico, el cual permite evidenciar gracias a la Teoría de la Triangular del Amor, que existen numerosos tipos de relaciones afectivas, desde entre amigos hasta una relación de pareja estable, y que no existe una única forma de amor. Del mismo modo, se puede pues, discernir entre la atracción sexual y la atracción romántica las cuales pueden ser coincidentes o no serlo del mismo modo que el sexo y el género creando un abanico de sexualidades.

Ambos pilares están interconectados, y no se puede focalizar una única puesto que, al igual que en otra multitud de desviaciones a la salud, tienden a ser multifactoriales y en la patología del amor no es un caso diferente.

La relación afectivo-sexual puede verse afectada a consecuencia de una vulneración a sus tres pilares que la componen: fisiológico, psicológico y sociocultural. Una desviación del tipo fisiológico en el amor puede ser la relación toxica, debido a la gran similitud neuroendocrina entre la adicción a las drogas y el amor. Del mismo modo una ruptura repentina o unilateral puede provocar igualmente una sensación de síndrome de abstinencia y de enorme dolor emocional.

Por otra parte, la patología de índole sociocultural por antonomasia es sin lugar a duda los roles de género que producen una enorme cantidad de desviaciones de salud en el ser humano únicamente por creencias y costumbres erróneas que pueden ocasionar patología sufrimiento psicológico e incluso la muerte en caso de no resolverse.

Aunque sea más visible e inequívoca las consecuencias que estas tienen en las mujeres como es el caso de la violencia de género no se puede prevenir y tratar una patología focalizándose en una única base, debe darse una mirada holística, puesto que un paciente con problemas para relacionarse con otra persona puede deberse al mismo tiempo a unas secuelas psicológicas posterior a una ruptura (pilar psicológico) por un duelo no superado que puede deberse a su vez, a consecuencia del rol de género (pilar sociocultural) que obliga al hombre a no pedir ayuda y ser fuerte y que provoca unas consecuencias neuroendocrinas (pilar fisiológico) por la falta de dopamina como es la anhedonia. Estas 3 acaban retroalimentándose y formando un círculo vicioso de patologías muchas de ellas prevenibles mediante la educación afectivo-sexual.

Para la prevención y promoción de la salud de este tipo de patologías es, por ende, necesario un agente de salud que sea capaz de poseer una visión holística de la persona y ese profesional no es otro que el enfermero. El enfermero posee las capacidades, conocimientos y potestad para poder prevenir muchas de las patologías derivadas de la relación afectivo-sexual con la educación afectivo-sexual, sin embargo, se encuentran una serie de limitaciones. La educación sexual en España es puramente biologicista y médica, limitándose solo a una única rama de las patologías, quedándose el resto sin cubrir, y evidentemente la visión holística es prácticamente inexistente.

Esto en la actualidad se está tratando de corregir, pero surge el segundo de los problemas, quien es el educador, en la actualidad es el docente de los centros educativos con un límite temporal y de recursos muy escasos y con apenas formación, por otra parte, se encuentra la enfermera de Atención Primaria, que, aunque posee plenas capacidades y conocimientos para desempeñarlo, una vez más sus recursos y tiempos son muy limitados, incapacitando una adecuada educación. Por otra parte, están los padres o tutores legales, que igualmente su formación esta muy limitada para poder profundizar y abordar todo lo necesario.

Por otro lado, la actual educación sexual esta completamente desactualizada cronológicamente, comenzado esta, cuando se es adolescente en las consultas de Atención Primaria, sin embargo, está más que demostrado y fácilmente objetivable que, el inicio de la relación afectivo sexual es más temprana, comenzando durante la niñez. Este desfase temporal crea falsas creencias, falsos conocimientos que se adhieren a la mente del niño y que se puede perpetuar durante la madurez aun con educación posterior La solución pues, no es otra que la enfermera escolar, la cual en otros países europeos es una figura imprescindible, en España es meramente anecdótica. Esta tiene las capacidades y formación perfectas para poder educar, además posee los recursos y tiempo al dedicarse plenamente en el adolescente y niño y, además, ser capaz de conocer las distintas necesidades de la comunidad. La enfermera escolar, a su vez, puede ponerse en contacto y retroalimentarse junto a los docentes enfermera de Atención Primaria y padres fortaleciendo aún más la educación prevención y promoción de la salud.

La enfermera es, por ende, el mejor profesional de las ciencias de la salud para poder desempeñar la labor de educación emocional y sexual, y para ello debe también adelantarse y actualizarse y utilizar todos los recursos tecnológicos a su alcance para lograr su meta y prevenir de los acontecimientos que están por venir en un futuro próximo y que marcan el desarrollo sexual y amoroso de la sociedad y en consecuencia como se relacionan las personas entre sí. Apostar por la ciencia enfermera como cuidador y protector de nuestra salud es una inversión a futuro plenamente segura y que proporcionará bienestar a nuestros actuales niños niñas y adolescentes y en el futuro hombres y mujeres creando una sociedad sana, justa, educada y respetuosa.

