



Sexualidad humana

6ª edición

Spencer A. Rathus
Jeffrey S. Nevid
Lois Fichner-Rathus

Prólogo de Félix López

PEARSON
Prentice
Hall

Sexualidad humana

SEXTA EDICIÓN

S. A. Rathus; J. S. Nevid; L. Fichner-Rathus

Sexualidad humana 6.ª edición

PEARSON EDUCACIÓN, S.A., Madrid, 2005

ISBN: 84-205-4524-4

Materia: Sexualidad-Ética, 17

Formato: 215 × 270

Páginas: 504

Todos los derechos reservados.

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la Ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (*arts. 270 y sgts. Código Penal*).

DERECHOS RESERVADOS

© 2005 de la presente edición para PEARSON EDUCACIÓN, S.A.

Ribera del Loira, 28

28042 Madrid (España)

PEARSON PRENTICE HALL es un sello editorial autorizado de PEARSON EDUCACIÓN

S. A. Rathus; J. S. Nevid; L. Fichner-Rathus

Sexualidad humana. 6.ª edición

Traducido de:

S. A. Rathus; J. S. Nevid; L. Fichner-Rathus: *Human Sexuality in a World of Diversity* 6th edition.

Boston, Pearson Allyn & Bacon, 2005, ISBN: 0-205-40615-7

ISBN: 84-205-4524-4

Depósito Legal: M-

Equipo editorial:

Editor: Juan Luis Posadas

Técnico editorial: Elena Bazaco

Equipo de producción:

Director: José Antonio Clares

Técnico: María Alvear

Diseño de cubierta: Equipo de diseño de PEARSON EDUCACIÓN, S.A.

Composición: COPIBOOK, S.L.

Impreso por:

IMPRESO EN ESPAÑA - PRINTED IN SPAIN



Sexualidad humana

SEXTA EDICIÓN

Spencer A. Rathus
Universidad de Nueva York

Jeffrey S. Nevid
Universidad de St. John

Lois Fichner-Rathus
College de Nueva Jersey

Traducción:

Roberto Leal Ortega

Revisión técnica, prólogo y adaptación:

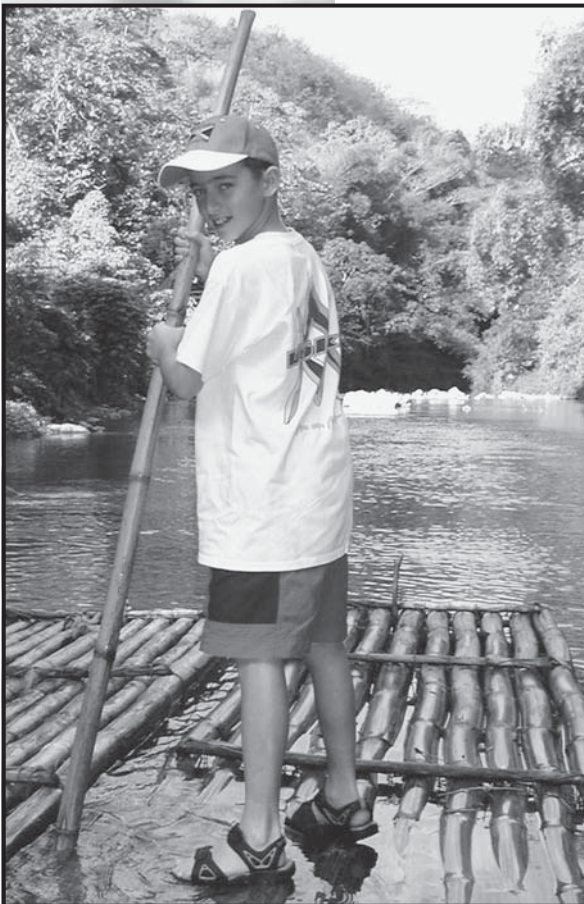
Félix López

*Catedrático de Psicología de la Sexualidad
Universidad de Salamanca*

***Adaptado al mundo hispanohablante
con artículos de autores españoles***



Madrid • México • Santafé de Bogotá • Buenos Aires • Caracas • Lima • Montevideo
San Juan • San José • Santiago • São Paulo • White Plains



Dedicado con amor a nuestros hijos Taylor Lane Rathus y Michael Zev Nevid, que nacieron cuando se escribió la primera edición de este libro.

- El vestíbulo 36
- La abertura uretral 36
- La abertura vaginal 37
- El perineo 38
- Estructuras que rodean los órganos sexuales externos 38

Los órganos sexuales internos 39

- La vagina 40
- El cuello uterino 41
- El útero 42
- Las trompas de falopio 43
- Los ovarios 44
- El examen pélvico 45

Los pechos 47

- El cáncer de mama 48
- De cerca. La autoexploración de los pechos 52**

El ciclo menstrual 52

- La regulación del ciclo menstrual 54
- Las fases del ciclo menstrual 55
- Un mundo de diversidad. Puntos de vista históricos y transculturales de la menstruación 59**
- El coito durante la menstruación 60
- La menopausia, la perimenopausia y el climaterio 60
- De cerca. Los mitos sobre la menopausia 62**
- Cómo enfrentarse a las molestias menstruales 64

3 Anatomía y fisiología sexual masculina 67

Los órganos sexuales externos 68

- El pene 68
- El escroto 72

Los órganos sexuales internos 72

- Los testículos 72
- La sexualidad humana en el nuevo milenio. Andropausia y química: ¿es tóxica la testosterona? 74**
- Los conductos deferentes 76
- Las vesículas seminales 77
- La glándula prostática 77
- Las glándulas de Cowper 78
- El semen 78

Problemas de salud del sistema urogenital 78

- La uretritis 78
- El cáncer de testículo 79
- Las enfermedades de la próstata 80

Las funciones sexuales masculinas 81

- La erección 81



- 8** Técnicas sexuales y patrones de conducta 205
La conducta sexual en solitario 206
La conducta sexual con los demás 215
- 9** La orientación sexual 231
Adquirir la orientación sexual 232
Puntos de vista sobre las orientaciones sexuales gays masculina y lesbiana 239
Adaptación de los hombres gays y de las lesbianas 252
Salir del armario: asumir ser gay 256
Los estilos de vida gay 258
- 10** La sexualidad en la niñez y en la adolescencia 263
La primera infancia (de cero a dos años): la búsqueda de los orígenes de la sexualidad humana 264
La infancia (de tres a ocho años) 266
La preadolescencia (de nueve a trece años) 269
La adolescencia 273
- 11** La sexualidad en la edad madura 293
La soltería 294
Tendencias en la cohabitación 296
El matrimonio: unir lazos 299
El sexo en la tercera edad 313
El sexo y las discapacidades 318
- 12** Disfunciones sexuales 327
Tipos de disfunciones sexuales 328
Trastornos del deseo sexual 328
Orígenes de las disfunciones sexuales 336
Tratamiento de las disfunciones sexuales 341
- 13** Variaciones sexuales atípicas 361
Conducta sexual normal *versus* desviada 362
Puntos de vista teóricos 378
El tratamiento de las parafilias 383
- 14** La coacción sexual 389
La violación: el crimen violento más íntimo 390
El abuso sexual de menores 406
Tratamiento de los violadores y los pedófilos 416
El acoso sexual 417
- 15** El mundo del «sexo comercial» 427
Prostitución: sexo a la fuga 428
Pornografía y obscenidad 436



Índice de capítulos

- 1** ¿Qué es la sexualidad humana? 1
 - ¿Qué es la sexualidad humana? 2
 - Pensamiento crítico en la sexualidad humana 7
 - Aproximaciones al estudio de la sexualidad humana 9
- 2** Anatomía y fisiología sexual femenina 31
 - Los órganos sexuales externos 32
 - Los órganos sexuales internos 39
 - Los pechos 47
 - El ciclo menstrual 52
- 3** Anatomía y fisiología sexual masculina 67
 - Los órganos sexuales externos 68
 - Los órganos sexuales internos 72
 - Problemas de salud del sistema urogenital 78
 - Las funciones sexuales masculinas 81
- 4** La excitación y la respuesta sexual 89
 - Descifrando el sexo: el papel de los sentidos en la excitación sexual 90
 - Los afrodisíacos: de moscas españolas y cuernos de rinoceronte 94
 - La respuesta sexual y el cerebro: ¿sexo cerebral? 98
 - Las hormonas sexuales: ¿son ellas las que nos incitan al sexo? 100
 - La respuesta sexual 104
- 5** Identidad sexual y roles de género 119
 - La diferenciación sexual prenatal 120
 - La identidad sexual 124
 - Los roles de género y los estereotipos 131
 - Las diferencias sexuales: ¿*vive la différence* o *vive la similarité*? 135
 - Ser un hombre o ser una mujer: la determinación del género 138
 - La androginia psicológica y la reconstrucción de la masculinidad-feminidad: ¿cuántos más rasgos, mejor? 144
- 6** Atracción y amor, fuerzas vinculantes 153
 - La atracción: ¿una fuerza vinculante? 154
 - La hipótesis del emparejamiento: ¿quién es perfecto para ti? 160
 - El amor 163
- 7** Relaciones y comunicación 175
 - El ABC de las relaciones románticas 176
 - La soledad: «¿De dónde salen todos los solitarios?» 189
 - La satisfacción en las relaciones: la comunicación es clave 192



Índice de aportaciones de autores españoles

Concepto de sexualidad, Félix López Sánchez, *Universidad de Salamanca* 3

Otros sexólogos europeos, Félix López Sánchez, *Universidad de Salamanca* 17

Enfermedades y sexualidad, Juan José Borrás Valls, *Doctor en Medicina, Director del Instituto de Psicología, Sexología y Medicina Espill, Valencia*, y Froilán Sánchez Sánchez, *Doctor en Medicina, Máster en Sexología* 114

Sexualidad e identidad de género, Esther Barberá, *Universidad de Valencia*, y Esperanza Navarro, *Universidad de Alicante* 145

La necesidad del hombre nuevo o, mejor aún, ¿su desaparición?, Julián Fernández, *Sociedad Sexológica Madrileña* 147

Diferencias de género en relaciones de intimidad, Esperanza Navarro, *Universidad de Alicante*, y Esther Barberá, *Universidad de Valencia* 201

Nuestros estudios sobre sexualidad prepuberal, Félix López, Amaia del Campo, y Valeriana Guijo, *Universidad de Salamanca y Universidad de Burgos* 288

Aproximación a los comportamientos sexuales y de riesgo en la adolescencia, Javier Gómez Zapiain, *Universidad del País Vasco* 289

La pareja española del siglo XXI, Alberto Rodríguez Morejón, *Universidad de Salamanca* 322

La prevalencia de las disfunciones sexuales en España y países de habla hispana, Antonio Fuertes, *Universidad de Salamanca* 357

El sexo a través de Internet, Ana Alexandra Carvalheira, *Universidad de Salamanca* 387

La sexualidad en prisión, Rodrigo J. Carcedo, *Universidad de Burgos* 422

Abuso sexual en España, Félix López Sánchez, *Universidad de Salamanca* 443

Formación de especialistas en sexología en España y Latinoamérica, Juan José Borrás Valls y María Pérez Conchillo, *Directores del Instituto de Psicología, Sexología y Medicina Espill, Valencia* 447

Contenido

Prólogo a la edición española XXI

1 ¿Qué es la sexualidad humana? 1

¿Qué es la sexualidad humana? 2

El estudio de la sexualidad humana 2

Sexualidad y valores 4

Sistemas de valores para tomar decisiones sexuales responsables 4

Pensamiento crítico en la sexualidad humana 7

Principios del pensamiento crítico 8

Aproximaciones al estudio de la sexualidad humana 9

El punto de vista histórico 9

El punto de vista de la biología 18

El punto de vista evolucionista 19

El punto de vista de la comparación entre especies 21

El punto de vista transcultural 21

De cerca. ¿Son monógamas las hembras en el reino animal? ¡No! 22

Puntos de vista de la psicología 24

El punto de vista sociocultural: el mundo de la diversidad 26

Puntos de vista múltiples en la sexualidad humana 29



2 Anatomía y fisiología sexual femenina 31

Los órganos sexuales externos 32

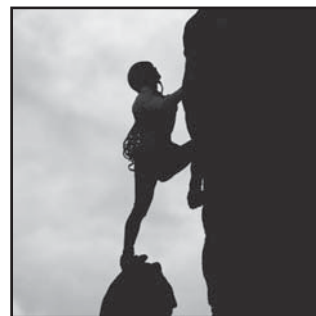
El monte de Venus 32

Los labios mayores 33

Los labios menores 33

El clítoris 33

Un mundo de diversidad. La clitoridectomía: ¿práctica cultural o mutilación genital? 34



Los reflejos de la médula espinal y la respuesta sexual 82

La eyaculación 85

4 La excitación y la respuesta sexual 89

Descifrando el sexo: el papel de los sentidos en la excitación sexual 90

La visión: lo mejor para verte 90

El olfato: ¿la nariz reconoce lo mejor? 90

Las sensaciones de la piel: el sexo como experiencia táctil 91

La sexualidad humana en el nuevo milenio. La búsqueda de un filtro mágico del amor ¿en el umbral? 92

El gusto: el sexo sabroso 93

El oído: lo mejor para escuchar contigo 94

Los afrodisíacos: de moscas españolas y cuernos de rinoceronte 94

Los afrodisíacos 96

Las drogas psicoactivas 96

La respuesta sexual y el cerebro: ¿sexo cerebral? 98

Pulsar los botones correctos: ¿están en el cerebro los centros de placer? 100

Las hormonas sexuales: ¿son ellas las que nos incitan al sexo? 100

Las hormonas sexuales y la conducta sexual: organizando y activando las influencias 101

Las hormonas sexuales y la conducta sexual masculina 102

Las hormonas sexuales y la conducta sexual femenina 103

La respuesta sexual 104

Las cuatro fases de la respuesta sexual humana según Masters y Johnson 105

Las tres fases de la respuesta sexual humana según Kaplan: un modelo alternativo 110

Las polémicas sobre el orgasmo 110



5 Identidad sexual y roles de género 119

La diferenciación sexual prenatal 120

Los factores genéticos en la diferenciación sexual 122

El papel de las hormonas sexuales en la diferenciación sexual 122

El descenso de los testículos y los ovarios 123

La identidad sexual 124

La naturaleza y la educación en la identidad sexual 124

El transexualismo 127

De cerca. Jayne Thomas, en sus propias palabras 128

Los roles de género y los estereotipos 131

El sexismo 133

Los roles de género y la conducta sexual 134

Las diferencias sexuales: ¿vive la différence o vive la similarité? 135

Las diferencias en las habilidades cognitivas 135

Las diferencias en la personalidad 137



Las diferencias en la conducta social 137

Ser un hombre o ser una mujer: la determinación del género 138

Los puntos de vista de la biología 138

Los puntos de vista de la psicología 139

La androginia psicológica y la reconstrucción de la masculinidad-feminidad: ¿cuantos más rasgos, mejor? 144

6 Atracción y amor, fuerzas vinculantes 153

La atracción: ¿una fuerza vinculante? 154

El atractivo físico: ¿cuál es la importancia del aspecto? 154

Un mundo de diversidad. Los ojos como platos, y... ¿la belleza? 156

Un mundo de diversidad. Diferencias sexuales en las preferencias sobre las parejas en 37 culturas 158

La hipótesis del emparejamiento: ¿quién es perfecto para ti? 160

Las actitudes: ¿«Los opuestos se atraen» o «Dios los cría y ellos se juntan»? 161

La sexualidad humana en el nuevo milenio. «La cercanía (electrónica) a ti» 162

La reciprocidad: si te gusto, debes tener un criterio excelente 163

El amor 163

La herencia griega 163

El amor romántico en la cultura occidental contemporánea 164

Autoevaluación. ¿Eres romántico o realista? La Escala de Actitudes ante el Amor 166

Los modelos contemporáneos de amor: ¿se atreve la ciencia a inmiscuirse? 167

Autoevaluación. La escala amorosa triangular de Sternberg 170



7 Relaciones y comunicación 175

El ABC de las relaciones románticas 176

Una charla no tan breve: una prueba para construir una relación 177

Los saludos: ¿cómo haces que las cosas comiencen? 177

La autorrevelación: dime y te diré... con cuidado 178

La intimidad: compartir los pensamientos y los sentimientos más íntimos 179

La sexualidad humana en el nuevo milenio. En un romance moderno por correo electrónico, la «papelera» está a la distancia de un golpe de clic 180

Los celos: ¿es el mundo en la vida real *La Isla de la Tentación*? 182

La sexualidad humana en el nuevo milenio. Un romance a larga distancia, disponible en la web 184

De cerca. Consejos para las mujeres jóvenes: cómo prepararse para la vida de casadas 186

Respuestas para el deterioro de una relación 188

La ruptura, romper, resulta (a menudo) difícil 188

La soledad: «¿De dónde salen todos los solitarios?» 189



Las causas de la soledad 190

Enfrentarse a la soledad 190

La satisfacción en las relaciones: la comunicación es clave 192

La investigación de Gottman sobre la satisfacción en las relaciones 192

Habilidades comunicativas para mejorar las relaciones sexuales: cómo conseguirlo 193

De cerca. La polémica de la escucha activa 196

8 Técnicas sexuales y patrones de conducta 205

La conducta sexual en solitario 206

La masturbación 206

De cerca. La tecnología del orgasmo: «histeria», el vibrador y la satisfacción sexual de la mujer 207

Un mundo de diversidad. Factores socioculturales y masturbación 209

Las fantasías 214

La conducta sexual con los demás 215

Los prolegómenos 216

Besarse 216

Tocarse 217

La estimulación de los pechos 219

La estimulación genital-oral 221

Un mundo de diversidad. Factores socioculturales y sexo oral 222

El acto sexual: posiciones y técnicas 224



9 La orientación sexual 231

Adquirir la orientación sexual 232

El problema de los términos 232

La orientación sexual y la identidad de género 232

Clasificación de la orientación sexual: ¿es suficiente un sí o un no? 233

La bisexualidad 237

Puntos de vista sobre las orientaciones sexuales gays masculina y lesbiana 239

Puntos de vista históricos 239

Un mundo de diversidad. Etnicidad y orientación sexual: un asunto de pertenencia 240

Puntos de vista transculturales 241

Puntos de vista entre las especies 242

Actitudes hacia la orientación sexual en la sociedad contemporánea 243

Puntos de vista de la biología 247

Puntos de vista de la psicología 249

La disconformidad de género 251

Adaptación de los hombres gays y de las lesbianas 252

Tratamiento de las orientaciones sexuales gays masculinas y lesbianas 255

Salir del armario: asumir ser gay 256



Reconocer la propia orientación sexual 256

Darlo a conocer a los demás 258

Los estilos de vida gay 258

Diferencias en los estilos de vida entre los hombres gays y las lesbianas 259

Variaciones en los estilos de vida gay 260

10 La sexualidad en la niñez y en la adolescencia 263

La primera infancia (de cero a dos años): la búsqueda de los orígenes de la sexualidad humana 264

La capacidad infantil para la respuesta sexual 264

La masturbación 264

La curiosidad sexual 265

Los juegos genitales 265

Compartir la cama 265

La orientación sexual de los padres 266

La infancia (de tres a ocho años) 266

La masturbación 267

De cerca. ¿Cómo deberían reaccionar los padres ante los hijos que se masturban? 268