Bibliografía

1. Serna P, La sexualidad y el desarrollo humano aproximaciones para una posible articulación. Revista Cultura del Cuidado. Vol. 10 N° 2, diciembre de 2013. ISSN: 1794-5232. pp. 80-92 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6003071>
2. GARCIA-PINA, Corina A .. Sexualidad infantil: información para orientar la práctica clínica. Acta pediatr. México [en línea]. 2016, vol.37, n.1 [citado el 20-02-2022], pp.47-53. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912016000100047&lng=en&nrm=iso. ISSN 2395-8235.
3. Corzo Salazar C, Antecedentes históricos de las relaciones amorosas en la adolescencia [Internet]. Boletín Científico número 9 de la Escuela Preparatoria Número Tres 2018. [citado el 20 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa3/n9/p1.html>
4. Campos D, Garzón Fernández A. La educación sexual, una asignatura pendiente en España. Sex education, a pending subject in Spain. Biografía Escritos sobre la Biología y su enseñanza. 2015;9:195–203. Disponible en: <https://revistas.pedagogica.edu.co/index.php/bio-grafia/article/view/4510/3723>
5. Thorne SR, Hegarty P, Hepper EG. Equality in theory: From a heteronormative to an inclusive psychology of romantic love. Theory Psychol. 2019;29(2):240–57. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0959354319826725?journalCode=tapa>
6. Gragera T. ¿Están preparados los adolescentes para tener relaciones sexuales? [Internet]. HOLA.com. 2021 [citado el 6 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.hola.com/padres/20211007305073/edad-primer-relacion-sexual-adolescentes-tg/>
7. Luces Lago AM, Tizón Bouza E, Porto Esteiro M, Fernández Minguez C. La importancia de enfermería en la educación sexual plural durante los primeros años de la adolescencia: rompiendo estereotipos. Ene [Internet]. 2014;8(2):0–0. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000200006
8. Ep. La AEPD alerta de que la edad media de acceso a pornografía entre menores se sitúa en los 8 años [Internet]. ABC.es. 2021 [citado el 6 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.abc.es/familia/padres-hijos/abci-aepd-alerta-edad-media-acceso-pornografia-entre-menores-situa-8-anos-202101311800_noticia.html
9. Ministerio de Igualdad. Macroencuesta de violencia contra la mujer. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Minist Igual [Internet]. 2019;(268):341.

Available

from:

<https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/Macroencuesta2019/home.htm>

10. BOE.es - BOE-A-2010-10364 Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria [Internet]. Boe.es. [citado el 6 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-10364
11. Karandashev, V. A cultural perspective on romantic love. Online Readings in Psychology and Culture, 5(4), 1-21. (2015). doi: 10.9707/2307-0919.1135 Disponible en: https://web.archive.org/web/20180720092323id_/https://scholarworks.gvsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1135&context=orpc
12. Páez, X. Neurobiología del amor y sustrato biológico de la monogamia. Seminarios de postgrado multidisciplinarios de biología celular. Manuscrito no publicado, Universidad de los Andes, Venezuela. (2006). Disponible en: <https://slideplayer.es/slide/1077917/>
13. Da Silva Gonçalves, V. H. Comportamiento amoroso de pareja. Mitos y paradojas románticas: Un estudio comparativo entre Brasil y España (Tesis Doctoral). (2014). Recuperado de <http://www.tesisenred.net/>
14. Díaz-Jiménez Á. Arte y derecho, el código de Hammurabi. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. 2018 [citado 20 Feb 2022]; 43 (6 Especial) Disponible en: <http://www.revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1674>
15. Díaz Bastida MD. Amor y formación de pareja: factores implicados en la adolescencia. Proy Investig [Internet]. 2017; (p37) 562. Available from: [https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/55499/1/María Dolores Díaz Bastida Tesis Doctoral.pdf](https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/55499/1/María%20Dolores%20Díaz%20Bastida%20Tesis%20Doctoral.pdf)
16. B. J. La homosexualidad en Roma, aceptada y luego perseguida: el emperador que lo cambió todo [Internet]. El Español. 2020. Disponible en: https://www.elespanol.com/cultura/historia/20201209/homosexualidad-roma-aceptada-luego-perseguida-emperador-cambio/500700249_0.html
17. Schultz JA. Courtly love, the love of courtliness, and the history of sexuality. Chicago, IL: University of Chicago Press; 2006. Dispoble en: https://www.researchgate.net/publication/236813284_Courtly_Love_the_Love_of_Courtliness_and_the_History_of_Sexuality_review
18. Cuetos González G. EL AMOR A LO LARGO DE LA HISTORIA Love throughout history XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría. (2016) Disponible en: https://psiquiatria.com/trabajos/usr_1299974717.pdf
19. Carreño Meléndez, J., Henales Almaraz, M. C. y Sánchez Bravo, C. El amor desde un enfoque psicológico. Perinatología y Reproducción Humana, 25(2), 95-110. (2011).

Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-perinatologia-reproduccion-humana-144>

20. Fletcher GJO, Simpson JA, Campbell L, Overall NC. Pair-Bonding, Romantic Love, and Evolution: The Curious Case of Homo sapiens. *Perspect Psychol Sci*. 2015;10(1):20–36. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25910380/>
21. Fisher HE, Xu X, Aron A, Brown LL. Intense, Passionate, Romantic Love: A Natural Addiction? How the Fields That Investigate Romance and Substance Abuse Can Inform Each Other. *Front Psychol*. 2016 May 10;7:687. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00687. PMID: 27242601; PMCID: PMC4861725. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27242601/>
22. Fisher H. *Anatomy of love: A natural history of mating, marriage, and why we stray (completely revised and updated with a new introduction)* [Internet]. W. W. Norton & Company; 2016. Disponible en: <https://books.google.at/books?id=sWFYcGAAQBAJ>
23. Frascella J, Potenza MN, Brown LL, Childress AR. Shared brain vulnerabilities open the way for nonsubstance addictions: carving addiction at a new joint? *Ann N Y Acad Sci*. 2010 Feb;1187:294-315. doi: 10.1111/j.1749-6632.2009.05420.x. PMID: 20201859; PMCID: PMC3671907. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20201859/>
24. Flores DIR. El amor romántico. Una aproximación desde la neurobiología y la psicología. *Ensayos de Filosofía* [Internet]. 2021 [citado el 20 de febrero de 2022];13(1). Disponible en: <https://www.ensayos-filosofia.es/archivos/articulo/el-amor-romantico-una-aproximacion-desde-la-neurobiologia-y-la-psicologia>
25. Marisel GC, Alejandro Javier SG. Nervio olvidado: Nervio terminal. En: *morfovvirtual2018*. 2018. Disponible en: <http://morfovvirtual2020.sld.cu/index.php/morfovvirtual/morfovvirtual2020/paper/download/651/575>
26. Díaz Bastida MD. Amor y formación de pareja : factores implicados en la adolescencia. *Proy Investig* [Internet]. 2017; (p215-230). Available from: [https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/55499/1/María Dolores Díaz Bastida Tesis Doctoral.pdf](https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/55499/1/María%20Dolores%20Díaz%20Bastida%20Tesis%20Doctoral.pdf)
27. Marazziti, D. y Baroni, S. (2012). Romantic Love. The mystery of its biological roots. *Clinical Neuropsychiatry*, 9(1), 14-19. Recuperado de <http://www.clinicalneuropsychiatry.org/risultatiRicerca.php?PHPSESSID=f5c41705919ad336202b0574450a2f9c#>
28. NG A. The Quantitative Distribution of the Hormones of Love and Neurotransmitters at Psycho Emotional Stresses. *Psychol Psychol Res Int J*. 2018;3(5):1–7. Disponible en: <https://www.kosmospublishers.com/wp-content/uploads/2019/01/The-Quantitative-Distribution-of-the-Hormones-of-Love-and-Neurotransmitters-at-Psycho-Emotional-Stresses.pdf>

29. Aleksidze N Fundamentals of Psychobiology. The Publishing-House of Georgian National Academy of Sciences, Tbilisi, 2014 pp. 224.
30. Scheele D, Striepens N, Güntürkün O, Deutschländer S, Maier W, et al. (2012) Oxytocin modulates social distance between males and females. J Neurosci 32: 16074-16079. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6794013/>
31. Bode A, Kushnick G. Proximate and Ultimate Perspectives on Romantic Love. Front Psychol. 2021;12(April):1–29. Disponible en: [https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.573123/full?utm_source=Email_to_authors&utm_medium=Email&utm_content=T1_11.5e1_author&utm_campaign=Email_publication&field=&journalName=Frontiers in Psychology&id=573123](https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.573123/full?utm_source=Email_to_authors&utm_medium=Email&utm_content=T1_11.5e1_author&utm_campaign=Email_publication&field=&journalName=Frontiers%20in%20Psychology&id=573123)
32. Mbugua, Wairagu, Chemistry of Love (April 29, 2019). Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3380045> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3380045>
33. Tapia, B. P. Teoría triangular del amor y teoría del compromiso en la psicoterapia de pareja. Revista REDES, (2018). Disponible en: <http://www.redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/225>
34. Ventura, J.L. y Caycho, T. Análisis exploratorio de la escala de amor de Sternberg en estudiantes universitarios peruanos. Acta de Investigación Psicológica, (2016). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-acta-investigacion-psicologica-psychological-111-articulo-analisis-exploratorio-escala-amor-sternberg-S2007471916300187>
35. Cubas M. Tipos de amor y dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja de una institución educativa de Chiclayo.[Internet]. 2020;. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12802/7761>
36. Garcia Mendiola M. Las relaciones de amor en parejas de media y larga duración: componentes de la Teoría Triangular, variables individuales y cambios generacionales. (Tesis doctoral) ,(2019). Disponible en: <https://roderic.uv.es/handle/10550/70326>
37. Alves AB. Teorias do amor. 2019; CEPPA (Centro de certificação em psicológica positiva aplicada) 168. Available from: https://www.m-culture.go.th/mculture_th/download/king9/Glossary_about_HM_King_Bhumibol_Adu_lyadej's_Funeral.pdf
38. Anderson, J.W. Sternberg's Triangular Theory of Love. In Encyclopedia of Family Studies, C.L. Shehan (Ed.) (2016). <https://doi.org/10.1002/9781119085621.wbefs058>
39. Clemente, M., Gandoy-Crego, M., Bugallo-Carrera, C., Reig-Botella, A. and Gomez-Cantorna, C. Types of love as a function of satisfaction and age. Psych J, 9: 402-413. (2020), <https://doi.org/10.1002/pchj.338>
40. BOE.es - BOE-A-2005-11364 Ley 13/2005, de 1 de julio, por la que se modifica el Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio [Internet]. Boe.es. [citado el 26 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2005/07/01/13>

41. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE» núm. 55, de 4 de marzo de 2010, páginas 21001 a 21014. 4 de Marzo de 2010. [cited 2022 Feb 6]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-3514>
42. El Gobierno presenta la ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos LGTBI [Internet]. Gob.es. [citado el 6 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/resumenes/Paginas/2021/290621-cministros.aspx>
43. H. Francisca Corona, D. Francisco Funes, Abordaje de la sexualidad en la adolescencia, Revista Médica Clínica Las Condes, Volume 26, Issue 1, (2015), Pages 74-80,ISSN 0716-8640, Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2014.12.004>. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864015000127>
44. RAINBOW. Rights Against INTolerance: Building an Open-minded World [Internet]. Milán: CIG – Centro di Iniziativa Gay (Arcigay Milano) [citado 6 abril 2018]. Disponible en: <http://www.rainbowproject.eu/material/es/glossary.htm>
45. Glosario de términos sobre diversidad afectivo sexual. Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; (2018). Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GlosarioDiversidad.pdf>
46. National LGTB Health Education Center. Glosario de términos LGBT para equipos de atención a la salud. 2018;1–8. Available from: <https://www.lgbtqihealtheducation.org/wp-content/uploads/2018/03/National-LGBT-Health-Education-Center-Glossary.SPANISH-2018.pdf>
47. Ballesté, I. R. El derecho a la identidad (de género) de la infancia y la adolescencia: del paradigma de la patología a la autodeterminación. (2017) Actualidad civil, 9, 42-62. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6142313>
48. Adaptado de: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) / Parlamentarios para la Acción Global (PGA). Promoviendo los Derechos Humanos y la Inclusión de las Personas LGBTI: un Manual para los Parlamentarios y las Parlamentarias. [Internet]. New York: 2017. [citado 26 febrero 2022]. Disponible en: <http://www.pgaction.org/inclusion/pdf/handbook/es.pdf>
49. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales. México. (2016). Disponible en: https://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Glosario_TDSyG_WEB.pdf
50. Red para la Educación y Visibilidad de la Asexualidad. The Asexual Visibility and Education Network (AVEN). <https://es.asexuality.org/>
51. Glosario de la Diversidad. 2020 [citado el 26 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.wattpad.com/469668406-glosario-de-la-diversidad>