La conducta sexual entre niño y niña 268

La conducta sexual entre niños y entre niñas 269

La preadolescencia (de nueve a trece años) 269

La masturbación 270

La conducta sexual entre chico y chica 270

La conducta sexual entre chicos y entre chicas 270

La educación sexual y la mala educación: más allá del «no se hace» 271

De cerca. Hablar con tus hijos sobre sexo 272

La adolescencia 273

La pubertad 274

La masturbación 278

La conducta sexual entre chico y chica 278

La sexualidad humana en el nuevo milenio. Mantener a raya a los adolescentes online 279

La conducta sexual entre chicos y entre chicas 284

El embarazo adolescente 284



11 La sexualidad en la edad madura 293

La soltería 294

Tendencias en la cohabitación 296

Cohabitación y posterior matrimonio: ¿beneficioso o arriesgado? 298

El matrimonio: unir lazos 299

De cerca. Puntos de vista históricos del matrimonio 299

¿Por qué se casan las personas? 300

Tipos de matrimonio 301



¿Con quién nos casamos? ¿Los matrimonios se hacen en el cielo o en la vecindad? 302

El sexo en el matrimonio 303

El sexo extramarital 307

La sexualidad humana en el nuevo milenio. ¿Alguien me está espiando? Sí, ¡Snoopware! 310

El divorcio 311

El sexo en la tercera edad 313

Los cambios físicos 314

Patrones de la actividad sexual 316

El sexo y las discapacidades 318

Las discapacidades físicas 319

Las discapacidades psicológicas 321

12 Disfunciones sexuales 327

Tipos de disfunciones sexuales 328

Trastornos del deseo sexual 328

Trastornos de la excitación sexual 330

Trastornos orgásmicos 332

Trastornos de dolor sexual 334

Orígenes de las disfunciones sexuales 336

Causas orgánicas 336

Causas psicosociales 338

Tratamiento de las disfunciones sexuales 341

El enfoque de Masters y Johnson 342

El enfoque de Helen Singer Kaplan 343

Trastornos del deseo sexual 343

Trastornos de la excitación sexual 344

Trastornos orgásmicos 350

La sexualidad humana en el nuevo milenio. Pensar de manera crítica acerca de comprar Viagra y otros medicamentos *online* 351

La sexualidad humana en el nuevo milenio. Desarrollo de tratamientos biológicos para las disfunciones sexuales en las mujeres 354

Trastornos de dolor sexual 356



13 Variaciones sexuales atípicas 361

Conducta sexual normal *versus* desviada 362

Las parafilias 363

El fetichismo 364

El travestismo 365

El exhibicionismo 366

Las llamadas telefónicas obscenas 368

El *voyeurismo* 370

El masoquismo sexual 371



El sadismo sexual 372

El *froteurismo* 374

Otras parafilias 375

La sexualidad humana en el nuevo milenio. La adicción al cibersexo, ¿un nuevo trastorno psicológico? 376

Puntos de vista teóricos 378

Puntos de vista de la biología 378

Los puntos de vista del psicoanálisis 380

Puntos de vista de la teoría del aprendizaje 381

Puntos de vista de la sociología 382

Un punto de vista integrado: el «mapa del amor» 382

El tratamiento de las parafilias 383

Psicoterapia psicoanalítica 384

Terapia cognitiva-conductual 384

Enfoques médicos 386

14 La coacción sexual 389

La violación: el crimen violento más íntimo 390

Incidencia de la violación 391

Tipos de violaciones 391

De cerca. Anatomía de una violación: Ann y Jim 395

Actitudes sociales, creencias y factores culturales que fomentan la violación 397

Características psicológicas de los violadores: ¿cómo son? 398

Autoevaluación. Creencias culturales que crean un clima que favorece la violación 399

De cerca. El (¡muy polémico!) punto de vista evolucionista de la violación 400

Readaptación de las víctimas de violación 401

Un mundo de diversidad. Asesinatos por honor: culpabilizar a la víctima hasta la muerte 402

Tratamiento de los supervivientes de violación 403

La prevención de la violación 404

El abuso sexual de menores 406

Patrones del abuso 406

La pedofilia 409

El incesto: romper los tabúes 410

De cerca. Cómo los abusos sexuales en la infancia pueden preparar el escenario para trastornos psicológicos en la edad adulta 412

Efectos del abuso sexual en los niños 413

La sexualidad humana en el nuevo milenio. Registros *online* de los delincuentes sexuales: una bendición o una desgracia 414

Prevención del abuso sexual de menores 415

Tratamiento de los supervivientes de abusos sexuales 415

Tratamiento de los violadores y los pedófilos 416

El acoso sexual 417

El acoso sexual en el lugar de trabajo 418



El acoso sexual en la facultad 419
Cómo resistir el acoso sexual 420

15 El mundo del «sexo comercial» 427

Prostitución: sexo a la fuga 428

La incidencia de la prostitución en Estados Unidos 428
Tipos de prostitutas femeninas 429
Entrar en la «mala vida» 432
Los clientes de las prostitutas femeninas 433
La prostitución masculina 435
HIV/SIDA y prostitución 435

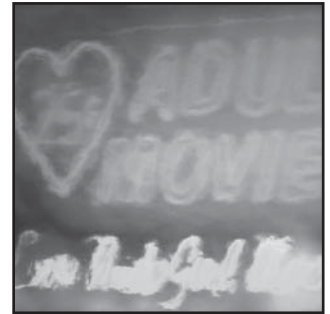
Pornografía y obscenidad 436


¿Qué es pornográfico? 436
Frecuencia y uso del erotismo y la pornografía 438
Pornografía y coacción sexual 439

Apéndice Formación de especialistas en sexología en España y Latinoamérica 447

Bibliografía 455

Créditos de fotografías e imágenes 478





Prólogo a la edición española

FÉLIX LÓPEZ SÁNCHEZ

Catedrático de Psicología de la Sexualidad
Universidad de Salamanca

Este nuevo manual sobre *Sexualidad humana* es la traducción de la sexta edición, actualizada para 2005. Pero es también bastante más, porque incluye aportaciones de autores españoles relevantes sobre diferentes cuestiones de actualidad. Con estas aportaciones pretendemos acercar los problemas planteados a la realidad española.

Del manual original se han suprimido algunos capítulos, aquellos cuyas aportaciones pueden encontrarse de forma fácil en otros manuales y en otras especialidades; por ejemplo, el dedicado a metodología de investigación.

Por lo demás, este manual abarca todos los temas sexológicos fundamentales. Los presenta, además, de forma muy bien organizada y estructurada, como puede comprobarse en el índice.

Entre sus muchas virtudes, destaco su actualización, la fundamentación de sus contenidos, la forma sencilla y clara de exposición y la continua provocación al estudiante o lector para que piense por sí mismo.

Especialmente interesante es la combinación de conocimientos científicos con las discusiones más actuales, en relación a numerosos temas sobre sexualidad, sobrepasando así lo que suele ser un manual académico al uso.

Los contenidos y la forma de tratarlos tienen en cuenta la enorme diversidad que admite la sexualidad humana, quedando claro que no hay una sola forma de vivir la sexualidad. El manual, en este sentido, es un «canto a la diversidad».

Canto a la diversidad que venimos reflejando en nuestras últimas publicaciones sobre sexualidad, insistiendo en que lo que ha humanizado la sexualidad es que ésta ha superado el «reino de la necesidad» y ha pasado a pertenecer al «reino de la libertad».

En efecto, la *sexualidad animal* pertenece al reino de la necesidad. Los animales están preprogramados, son instintivos, de forma que no pueden decidir sobre su sexualidad: su cerebro y sus hormonas regulan su instinto sexual y sus conductas sexuales.

Las hembras de las diferentes especies animales no deciden cuándo quieren aparearse, simplemente siguen los impulsos sexuales regulados por los estros y otros estímulos. Si están en celo, buscan desesperadamente a un macho. Si se ha acabado el celo, no aceptan aparearse.

Los machos de estas especies están siempre disponibles para la actividad sexual, salvo agotamiento, enfermedad o vejez: no pueden decir «no» a una oportunidad de aparearse.

Por eso, puede decirse que en todas estas especies la sexualidad es un instinto preprogramado orientado a la procreación.

La *sexualidad humana* ha dado un salto cualitativo —aunque no sepamos con precisión cuándo y cómo sucedió— que la ha humanizado y le ha dado una dimensión completamente diferente: es el «Reino de la Libertad».

Las mujeres pueden, y deben, tomar decisiones sobre su sexualidad, haciendo a ésta sujeto de libertad y, por tanto, de responsabilidad. Las mujeres pueden desear y sentir placer... en cualquier momento de su ciclo menstrual, pueda o no haber embarazo. Las mujeres se pueden sentir motivadas por la actividad sexual después de la menopausia, cuando no puede haber procreación. Es decir, la actividad sexual para la mujer no es una «necesidad instintiva» preprogramada que se le impone contra su voluntad, sino un deseo sentido sobre el cual puede y debe tomar decisiones.

De esta forma, aunque en determinados momentos de su vida la mujer puede decidir tener hijos, la procreación es una posibilidad, no una consecuencia inevitable. La mujer puede y debe tomar con responsabilidad esta decisión, y no abandonarse a la supuesta voluntad de Dios o de la Naturaleza.

La sexualidad humana tiene otras muchas motivaciones y posibilidades: búsqueda de placer (la actividad sexual está premiada por la naturaleza con un fuerte sentimiento de placer), encuentro interpersonal donde la ternura, la empatía, la comunicación y todo tipo de afectos pueden entrar en juego.

Por lo que hace relación al varón, es necesario insistir en que también puede y debe tomar decisiones libres y responsables. No es un macho preprogramado, siempre disponible y sin posibilidad de autocontrolar su deseo y conducta sexual. Puede y debe tomar decisiones que humanicen su sexualidad, respeten la voluntad de la mujer y le permitan disfrutar de las diferentes posibilidades sexuales.

Como se trata de una dimensión humana que pertenece al reino de la libertad, se hace imprescindible que las relaciones sexuales tengan como referencia responsable una *ética de las relaciones amorosas*, otra de las ideas en la que venimos insistiendo en los últimos años. Tocar a otra persona, besar, abrazar, acariciar, intimar, realizar el coito, etc., implican que debemos sentirnos concernidos por el bienestar de esa persona.

Es verdad que, desde el punto de vista profesional, no podemos aceptar que la sexualidad deba ser reducida (por razones supuestamente morales) al matrimonio heterosexual y para tener hijos; pero no es menor el error de considerar la actividad sexual como un asunto individual, sobre el cual no se pueden supuestamente plantear principios éticos. La idea tan repetida «si te apetece, hazlo» o la paralela «busca tu placer, lo demás es su problema» no tienen la mínima consistencia humana. La libertad siempre implica la ética, aunque no se trate necesariamente de una ética religiosa. Mi libertad supone la libertad del otro, mis derechos los derechos del otro, mi bienestar el bienestar del otro: no estamos solos. Los seres humanos somos capaces de atribuirnos dignidad, no querer ser tratados como objetos y, por tanto, debemos respetar a los demás y no instrumentalizarlos tratándolos como cosas.

Los principios éticos a que nos referimos pueden ser compartidos por todos, creyentes y no creyentes. Entre ellos, a modo de ejemplo, destacamos:

— La ética del consenso. Debemos decir «no» a los delitos contra la libertad sexual: abusos de menores, acoso sexual, coerción y violación sexual.

Los dos participantes tienen que querer y ser libres para tomar esta decisión.

— La ética del placer compartido. Buscar el propio placer es legítimo y aconsejable, pero puede y debe ser compatible con el intento de satisfacer a la otra persona: «Tu placer me concierne, me motiva, lo busco, lo procuro», «Nuestro placer compartido nos hace más humanos y a la actividad sexual más gozosa».

- La ética de la salud sexual y reproductiva. Prevención de riesgos y toma de decisiones responsables sobre la descendencia.
- La ética de la igualdad, de forma que hombres y mujeres tengan los mismos derechos, se aprecien, se traten con dignidad y equidad, se cuiden y se quieran.

Esta sexualidad humana «libre y ética» tiene, además, otras muchas características antropológicas específicas. Veamos algunas, que sirvan de ejemplo a este canto que queremos hacer sobre las posibilidades de la sexualidad humana:

En primer lugar, los seres humanos nos hemos puesto de pie, *somos bípedos*, lo que ha permitido un desarrollo especial de los brazos, las manos y los dedos. Con ellos podemos abrazar, agarrar, acariciar, tocar, ayudar, expresar emociones, consolar, dar placer, etc. Los brazos articulados, con manos prensiles, dedos articulados y que acaban en «yemas» (almohadillas suaves), hacen de estas extremidades superiores una de las partes más humanas. Para criar a los niños, abrazar al amante, consolar a quien sufre..., los brazos son fundamentales. Las posibilidades sexuales de los brazos, las manos y los dedos son tan infinitas como la imaginación humana, y lo son en todas las edades (también en niños y niñas, viejos y viejas) y en las personas con discapacidad. Los genitales no son los únicos participantes en la sexualidad.

Todo nuestro cuerpo está sexuado. No *tenemos* sexualidad, *somos* sexuados. Nuestro *cuerpo es un mapa* casi enteramente desnudo. Con una geología sexual interna (anatomía, fisiología, endocrinología, neurología sexuales) y una piel, en torno a dos metros cuadrados de piel, a la que llegan millones de receptores-emisores que nos permiten comunicarnos sexual-erótico-afectivamente. Un mapa en el que solemos contemplar una capital (los genitales) y unas zonas privilegiadas (las zonas erógenas); pero se trata de un mapa siempre personalizado, de forma que cada uno puede dar significados diferentes y usos diferentes a cada zona. Por eso haremos bien en comunicar y preguntar por la posible capitalidad de nuestra pareja sexual, así como por sus zonas turísticas privilegiadas, sabiendo que lo importante es explorar disfrutando, dejarse explorar, hacerse guiar, hablarse con sinceridad y atrevimiento. Finalmente, se trata de saber que somos diversos, que los gustos sexuales pueden ser distintos y que lo decisivo es conocerse y disfrutarse, sin limitarse a supuestas capitalidades o zonas, que cada cual debe reconocer y apreciar en cada caso.

Los seres humanos tenemos una clara *tendencia a vis a vis*: a mirarnos, hablarnos, comunicarnos. Esto viene facilitado por una antropología muy adaptada a las conductas frontales: amamantamos frontalmente, comemos frente al otro, nos miramos, nos expresamos, nos amamos... Nuestra pelvis ha basculado hacia adelante y permite la penetración de frente, echado o de pie o de lado, etc., facilitada también por la longitud del pene. Las posturas sexuales pueden ser muchas y muy diversas (disfrutad como queráis sin meter un evaluador en la cama); pero antes, mientras tanto y después, la relación *vis a vis* tiene sentido y es muy humana: «Quiero saber lo que deseas, lo que sientes, cómo te lo pasas, como disfrutas, como estás».

Los seres humanos tenemos una gran capacidad de *comunicación*. Hablamos y tenemos una comunicación gestual que nos permite conocernos, autorrevelarnos al otro, intimar. Podemos conocernos, compartir emociones y elaborar un mundo de significados compartidos; esto es la intimidad. Esto hace que la sexualidad humana pueda avanzar en relaciones enriquecidas con la intimidad y los afectos.

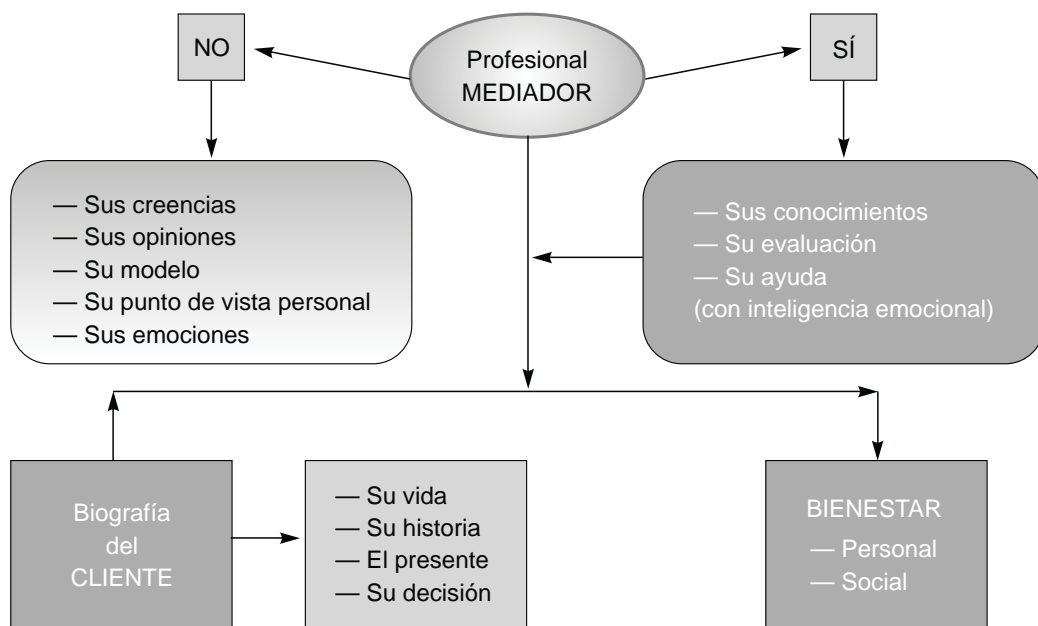
Entre los *afectos*, los vínculos de amistad y apego pueden enriquecer las relaciones de pareja dando y recibiendo seguridad y cuidados, lo que fortalece, enriquece y hace más estables las relaciones. Los sistema de apego y de cuidados recíprocos enriquecen las relaciones en la dirección más profunda y estable.

Los seres humanos tenemos memoria, cultura, reglas de conducta..., que nos permiten establecer *alianzas y compromisos* de pareja o sociales. Ser sincero y leal en estos compromisos es fundamental para la seguridad y estabilidad emocional. Tenemos derecho a la vinculación y a la desvinculación, pero hemos de hacerlo con lealtad y responsabilidad con la pareja y con los hijos.

Todos los *afectos sexuales (deseo, atracción y enamoramiento)* y *las emociones (empatía, ternura, placer, alegría, etc.)* y *vínculos sociales (amistad y apego)* merecen ser promovidos y son los mejores acompañantes de la conducta sexual. Creer que el ser humano tiene posibilidades positivas, que puede tomarse en serio a otras personas, no instrumentalizándolas en su propio provecho, que puede amar y aspira a ser amado en un contexto de significados y valores que permiten disfrutar más y mejor de la dimensión sexual humana.

Pero —y esto es esencial a la mentalidad de este libro— las personas pueden tener *diferentes biografías sexuales*. Como venimos insistiendo, carece de sentido prescribir una biografía de «abstinencia», si no se está casado, o de «obligación de tener actividad sexual». Corresponde a las personas tomar sus propias decisiones, construir su biografía sexual. Los profesionales somos mediadores entre la persona y su bienestar: no podemos usar nuestras creencias, opiniones o experiencias personales para organizar la vida a los demás, sino ayudarles a conocerse (evaluación), que eviten conductas de riesgo y desarrollen sus mejores posibilidades de bienestar personal y social (ayuda profesional). La sexualidad puede vivirse de diferentes formas, puede haber biografías sexuales con o sin masturbación, heterosexuales u homosexuales, casados o sin casar, con o sin actividad sexual en determinadas épocas de la vida, etc. El siguiente esquema resume nuestro modelo *biográfico-profesional*, frente al modelo de educación para la abstinencia o los modelos que de forma explícita o implícita declaran la necesidad de actividad sexual a lo largo de todo el ciclo vital. La *naturaleza nos ha hecho libres*, y vale la pena que cada cual se sienta responsable de su libertad organizando su vida sexual, sin hacer daño a los demás y en el marco del propio bienestar (López, 2005).