52. Navarro R. 15 términos sobre la sexualidad que probablemente no conozcas [Internet]. La Vanguardia. (2016) [citado el 26 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/vivo/sexo/20160822/404048736960/terminos-sexualidad.html>
53. Greco AL, Varina R. Demiromantic [Internet]. Cosmopolitan. 2020 [citado el 26 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.cosmopolitan.com/sexopedia/a31094953/demiromantic-definition/>
54. Castellero O. Depresión por ruptura de pareja: qué es, síntomas, causas y qué hacer [Internet]. 2019 [citado el 20 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://psicologiyamente.com/clinica/depresion-por-ruptura-de-pareja>
55. Puente Andrade, A. F. Prevalencia de depresión en pacientes adultos con duelo por ruptura de pareja en el Centro Especializado de Psicología Integral-CEPSI. (2017) Universidad Central Del Ecuador Recuperado de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/14108/1/T-UCE-0007-PC028-2018.pdf>
56. Muñoz, C. Suicidio Adolescente: El enemigo silencioso que azota a la región del Biobío. *Tiempo Real*. (19 de agosto de 2018). Recuperado de <http://www.periodismoudec.cl/tiemporeal/2018/08/19/suicidio-adolescente-el-enemigo-silencioso-queazota-a-la-region-del-biobio/>
57. Espinosa Sierra V, Salinas Rodríguez JL, Santillán Torres-Torija C. Incidencia del duelo en la ruptura amorosa en estudiantes universitarios en un Centro de Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio (CREAS). *J Behav Heal Soc Issues*. 2017;9(2):27–35.
58. Gómez TD, El anonimato PE en, segura, Montoya J, JHSerrano, Carmen. Más suicidios de hombres después de una ruptura amorosa. ¿Por qué? [Internet]. [citado el 20 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.mundopsicologos.com/articulos/mas-suicidios-de-hombres-despues-de-una-ruptura-amorosa-por-que>
59. Navarro-Gómez N. El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clin Salud* [Internet]. 2017 [citado el 20 de marzo de 2022];28(1):25–31. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-salud-364-pdf-S1130527416300573>
60. Garabito, Sandra, García, Felipe E., Neira, Michelle, & Puentes, Eduardo. Ruptura de pareja en adultos jóvenes y salud mental: estrategias de afrontamiento ante el estrés del término de una relación. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, (2020). 14(1), 47-59. Epub January 26, 2021. <https://doi.org/10.21500/19002386.4560>
61. Verhallen AM, Renken RJ, Marsman JBC, ter Horst GJ Romantic relationship breakup: An experimental model to study effects of stress on depression (-like) symptoms. (2019) *PLOS ONE* 14(5): e0217320. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217320>
62. Maturell, Yordanis. "La violencia de género." *Caribeña de Ciencias Sociales* marzo (2018). Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/03/violencia-genero.html>

63. Águila Gutiérrez Yaíma, Hernández Reyes Vicente Enrique, Hernández Castro Vicente Higinio. Las consecuencias de la violencia de género para la salud y formación de los adolescentes. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2016 Oct [citado 2022 Mar 26] ; 38(5): 697-710. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000500005&lng=es.
64. Alfocea Frutos, Justo, and Francisco José Ponce Alcaraz. "Perspectiva criminológica sobre la violencia de género." (2019). Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/69705/1/LRH%2043.8.pdf>
65. Castellero Mimenza O. Los 7 tipos de violencia de género . Psicologiyamente.com. 2017 [citado el 27 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://psicologiyamente.com/forense/tipos-violencia-de-genero>
66. Martín Montilla, Ariadna, et al. "Una modalidad actual de violencia de género en parejas de jóvenes: las redes sociales." Educación XX1: revista de la Facultad de Educación (2016). Disponible en: <https://revistas.uned.es/index.php/educacionXX1/article/view/16473>
67. López, Ocer Córdoba. "La violencia económica y/o patrimonial contra las mujeres en el ámbito familiar." Persona y Familia 1.6 (2017): 39-58. https://www.unife.edu.pe/facultad/derecho/familia/publicaciones/REVISTA_PERSONA_Y_FAMILIA_2017/LA%20VIOLENCIA%20ECON%20C3%93MICA%20Y.O%20PATRIMONIAL%20CONTRA%20LAS%20MUJERES%20EN%20EL%20C3%81MBITO%20FAMILIAR.pdf
68. Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas [Internet]. ONU Mujeres. [citado el 3 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>
69. Así es la violencia vicaria, la expresión más cruel de la violencia de género [Internet]. Ucm.es. [citado el 3 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.ucm.es/otri/noticias-violencia-vicaria-ucm>
70. Porter, Bárbara, and Yaranay López-Angulo. "Violencia vicaria en el contexto de la violencia de género: un estudio descriptivo en Iberoamérica." CienciAmérica 11.1 (2022): 11-42. Disponible en: <http://cienciamerica.uti.edu.ec/openjournal/index.php/uti/article/view/381>
71. Rissel, Chris, Juliet Richters, Richard O. de Visser, Alan McKee, Anna Yeung y Theresa Caruana.. «A profile of pornography users in Australia: Findings from the second Australian study of health and relationships». (2017) The Journal of Sex Research, 54(2): 227-240. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27419739/>
72. Neufeld D, Conte N, Routley N. The 50 most visited websites in the world [Internet]. Visual Capitalist. 2021 [citado el 3 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.visualcapitalist.com/the-50-most-visited-websites-in-the-world/>
73. Perazzo C, Del Moral C, Sanjuán C, Tejada B. (DES)INFORMACIÓN SEXUAL: PORNOGRAFÍA [Internet]. Savethechildren.es. [citado el 3 de abril de 2022]. Disponible