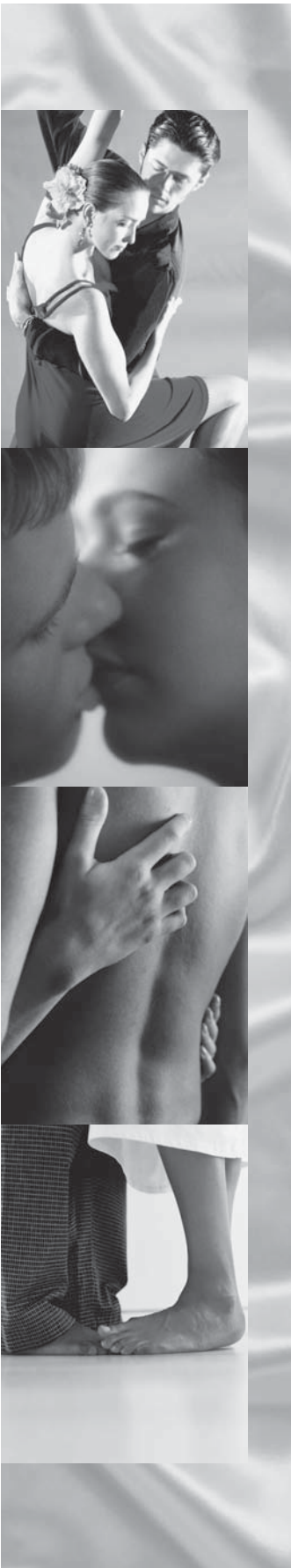
MODELO BIOGRÁFICO PROFESIONAL



¿Qué es la sexualidad humana?

CAPÍTULO

1



¿Qué es la sexualidad humana?

El estudio de la sexualidad humana

Sexualidad y valores

Sistemas de valores para tomar decisiones sexuales responsables

Pensamiento crítico en la sexualidad humana

Principios del pensamiento crítico

Aproximaciones al estudio de la sexualidad humana

El punto de vista histórico

El punto de vista de la biología

El punto de vista evolucionista

El punto de vista de la comparación entre especies

El punto de vista transcultural

*De cerca. ¿Las hembras en el reino animal son monógamas?
¡No!*

Puntos de vista de la psicología

El punto de vista sociocultural: el mundo de la diversidad

Puntos de vista múltiples en la sexualidad humana

¿Qué es la sexualidad humana?

Pregunta: ¿Qué es la sexualidad humana? No se trata de una pregunta con trampa. Considera el significado, o más bien los significados, de la palabra «sexo». Su origen está en las raíces latinas que significan «cortar o dividir», lo que hace referencia a la división de los organismos en los géneros masculino y femenino. Una acepción del término «sexo», por tanto, se refiere a nuestro **género**, a ser macho o hembra. La palabra «sexo» (o sexual) también se utiliza para hacer referencia a las estructuras anatómicas, llamadas **órganos sexuales**, que juegan un papel en la reproducción o en el placer sexual. También hablamos de sexo cuando nos referimos a las actividades físicas que involucran a nuestros **órganos sexuales** para los propósitos de la reproducción o el placer: la masturbación, el abrazo, el beso, las relaciones sexuales, etc. El sexo también se relaciona con los sentimientos **eróticos**, con experiencias o con deseos como las fantasías y los pensamientos sexuales, los impulsos sexuales, o los sentimientos de atracción sexual hacia otra persona.

En nuestro lenguaje cotidiano hacemos uso de la palabra «sexo» de una manera bastante clara. Cuando preguntamos acerca del sexo de un recién nacido, nos referimos al sexo anatómico. Cuando hablamos de «practicar el sexo» (una expresión bastante desafortunada, pues parece que nos estamos refiriendo a «practicar» un deporte), hacemos referencia a la expresión física de los sentimientos eróticos. El término «género» se refiere a ser varón o hembra, tanto en la **identidad de género** como en los **papeles o roles propios del género**.

El término «conducta sexual» hace referencia a las actividades físicas que involucran el cuerpo en la expresión de los sentimientos eróticos o afectivos. La conducta sexual puede o no implicar la reproducción. La masturbación, por ejemplo, es una actividad sexual que se realiza para conseguir placer, no la reproducción. Los besos, los abrazos, la manipulación de los genitales y el contacto oral-genital son todas ellas actividades sexuales que pueden proporcionar estimulación sensual, aunque no conducen directamente a la reproducción. También se pueden utilizar como formas de **estimulación preliminar**, que conducen al **coito**, el cual sí puede llevar a la reproducción.

Ahora podemos definir la **sexualidad humana** como las diferentes maneras en que experimentamos y nos expresamos como seres sexuales. El conocimiento de nosotros mismos como mujeres u hombres es parte de nuestra sexualidad, como lo es la capacidad que tenemos para las experiencias y respuestas eróticas. Nuestra sexualidad es una parte esencial de nosotros mismos, nos comprometamos o no en una relación sexual o en una fantasía sexual, o incluso si perdemos la sensibilidad de nuestros **órganos genitales** debido a una lesión.

El estudio de la sexualidad humana

El estudio de la sexualidad humana es un objetivo común de antropólogos, biólogos, investigadores médicos, sociólogos y psicólogos, por nombrar algunos de los profesionales implicados en este campo. Todas estas disciplinas hacen su contribución, porque la sexualidad humana refleja las capacidades biológicas, las características psicológicas y las influencias sociales y culturales. Los biólogos nos informan acerca de los mecanismos fisiológicos de la excitación y la respuesta sexual. La ciencia médica nos informa sobre las ETS y las bases biológicas de las disfunciones sexuales. Los psicólogos examinan cómo nuestra conducta sexual y nuestras actitudes son moldeadas por la percepción, el aprendizaje, el pensamiento, la motivación y la emoción, y la personalidad. Los sociólogos culturales examinan las relaciones entre la conducta sexual y la religión, la raza y la clase

Género Rasgos conductuales, culturales o psicológicos típicamente asociados con un sexo.

Erótico Relacionado con el despertar de los sentimientos o deseos sexuales. (De la palabra griega para el amor, *eros*.)

Identidad de género Conciencia y experiencia personal de ser hombre o mujer.

Papeles de género Manifestación compleja de las maneras en que los hombres y las mujeres se comportan en una cultura determinada.

Estimulación preliminar Estimulación sexual mutua que precede a la relación sexual.

Coito Relación sexual que implica penetración.

Sexualidad humana Maneras en que experimentamos y nos expresamos como seres sexuales.

APORTACIÓN DE AUTORES ESPAÑOLES

CONCEPTO DE SEXUALIDAD

FÉLIX LÓPEZ SÁNCHEZ
Universidad de Salamanca

La dimensión sexual humana mediatiza todo nuestro ser, hasta el punto de que no debemos decir que tenemos sexualidad, sino que *somos sexuados*.

1. En cuanto seres corporales

- 1.1. Tenemos un programa genético sexuado en todas nuestras células, con cromosomas propios del hombre XY y propios de la mujer XX.
- 1.2. Tenemos gónadas sexuadas, propias del hombre (testículos) y propias de la mujer (ovarios) con funciones que estudiaremos en detalle en otros capítulos.
- 1.3. Todo nuestro cuerpo está impregnado de hormonas sexuales que influyen en nuestro deseo sexual, en nuestra conducta y en nuestra capacidad reproductiva.
- 1.4. Tenemos una anatomía sexuada en órganos genitales externos e internos, un cuerpo sexuado con formas y zonas eróticas. Toda nuestra piel es y tiene un alto significado sexual; un mapa corporal de casi dos metros cuadrados lleno de receptores / emisores de sensaciones eróticas.
- 1.5. Nuestra fisiología sexual del placer (las respuestas y sensaciones que acompañan a la excitación) se pone de manifiesto en todas las formas de excitación y sensaciones de placer —desde la respuesta sexual genital de la erección y la vasocongestión de toda la zona genital a las llamadas zonas erógenas y a toda la piel.
- 1.6. Nuestro cerebro es sexuado, de forma que, por ejemplo, regula el funcionamiento del ciclo en la mujer y los circuitos de la respuesta sexual en ambos sexos.

2. En cuanto seres con capacidad de pensamiento: representaciones mentales

- 2.1. Nos sabemos hombre o mujer, haciendo un juicio de identidad sexual que condiciona nuestra manera de conocernos, sentirnos y actuar: soy un hombre, soy una mujer.
- 2.2. Tenemos una gran capacidad de adquirir informaciones, aprender formas de comportarnos, adquirir conocimientos sociales sobre cómo debemos vivir la sexualidad en nuestra sociedad, las instituciones sociales (pareja, familia, etc.), los valores, las costumbres, las normas, etc.
- 2.3. Podemos usar la fantasía, impregnándola de contenidos eróticos: sueños nocturnos, fantasías diurnas, etc.
- 2.4. Podemos planificar la conducta y regularla mentalmente, también la conducta sexual: haciendo planes, tomando decisiones, elaborando estrategias, recordando sucesos, revisando situaciones, etc.

3. En cuanto seres con emociones y afectos

- 3.1. Estamos motivados por el placer y las caricias de naturaleza sexual y afectiva. La actividad sexual humana está premiada con sentimientos de placer y bienestar.
- 3.2. Tenemos afectos sexuales, como el deseo, la atracción y el enamoramiento. Afectos que motivan nuestra conducta e impregnan toda nuestra vida cotidiana.
 La motivación sexual y afectiva está, en efecto, entre las principales motivaciones humanas.
- 3.3. Tenemos afectos sociales como el apego y la amistad, que tienen interacciones muy importantes con la sexualidad, hasta el punto de que, ya adultos, es muy frecuente que la compañera o el compañero sexual se conviertan también en figuras de apego y en amigos o amigas.
- 3.4. De hecho, nuestra estabilidad emocional y nuestro bienestar psicológico y social dependen mucho de cómo resolvamos la tendencia del ser humano al contacto y a la vinculación sexual y afectiva.

4. En cuanto personas que tenemos comportamientos sociales y que estamos en un grupo social

Nos comportamos en un grado o en otro conforme a roles o patrones sociales adaptándonos a las exigencias sociales, también en términos de conducta sexual. Incluso la vida sexual que desarrollamos en la intimidad está en buena medida regulada por los aprendizajes y patrones sociales.

Estos roles y patrones tienen que ver con muchos factores como el sexo, la edad, el estado civil, la orientación del deseo, etc.

5. Pero la sexualidad humana no pertenece al reino de la necesidad, sino al reino de la libertad

Los animales tienen preprogramada instintivamente la conducta sexual. Por ejemplo, una gata busca al macho cuando está en celo y lo rechaza cuando ya no está en celo; el gato aceptará su oportunidad de coitar siempre que pueda, salvo que esté enfermo o muy viejo. Por el contrario, la mujer puede y debe tomar decisiones cada vez, sea cual sea el momento del ciclo en que esté e incluso después de la menopausia: su sexualidad pertenece al reino de la libertad —*puede y debe tomar decisiones*—. El hombre también puede y debe tomar decisiones.

Por eso *las biografías sexuales pueden ser muy diversas* y por eso la sexualidad humana tiene que ver con el mundo de *los valores y la ética*.

Lo que humaniza la sexualidad es que pertenece al reino de la libertad.

social. Los antropólogos se centran en las similitudes y diferencias interculturales en la conducta sexual. Los científicos de muchas disciplinas exploran el paralelismo entre la conducta sexual de los seres humanos y la de otros animales.

La ciencia nos proporciona información, pero no puede tomar las decisiones sobre la conducta sexual por nosotros. Para tomar decisiones en lo sexual, debemos tener en cuenta nuestros valores.

Pregunta: ¿De qué manera intervienen nuestros valores para determinar nuestras opciones sexuales y nuestra conducta? La Declaración Americana de Independencia, por ejemplo, recogía los valores fundamentales de «vida, libertad y la búsqueda de la felicidad» —no es un mal principio—. Nuestras tradiciones religiosas también juegan un importante papel en la definición de nuestros valores, como veremos en el siguiente epígrafe.

Sexualidad y valores

Vivimos en una sociedad plural, que comprende una amplia gama de actitudes y valores sexuales. Algunos de vosotros podéis ser liberales en vuestros puntos de vista y conducta sexual. Otros podéis ser conservadores o tradicionales. Algunos podéis ser acérrimos defensores de la libre elección en el tema del aborto, otros podéis apoyar los grupos pro-vida antiabortistas. Algunos aprobaréis las relaciones sexuales antes del compromiso matrimonial. Otros os mantendréis en la línea de que lo realmente necesario es que haya compromiso emocional. Algunos estaréis convencidos de que habría que esperar hasta el matrimonio.

A través de este libro os animamos a explorar vuestros propios valores acerca de los temas que tratamos. Pero antes que nada permitidnos exponeros dos argumentos que guiaron nuestro trabajo:

1. El conocimiento sexual y las habilidades del pensamiento crítico o analítico son muy útiles, porque nos permiten tomar decisiones sexuales con información. Los autores del libro tienen diferentes valores y mantienen diferentes posturas acerca de algunos de los temas que se tratan. Por consiguiente, nosotros —sus autores— no intentamos persuadirlos para que adoptéis una posición particular acerca de los temas planteados en el libro. Presentamos puntos de vista opuestos en materias controvertidas como el aborto o la distribución de preservativos en los institutos. Esperamos que vosotros mismos consideréis críticamente vuestros prejuicios y os forméis vuestros propios puntos de vista.
2. *Vosotros, los estudiantes, deberéis tomar un papel activo para cuidar y mejorar vuestra salud.* En este libro os animamos, por ejemplo, a examinar vuestros cuerpos para localizar posibles anomalías, a visitar al médico cuando tengáis dudas acerca de una menstruación dolorosa u otros problemas físicos, a saber reconocer los síntomas de las ETS, así como prevenirlas, a adoptar un buen cuidado prenatal, etc.

Las actitudes sexuales de las personas, sus experiencias y sus conductas están condicionadas en gran medida por sus tradiciones culturales y creencias. Veamos a continuación la variedad de sistemas de valores que emplean las personas para tomar decisiones sexuales.

Sistemas de valores para tomar decisiones sexuales responsables

La toma de decisiones se imbrica profundamente con nuestra experiencia sexual. Aunque el sexo es una función natural, las maneras en que expresamos nuestra sexualidad son una elección personal. Elegimos cómo, dónde y con quién nos relacionamos sexualmente. Nos enfrentamos a un amplio abanico de decisiones sexuales: ¿Con quién debo quedar?

Valores Cualidades de lo que en la vida se juzga importante o insignificante, bueno o malo, correcto o incorrecto, deseable o indeseable.

¿Cuándo debemos mi pareja y yo tener relaciones sexuales? ¿Debo tomar yo la iniciativa o debo esperar a que lo haga mi pareja? ¿Debemos tomar precauciones para evitar un embarazo? Si decidimos que sí, ¿qué método debemos utilizar? ¿Debería utilizar un condón para protegerme de las infecciones de transmisión sexual (o insistir en que lo utilice mi pareja)? ¿Debería hacerme las pruebas del VIH (el virus que causa el SIDA)? ¿Debería insistir para que mi pareja se haga las pruebas del VIH antes de tener relaciones sexuales?

Pregunta: ¿Qué tipos de sistemas de valores tiene la gente? Todos nosotros tenemos un conjunto personal de valores morales. No existe un solo sistema de valores que sirva para todos. De hecho, el mundo de diversidad en el que vivimos es un mosaico de códigos morales, tradiciones culturales y creencias.

Los sistemas de valores proporcionan un marco para juzgar la aceptabilidad moral de las opciones sexuales. A menudo abordamos las decisiones sexuales determinando si las elecciones a las que nos enfrentamos son compatibles con nuestros valores morales. Nuestros sistemas de valores —nuestros estándares sexuales— tienen varias fuentes: padres, compañeros, comunidad religiosa, pertenencia étnica, y nuestra valoración de todas estas influencias. Los sistemas de valores que proporcionan un marco guía para determinar la aceptabilidad moral de las elecciones sexuales pueden ser de diferentes tipos: legalista, ético, hedonista, ascético, utilitario y racionalista.

Legalista. El enfoque legalista formula la conducta ética sobre la base de un código de leyes morales derivado de una fuente externa, como el credo de una religión. La Biblia contiene muchos ejemplos del código moral de las religiones judía y cristiana. En el Libro del Levítico (20: 10-17) en la Biblia hebrea encontramos muchas de las prohibiciones contra el adulterio, el incesto, la actividad sexual con personas del propio género y el bestialismo:

El hombre que comete adulterio con la mujer de otro, el adúltero y la adúltera, morirán sin remisión [...] Si alguno se acuesta con la mujer de su padre, descubriendo la desnudez de su padre, los dos morirán sin remisión [...] Si un hombre se acuesta con su nuera, ambos morirán sin remisión, porque han cometido una infamia [...] Si un hombre se acuesta con otro hombre, como se hace con una mujer, ambos cometen cosa abominable, morirán sin remisión [...] Todo hombre que se una con una bestia, morirá sin remisión; y mataréis también a la bestia [...] Si una mujer se acerca a cualquier bestia para unirse con ella, mataréis a la mujer y a la bestia, morirán sin remisión [...] Si un hombre toma a su hermana, hija de su padre o hija de su madre, y ve su desnudez, y ella ve la de él, es una ignominia, y ambos serán exterminados a la vista de los hijos de su pueblo. Él ha descubierto la desnudez de su hermana; cargará con su pecado.

El Levítico también proscribe las relaciones durante la menstruación.

Muchas personas religiosas aceptan hoy en día los códigos morales de sus religiones como materia de fe y compromiso, no necesariamente porque ellos los deduzcan de manera lógica o racional de las necesidades de la sociedad contemporánea. Algunas personas encuentran tranquilizador estar informados por las autoridades religiosas o las escrituras de que una determinada acción es correcta o incorrecta. Otros, sin embargo, lo consideran desde un punto de vista más liberal. Dicen que la Biblia fue inspirada por Dios pero que fue escrita o transcrita por hombres que pueden equivocarse y, por tanto, está sujeta a varias interpretaciones. También afirman que la Biblia refleja el contexto social del tiempo en que ha sido escrita, no simplemente la inspiración divina. En una época de crecimiento de población urbana en muchos lugares del mundo, los mandatos de la Biblia para

ser fértiles y multiplicarse no pueden seguir siendo social y medioambientalmente aceptados. Las prohibiciones, como las que proscriben el coito durante la menstruación, pueden haber estado inspiradas por creencias precientíficas sobre su supuesto peligro. Las personas liberales pueden considerar las enseñanzas religiosas como un marco general para tomar decisiones, más que como un juego de normas absolutas.

Éticas situacionales. El teólogo episcopaliano Joseph Fletcher (1966, 1967) argumentó que la decisión ética debería tomarse guiada por el genuino amor hacia los demás, más que por normas morales rígidas. Fletcher defendía que la decisión sexual debería estar basada en el contexto de la situación particular a la que se enfrenta la persona. Por esta razón, su punto de vista se denomina Ética situacional. De acuerdo con Fletcher, una mujer católica habrá sido educada en la idea de que el aborto es la aniquilación de una vida humana. Su situación, sin embargo —su amor por su familia y el reconocimiento de sus recursos limitados para alimentar otro miembro—, podría influirle para decidirse a favor del aborto.

Fletcher argumenta que las normas de conducta deberían ser pautas flexibles. «La persona que funciona con una moral situacional está preparada en un caso concreto para suspender, ignorar o violar cualquier principio si haciéndolo la consecuencia es mejor que siguiéndolo» (1966, p. 34).

Relativismo ético. El relativismo ético asume que los valores diferentes son fundamentales para la existencia humana. Los relativistas rechazan la idea de que haya una única moral correcta. Una persona puede pensar que las relaciones sexuales antes del matrimonio son inaceptables bajo cualquier circunstancia, mientras que otra puede sostener que «estar enamorado» lo hace aceptable. Otra persona puede creer que el sexo premarital es moralmente permisible sin un compromiso emocional entre la pareja. El relativista ético cree que no existe una manera objetiva de justificar un conjunto de valores morales sobre otro. Bajo este punto de vista, la esencia de la moral humana está en que cada uno deduzca sus propios principios y los aplique según su conciencia. Los opositores al relativismo ético argumentan que dejar rienda suelta a las personas para que decidan lo que está bien y lo que está mal conduce al caos social y a la decadencia.

Una forma de relativismo ético es el relativismo cultural. Desde esta perspectiva, lo que es correcto o no debe ser entendido en términos de las creencias culturales que afectan a la toma de la decisión sexual. En algunas culturas, el sexo premarital es tolerado e incluso fomentado, mientras que en otras es considerado inmoral. El relativismo cultural, como el relativismo ético, no atribuye superioridad moral a una tradición cultural sobre otra.

Hedonismo. El hedonista se guía por la búsqueda del placer, no por si una conducta particular está moralmente o situacionalmente justificada. «Si te hace sentir bien, hazlo», expresa la ética hedonista. El hedonista cree que los deseos sexuales, al igual que el hambre o la sed, no implican consideraciones morales.

Ascetismo. Los célibes religiosos, como los sacerdotes y las monjas católicas, escogen el ascetismo (la autonegación de los deseos materiales y sexuales) para consagrarse a la búsqueda de lo espiritual. Muchos ascetas de religiones orientales y occidentales buscan la trascendencia de los deseos físicos y mundanos.

Utilitarismo. Las pautas éticas pueden estar basadas en otros principios diferentes a los religiosos. El filósofo inglés John Stuart Mill (1806-1873) propuso un sistema ético basado en el utilitarismo —la conducta moral está basada en sus consecuencias, «lo mejor para la mayoría» (Mill, 1863)—. El utilitarista caracteriza la conducta como ética cuando produce

el mayor bien y el menor daño. Ésta no es ninguna licencia. Los utilitaristas pueden oponerse duramente al sexo premarital y a los niños concebidos fuera del matrimonio, por ejemplo, si creen que estos patrones de conducta ponen en peligro la salud de una nación y la urdimbre social. La ética de Mill requiere que nos tratemos entre nosotros con justicia y honestidad, porque ello conduce a que las personas cumplan con su palabra y sean justas en sus relaciones con los demás.

Racionalismo. El racionalismo consiste en el uso de la razón para determinar y valorar el curso de una acción. El racionalismo cree que las decisiones deben estar basadas en el intelecto y el razonamiento, más que en las emociones o en la estricta obediencia a una fe particular. El racionalismo evalúa los hechos en una situación sexual y sopesa lógicamente las consecuencias de las diferentes decisiones. El racionalista comparte con el utilitarista la creencia de que el razonamiento puede llevar a una conducta ética. El racionalista no está limitado, sin embargo, al código del utilitarista, que toma las decisiones basándose en lo mejor para la mayoría. El utilitarista puede decidir, por ejemplo, prolongar un matrimonio infeliz porque crea que es mejor (para la familia y la comunidad) mantener un matrimonio infeliz que disolverlo. El racionalista podría decidir que las consecuencias personales de continuar un matrimonio infeliz pesan más que las consecuencias para la familia o la comunidad a largo plazo.

Estos sistemas éticos representan marcos generales de razonamiento moral u orientaciones para juzgar la aceptabilidad de conductas sexuales y no sexuales. Podemos adoptar uno u otro de estos sistemas en su forma más pura, o bien adoptar un sistema moral que recoja una combinación de varios de estos sistemas. Algunos también pasan de un sistema a otro, a veces razonando legalmente y otras veces adoptando un acercamiento más flexible a la situación.

Pensamiento crítico en la sexualidad humana

Estamos tan inundados por información sobre el sexo que resulta difícil separar la realidad de la ficción. Periódicos, programas de televisión, libros de bolsillo y revistas contienen una referencia detrás de otra sobre el sexo. Muchas de ellas se contradicen mutuamente, contienen medias verdades o sacan conclusiones sin fundamento.

Muchos de nosotros tendemos a asumir que las figuras con autoridad, como los médicos y los políticos, nos proporcionan información basada en hechos y que están cualificados para tomar decisiones que afectan a nuestras vidas. Pero cuando dos médicos discuten la necesidad de una histerectomía, o dos políticos discrepan acerca de la conveniencia de distribuir condones en los institutos, nos preguntamos cómo ambos pueden tener razón. Los pensadores críticos nunca dicen «esto es cierto porque fulano dice que es cierto».

Para ayudar a los estudiantes a evaluar demandas, argumentos y creencias ampliamente aceptadas, muchas facultades fomentan el *pensamiento crítico*.

Pregunta: ¿Qué es el pensamiento crítico? El núcleo del pensamiento crítico es el escepticismo —no dar las cosas por sentadas—. Pensamiento crítico significa ser escéptico ante lo que aparece en la prensa, lo dicho por las autoridades o los personajes célebres, o lo comentado por los amigos. Otro aspecto del pensamiento crítico es el análisis reflexivo y la investigación de afirmaciones y argumentos. El pensamiento crítico requiere desafiar la sabiduría convencional y la cultura popular que muchos de nosotros damos por buenas. Significa escrutar definiciones de términos y evaluar las premisas de los argumentos y su

lógica. También significa encontrar razones que soporten nuestras creencias, más que apoyarnos en los sentimientos. Cuando las personas piensan críticamente, mantienen sus mentes abiertas. Dejan en suspenso sus creencias hasta que han obtenido y evaluado la evidencia.

Principios del pensamiento crítico

Los pensadores críticos mantienen un sano escepticismo. Examinan las definiciones de los términos, sopesan las premisas, consideran la evidencia y deciden si los argumentos son válidos y lógicos. Aquí presentamos algunos principios del pensamiento crítico:

1. *Sé escéptico.* Políticos, líderes religiosos y otras autoridades intentan convencerte de sus puntos de vista. Incluso los investigadores y los autores pueden tener ciertos prejuicios. No aceptes nada como verdadero hasta que personalmente hayas ponderado las pruebas.
2. *Analiza las definiciones de los términos.* Algunos argumentos son ciertos cuando un término se define de una manera pero no de otra. Considera la afirmación «el amor es ciego». Si el amor se define como un encaprichamiento amoroso, la frase puede no andar descaminada. Las personas caprichosas en el amor tienden a idealizar a sus amados. Pero si el amor se define como basado profundamente en el afecto y el compromiso, en una apreciación más realista del amado, entonces el amor no es ciego, sino un poco miope.
3. *Examina a las asunciones o premisas de los argumentos.* Considera la frase «el aborto es un asesinato». El Diccionario de la Real Academia Española define asesinar como «la muerte de una persona por otra con premeditación y alevosía». El argumento es cierto, de acuerdo con el diccionario, solo si la víctima es un ser humano (y si se ha realizado con premeditación y alevosía). Muchos antiabortistas argumentan que los embriones y los fetos son seres humanos. Muchos defensores de la libre decisión ante el aborto afirman que no lo son. Así que el argumento de que el aborto sea un asesinato reside en parte en la premisa de que un embrión o un feto sea un ser humano.
4. *Sé cauto en la deducción de conclusiones a partir de las evidencias.* En el Capítulo 11 discutiremos los resultados de las investigaciones que muestran que los matrimonios que han vivido juntos antes de casarse se divorcian más que los que no han compartido su vida antes del matrimonio. A primera vista puede parecer que vivir juntos antes del matrimonio puede ser causa de divorcio. Sin embargo, las parejas casadas que vivieron juntas antes del matrimonio pueden diferir de aquellas que no lo hicieron en otros asuntos que no sean la elección de la cohabitación premarital—lo que nos conduce a nuestra próxima sugerencia para el pensamiento crítico—.
5. *Considera interpretaciones alternativas de las evidencias de la investigación.* Por ejemplo, las parejas que viven juntas, se casan y después se divorcian, posiblemente son más liberales y menos tradicionales que las parejas casadas que no vivieron juntas antes del matrimonio. Por tanto, el eventual divorcio puede estar relacionado con la cohabitación, pero no causado por la cohabitación.
6. *Considera los tipos de evidencias sobre los que se han basado las conclusiones.* Algunas conclusiones, incluso las aparentemente «científicas», están basadas en anécdotas y experiencias personales. No están fundamentadas en la investigación.
7. *No simplifiques en exceso.* Considera la afirmación «la homosexualidad es innata». Existen algunas evidencias de que la orientación sexual puede tener una

predisposición innata, en forma de influencia genética. Sin embargo, la biología no es determinante absoluto en la sexualidad humana. Las orientaciones sexuales de los gays, las lesbianas y los heterosexuales aparecen como el resultado de complejas interacciones entre factores biológicos y ambientales.

8. *No generalices.* Considera la creencia de que los gays son afeminados y las lesbianas son masculinas. Sí, algunos gays y algunas lesbianas se ajustan a estos estereotipos. Sin embargo, muchos no lo hacen. Generalizar en exceso nos hace vulnerables a aceptar estereotipos.

Aproximaciones al estudio de la sexualidad humana

La sexualidad humana es un tema complejo. Ninguna teoría simple o punto de vista es capaz de abarcar todos sus matices. En este libro exploramos la sexualidad humana desde muchas perspectivas. En esta sección presentamos algunas de ellas —histórica, biológica, evolucionista, comparativa (entre especies), intercultural, psicológica y sociocultural—. Estudiaremos estos puntos de vista en capítulos posteriores.

El punto de vista histórico

Pregunta: ¿Cuál es el papel del punto de vista histórico en la sexualidad humana? La historia contextualiza las actitudes y conductas sexuales. Nos dice si la conducta sexual refleja tendencias que nos han acompañado durante milenios o si refleja las costumbres de una cultura y tiempo particulares. La historia muestra escasas evidencias de tendencias sexuales universales. Actitudes y conductas varían mucho de un tiempo y lugar a otro. La sociedad estadounidense contemporánea, por ejemplo, puede ser permisiva cuando se la compara con la era Victoriana y posteriores —periodo entre las dos guerras mundiales—. Pero este periodo parece muy formalista cuando se compara con los excesos sexuales de algunas sociedades antiguas; la más notable, la clase gobernante de la antigua Roma. La historia también muestra cómo la religión ha sido una influencia determinante en los valores y las conductas sexuales. Sigamos la pista a algunos cambios históricos en las actitudes hacia la sexualidad. Empezamos por retrasar el reloj veinte o treinta mil años, hasta los días anteriores a los primeros documentos escritos —es decir, a la prehistoria—.

La sexualidad en la prehistoria: de los ídolos femeninos a los objetos fálicos. La información acerca de la vida de nuestros ancestros de la Edad de Piedra se basa en gran medida en las pinturas de las cavernas, en objetos de piedra y en los pueblos que sobreviven en la actualidad sin tradición escrita y cuyas costumbres han cambiado muy poco en miles de años. A partir de estas fuentes, historiadores y antropólogos infieren una división prehistórica del trabajo. Por lo general, los hombres cazaban. Las mujeres solían permanecer cerca del hogar. Las mujeres alimentaban a los niños y recogían plantas comestibles y frutos secos, cangrejos y otros animales marinos que se encontraban a lo largo de la orilla o nadaban en aguas poco profundas. El arte producido en la Edad de Piedra, hace unos veinte mil años, sugiere el culto a la habilidad de las mujeres para tener hijos y perpetuar la especie (Fichner-Rathus, 2004). Figuras primitivas y dibujos en las cavernas retratan mujeres con grandes y colgantes pechos, caderas redondeadas y órganos sexuales prominentes. La mayoría de los expertos considera que estas estatuillas eran símbolos de fertilidad. Los pueblos de la Edad de Piedra quizá desconocían la contribución masculina a la reproducción.

Cuando las capas de hielo de la última Era Glaciar se retiraron (hace once mil años) y el clima se hizo más templado, las sociedades humanas se hicieron agricultoras. Cazadores y recolectores se volvieron granjeros y pastores. Los pueblos florecieron alrededor de los campos. Los hombres cuidaron el ganado. Las mujeres se hicieron granjeras. Cuando las personas se hicieron conscientes del papel masculino en la reproducción, apareció el **culto fálico**. Se cree que el conocimiento de la paternidad tuvo lugar hacia el 9000 a. C., como un descubrimiento asociado al cuidado de los rebaños. Cuando los pastores empezaron a observar a los mismos animales a lo largo de todo el año, también comenzaron a entender que entre la cópula y el nacimiento de nuevos animales transcurría un periodo de tiempo predecible.

El pene se empezó a adorar en el arte como un arado, un hacha o una espada (Friedman, 2001). Los **símbolos fálicos** jugaban un papel en las ceremonias religiosas en el antiguo Egipto. Los antiguos griegos fabricaban falos como anillos y a veces como collares. En la antigua Roma, un enorme falo se llevó sobre una plataforma en un desfile en honor a Venus, la diosa del amor.

El **tabú del incesto** puede haber sido el primer tabú humano. Todas las sociedades humanas aparentemente tienen alguna forma de tabú para el incesto (Harris & Johnson, 2003; Whitten, 2001). Sin embargo, las sociedades han variado en términos de su severidad. Los matrimonios entre hermano y hermana eran permitidos entre los que se presumían divinos gobernantes del antiguo Egipto y entre las familias reales de los Incas y de Hawái, incluso aunque estaban generalmente prohibidos entre la gente común. Los matrimonios entre padre-hija estaban también permitidos entre la aristocracia y la realeza del antiguo Egipto. Las relaciones incestuosas en estas líneas de sangre real pueden haber servido para conservar las riquezas, así como la «divinidad», en la familia.

Los antiguos hebreos. Los antiguos hebreos veían el sexo, al menos el sexo en el matrimonio, como una experiencia enriquecedora para cumplir la orden divina de «sed fructíferos y multiplicaos». El énfasis en la función procreativa del sexo lleva a algunas costumbres sociales interesantes. Por ejemplo, la ausencia de hijos y el desarrollo de una deformidad repulsiva, como un forúnculo, eran motivos para el divorcio. Las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo eran duramente condenadas, pues amenazaban la descendencia de la familia. El adulterio también era condenado —al menos para la mujer—. Aunque la Biblia hebrea (llamada Antiguo Testamento en la fe cristiana) permitía la **poligamia**, la gran mayoría de los hebreos era **monógama**.

Los antiguos hebreos aprobaban el sexo dentro del matrimonio no solo para la procreación sino también para el mutuo placer y satisfacción. Pensaban que el sexo ayudaba a fortalecer los lazos del matrimonio y consolidar la familia. Los judíos incluso legislaban la frecuencia mínima de relaciones conyugales, que variaban según la profesión del hombre y la cantidad de tiempo que pasaba en casa:

Todos los días para aquellos que no tienen ocupación, dos veces a la semana para los trabajadores del campo, una vez a la semana para los borriqueros; una vez cada treinta días para los camelleros; y una vez cada seis meses para los marineros (Mishna Ketubot 5: 6; Ketubot 62b-62b).

Entre los antiguos hebreos, las mujeres tenían que ser buenas esposas y madres. Según el *Libro de Proverbios*, una buena esposa se levanta antes del amanecer para atender las necesidades familiares, trae comida a casa, instruye a los sirvientes, cuida las viñas, confecciona la ropa, lleva la contabilidad, ayuda al necesitado y trabaja hasta bien entrada la noche. A pesar de todo esto, la esposa se consideraba propiedad de su marido, y éste podía

Culto fálico Culto del pene como símbolo generador de poder.

Símbolo fálico Imagen del pene.

Tabú del incesto

Prohibición de relaciones sexuales y reproducción entre parientes cercanos.

Poligamia Práctica que consiste en tener dos o más esposas al mismo tiempo. (De las raíces griegas que significan «muchas» [*poly-*] y «matrimonio» [*gamos*].)

Monogamia Práctica que consiste en tener una esposa. (Del griego *mono-*, que significa «único» o «uno solo».)

divorciarse a su antojo. Una esposa podía ser lapidada hasta la muerte por adulterio, pero podía tener que compartir a su marido con segundas esposas y concubinas. Se consideraba que los hombres que se acostaban con las mujeres de otros hombres habían violado los derechos de propiedad de aquéllos y podían tener que pagar por los «daños».

En el caso de que la noción de que una mujer sea propiedad de un hombre te parezca algo antigua, piensa que eso sucede en algunas culturas en la actualidad. Por ejemplo, en el año 2000, el juez zambiano Alfred Shilibwa ordenó a un empleado de hotel, Obert Siyankalanga, que pagara al marido de una mujer 300 dólares como compensación por haberle metido mano bajo la blusa y haberle tocado los pechos («*Man pays victim's husband*», «Hombre paga al marido de su víctima», 2000). La mujer, una empleada del hotel llamada Bertha Kosamu, estaba planchando cuando sucedió el incidente. Ella dio explicaciones sobre las cicatrices en la cara y en la cabeza de Obert: «Lo golpeé en la cabeza con la plancha». Existe un aspecto contemporáneo en esta historia: como Obert era el supervisor de Bertha, el juez también lo encontró culpable de acoso sexual.

Los antiguos griegos. La edad dorada o clásica de la antigua Grecia duró aproximadamente unos 200 años, desde el 500 a. C. hasta el 300 a. C. En este, relativamente corto, intervalo de tiempo vivieron los filósofos Sócrates, Platón y Aristóteles; los dramaturgos Aristófanes, Esquilo y Sófocles; el filósofo de la naturaleza Arquímedes, y el legislador Solón. Como los hebreos, los griegos valoraban la vida familiar. Pero los hombres griegos también admiraban el cuerpo masculino bien desarrollado y disfrutaban de la lucha libre en la arena con los contrincantes desnudos. Los encuentros eróticos y los chistes subidos de tono caracterizaron las obras de Aristófanes y otros dramaturgos. Los griegos sostenían que una mente sana debe morar en un cuerpo saludable. Cultivaban el músculo y el ejercicio junto con la mente.

Los griegos veían a sus dioses —Zeus, dios de dioses; Apolo, inspirador del arte y la música; Afrodita, la diosa del amor carnal cuyo nombre es el origen de la palabra afrodisíaco, y otros— como buscadores voraces de variedad sexual. Y no solo tenían aventuras sexuales entre ellos, sino que también seducían a los mortales.

Tres aspectos de la sexualidad griega son de especial interés para nuestro estudio de las prácticas sexuales en el mundo antiguo: conducta sexual entre dos hombres, pederastía y prostitución. Los griegos consideraban que tanto los hombres como las mujeres eran **bisexuales**. De uno de sus héroes, Hércules, se decía que había satisfecho a 50 vírgenes en una sola noche. No obstante, también tenía relaciones con hombres. El sexo entre hombres se consideraba normal y se toleraba en la medida en que no amenazara la institución de la familia.

Pederastía significa amor por los jóvenes. El sexo entre hombres y chicos prepúberes era ilegal. Sin embargo, las familias, por lo general, se sentían complacidas si sus hijos adolescentes atraían a mentores socialmente importantes. La pederastía no impedía el futuro comportamiento del chico en sus relaciones con mujeres porque, de hecho, el pederasta normalmente estaba casado, y los griegos creían que una persona era igualmente capaz de mantener relaciones sexuales con un hombre o con una mujer.