- en: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2020-11/Informe_Desinformacion_sexual-Pornografia_y_adolescencia.pdf
74. Revelo Morejón, M. A. Efecto del uso frecuente de pornografía en la expectativa del acto sexual de usuarios masculinos. 2016. BS thesis. Quito: USFQ, Disponible en: <https://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/6085>
 75. Tylka, Tracy L. «No harm in looking, right? Men's pornography consumption, body image, and well-being». 2015 *Psychology of Men & Masculinity*, 16(1): 97-107. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/270940548_No_Harm_in_Looking_Right_Men's_Pornography_Consumption_Body_Image_and_Well-Being#read
 76. Kraus, S. W., Voon, V., & Potenza, M. N. . Should compulsive sexual behavior considered an addiction? 2016, 111(12), 2097-2106. doi:10.1111/add.13297
 77. Barbero, Matías de StéfanoHacerse hombre en el aula: masculinidad, homofobia y acoso escolar*. *Cadernos Pagu* [online]. 2017, n. 50 [Accedido 5 Abril 2022] , e175014. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/18094449201700500014>>. Epub 28 Set 2017. ISSN 1809-4449. <https://doi.org/10.1590/18094449201700500014>.
 78. Bernuy Castromonte, Breiding Junior, & Noé Grijalva, Hugo Martín. (2017). Sexismo y homofobia en los adolescentes de una institución educativa pública. *Propósitos y Representaciones*, 5(2), 245-275. <https://dx.doi.org/10.20511/pyr2017.v5n2.162>
 79. Rivera-Osorio Juan-Felipe, Arias-Gómez María-Camila. Acoso escolar contra jóvenes LGBT e implicaciones desde una perspectiva de salud. *Rev. Univ. Ind. Santander. Salud* [Internet]. 2020 June [cited 2022 Apr 05] ; 52(2): 147-151. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072020000200147&lng=en. Epub Mar 18, 2020. <https://doi.org/10.18273/revsal.v52n2-2020008>.
 80. Instituto de Salud Carlos III - ISCIII [Internet]. Iscii.es. [citado el 18 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.isciii.es/Paginas/Inicio.aspx>
 81. Ministerio de sanidad y consumo. Dirección General de Salud Pública. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos correspondientes a 2019. 2021; Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2019.pdf
 82. El coronavirus reduce en un 80% los casos de ITS en España [Internet]. Redacción Médica. 2020. [citado el 18 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/dermatologia/covid-infecciones-transmision-sexual-its-espana-confinamiento-casos-comparacion-2019-2020-8005>
 83. El número de Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) descendió un 10,97% en 2020 [Internet]. Gob.es. [citado el 19 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Paginas/2021/280921-ive.aspx>

84. Krammer J. ¿Por qué están aumentando los casos de ETS durante la pandemia? [Internet]. National Geographic. 2022 [citado el 19 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.nationalgeographic.es/ciencia/2022/01/por-que-estan-aumentando-los-casos-de-ets-durante-la-pandemia>
85. Bartolomé A. España, a la cola de Europa en Educación sexual [Internet]. Magisnet. 2021 [citado el 19 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.magisnet.com/2021/04/espana-a-la-cola-de-europa-en-educacion-sexual/>
86. Calvo González S. Educación sexual con enfoque de género en el currículo de la educación obligatoria en España: avances y situación actual. Educ Siglo XXI. 2021;39(1):281–304. Disponible en: <https://revistas.um.es/educatio/article/view/469281>
87. Plaza AM. Las ocho leyes educativas de los 40 años de democracia [Internet]. RTVE.es. 2021 [citado el 19 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.rtve.es/noticias/20210913/ocho-leyes-educativas-cuatro-decadas-democracia/2170094.shtml>
88. LOMLOE. Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre [Internet]. FlippingBook. [citado el 19 de abril de 2022]. Disponible en: https://documentos.anpe.es/ANPE_LOMLOE/66/
89. Franco MTB, Fernández BG. La educación afectivo-sexual en España. Análisis de las leyes educativas en el periodo 1990-2016. Opcion. 2016;32(Special Issue 13):756–89 Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/310/31048483037.pdf>
90. Arias RO, Cagiga L, Servicio "., De Salud C. FORMACIÓN DE LA MATRONA COMO EDUCADORA SEXUAL [Internet]. Aesmatronas.com. [citado el 25 de abril de 2022]. Disponible en: https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2017/12/03_FORMACION_MATRONA_EDUCADORA_SEXUAL.pdf
91. Organización y actividades por grupos de edad [Internet]. Aepap.org. [citado el 25 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil/organizacion-y-actividades-por-grupos-de-edad>
92. 20minutos. La edad media de la primera relación sexual con penetración es ahora de 13,8 años, según un estudio [Internet]. immuceuticals.com - Últimas Noticias. 20minutos; 2021 [citado el 25 de abril de 2022]. Disponible en: <https://immuceuticals.com/noticia/4746873/0/edad-media-primer-relacion-sexual-penetracion-13-anos-estudio/>
93. El acceso a la pornografía se adelanta a los ocho años [Internet]. RTVE.es. 2019 [citado el 25 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.rtve.es/noticias/20190610/edad-acceso-pornografia-espana-se-adelanta-ocho-anos-se-generaliza-14/1954225.shtml>
94. 24. Un 35 % de los adolescentes no tienen confianza con nadie de su familia para hablar de sexualidad [Internet]. Salut Media. [citado el 25 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.salutmedia.cat/es/2021/06/30/un-35-dels-adolescents-no-tenen-confianca-amb-ningu-de-la-seva-familia-per-parlar-de-sexualitat/>