La prostitución gozaba de buena salud en todos los niveles sociales. Las prostitutas formaban una escala que iba desde las **cortesanas** hasta las **concubinas**, que eran normalmente esclavas. Las cortesanas hacían el mismo papel que las geishas de Japón. Podían tocar instrumentos musicales, bailar, tener respuestas ingeniosas y discutir de política. También eran expertas en las artes amatorias. No suponía ningún estigma social visitar a una cortesana. En los escalones más bajos de la sociedad estaban las prostitutas callejeras y de burdel. Estos últimos no eran difíciles de encontrar. Un pene de madera o pintado decoraba invariablemente la puerta.

Bisexual Interesado sexualmente por ambos géneros. (Del latín *bi-*, que significa «dos».)

Pederastía Atracción sexual por menores. (Del griego *paidos*, que significa «chico».)

Cortesana Prostituta, especialmente la amante de un noble o un hombre rico. (De las raíces latinas que significan «mujer de la corte».)

Concubina Una esposa secundaria, normalmente de estatus legal y social inferior. (De las raíces latinas que significan «acostarse con».)

Como en muchos Estados de Oriente Medio hoy en día, las mujeres ocupaban un estatus inferior. Las mujeres de Atenas no tenían más derechos que los esclavos. Estaban sujetas a la autoridad de sus familiares masculinos más cercanos antes del matrimonio y a sus maridos después. No recibían formación académica y estaban recluidas la mayor parte del tiempo en sus casas, en los aposentos para las mujeres. Cuando se aventuraban fuera de casa iban acompañadas de una carabina. El marido podía divorciarse de su mujer sin motivo y era obligado a ello si ella cometía adulterio. Los derechos legales y sociales de las mujeres en la antigua Atenas eran similares a los de sus contemporáneas en Babilonia, Egipto y entre los antiguos hebreos.

El mundo de la antigua Roma. Mucho se ha dicho de los excesos sexuales de los emperadores romanos y las familias gobernantes. Julio César fue un declarado bisexual —«un marido para cada esposa y una esposa para cada marido»—. Otros emperadores, como Calígula, patrocinaron orgías en las cuales los invitados tomaban parte en prácticas sexuales, incluidos el **bestialismo** y el **sadismo**. Sin embargo, los excesos sexuales se producían más a menudo entre las clases altas palaciegas que entre el ciudadano medio.

Los romanos desaprobaban la conducta sexual entre dos hombres por considerarla una amenaza a la integridad de la familia romana, la cual se consideraba la fuente del poder del Imperio Romano. Aunque las mujeres romanas compartían la vida social de sus maridos más que sus homólogas griegas, eran todavía propiedad de sus maridos. La sociedad occidental recoge las raíces de muchos de sus términos sexuales de la cultura romana, como se comprueba en sus raíces latinas. **Felación**, por ejemplo, deriva del latín *fellare*, que significa «chupar». **Cunnilingus** deriva de *cunnus*, que significa «vulva», y *lingere*, «lamer». **Fornicación** deriva de *fornix*, un arco o bóveda. El término proviene de la práctica habitual de las prostitutas romanas de servir a sus clientes bajo las arcadas de edificios públicos, como estadios y teatros.

Los primeros cristianos. La cristiandad surgió dentro del Imperio Romano durante los siglos que siguieron a la muerte de Jesús. El punto de vista acerca de la sexualidad de los primeros cristianos fue definido en gran medida por San Pablo y los llamados «Padres de la Iglesia» durante el siglo primero y por San Agustín en la última parte del siglo IV. El adulterio y la fornicación eran conductas frecuentes entre las clases altas de Roma durante ese periodo, y los líderes de los primeros cristianos comenzaron a asociar sexualidad con pecado.

Al reemplazar los valores paganos de Roma, los primeros cristianos, como los hebreos, buscaron restringir el sexo al matrimonio. Vieron en las tentaciones de la carne la distracción de la devoción espiritual. Pablo predicaba que el celibato estaba más cercano al ideal cristiano que el matrimonio. Sin embargo, reconocía que no todo el mundo podía alcanzar el celibato, así que dijo que era «mejor casarse que quemarse» (es decir, con la pasión).

Los cristianos, como los judíos antes que ellos, exigían la virginidad de las novias. La masturbación y la prostitución eran condenadas (Allen, 2000; Laqueur, 2003). Los primeros cristianos enseñaban que los hombres deben amar a sus mujeres con contención, no apasionadamente. La meta de la procreación debería gobernar la conducta sexual —el espíritu debería dirigir la carne—. El divorcio estaba prohibido. La falta de satisfacción con el esposo podría reflejar inquietud sexual, es decir, pecado. Disolver un matrimonio podría arriesgar la estructura social que apoyaba a la Iglesia.

San Agustín (353-430 d. C.) asociaba la lujuria con el pecado original de Adán y Eva en el Jardín del Edén. Según Agustín, la lujuria había transformado el instinto inocente de procreación, inculcado en la humanidad por Dios, en pecado. Siguiendo su caída de la

Bestialismo Relaciones sexuales entre una persona y un animal.

Sadismo Práctica que consiste en obtener satisfacción sexual a través de herir o humillar a otros.

Felación Actividad sexual que involucra el contacto oral con el pene.

Cunnilingus Actividad sexual que involucra el contacto oral con los genitales femeninos.

Fornicación Relación sexual entre personas que no están casadas el uno con el otro. (Si uno de los dos está casado, este acto puede ser llamado «adulterio».)

Gracia, Adán y Eva cubrieron su desnudez con las hojas de la higuera. La vergüenza entró en escena. Para Agustín, lujuria y vergüenza pasaron desde Adán y Eva a través de las generaciones. La lujuria convierte cualquier expresión sexual, incluso el coito dentro del matrimonio, en inherentemente diabólica. Solo mediante el celibato, de acuerdo con San Agustín, podrían los hombres y las mujeres lograr el estado de Gracia.

La actividad sexual no procreadora se juzgó pecaminosa. La masturbación, la relación entre dos hombres, la relación entre dos mujeres, el contacto oral-genital, la relación anal —todas eran abominables a los ojos de Dios (Laqueur, 2003; Stengers *et al.*, 2001)—. Para los judíos, el sexo dentro del matrimonio era una función natural y placentera. Para los primeros cristianos, sin embargo, el placer sexual, incluso en el matrimonio, estaba manchado por el pecado original de Adán y Eva. Pero el sexo marital se juzgaba menos pecaminoso cuando se practicaba para la procreación, sin apasionamiento.

La sexualidad y las religiones orientales. El Islam, la religión dominante en Oriente Medio, fue fundada por el Profeta Mahoma. Mahoma nació en La Meca, en lo que es ahora Arabia Saudí, hacia el 570 d. C. La tradición islámica valora el matrimonio y el cumplimiento sexual en el matrimonio. Las relaciones premaritales provocan la vergüenza y la condena social —y, en algunos Estados fundamentalistas islámicos, la pena de muerte—.

La familia es la columna vertebral de la sociedad islámica. El celibato es visto con malos ojos. Mahoma decretó que el matrimonio representa el único camino hacia la virtud. Sin embargo, la tradición islámica permite una doble moral. Los hombres pueden tener hasta cuatro esposas, pero a las mujeres solo se les permite un marido. Las interacciones sociales públicas entre hombres y mujeres son severamente restringidas en las sociedades islámicas más conservadoras. Se espera que las mujeres mantengan sus cabezas y rostros bajo un velo en público y que eviten todo contacto con otros hombres que no sean sus maridos.

En las culturas del Lejano Oriente, como contraste, la sexualidad era semejante a la espiritualidad. Para los maestros taoístas de China, que han influido en la cultura china durante milenios, el sexo era un sagrado deber —una forma de culto que llevaba a la armonía con la naturaleza y a la inmortalidad—.

La cultura china fue la primera en producir un manual sexual detallado, que se utilizaba unos 200 años antes del nacimiento de Jesús. Se esperaba que el hombre prolongara la relación tanto como fuera posible para absorber más de la esencia natural de su esposa, o *yin*. El *yin* reforzaría su propia esencia masculina, o *yang*. Es más, tenía que ayudar a su compañera a llegar al orgasmo para incrementar el flujo de energía que pudiera absorber. (El placer de ella era secundario.)

Los taoístas creían que era un desperdicio para un hombre «derramar su semilla». La masturbación, aceptable para las mujeres, no era admisible para los hombres. Las prácticas sexuales como el coito anal y el contacto oral-genital (felación y cunnilingus) eran permitidas, siempre y cuando el hombre no malgastara su *yang* en una eyaculación despilfarradora. Otro paralelismo con las culturas occidentales era el papel otorgado a las mujeres en la sociedad tradicional china. La «buena esposa», como sus colegas occidentales, se limitaba a los papeles domésticos. Quizás ninguna cultura haya cultivado tanto el placer sexual, como un ideal espiritual, como los antiguos indios de la India. Desde el siglo V d. C. en adelante, los templos muestran esculturas de dioses, ninfas celestiales y personas ordinarias en posturas eróticas. Las prácticas sexuales hindúes se codificaron en un manual sexual, el *Kamasutra*, que ilustra las posiciones sexuales, algunas de las cuales desafiarían a un contorsionista. También contiene recetas de supuestos afrodisíacos. Este manual se cree que fue escrito por el sabio hindú Vatsyayana en algún momento entre los siglos IV y V d. C., en la época en que el cristianismo adquiría importancia en Occidente.

En sus representaciones gráficas de posturas y prácticas sexuales, el *Kamasutra* reflejaba la creencia hindú de que el sexo era un deber religioso, no una fuente de vergüenza o culpa. En la doctrina hindú del *karma* (el paso de las almas de un lugar a otro), el cumplimiento sexual se consideraba como una manera de reencarnarse en un nivel superior de existencia. Sin embargo, la sociedad india se hizo más restrictiva en relación con la sexualidad más o menos a partir del año 1000 d. C.

La Edad Media. La Edad Media, llamada también el medievo, abarca el milenio de historia occidental desde el año 476 d. C. hasta el 1453 d. C. Las actitudes de la Iglesia católica romana hacia la sexualidad, inalteradas desde los tiempos de Agustín, dominaban el pensamiento medieval. Aun así, algunas corrientes nuevas invadieron la Europa medieval, sobre todo en cuanto al estado social de la mujer. La Iglesia había considerado a todas las mujeres pecadoras desde Eva. Pero en la Iglesia oriental de Constantinopla floreció el culto a la Virgen María. El ideal de feminidad se encontraba en la imagen de María: buena, amable, amorosa y santa. Importada por los Cruzados y otros que regresaban de Oriente, el culto a la Virgen María barrió la cristiandad europea y ayudó a elevar el estatus de las mujeres.

Dos conceptos contradictorios de mujer vinieron a dominar el pensamiento medieval: uno, la mujer como Eva, la tentadora; el otro, la mujer como María, virtuosa y pura. Las imágenes occidentales contemporáneas aún muestran el cisma entre la chica buena y la chica mala —la Virgen y la prostituta—. Parte de la fascinación que produce la estrella de la canción Madonna está en que combina el nombre de la Virgen María y los crucifijos, con un despliegue de prendas de ropa interior y actos sexuales simulados sobre el escenario y en sus vídeos.

La Reforma Protestante. Durante la Reforma, Martín Lutero (1483-1546) y otros reformadores cristianos como Juan Calvino (1509-1564) se escindieron de la Iglesia católica y fundaron sus propias sectas, que llevaron al desarrollo de los denominados Protestantes del oeste de Europa (y después del Nuevo Mundo). Lutero discutió muchas de las doctrinas católicas acerca del sexo. Creía que se debía permitir a los sacerdotes casarse y tener hijos. Para Lutero, el matrimonio formaba parte de la naturaleza humana, como comer o beber. Calvino rechazó la posición de la Iglesia católica acerca de que el sexo en el matrimonio tenía como única finalidad la procreación. Creía que la expresión sexual en el matrimonio también fortalecía los lazos entre los esposos y ayudaba a eliminar las tensiones de la vida cotidiana.



Ilustración del Kamasutra. El Kamasutra, un manual sexual indio que se cree fue escrito en algún momento entre los siglos III y V d. C., contiene ilustraciones de técnicas y prácticas sexuales.

La Era Victoriana. Los primeros colonos llevaron al Nuevo Mundo las enseñanzas religiosas que habían dominado el pensamiento y la cultura occidentales durante siglos. Cualesquiera que fueran sus diferencias, cada religión enfatizó el ideal de la vida familiar y consideraba el sexo fuera del matrimonio inmoral o pecaminoso. El lugar de la mujer, por lo general, estaba en la casa y en los campos. No fue hasta 1833 cuando Oberlin abrió sus puertas a las mujeres, se permitió a las mujeres asistir a la universidad en Estados Unidos. (Y fue en el siglo XX cuando las mujeres ganaron el derecho al voto.)

A mediados y finales del siglo XIX se le suele llamar el periodo Victoriano, en honor a la reina Victoria de Inglaterra. Victoria subió al trono en el año 1837 y reinó hasta su muerte, en 1901. Su nombre se ha convertido literalmente en sinónimo de represión sexual. La sociedad victoriana en Europa y en Estados Unidos, al menos en cuanto a las apariencias sociales, era remilgada y respetable (Horowitz, 2002). No se hablaba de sexo en la sociedad educada. Incluso las patas de los pianos se cubrían con telas por modestia. Muchas mujeres consideraban el sexo como un deber matrimonial que tenía que realizarse para la procreación o para satisfacer los deseos de sus maridos. Considera la siguiente cita:

Estoy contenta ahora que Charles llama a mi dormitorio menos frecuentemente que antes. Tal y como es, ahora lo soporto dos veces por semana y cuando escucho sus pasos al lado de mi puerta, me acuesto en mi cama, cierro los ojos, abro mis piernas y pienso en Inglaterra. (Atribuido a Alice, Lady Hillingdon, esposa del Segundo Barón Hillingdon.)

Se asumía que las mujeres no experimentaban deseos o placer sexual. William Acton (1814-1875), un influyente médico inglés, comentaba en 1857: «Podría decir que la mayoría de las mujeres (felizmente para la sociedad) no tienen problemas con sentimientos sexuales de ningún tipo». Las mujeres, pensaba Acton, nacían con *anestesia sexual*.

Era una creencia ampliamente extendida entre las autoridades médicas en Inglaterra y Estados Unidos que el sexo agotaba la vitalidad natural del hombre. Así que los médicos recomendaban que el sexo se practicara de manera poco frecuente, quizás una vez al mes o así. El reverendo Sylvester Graham (1794-1851) predicaba que la eyaculación privaba a los hombres de los «fluidos vitales» que necesitaban para mantener la salud y vitalidad. Graham aconsejaba no «gastar la semilla» en la masturbación o con frecuentes relaciones maritales (Laqueur, 2003; Stengers *et al.*, 2001). (¿Cuánto de frecuente era «frecuente»? Para Graham, las relaciones más de una vez al mes ponían en peligro la energía vital del hombre.) Graham recomendaba que los jóvenes controlaran sus apetitos sexuales con una dieta de alimentos sencillos basada en harinas integrales.

Parece, sin embargo, que el comportamiento de los victorianos no era tan reprimido como podría parecer. A pesar de la creencia en la anestesia sexual femenina, las mujeres victorianas experimentaban placer sexual y orgasmos. Considera algunos resultados de un estudio sobre el sexo dirigido en 1892 por una mujer médico, Clelia Duel Mosher. Aunque su muestra era pequeña y no aleatoria, 35 entre 44 mujeres que respondieron, admitieron desear el acto sexual. Y 34 de ellas informaron que habían experimentado orgasmos. Los diarios de mujeres de la época también contenían episodios de aventuras amorosas apasionadas.

La prostitución floreció durante la era Victoriana. Aparentemente, los hombres pensaban que hacían un favor a sus mujeres buscando en otra parte. Las estadísticas exactas son difíciles de conseguir, pero puede haber sido tan frecuente que en Londres, durante el siglo XIX, había una prostituta por cada doce varones; en Viena, quizás una por cada siete hombres.

Los autores y los Centros de Investigación para el Estudio Científico de la Sexualidad. Contra este telón de represión sexual, los científicos y estudiosos empezaron a acercarse a la sexualidad como un área de legítimo estudio científico. El médico inglés Havelock Ellis (1859-1939) publicó una verdadera enciclopedia de la sexualidad entre 1897 y 1910, *Studies in the Psychology of Sex (Estudios sobre la psicología del sexo)*. Ellis dedujo la información de historiales médicos, resultados antropológicos y conocimientos de medicina. Sostenía que los deseos sexuales en las mujeres eran naturales y saludables. Apoyó la opinión de que muchos problemas sexuales tenían causas más psicológicas que físicas. También argumentó que la orientación sexual de gays y lesbianas era una variación natural dentro del espectro de la sexualidad normal y no una aberración. Como hacen la mayoría de los profesionales hoy en día, Ellis trató las orientaciones sexuales de gays y lesbianas como disposiciones innatas, no como vicios o taras del carácter.

Otro **sexólogo** influyente, el psiquiatra alemán Richard von Krafft-Ebing (1840-1902), describió descarnadamente historiales clínicos de individuos con desviaciones sexuales en su libro *Psychopathia Sexualis* (1886). Los historiales incluían desviaciones como el sado-masochismo (la satisfacción sexual a través de infligir o recibir dolor), el bestialismo (sexo con animales) y la necrofilia (relaciones sexuales con personas muertas). Krafft-Ebing consideraba las desviaciones como enfermedades mentales que podían ser estudiadas y quizás tratadas por la ciencia médica.

Al mismo tiempo, un médico vienés, Sigmund Freud (1856-1939), estaba desarrollando una teoría de la personalidad que ha tenido una enorme influencia en la cultura y la ciencia moderna. Freud creyó que el instinto sexual era nuestra principal fuerza motivadora.

Alfred Kinsey (1894-1956), un zoólogo de la Universidad de Indiana, dirigió los primeros estudios a gran escala de la conducta sexual en las décadas de los años 1930 y 1940. A Kinsey se le pidió que impartiera un curso sobre el matrimonio. Mientras investigaba la materia, Kinsey encontró que se sabía muy poco sobre las prácticas sexuales en la sociedad estadounidense. Así que se embarcó en un ambicioso proyecto de investigación y dirigió entrevistas detalladas con cerca de 12 000 personas a lo largo de Estados Unidos. Los resultados de sus estudios se publicaron en dos volúmenes, *Sexual Behavior in the Human Male (Conducta sexual en el varón humano)* (Kinsey et al., 1948) y *Sexual Behavior in the Human Female (Conducta sexual en la hembra humana)* (Kinsey et al., 1953). Estos libros representan los primeros intentos científicos por proporcionar una visión comprensiva de la conducta sexual en Estados Unidos.

Los libros presentaban un estilo árido. Estaban llenos de tablas estadísticas más que viñetas o imágenes picantes. No obstante, se convirtieron en superventas, arrasando entre un público que todavía no había aprendido a discutir del sexo abiertamente. Su publicación —sobre todo el libro de la sexualidad femenina— desató las iras de la crítica. El trabajo de Kinsey tenía algunos fallos metodológicos —especialmente en la selección de los participantes—, pero muchas de las críticas lo tachaban de inmoral y obsceno. *The New York Times* rehusó publicar los anuncios para el volumen de 1948 acerca de la sexualidad masculina. Muchos periódicos se negaron a publicar los resultados del estudio sobre la sexualidad femenina. Un comité del Congreso en la década de los cincuenta declaró que el trabajo de Kinsey minaba la fibra moral de la nación, haciéndola más vulnerable a la conquista comunista. A pesar de todo el alboroto, Kinsey y sus colegas hicieron de la investigación del sexo un campo de estudio científicamente respetable y colocaron los cimientos para poder estudiar y hablar de la conducta sexual abiertamente.

Sexólogo Persona comprometida en el estudio científico de la conducta sexual.

La revolución sexual. Al periodo que transcurre desde mediados de la década de 1960 hasta mediados de la década de 1970 se le llama habitualmente la revolución sexual (Allyn, 2001; Kamen, 2002). Grandes cambios sucedieron en las actitudes y en las prácticas



¿Son los jóvenes de hoy más o menos liberales en la expresión de su sexualidad que las personas de generaciones anteriores? Hoy la amenaza del VIH/SIDA se cierne sobre cada encuentro sexual. Mientras muchos jóvenes hoy en día son selectivos en su elección de las parejas y toman precauciones a la hora de practicar el sexo, muchos adolescentes tienen relaciones sexuales, y a edades más tempranas, que en generaciones anteriores.

sexuales en Estados Unidos durante los «Marchosos Sesenta». Cuando el cantante de *folk* Bob Dylan cantaba *The Times They Are A-Changin*, la sociedad estadounidense estaba en el umbral de un mayor cambio social, no solo en las conductas sexuales, sino en la ciencia, en la política, en la moda, en la música, en el arte y en el cine. La generación llamada de Woodstock, descorazonada por el mercantilismo y la guerra de Vietnam, sintonizó (música *rock* en la radio), se interesó (por las drogas) y se marginó (de las corrientes principales de la sociedad). La situación estaba al rojo vivo entre los *hippies* y los *hardhats*. El pelo largo se puso de moda entre los hombres. Los pantalones campana y los vaqueros se pusieron también de moda. Las películas se volvieron sexualmente explícitas. Los críticos se plantearon seriamente si el «clásico» de la pornografía *Garganta profunda* había tenido implicaciones sociales. El *rock* duro bramaba mensajes de rebelión y revolución.

APORTACIÓN DE AUTORES ESPAÑOLES

OTROS SEXÓLOGOS EUROPEOS

FÉLIX LÓPEZ SÁNCHEZ
Universidad de Salamanca

Tiene interés recordar también otros autores que han tenido gran importancia histórica en el estudio de la sexualidad.

- En Berlín (entre 1907 y 1934) un grupo de autores (Bloch y Hirschfeld) crearon el primer instituto de investigación, debate, formación y asistencia clínica en el campo de la sexualidad. Defendieron la necesidad de una nueva ciencia —*Sexualwissenschaft* = sexología— de naturaleza interdisciplinar, fundaron la primera revista sobre sexualidad (*Escritos sobre Sexología*) y publicaron numerosos libros y artículos. Este centro tuvo mucha influencia en Europa hasta que el ascenso al poder del Nazismo acabó con esta institución.
- En Viena, además de Freud y otros psicoanalistas, merece ser destacado Wilhelm Reich (1897-1957) porque hizo la primera gran descripción y las propuestas más atrevidas sobre el orgasmo sexual (contenidas en el li-

bro *La función del orgasmo*), creó una asociación juvenil (Sex-Pol = sexualidad y política) para defender los derechos de los jóvenes a una vida sexual libre y placentera y publicó numerosos libros. Los años más importantes de su trabajo en Viena fueron entre 1925 y 1934. El Nazismo acabó también con esta corriente, trasladándose Reich a Estados Unidos. Posteriormente, este autor tuvo una influencia decisiva en la llamada revolución sexual de los años sesenta.

- En Madrid, entre los años de la década de 1920 y la dictadura nacional-católica del general Franco (1939), hubo un grupo de autores muy activos, entre los que destaca Gregorio Marañón. Crearon la «Liga española para reforma sexual con bases científicas», editaron una revista (*Sexus*) e hicieron numerosas publicaciones y congresos que tuvieron gran repercusión social. La dictadura acabó con este movimiento.

Ningún evento por sí solo marcó el comienzo de la revolución sexual. Los movimientos sociales a menudo ganan impulso debido a una interacción oportuna de factores científicos, sociales, políticos y económicos. La guerra (de Vietnam), la bomba (el temor a la bomba atómica), la píldora (la aparición de la píldora anticonceptiva) y los medios de comunicación (especialmente la televisión) fueron cuatro de esos factores. La píldora disminuyó el riesgo de embarazo no deseado para los jóvenes. Les permitió tener relaciones sexuales ocasionales o recreativas, no sexo reproductivo. Los movimientos de psicología *pop*, como el Movimiento del Potencial Humano de la década de los sesenta y los setenta (la llamada «Mi Década»), difunden el mensaje de que las personas deberían relacionarse para expresar sus sentimientos genuinos, incluyendo los sexuales. «Ve a tu aire» se convirtió en un lema. «Si te hace sentir bien, adelante», fue otro. La lámpara fue frotada, el genio sexual había escapado.

La revolución sexual se relacionó con la permisividad social y el liberalismo político. En parte reflejando los tiempos que corrían, en parte actuando como catalizadores, los medios de comunicación trataron abiertamente el sexo. Los libros populares animaron a la gente a explorar su sexualidad. Las escenas de amor en las películas se volvieron tan habituales que se introdujeron los sistemas de clasificación para alertar a los padres. En nuestros días cada vez más adolescentes son sexualmente activos, y a edades más tempranas (Henshaw, 2003). Además del sexo premarital, otras dos características de la revolución sexual se han convertido en partes integrantes de nuestro tejido social: la liberación de la sexualidad femenina y una predisposición mayor a discutir del sexo abiertamente. Por ejemplo, en 1998 las televisiones estadounidenses emitieron el testimonio al Gran Jurado del Presidente Bill Clinton, con referencias explícitas al sexo oral con la becaria de la Casa Blanca Mónica Lewinsky, en franja horaria diurna.

¿Qué nos dice entonces la historia sobre el sexo? ¿Existen normas universales que definan los valores sexuales, o existen muchas normas diversas? Todas las sociedades mantienen alguna forma de tabú sobre el incesto. Muchas sociedades han valorado el sexo procreativo dentro del contexto de una relación duradera, normalmente en forma de matrimonio. El matrimonio proporciona seguridad para los niños, mantiene o incrementa la población y asegura la transferencia ordenada de la propiedad de generación en generación.

Otras prácticas sexuales —masturbación, sexo promiscuo, relaciones sexuales entre hombres, relaciones sexuales entre mujeres, prostitución, poligamia y demás— han sido condenadas en algunas sociedades, toleradas por otras y animadas por otras.

Algunos historiadores defienden que las «degradaciones» paganas de Roma la llevaron a la desaparición de su Imperio —de otro modo, una Roma «más pura» podría todavía gobernar el planeta—. Y advierten de que los «excesos» de nuestra propia revolución sexual también nos pueden hacer caer del mismo modo. Sin embargo, Roma padeció las dificultades administrativas de tener que ocuparse de un imperio muy extenso. Roma estaba sitiada por los «bárbaros» en los baluartes de las fronteras exteriores y, finalmente, aquéllos llegaron a las puertas de las ciudades. A pesar de ello, de hecho, las civilizaciones de la antigua Grecia y Roma mantuvieron su hegemonía durante cientos de años. Por otra parte, cuando consideramos sus contribuciones al arte occidental, al pensamiento filosófico y a las lenguas que hablamos, podemos cuestionarnos si fracasaron del todo.

El punto de vista de la biología

Pregunta: ¿Cuál es el papel del punto de vista de la biología? El punto de vista de la biología se centra en el papel de los genes, de las hormonas, del sistema nervioso y otros factores biológicos en la sexualidad humana. El sexo, después de todo, sirve a la función biológica de la reproducción. Estamos dotados biológicamente con estructuras que hacen posible la conducta sexual y, para muchas personas, placentera.

El estudio de la biología del sexo nos informa acerca de los mecanismos de la reproducción. Nos informa de los mecanismos de la excitación y la respuesta sexual. La biología nos enseña que la erección ocurre cuando el pene se llena de sangre. Aprendemos que la lubricación vaginal es el resultado de la acción de «sudoración» de las paredes vaginales. Aprendemos que el orgasmo es un reflejo de la médula espinal, así como un evento psicológico.

Los investigadores en biología han dado grandes pasos en la asistencia a las parejas no fértiles para que puedan concebir, por ejemplo, con la ayuda de técnicas de fertilización en laboratorio. El conocimiento de la biología ha ampliado nuestro conocimiento de la sexualidad y nuestra habilidad para superar los problemas sexuales. ¿Hasta qué punto la biología gobierna la conducta sexual? ¿Está controlado el sexo por los instintos biológicos? ¿O son más importantes los factores psicosociales, como la cultura, la experiencia y la habilidad para tomar decisiones? Aunque la sexualidad de otras especies está gobernada en gran medida por los procesos biológicos, en la especie humana, la cultura y la experiencia juegan papeles vitales y, en algunos casos, éstos son los más importantes. La sexualidad humana involucra una compleja interacción de factores biológicos y psicosociales.

El punto de vista evolucionista

Las especies varían no solo en sus características físicas sino también en su conducta social, incluyendo su manera de emparejarse. Los científicos dirigen su mirada al proceso de la evolución para que les ayude a explicar tanta variabilidad.

Preguntas: ¿Qué es la evolución? ¿Cómo podría la conducta sexual de varias especies, incluida la nuestra, estar influida por las fuerzas que tienen que ver con la historia de la especie?

El naturalista inglés Charles Darwin (1809-1882) está considerado el fundador de la teoría moderna de la **evolución**. Pensaba que las especies animales y vegetales no se crearon independientemente, sino que evolucionaron a partir de otras formas de vida por los mecanismos de la **selección natural**, o «la supervivencia del mejor adaptado». En cada especie, algunos individuos están mejor adaptados a su entorno que otros. Los mejor adaptados tienen una probabilidad más alta de sobrevivir y reproducirse. Por consiguiente, también tienen mayores probabilidades de transmitir su herencia a las generaciones futuras. Los miembros mejor adaptados de cada especie producen un mayor número de descendientes supervivientes. No son necesariamente los más fuertes o los más rápidos, aunque estos rasgos son adaptables para algunas especies y refuerzan su éxito reproductor.

Cuando cambian las condiciones medioambientales, la selección natural favorece a los miembros de una especie que posean rasgos que les ayuden a adaptarse. Estas formas adaptables proliferan y finalmente reemplazan a las formas que no pudieron sobrevivir y reproducirse. Las especies que no producen formas con rasgos adaptables acaban por extinguirse.

Darwin se anticipó a su tiempo —la tecnología de aquellos días no le permitía encontrar las estructuras microscópicas que transmiten los caracteres de generación en generación—. Ahora sabemos que los caracteres son transmitidos por unidades de herencia que llamamos **genes**. Los caracteres están determinados por las combinaciones de genes que los descendientes heredan de sus padres.

Los genes son segmentos de **cromosomas**, compuestos de ADN (Plomin & Crabbe, 2000). La estructura química de los genes proporciona las instrucciones genéticas. Cada célula humana normalmente contiene 46 cromosomas, los cuales están organizados en 23

Evolución Desarrollo de una especie hasta su estado actual, que implica adaptaciones continuas a su medio ambiente.

Selección natural

Proceso evolutivo por el cual los rasgos adaptativos permiten sobrevivir hasta la edad reproductora a los miembros de una especie y transmitir estos rasgos a las futuras generaciones.

Genes Unidades básicas de la herencia, que consisten en segmentos cromosómicos de ADN.

Cromosomas

Estructuras con forma de bastón que residen en el núcleo de cada célula y contienen el código genético en forma de genes.

ADN Ácido desoxirribonucleico: sustancia química cuyas moléculas componen los genes y los cromosomas.

pares. Cada cromosoma humano contiene más de 1 000 genes. Normalmente un niño hereda un miembro de cada par de cromosomas de cada uno de sus padres. Así que cada descendiente hereda el 50 por ciento de sus genes de cada uno de sus progenitores. Las combinaciones particulares de los genes que uno hereda de sus padres determinan si tendrá los ojos azules o marrones, pelo rubio o moreno, y un rango amplio de otras características.

Nuevas variaciones en las especies son incorporadas a través de cambios genéticos aleatorios llamados **mutaciones**. Las mutaciones ocurren aleatoriamente pero están sujetas a la selección natural. Algunas mutaciones son adaptativas y aumentan el éxito reproductivo. A medida que un mayor número de miembros de las especies poseen estos caracteres, las especies en su conjunto cambian de forma.

En años recientes, algunos científicos —incluyendo **psicólogos evolucionistas**— han sugerido que existe una base genética para el comportamiento social, incluido el comportamiento sexual, entre los seres humanos y otros animales (Bruene & Ribbert, 2002; Fisher, 2000; McAndrew, 2002). Esta teoría propone que la disposición hacia comportamientos paternos que aumentan el éxito reproductivo —como otros caracteres físicos que también lo hacen— pueden transmitirse genéticamente (Cory, 2002). Si es así, podemos conservar caracteres que ayudaron a nuestros ancestros prehistóricos a sobrevivir y reproducirse con éxito, aunque estos caracteres ya no sean adaptativos en la cultura moderna (Plomin, 2002). «La cultura moderna» —digamos desde la Grecia clásica— no es más que un instante en la vida de nuestra especie.

La perspectiva evolucionista y la plasticidad erótica. El concepto de «plasticidad erótica» (Baumeister, 2000) aborda el hecho de que, como respuesta a varias fuerzas sociales y culturales, las personas muestran diferentes niveles de control sexual y expresan sus deseos sexuales de varias maneras. Roy Baumeister (2000) aporta evidencias de que las mujeres muestran una mayor plasticidad erótica que los hombres. Por ejemplo, (a) las mujeres individualmente muestran mayor variación que los hombres en su comportamiento sexual a lo largo del tiempo; (b) las mujeres parecen ser más responsables que los hombres ante factores culturales específicos, como la permisividad cultural o la restricción, y (c) la conducta sexual de los hombres es más coherente con sus actitudes sexuales que las mujeres. Baumeister concluye que las fuerzas biológicas y evolucionistas pueden ser un factor importante en la mayor plasticidad erótica femenina.

¿Son «buenos» los caracteres adaptativos? Existe la tendencia a pensar que los caracteres adaptativos son más «dignos», «buenos» o «admirables» que los caracteres menos adaptativos. Sin embargo, la evolución no es una empresa moral. Un carácter aumenta o no el éxito reproductivo. En sí mismo no es ni bueno ni malo. Para las hembras de algunos insectos, aparentemente es un carácter adaptativo devorar al macho después de la cópula. «Papá» entonces literalmente nutre a su descendencia durante el periodo de gestación. En términos evolutivos, su sacrificio personal es adaptativo si incrementa las oportunidades de que su descendencia sobreviva y lleve sus genes. En otras especies puede ser adaptativo para los padres «hacerles el amor y abandonarlas a su suerte» —es decir, copular con tantas hembras como les sea posible y, sin más, dejarlas para «plantar su semilla» en otro lugar—.

Algunos psicólogos evolutivos defienden que los hombres son de manera natural más promiscuos que las mujeres, porque son los herederos genéticos de ancestros cuyo éxito reproductivo estaba relacionado con el número de mujeres que podían dejar preñadas (Bjorklund & Kipp, 1996; Buss, 1994). Las mujeres, por el contrario, pueden producir solo unos pocos descendientes en sus vidas. Así que si la teoría funciona, ellas tienen que ser más selectivas con sus parejas reproductoras. El éxito reproductivo de las mujeres está

Mutaciones Cambios aleatorios en la estructura molecular del ADN.

Psicólogo evolucionista

Psicólogo que estudia los efectos de la evolución de la especie en los procesos mentales y del comportamiento.

relacionado con encontrar el macho mejor adaptado —no con cualquier Juan, José o Javier que aparezca por ahí—. Desde esta perspectiva, la actitud «a la caza» de los hombres y la selectividad de las hembras están escritas en sus genes (Townsend, 1995). La teoría de la psicología evolucionista también podría explicar por qué los sucesos de infanticidio y abuso sexual de niños son más altos en las familias que no están genéticamente vinculadas (Daly & Wilson, 1998).

Para algunos psicólogos evolucionistas, los seres humanos son como marionetas que son manipuladas por amos invisibles, sus genes. Los genes gobiernan los procesos biológicos de la maduración sexual y la producción de las hormonas sexuales. Las hormonas, a su vez, son en gran medida responsables de regular la conducta sexual de otras especies animales. Sin embargo, extender la psicología evolucionista al comportamiento humano puede hacer saltar chispas. Los críticos sostienen que el aprendizaje, la elección personal y los factores socioculturales pueden ser determinantes del comportamiento humano más importantes que la herencia (Hyde & Durik, 2000).

El punto de vista de la comparación entre especies

Pregunta: *¿Cuál es el papel del punto de vista «entre» especies?* El estudio de otras especies animales sitúa la conducta humana en un contexto más amplio. Existe una sorprendente variedad de conductas sexuales entre los no humanos. Hay ejemplos animales, o **analogías**, de la relación sexual entre hombres, de la relación sexual entre mujeres, del contacto oral-genital, del contacto oral-oral (es decir, el beso). Los preámbulos también son bien conocidos en el mundo animal. Las tortugas masajean la cabeza de sus parejas con sus garras. Los ratones macho mordisquean el cuello de sus parejas. La mayoría de los mamíferos practican solo la posición de entrada posterior para la **cópula**, pero algunos animales, como los simios, utilizan una gran variedad de posiciones coitales.

La investigación entre especies revela un modelo interesante. La conducta sexual entre los mamíferos «superiores», como los primates, está menos controlada directamente por el instinto que entre las especies «inferiores», como las aves, los peces o los mamíferos inferiores. La experiencia y el aprendizaje juegan papeles más importantes en la sexualidad a medida que ascendemos la escalera de la evolución.

El punto de vista transcultural

Pregunta: *¿Cuál es el papel del punto de vista transcultural?* El punto de vista transcultural, como el punto de vista histórico, proporciona la visión de la manera en que las creencias culturales afectan a la conducta sexual y al sentido de la moralidad de las personas. A diferencia de los historiadores, que están limitados en sus fuentes al testimonio ocular de otros y a los fragmentos de información que pueden recopilar con dificultad de descoloridas reliquias, los antropólogos pueden observar otras culturas de primera mano. El interés por el punto de vista transcultural en la sexualidad fue estimulado por el trabajo, a principios del siglo xx, de los antropólogos Margaret Mead (1901-1978) y Bronislaw Malinowski (1884-1942).

En *Sex and Temperament in Three Primitive Societies* (*Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas*) (1935), Mead puso el fundamento para la investigación psicológica y sociológica desafiando los estereotipos de los roles de género. En muchas culturas caracterizadas por una división del trabajo basada en el género, los hombres típicamente van a trabajar o a cazar, y —cuando es necesario— a la guerra. En esas culturas, los hombres se consideran fuertes, activos, independientes y lógicos. Las mujeres se consideran pasivas, dependientes, cuidadoras y emocionales. Mead concluyó que estos estereotipos no son

Análogo Algo que es similar o comparable a alguna otra cosa.

Copulación Relación sexual coital. (Del latín *copulare*, que significa «unirse» o «formar una pareja».)

De
cerca

¿Son monógamas las hembras en el reino animal? ¡No!

Muchos científicos y filósofos han observado el comportamiento del reino animal en un esfuerzo por determinar qué tipos de conductas son «naturales» para las personas. ¿Hay lecciones para el comportamiento humano en los siguientes ejemplos? Quizás, pero opina tú mismo...