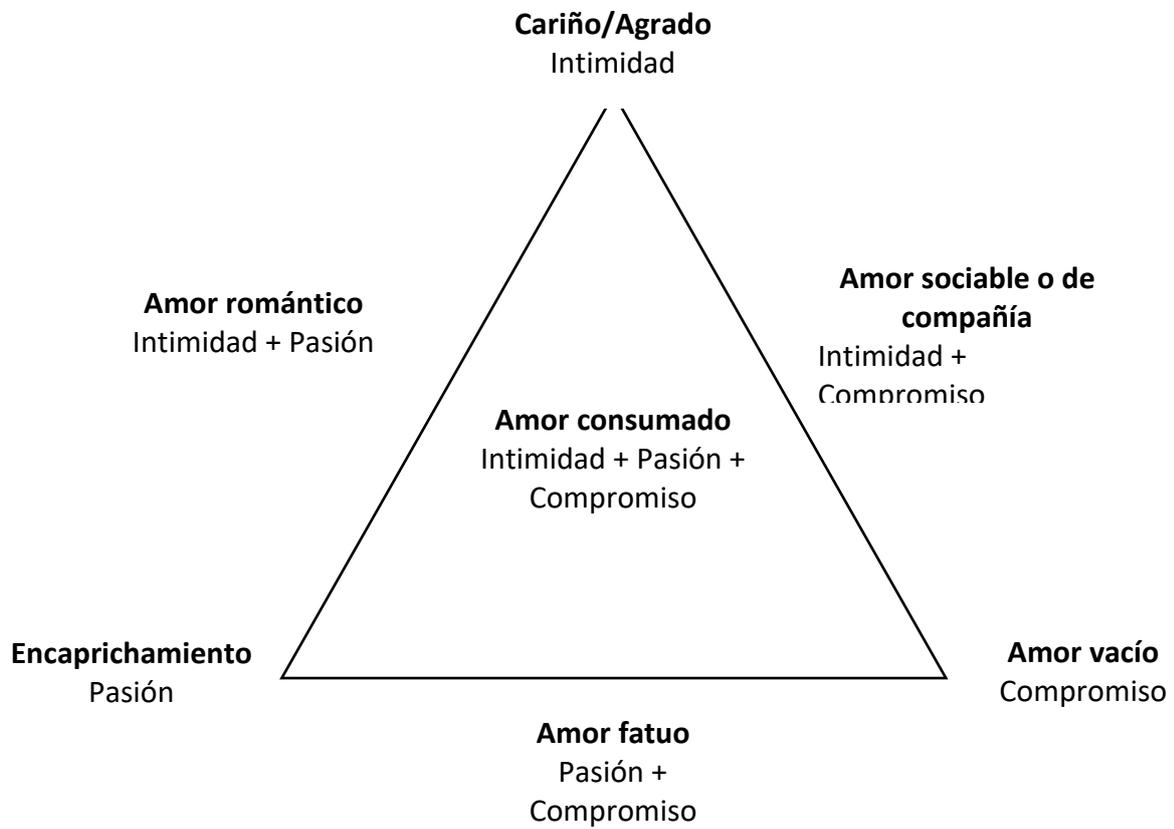
95. Martínez-Santos Alba-Elena, Tizón-Bouza Eva, Fernández-Morante Carmen, Casal-Otero Lorena, Cebreiro Beatriz. La Enfermería escolar: contenidos y percepciones sobre su pertinencia en las escuelas inclusivas. *Enferm. glob.* [Internet]. 2019 [citado 2022 Abr 19] ; 18(56): 291-323. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000400011&lng=es. Epub 23-Dic-2019. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.4.344611>.
96. Corada ES. En España solo hay 947 enfermeras escolares [Internet]. *La Razón*. 2022 [citado el 19 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.larazon.es/salud/20220223/jg6t2zyh3bcehm32jaizs37np4.html>
97. Arce S. La enfermería escolar en España, un desequilibrio con respecto a Europa [Internet]. *School Nurses*. 2019 [citado el 19 de abril de 2022]. Disponible en: <https://schoolnurses.es/la-enfermeria-escolar-en-espana-un-desequilibrio-con-respecto-a-europa/>
98. Consejo General de Enfermería de España. España suspende en enfermería escolar : Una enfermera por cada 8 . 500 alumnos. 2022; Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/actualidad-y-prensa/sala-de-prensa/notas-prensa/send/20-notas-de-prensa/1647-espana-suspende-en-enfermeria-escolar-una-enfermera-por-cada-8-500-alumnos>
99. Lameiras, M., Carrera, M. V., & Rodríguez, Y. Caso abierto: la educación sexual en España, una asignatura pendiente. V. Gavidia (Comp.) (2016), *Los ocho ámbitos de la Educación para la Salud en la escuela*, 197-210. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=697655&orden=0&info=open_link_libro
100. Encinar A, Grado C, Escolar E. Enfermería escolar. la situación hoy en día. 2015;7:56–61. Disponible en: <http://revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/144/116>
101. ¿Consideras necesaria una enfermera en los centros de Educación Especial? [Internet]. *Enfermeraescolar.es*. 2017 Disponible en: http://www.enfermeraescolar.es/index.php?option=com_poll&id=14:considerasnecesaria-una-enfermera-en-los-centros-de-educacion-especial
102. Pérez Pablo. “Enfermería escolar: Un horizonte de futuro” [vídeo en Internet]. *EnfermeriaCantabria.TV*. 26 de junio de 2014 Disponible en: <http://www.enfermeriacantabria.tv/enfermeriawebtv/web/videos-es/67>
103. Martínez-Santos AE, Tizón-Bouza E, Fernández-Morante C, Casal-Otero L, Cebreiro B. School nursing: Contents and perceptions about its relevance in the inclusive schools. *Enferm Glob*. 2019;18(4):291–307.
104. AMECE. El “enfermero escolar” en Cantabria: un proyecto pionero condenado a desaparecer [Internet]. AMECE. 2018 [citado el 27 de abril de 2022]. Disponible en: <https://amece.es/el-enfermero-escolar-en-cantabria-un-proyecto-pionero-condenado-a-desaparecer/>