Contrariamente a lo que pensaban los biólogos, las hembras de muchas especies son promiscuas —lo cual explica muchas conductas extrañas—. Por ejemplo, normalmente, una mosca macho del estiércol copula con una hembra durante un total de 40 minutos, e incluso cuando ha terminado de entregar lo que vino a descargar, se mantiene colgado de la hembra durante unos 20 minutos más. De otra manera ella podría recolectar el esperma de otro aspirante. Cuando un cangrejo fantasma macho se aparea, su primer movimiento consiste en disparar a su amada un poco de fluido que se endurece formando un tapón. El tapón evita que cualquier esperma rival que pueda haber llegado antes nade fuera del conducto donde las hembras almacenan los sinuosos regalos que depositan los machos, y evita que el esperma de otros machos alcance sus huevos. Solo entonces, el último cangrejo, cuando está seguro de sus oportunidades de paternidad, introduce su propio esperma.

Más extravagante que el *Kamasutra*

De la conducta a la psicología y a la anatomía, el sexo a lo largo del reino animal ha sido siempre y será ciertamente siempre más extravagante que lo se muestra en el *Kamasutra*. Pero al menos se está volviendo menos misterioso. Los biólogos se están dando cuenta ahora de que algunos hechos inexplicables de la vida, como los genitales extraños y las prácticas copulatorias absurdas (como los 79 días que permanecen los insectos en *delito flagrante*), son adaptaciones a algo que pasaron por alto durante unos pocos miles de años: la promiscuidad femenina. Dice el biólogo Tim Birkhead (2000), de la Universidad de Sheffield, en su libro *Promiscuidad*, que recoge estudios recientes: «Está claro ahora que [...] las hembras de muchas especies [...] copulan rutinariamente con varios machos diferentes.»

¿Cómo de rutinariamente? Una vez empezaron a buscar, los biólogos encontraron hembras promiscuas en un 70 por ciento de las especies que estudiaron. Una nidada de huevos de saltamontes puede tener varios padres. El 35 por ciento de los bebés de verderones índigos, un pequeño bonito pájaro canor, tienen como padre otro macho diferente del tipo que vino con mamá. Lo mismo sucede con el 76 por ciento de los



¿Son monógamas las hembras a lo largo del reino animal? ¿Quieres una respuesta rápida? No. Es probable que las hembras en muchas especies, incluyendo los chimpancés, tengan descendencia de más de un padre.

reyezuelos hada australianos. En cinco horas, una hembra de oveja de Soay escocesa se apareó hasta con siete carneros en un total de 163 encuentros. Los chimpancés hembra copulan un total de 500 a 1 000 veces para cada embarazo. Un estudio con ADN para identificar la paternidad encontró que el 54 por ciento de los bebés chimpancés tenían otros padres que la supuesta pareja de la madre. Una sola nidada de huevos de azor es inseminada unas 500 veces.

La excepción más que la regla

La monogamia femenina es la excepción más que la norma, contrariamente a la idea de que solo los machos ganan en el juego de la evolución extendiendo su semilla ampliamente. Los estudios muestran que el «número ideal» de parejas sexuales a lo largo de su vida

inherentes a nuestra herencia genética. Más bien son adquiridos a través de las expectativas culturales y la socialización. Es decir, los hombres y las mujeres aprenden a comportarse de la manera que se espera de ellos en su propia cultura.

Malinowski vivió en la isla Trobriand, de Boyawa, en el Pacífico Sur, durante la Primera Guerra Mundial. Allí recogió datos de dos sociedades del Pacífico Sur, los trobriandeses y los isleños de Amphett. Los isleños de Amphett mantenían prohibiciones sexuales estrictas, mientras que los trobriandeses disfrutaban de una libertad mayor. Por ejemplo, los trobriandeses animaban a sus hijos a que se masturbaran. Y los adolescentes tenían

en las hembras humanas —es decir, en las mujeres— es menor que en los hombres, y que ellas de hecho han tenido menos parejas que los hombres. Basándose en esto, «un montón de personas simplifican el emparejamiento humano y afirman que las mujeres son monógamas y los hombres son promiscuos», dice el psicólogo David Buss, de la Universidad de Texas. «Pero esa es un supersimplificación muy grosera: ambos sexos siguen ambas estrategias.»

La promiscuidad de las hembras activa una guerra entre los sexos. Si un macho quiere tener una oportunidad en la paternidad para que sus genes pasen a la siguiente generación frente a las hembras infieles, necesita unos hábitos astutos de apareamiento y un equipo de apareamiento aparentemente extraño. Una adaptación ventajosa es un pene engalanado con características mucho más elaboradas de las que necesita la tarea básica de que el esperma encuentre a los óvulos. Con este fin, las herramientas de damiselas y libélulas están cubiertas con cuernos y ganchos cuyo propósito, deducido por los biólogos, es extraer el esperma que haya podido llegar al tracto genital femenino antes que el suyo. La enorme variedad en los tamaños de los testículos (comparado con el tamaño del cuerpo) en el reino animal, de pronto tiene sentido, a la luz de la promiscuidad femenina. Del mismo modo, cuanto más promiscuas son las hembras de una especie, más largo crece el pene, de manera que su esperma tenga una travesía a nado más corta hacia la paternidad. Por eso el pene de los gorilas

es pequeño (hembras fieles) pero el de los chimpancés es... bueno, hay una razón por la que los chimpancés en los circos normalmente están vestidos.

Los científicos no están seguros de qué influye para que las hembras de algunas especies (o los machos) permanezcan monógamos. Pero en los humanos, la promiscuidad femenina es una respuesta a las duras condiciones de vida. En Bután, muchas mujeres practican la poliandria porque en los valles pobres del Himalaya un solo marido no puede sostener una familia. El intercambio de esposos entre los inuit (esquimales) mejora sus oportunidades de supervivencia en el duro Ártico porque los parientes están moralmente obligados a mantenerse unos a otros; cuanto mayor sea la familia política, mayor será el apoyo.

Lo que nos lleva a la pregunta central: ¿qué aleja a las hembras de la promiscuidad? Un beneficio de la poliandria es incrementar los recursos y la protección para una hembra y su cría. Muchos machos intercambian gustosamente comida por sexo; cada macho que copula con una hembra de grillo le entrega una comida rica en proteínas, buena para los huevos. Y las hembras de los pingüinos de Adelaida colectan una piedra, para construir un nido, cada vez que se ofrecen a un macho. Las hembras también ganan sembrando las semillas de la confusión, sabia paternidad. Cada halcón de las Galápagos que se aparea con una hembra le ayuda a criar a los polluelos, incluso no siendo los padres. Pero intercambiando sexo por cuidado paternal, la hembra

incrementa las oportunidades de supervivencia de sus polluelos. Las hembras de los mirlos de alas rojas que copulan con múltiples machos pierden más difícilmente sus polluelos en las garras de los predadores. Los machos primates y los leones cometen infanticidio contra los cachorros que no son suyos; confundiendo la paternidad, las hembras de los chimpancés y las leonas mantienen a su descendencia lejos del peligro.

La promiscuidad femenina puede no producir más descendencia (como consigue la promiscuidad masculina) pero mejora su supervivencia. Las hembras de varias especies parece que poseen un misterioso detector en su aparato reproductor que rechaza el esperma «genéticamente incompatible» pero acepta el esperma cuyo ADN complementa sus óvulos para producir la descendencia más viable. Varios estudios han hallado que las hembras producen descendencia de mejor calidad apareándose con varios machos; los científicos solo están empezando a deducir de qué manera las hembras discriminan a los débiles de los ganadores.²

¹ Reimpreso de Sharon Begley con Erika Check (5 de agosto de 2000). *Sex and the Single Fly. Newsweek*, pp. 44-45.

² Los autores primero y segundo de este texto señalan que no es necesariamente ventajoso para las hembras tener la habilidad de diferenciar los débiles de los ganadores. El tercer autor confiesa que ella habría deseado tener esa capacidad hace algunos años.

múltiples compañeros sexuales hasta que se casaban. Malinowski encontró que los trobriandeses sufrían menos ansiedad que los isleños de Amphet. Atribuyó la diferencia a su libertad sexual, así que hizo propuestas para que se relajaran las prohibiciones en las sociedades occidentales.

Coincidencias y diferencias transculturales en la conducta sexual. En 1951, Clellan Ford, antropólogo, y Frank Beach, psicólogo, investigaron la conducta sexual de las sociedades sin cultura escrita alrededor del mundo, así como en los animales. Encontraron gran

variedad en las costumbres y creencias sexuales entre las casi 200 sociedades que estudiaron. También encontraron algunos puntos en común. Ford y Beach informaron que besar era bastante común entre las culturas que estudiaron, aunque no era universal. Los tonga de África no practican el beso. Al observar a dos europeos que se besaban, los miembros de la tribu comentaban que no entendían por qué los europeos se «comían» la saliva y la suciedad del otro. La frecuencia de las relaciones sexuales también varía de una cultura a otra, pero éstas son más frecuentes entre los adultos jóvenes en todas partes.

Las sociedades difieren en sus actitudes hacia la masturbación en la niñez. Algunas sociedades, como los nativos americanos hopi del suroeste de Estados Unidos, lo ignoran. Los trobriandeses lo animan. Otras sociedades lo condenan.

El 84 por ciento de las culturas sin tradición escrita de Ford y Beach (1951) practicaban la poligamia. Los investigadores concluyeron que la monogamia era relativamente rara. Más común es la forma de poligamia llamada **poliginia**, en la cual a los hombres se les permite tener más de una esposa. De manera similar, Frayser (1985) encontró que la poliginia era practicada por la gran mayoría (82 por ciento) de las sociedades en su muestra transcultural. En muchas culturas, el número de esposas de un hombre es un símbolo de su riqueza y estatus. No obstante, la monogamia está más extendida en el mundo. Pocas sociedades tienen la sobreoferta de mujeres que implicaría una poliginia universal (Harris & Johnson, 2003; Whitten, 2001). Aún más rara es la **poliandria**, una práctica que permite a una mujer tener más de un marido. Frayser (1985) encontró la poliandria en solo el 2 por ciento de las sociedades que estudió. En la poliandria fraternal, la más común forma de poliandria, dos o más hermanos comparten una mujer y todos moran en la misma casa (Harris & Johnson, 2003; Whitten, 2001).

La poliginia tiene una larga tradición en la cultura occidental. Del rey Salomón se dice que tuvo 700 esposas. La poliginia era practicada en el siglo XIX en Estados Unidos por uno de los antiguos líderes de la iglesia mormona, Brigham Young, y algunos de sus seguidores.

El punto de vista transcultural ilustra la importancia del aprendizaje en la conducta sexual. Las sociedades difieren ampliamente en sus actitudes sexuales, costumbres y prácticas. Sin embargo, los miembros de todas las sociedades humanas comparten las mismas estructuras anatómicas y capacidades psicológicas para el placer sexual. Las mismas hormonas circulan por sus arterias. Sin embargo, sus prácticas sexuales, y el placer que recogen o no consiguen alcanzar, pueden ser diferentes. Si la sexualidad humana estuviera predominantemente determinada por la biología, no encontraríamos tanta diversidad.

Puntos de vista de la psicología

Pregunta: ¿Qué tienen que ofrecer los estudios psicológicos? Los puntos de vista de la psicología se centran en las muchas influencias psicológicas —percepción, aprendizaje, emoción, personalidad, etc.— que afectan a nuestro comportamiento sexual y a nuestra experiencia como mujeres o como hombres. Algunos teóricos de la psicología, como Sigmund Freud, se centran en el papel motivacional del sexo en la personalidad humana. Otros lo hacen en cómo nuestras experiencias y representaciones mentales del mundo afectan a nuestra conducta sexual.

Sigmund Freud y la teoría del psicoanálisis. Sigmund Freud, un médico vienés, formuló una gran teoría de la personalidad llamada **psicoanálisis**. Freud pensaba que todos nacemos con un instinto sexual basado en la biología que debe encauzarse a través de vías de escape socialmente aceptadas para que no surja conflicto en la familia y en la vida social.

Poliginia Una forma de matrimonio en la cual un hombre tiene dos o más esposas. (Del griego *gyne*, que significa «mujer».)

Poliandria Una forma de matrimonio en la cual una mujer tiene dos o más maridos. (Del griego *andros*, que significa «hombre» o «macho».)

Psicoanálisis Teoría de la personalidad creada por Sigmund Freud, que propone que la conducta humana representa el resultado del conflicto entre fuerzas internas.

Freud propuso que el cerebro funciona en niveles conscientes e inconscientes. El nivel consciente corresponde a nuestro estado de conocimiento presente. El nivel inconsciente corresponde a los alcances más oscuros de la mente, que residen fuera de nuestro conocimiento directo. El ego escuda la mente consciente del conocimiento de nuestros más bajos impulsos sexuales y agresivos por medio de **mecanismos de defensa** como la **represión**, o el olvido motivado por experiencias traumáticas.

Aunque muchas ideas sexuales e impulsos se destierran al inconsciente, continúan buscando su expresión. Una vía de expresión son los sueños, a través de los cuales los impulsos sexuales pueden percibirse de una forma enmascarada o simbólica. Los terapeutas y estudiosos que siguen la tradición freudiana están bastante interesados en analizar los sueños y los objetos que aparecen en ellos, y que, a menudo, se consideran símbolos sexuales.

Freud nos introdujo nuevas y polémicas ideas sobre nosotros mismos como seres sexuales. Por ejemplo, creó el concepto de **zonas erógenas** —la idea de que muchas partes del cuerpo, no solo los órganos genitales, son sensibles a la estimulación sexual—.

Una de las teorías más controvertidas de Freud era que los niños normalmente albergan intereses eróticos. Creía que la lactancia del niño pequeño en la fase oral era un acto erótico. Así también, la experimentación corporal anal a través de la cual los niños aprenden a experimentar placer en el control de sus esfínteres y los procesos de eliminación. Teorizó que era normal para los niños progresar a través de etapas de desarrollo en las cuales el interés erótico pasa de una zona erógena a otra, como, por ejemplo, de la boca o la cavidad oral a la cavidad anal. De acuerdo con su teoría del **desarrollo psicosexual**, los niños pasan por cinco etapas de desarrollo: oral, anal, fálica, latencia y genital, que son denominadas de acuerdo con las zonas erógenas predominantes de cada etapa. Cada estado da lugar a ciertos tipos de conflictos. Es más, la satisfacción inadecuada o excesiva en cada etapa puede llevar a una **fijación** en ese periodo y al desarrollo de preferencias sexuales y rasgos característicos de esa etapa.

Freud pensaba que era normal para los niños desarrollar sentimientos eróticos hacia el padre del otro sexo durante la fase fálica. Estos impulsos incestuosos llevan al conflicto con el padre del mismo sexo. En los capítulos finales veremos que estas manifestaciones, que Freud denominó **complejos de Edipo**, tienen implicaciones profundas para la asunción de los papeles sexuales y la orientación sexual.

Teorías del aprendizaje. ¿Hasta qué punto la conducta sexual refleja la experiencia? ¿Tendrías las mismas actitudes sexuales y harías las mismas cosas si te hubieras criado en otra cultura? Pensamos que no. Incluso dentro de la misma sociedad, las experiencias familiares y personales pueden formar actitudes y conductas sexuales únicas. Considerando que la teoría psicoanalítica se centra en lo más profundo del inconsciente, las teorías del aprendizaje se centran en los factores medioambientales que forman la conducta.

Conductistas como John B. Watson (1878-1958) y B. F. Skinner (1904-1990) dieron énfasis a la importancia de premios y castigos en el proceso de aprendizaje. Skinner llamó **refuerzos** a los eventos que incrementan la frecuencia o la probabilidad de la conducta. Los niños a los que se deja que exploren sus cuerpos sin castigo parental aprenderán que les hace sentirse bien y tenderán a repetirlo. El niño de Trobriand que es recompensado por la masturbación y el coito premarital, a través de la alabanza parental y el estímulo, será más probable que repita estos comportamientos que el niño en una cultura sexualmente restrictiva, en la cual es castigado por el mismo comportamiento. Cuando el comportamiento sexual (como la masturbación) produce placer pero los padres lo relacionan con sentimientos de culpa y vergüenza, el niño se sitúa en un conflicto y puede vacilar

Mecanismos de

defensa En la teoría psicoanalítica, procesos automáticos que protegen el ego de la ansiedad, enmascarando o desechando ideas e impulsos inaceptables.

Represión Expulsión automática de ideas que evocan ansiedad de la conciencia.

Zonas erógenas

Partes del cuerpo, incluyendo pero no limitándose a los órganos sexuales, que son sensibles a la estimulación sexual.

Desarrollo

psicosexual En la teoría psicoanalítica, el proceso por el que los sentimientos sexuales pasan de una zona erógena a otra.

Fijación En la teoría psicoanalítica, desarrollo contenido, que incluye la atadura a los objetos de una fase más temprana del desarrollo psicosexual.

Complejo de Edipo

En la teoría psicoanalítica, un conflicto de la fase fálica en la cual el muchacho desea poseer a su madre sexualmente y percibe a su padre como un rival en el amor. (El conflicto análogo para las muchachas es el complejo de Electra.)

Conductistas Teóricos del aprendizaje que argumentan que un acercamiento científico para entender la conducta debe referirse solo a las conductas observables y medibles.

Adquisición de papeles de género o roles sexuales. Según la teoría del aprendizaje social, los niños aprenden los papeles de género que son considerados apropiados en su sociedad por medio del refuerzo de ciertos modelos de conducta y observando las conductas relacionadas con el sexo de sus padres, compañeros, y otros modelos en los medios de comunicación, como la televisión, el cine y los libros.



entre masturbarse y renunciar a ello. Si, de jóvenes, somos severamente castigados por la exploración sexual, podemos llegar a asociar la estimulación sexual con sentimientos de culpa o ansiedad. Esas experiencias de aprendizaje temprano pueden provocar problemas sexuales o disfunciones en la edad adulta.

Los **teóricos del aprendizaje social** también utilizan los conceptos de recompensa y castigo, pero enfatizan la importancia de la actividad cognitiva (anticipaciones, pensamientos, planes...) y el aprendizaje por observación. El aprendizaje observacional, o **modelado**, se refiere a la adquisición de conocimiento y destrezas a través de la observación de los otros. El aprendizaje observacional es mucho más que la observación directa de los demás. Incluye modelos vistos en el cine o la televisión, lo que se ha oído acerca de ellos y lo que se ha leído. De acuerdo con la teoría del aprendizaje social, los niños adquieren los roles sexuales considerados apropiados en una sociedad a través del reforzamiento de la conducta que se considera apropiada al género y a través de la observación de la conducta de género de sus padres, sus compañeros, y otros modelos de la televisión, el cine, los libros y demás.

Las teorías psicológicas pusieron de manifiesto que la sexualidad está influida por las recompensas, los castigos y los procesos mentales como la fantasía, los pensamientos, las actitudes y las expectativas.

Sigmund Freud introdujo la sexualidad en el terreno de la investigación científica. También ayudó a hacer posible para las personas reconocer y hablar acerca de la importancia de la sexualidad en sus vidas. Los críticos alegan, sin embargo, que dio demasiado énfasis a la motivación sexual y al papel de los procesos inconscientes en la determinación de la conducta.

El punto de vista sociocultural: el mundo de la diversidad

La conducta sexual no solo está determinada por factores biológicos y psicológicos, sino también por factores sociales. Los factores sociales contribuyen a formar nuestras actitudes sexuales, nuestras creencias y nuestra conducta. Los antropólogos contribuyen a nuestra comprensión de la diversidad transcultural en la sexualidad.

Pregunta: ¿Cuál es el papel de los teóricos socioculturales? Los teóricos socioculturales se centran en las diferencias en la sexualidad entre los subgrupos de una sociedad, definidos, por ejemplo, por diferencias en la religión, la raza o la etnia, el país de origen, el estatus socioeconómico, el estado matrimonial, la edad, el nivel de educación y el sexo.

Considera el tema del número de parejas sexuales que tiene una persona. En la Tabla 1.1 se muestran los resultados de un estudio estadounidense referido al número de

Teoría del aprendizaje social

Esta teoría, reconociendo la influencia de la capacidad del conocimiento, considera que el aprendizaje observacional, los valores y las expectativas juegan papeles clave en la determinación del comportamiento.

Modelado Adquirir conocimiento y habilidades observando a otros.

TABLA 1.1

Número de parejas sexuales desde los 18 como se muestran en el estudio de la NHSLs¹

Características sociales	Número de parejas sexuales (%)					
	0	1	2-4	5-10	11-20	21+
Género						
Hombre	3,4	19,5	20,9	23,3	16,3	16,6
Mujer	2,5	31,5	36,4	20,4	6,0	3,2
Edad						
18-24	7,8	32,1	34,1	15,4	7,8	2,8
25-29	2,2	25,3	31,3	22,2	9,9	9,0
30-34	3,1	21,3	29,3	25,2	10,8	10,3
35-39	1,7	18,9	29,7	24,9	14,0	10,8
40-44	0,7	21,9	27,6	24,2	13,7	12,0
45-49	2,0	25,7	23,8	25,1	9,6	13,9
50-54	2,4	33,9	27,8	18,0	9,0	9,0
55-59	1,3	40,0	28,3	15,2	8,3	7,0
Estado civil						
Nunca casados (sin cohabitación)	12,3	14,8	28,6	20,6	12,1	11,6
Nunca casados (con cohabitación)	0,0	24,6	37,3	15,7	9,7	12,7
Casados	0,0	37,1	28,0	19,4	8,7	6,8
Educación						
Menos que el bachillerato	4,2	26,7	36,0	18,6	8,8	5,8
Graduado en bachillerato	3,4	30,2	29,1	20,0	9,8	7,4
Inicio de alguna licenciatura	2,1	23,9	29,4	23,3	11,9	9,3
Graduado en alguna licenciatura	2,1	24,1	25,8	23,9	11,1	13,0
Doctorado	3,5	24,6	26,3	22,8	9,6	13,2
Religión						
Ninguna	2,6	16,2	29,0	20,3	15,9	15,9
Liberal, protestante moderado	2,3	22,8	31,2	23,0	12,4	8,3
Protestante conservador	2,9	29,8	30,4	20,4	9,5	7,0
Católico	3,8	27,2	29,2	22,7	8,1	9,1
Judío*	0,0	24,1	13,0	29,6	16,7	16,7
Raza/Etnia						
Euroamericano	3,0	26,2	28,9	22,0	10,9	9,1
Afroamericano	2,2	18,0	34,2	24,1	11,0	10,5
Latinoamericano	3,2	35,6	27,1	17,4	8,2	8,5
Asiático americano ²	6,2	46,2	24,6	13,8	6,2	3,1
Nativo americano ²	5,0	27,5	35,0	22,5	5,0	5,0

Fuente: Adaptado de Laumann, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T., & Michaels, S. (1994). *The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press, Tabla 5.1C, p. 179.

¹ National Health and Social Life Survey, dirigido por un equipo investigador de la Universidad de Chicago.

² El tamaño de estas muestras es muy reducido.

parejas sexuales que tienen las personas desde la edad de 18 años. Considera los factores del sexo, la edad, el estado matrimonial, el nivel de educación, la religión y la raza o etnia (Laumann *et al.*, 1994). Por ejemplo, los hombres afirman tener un mayor número de parejas sexuales que las mujeres. Un hombre de cada tres (33 por ciento) dice haber tenido

11 o más parejas sexuales desde los 18 años, comparado con un porcentaje menor en una mujer de cada diez (9,2 por ciento). A través del texto, nos centraremos en las diferencias de sexo y por qué los hombres parecen más dispuestos que las mujeres a buscar un rango más amplio de experiencias sexuales.

Considera la edad. El número de parejas sexuales aumenta con la edad a partir de los 40 años. Cuando las personas maduran, tienen más oportunidades de acumular experiencias vitales, incluyendo las sexuales. Pero el número de parejas cae entre los mayores de 50. Los más mayores entraron en la edad adulta antes de la revolución sexual y vivieron actitudes sexuales más conservadoras. Encontraremos estas diferencias por grupo de edad, o gradiente de edad, también a lo largo del texto.

El nivel de educación también está relacionado con la conducta sexual. Generalmente hablando, la educación parece ser una influencia liberalizadora. Por consiguiente, no es sorprendente que las personas con alguna educación universitaria, o que se han licenciado, tengan más probabilidad de tener más parejas sexuales que aquellos que asistieron solo a la Escuela Secundaria o al Instituto de Bachillerato.

Si la educación es una influencia liberalizadora en la sexualidad, la experiencia religiosa conservadora es aparentemente un factor restrictivo. En la Tabla 1.1, aquellos que se declaran no religiosos y protestantes liberales (es decir, metodistas, luteranos, presbiterianos, episcopalianos y de la Iglesia Unida de Cristo) dicen haber tenido más parejas sexuales que los católicos y los protestantes conservadores (es decir, los miembros de las Iglesias Baptistas, Iglesias de Pentecostés, Iglesias de Cristo y Asambleas de Dios).

La pertenencia a una etnia también se relaciona con la conducta sexual. A lo largo del texto nos encontraremos con que la diversidad lleva a diferencias entre los euroamericanos, los afroamericanos, los latinoamericanos, los asiático-americanos y los nativos americanos. Los resultados de la investigación que se muestran en la Tabla 1.1 sugieren que los euroamericanos y los afroamericanos tienen el número más alto de parejas sexuales. Los latino americanos son en su mayoría católicos, y el catolicismo, como hemos visto, tiende a refrenar la conducta sexual. Los asiático-americanos podrían ser el grupo étnico más restringido sexualmente. Sin embargo, como hacemos notar en la nota a pie de tabla, el tamaño de las muestras para los asiático-americanos y los nativos americanos es demasiado pequeño para deducir conclusiones fiables.

El punto de vista sociocultural nos informa de la relación que existe entre la sexualidad y un grupo social en el seno de una sociedad. Los teóricos socioculturales consideran la conducta sexual como un suceso dentro de un sistema sociocultural y abordan el estudio de las vías en las cuales los valores, las creencias y las normas de un grupo influyen en la conducta sexual de sus miembros. Hasta cierto punto, compartimos actitudes y patrones de conducta con personas que tienen antecedentes similares. Aun así, no todos los protestantes o todos los miembros de un grupo étnico actúan o piensan del mismo modo.

Papeles de género o roles sexuales. Los teóricos socioculturales también estudian los roles sexuales. En las culturas occidentales, tradicionalmente se espera de los hombres que sean el sostén de la familia, mientras que de las mujeres se espera que se queden en casa y críen a los niños. Los papeles tradicionales de género también definen las relaciones sexuales. De los hombres se espera que sean seguros; de las mujeres, que sean dóciles. Los hombres tienen que tomar la iniciativa. Las mujeres tienen que permanecer a la expectativa y determinar a cuál de sus pretendientes aceptarán. Hoy en día, muchas de estas tradiciones han caído en desuso. Muchas mujeres hoy son trabajadoras. Muchas han alcanzado el éxito en carreras profesionales antes dominadas por los hombres, como el derecho, la medicina y la ingeniería. Algunas mujeres capitanean barcos. Otras pilotan

helicópteros militares. Incluso las mujeres que son presidentas y vicepresidentas de corporaciones dirigen las tareas de mantenimiento de la casa. Las prácticas sexuales también están cambiando de alguna manera. Muchas mujeres hoy en día toman la iniciativa en las citas y en las relaciones sexuales más de lo que sucedía en las pasadas generaciones.

Puntos de vista múltiples en la sexualidad humana

Dada la complejidad y el rango de la conducta sexual humana, necesitamos considerar múltiples puntos de vista en la manera de entender la sexualidad. Cada punto de vista —histórico, biológico, entre-especies, transcultural, psicológico y sociocultural— tiene algo que enseñarnos. Aventuremos unas pocas conclusiones basadas en nuestra apreciación global de estos puntos de vista. Primero, la sexualidad humana parece reflejar una combinación de factores biológicos, sociales, culturales, socioculturales y psicosociales. Segundo, hay unos pocos patrones universales de conducta sexual, y el panorama de lo que está bien y lo que está mal muestra una gran diversidad. Tercero, aunque nuestros propios valores culturales y creencias pueden ser profundamente significativos para nosotros, no necesariamente tienen que indicar lo que es normal, natural o moral en términos de conducta sexual. La complejidad de la sexualidad humana —complejidad que sigue confundiendo un poco a los científicos— se añade a nuestra maravillosa y rica experiencia sexual.

Anatomía y fisiología sexual femenina

CAPÍTULO

2



Los órganos sexuales externos

El monte de Venus

Los labios mayores

Los labios menores

El clítoris

Un mundo de diversidad.

*La clitoridectomía: ¿práctica
cultural o mutilación genital?*

El vestíbulo

La abertura uretral

La abertura vaginal

El perineo

Estructuras que rodean los órganos
sexuales externos

Los órganos sexuales internos

La vagina

El cuello uterino

El útero

Las trompas de falopio

Los ovarios

El examen pélvico

Los pechos

El cáncer de mama

*De cerca. La autoexploración
de los pechos*

El ciclo menstrual

La regulación del ciclo menstrual

Las fases del ciclo menstrual

Un mundo de diversidad.

*Puntos de vista históricos
y transculturales de la
menstruación*

El coito durante la menstruación

La menopausia, la perimenopausia
y el climaterio

*De cerca. Los mitos sobre
la menopausia*

Cómo enfrentarse a las molestias
menstruales

Los órganos sexuales externos

Consideradas en su conjunto, las estructuras sexuales externas de las mujeres se conocen como las partes pudendas o la vulva. Las partes pudendas, por sus derivaciones, es un término menos deseable que vulva, que en latín significa «envoltura» o «cubierta».

Pregunta: ¿Cuáles son las partes de la vulva? La vulva consta de: el monte de Venus, los labios mayores y menores, el clítoris y la abertura vaginal (véase la Figura 2.1). La Figura 2.2 muestra variaciones en el aspecto de los genitales femeninos.

El monte de Venus

Pregunta: ¿Qué es el monte de Venus? El monte de Venus consiste en un tejido graso que cubre la zona de unión de los huesos púbicos en la zona frontal del cuerpo, por debajo del abdomen y por encima del clítoris. En la pubertad el monte se cubre con vello púbico que puede ser espeso y rizado, pero esto puede variar entre las mujeres, tanto en ondulación como en textura y color. El vello púbico captura las secreciones químicas que exuda la

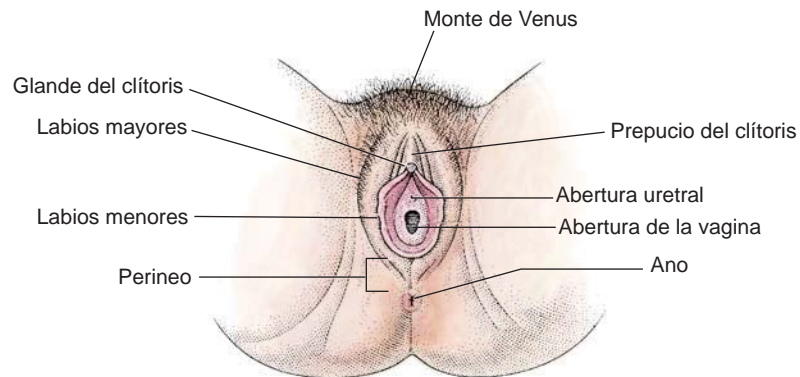


Figura 2.1. Órganos sexuales femeninos externos. Esta figura muestra la vulva con los labios abiertos para mostrar las aberturas uretral y vaginal.

Óvulos Células geminales.

Vulva Estructuras sexuales externas de la mujer.

Monte de Venus

Montículo de tejido graso que cubre la zona de unión de los huesos púbicos en la parte frontal del cuerpo y por encima de clítoris. (El nombre proviene de la diosa romana del amor. También se conoce por «monte púbico» o simplemente «monte».)



Figura 2.2. Variaciones normales en la vulva. Las características de la vulva muestran una gran variación. Es probable que la actitud de una mujer hacia sus genitales refleje, en general, el concepto que tiene de sí misma y los mensajes de la infancia más que la apariencia de su vulva per se.

vagina durante la excitación sexual. Y su olor puede atraer a los amantes. El monte funciona como un cojín durante la relación sexual y la protege a ella y a su pareja de la presión contra el hueso pubiano que se produce como consecuencia de los empujes. En el monte existen gran cantidad de terminaciones nerviosas, de modo que las caricias pueden producir sensaciones agradables.

Los labios mayores

Pregunta: ¿Qué son los labios mayores? Los labios mayores son grandes pliegues de piel que discurren hacia abajo desde el monte de Venus a lo largo de los lados de la vulva. En algunas mujeres, los labios mayores son gruesos y abultados. En otras, son más delgados, planos y menos notables. Cuando se cierran, esconden los labios menores y las aberturas uretral y vaginal. Las superficies exteriores de los labios mayores, por la zona de los muslos, están cubiertas de vello púbico y piel más oscura que los que encontramos en los muslos o en los labios menores. Las superficies interiores de los labios mayores tienen menos vello y son de color más claro. A ellos llegan gran cantidad de terminaciones nerviosas que responden a la estimulación y son susceptibles de producir placer sexual. Los labios mayores también protegen los genitales femeninos internos.

Los labios menores

Pregunta: ¿Qué son los labios menores? Los labios menores son dos membranas desprovistas de pelo y de color claro, localizadas entre los labios mayores. Rodean las aberturas uretral y vaginal. Las superficies exteriores de los labios menores se unen a los labios mayores. En la parte superior se unen al prepucio (capucha) del clítoris. Los labios menores difieren en apariencia de unas mujeres a otras. En algunas tienen forma de flor y son muy estimados en algunas culturas, como la hotentote de África. (Las mujeres hotentotes se alargan intencionadamente sus labios menores tirando suavemente de ellos.) Los labios menores están muy vascularizados y poseen muchas terminaciones nerviosas, lo que los hace extremadamente sensibles a la estimulación sexual. Cuando se estimulan se oscurecen y se hinchan, llenándose de sangre.

El clítoris

¿Cuál es el problema, cariño? Por favor, no te andes con rodeos.

¿No sabes que lo amo y lo quiero todo?

Me vuelvo loca por eso. Solo dale un toque a mi campana.

Apretaste mi botón. Me vuelvo loca por eso.

«Me vuelvo loca por eso», grabado por Bessie Smith, 1929.

En todo el mundo, el clítoris es conocido por muchos nombres, desde *bijou* (la palabra francesa para «joya») a *pokhotnik* (la palabra rusa para «lujuria»). El pueblo Tuamotu de Polinesia conoce diez palabras diferentes para el clítoris, lo que evidencia su interés en la sexualidad femenina.

Pregunta: ¿Qué es el clítoris? Con cualquiera de sus nombres, el clítoris es el único órgano sexual cuya única función conocida es la experimentación de placer.

Clítoris (véase la Figura 2.1) deriva de la palabra griega *kleitoris*, que significa «colina» o «pendiente». Recibe su nombre de la manera en que se monta sobre el pene y forma un montón de tejido esponjoso en el glande. El cuerpo del clítoris —el tallo clitoridiano— mide unos 25 mm de largo y 6 mm de ancho. El tallo clitoridiano consiste en un tejido eréctil que contiene dos masas esponjosas, llamadas **corpora cavernosa** («cuerpos cavernosos»),

Labios mayores

Grandes pliegues de piel que discurren descendiendo del monte a lo largo de los lados de la vulva.

Labios menores

Membranas desprovistas de vello, de color claro, localizadas entre los labios mayores.

Clítoris Órgano sexual femenino que consiste en un tallo y un glande localizado sobre la abertura uretral. Es extremadamente sensible a las estimulaciones sexuales.

Cuerpos cavernosos

Masas de tejido esponjoso en el tallo clitoridiano que se llenan de sangre y se endurecen como respuesta al estímulo sexual.

Un mundo de diversidad

La clitoridectomía: ¿práctica cultural o mutilación genital?

A pesar de cientos de años de tradición, Hajia Zuwera Kassindja no iba a permitir que le sucediera a Fauziya, su hija de 17 años. La propia hermana de Hajia había muerto por ello. Así que Hajia le entregó la herencia de su marido difunto a su hija, la cual ascendía solo a 3 500 dólares, y ello dejó a Hajia en la pobreza. Fauziya utilizó el dinero para comprar un pasaporte falso y huyó desde el Estado africano de Togo a Estados Unidos.

A su llegada a Estados Unidos, Fauziya pidió asilo por persecución. Sin embargo, permaneció en prisión durante más de un año. Pero entonces, el Tribunal de Apelaciones de Inmigración finalmente estuvo de acuerdo con que Fauziya estaba huyendo por persecución, y le permitieron permanecer en Estados Unidos.

¿De qué había muerto la hermana de Hajia? ¿De qué estaba huyendo Fauziya? La respuesta es *clitoridectomía*. Algunas culturas de África y Medio Oriente mutilan o extirpan ritualmente el clítoris, no solo la capucha clitoridiana. La extirpación del clítoris, o *clitoridectomía*, es un ritual de iniciación en la feminidad en muchas de estas culturas predominantemente islámicas. Se realiza a menudo como un ritual de pubertad en la niñez tardía o en la adolescencia temprana (no unos días después del nacimiento, como la circuncisión masculina). En el Egipto actual, la inmensa mayoría de chicas adolescentes, entre los 10 y los 19 años, son circuncidadas (El-Gibaly *et al.*, 2002).

El clítoris da lugar a sensaciones de placer sexual en las mujeres. Su extirpación es un esfuerzo por ase-

gurar la castidad de la muchacha, porque se supone que las muchachas incircuncisadas se consumen con los deseos sexuales. Un médico de El Cairo, Said M. Thabit, afirma: «Con la circuncisión nosotros extirpamos las partes externas, para que cuando una muchacha lleve ropa interior de nilón ajustada no tenga ninguna estimulación». ¿Qué efectos tiene esto en la sexualidad de las mujeres? Un estudio realizado entre 250 pacientes femeninos de los Centros de Maternidad e Infancia de Ismailía, Egipto, encontró que aquellas que fueron circuncidadas tenían una probabilidad un 80 por ciento mayor de sufrir dismenorrea, un 49 por ciento mayor de quejarse de sequedad vaginal durante la relación, un 45 por ciento mayor de falta de deseo sexual, un 49 por ciento menor de disfrutar con el sexo, y un 61 por ciento mayor de tener dificultad para alcanzar el orgasmo (El-Defrawi *et al.*, 2001).

Pero algunos grupos en Egipto y en Sudán simplemente realizan la clitoridectomía porque es una costumbre social que ha permanecido inmutable (Missailidis & Gebre-Medhin, 2000). Normalmente la realizan las mujeres a las mujeres (Nour, 2000). Algunas lo perciben como parte de su fe en el Islam. Sin embargo, el Corán no lo autoriza (Nour, 2000). La típica



Clitoridectomía. Algunas culturas predominantemente islámicas de África y Medio Oriente extirpan ritualmente el clítoris como un ritual de iniciación en la feminidad. La novelista Alice Walker llamó la atención