105. Álvarez Terán, R., Eguilaz Fanlo, M., & Miguel Moreno, S. La enfermería escolar: un recurso necesario para la comunidad educativa. Contextos Educativos. (2018). Revista de Educación, 0(22), 165-180. doi:<https://doi.org/10.18172/con.3374>
106. Felitti, K. (Juegos y juguetes para la liberación sexual femenina. (2016)., (28), 188-206. Disponible en: <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/apuntesceecyp/article/view/4629>
107. López de la Llave, A. La promoción de la salud sexual en contextos informales y su relación con los conocimientos y las actitudes sexuales de las mujeres. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, (2015) 20 (3), 209-218
108. Fernandez R. Porcentaje usuarios de juguetes sexuales por género en España 2020 [Internet]. Statista. [citado el 27 de abril de 2022]. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/1027945/porcentaje-de-espanoles-que-usaban-juguetes-sexuales-por-genero/>
109. TÉLAM. Robots sexuales: ¿el sexo del futuro avanza hacia un destino cada vez más tecnológico? [Internet]. Com.ar. [citado el 27 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.telam.com.ar/notas/202106/556459-robots-sexuales.html>
110. ACyV. ¿Podría el sexo con robots ser mejor que con personas? [Internet]. El Confidencial. 2021 [citado el 27 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2021-06-15/sexo-robots-relaciones-personas-futuro_3128011/
111. Nuño A. El fenómeno de las “waifus”: cuando tu pareja es un personaje de ficción [Internet]. El Confidencial. 2020 [citado el 27 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2020-11-19/waifus-novias-virtuales-parejas-relaciones_2833576/
112. Los daños que pueden causar los robots sexuales. el 18 de febrero de 2020 [citado el 27 de abril de 2022]; Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-51545952>
113. Shen FX. Los robots sexuales ya están aquí, ¿debe haber leyes que los regulen? [Internet]. El País. 2019 [citado el 27 de abril de 2022]. Disponible en: https://elpais.com/tecnologia/2019/02/14/actualidad/1550144811_560964.html
114. Investigación de la BBC: la “peligrosa” app del metaverso que permite a menores acceder a contenido sexual. el 23 de febrero de 2022 [citado el 28 de abril de 2022]; Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-60494279>
115. Europa Press. El 92% de adolescentes tiene perfil en redes sociales que usan para sentirse integrados. 2019 [citado el 28 de abril de 2022]; Disponible en: <https://www.europapress.es/epsocial/igualdad/noticia-mas-90-adolescentes-espanoles-tiene-perfil-propio-redes-sociales-usan-sentirse-integrados-20190122121310.html>

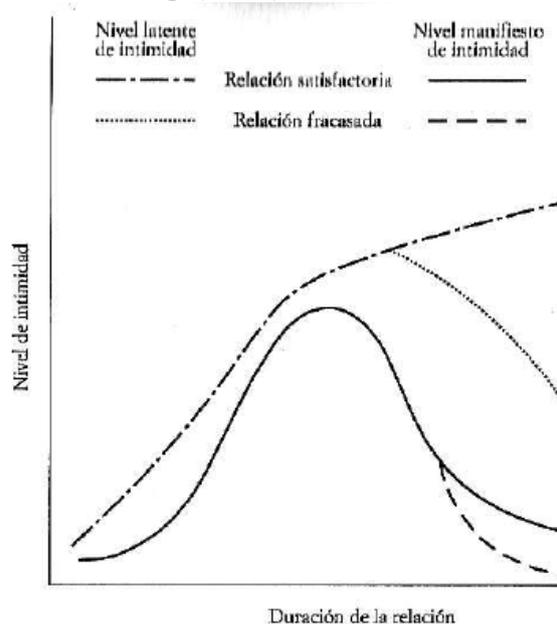
116. Arandojo Morales M.^a Isabel. New technologies and new challenges for nursing professionals. *Index Enferm* [Internet]. 2016 Jun [citado 2022 Abr 28]; 25(1-2): 38-41. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000100009&lng=es.
117. ConSalud R. Estos son los 10 influencers sanitarios que no debes perder de vista [Internet]. ConSalud.es. 2021 [citado el 28 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.consalud.es/profesionales/10-influencers-sanitarios-no-debes-perder-vista_100922_102.html

Anexos y tablas:

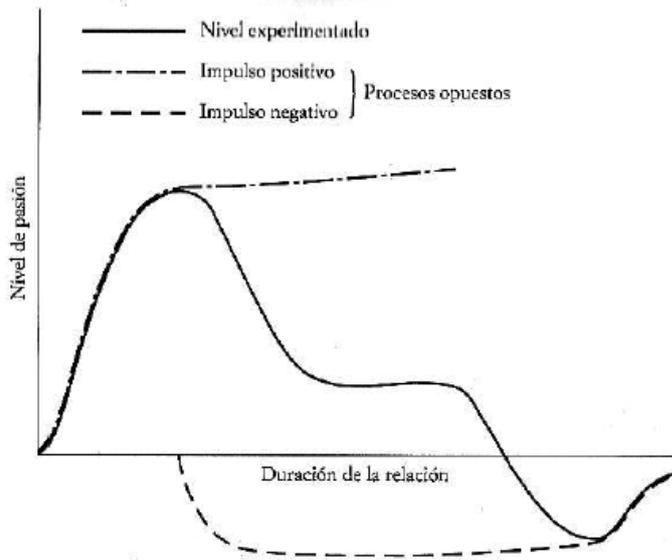
Anexo 1: Representación gráfica de la teoría triangular. Elaboración propia basada en la Teoría Triangular de Sternberg. (1989)



Anexo 2 Curso temporal de la intimidad. Modificado por García Mendiola M. original de Sternberg. (2019)



Anexo 3 Curso temporal de la pasión. Modificado por García Mendiola M. original de Sternberg. (2019)



Anexo 4 Curso temporal del Compromiso. Modificado por García Mendiola M. original de Sternberg. (2019)

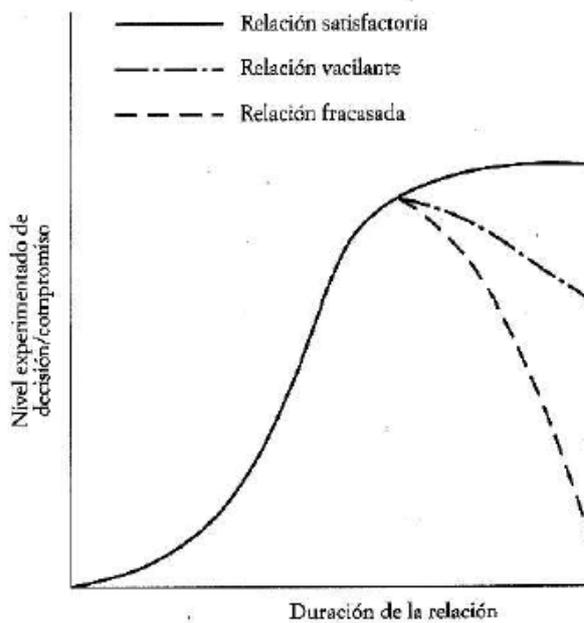


Tabla 1: 8 Tipos de amor. Taxonomía de elaboración propia basada en la Teoría Triangular de Sternberg. (1989)

TIPO	INTIMIDAD	PASIÓN	COMPROMISO	OBSERVACIÓN
Cariño/Agrado	+	-	-	Característico de amistades sin pasión sexual ni compromiso.
Apasionado/Encaprichamiento	-	+	-	Fundamentalmente erótico y basado en excitación psicofisiológica.
Vacío	-	-	+	Respeto mutuo sin atracción sexual ni sentimientos.
Romántico	+	+	-	Pareja conectada emocional y sexualmente, pero sin compromiso.
Sociable/Compañía	+	-	+	Sin pasión sexual, pero con sentimientos mutuos y lealtad.
Vano/Fatuo	-	+	+	Compromiso basado en la pasión, muy fugaz
Consumado	+	+	+	Amor completo, ideal, utópico.
Ausencia de amor	-	-	-	No existe relación amorosa

Tabla 2. Casos de gonorrea: Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III.:

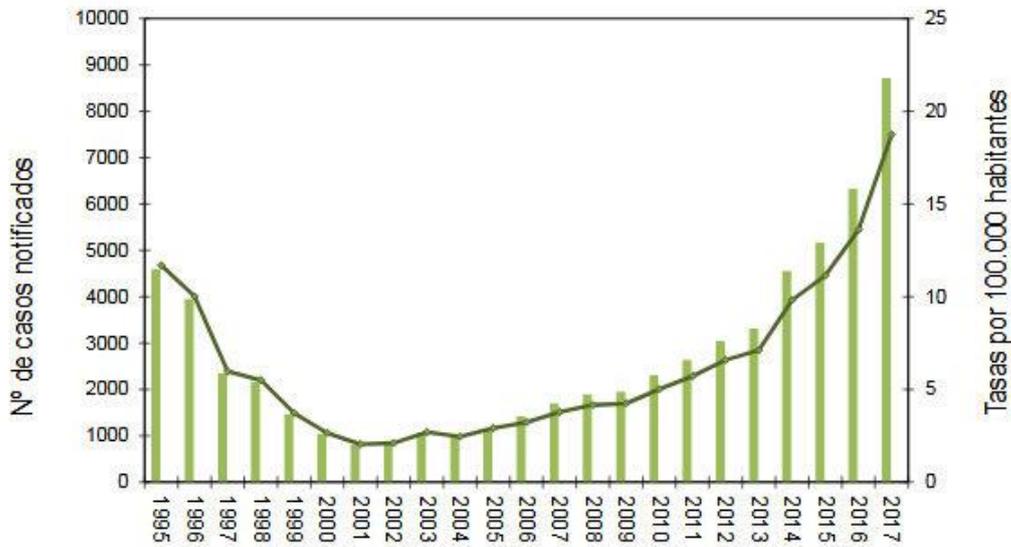


Tabla 3. Casos de sífilis: Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III.:

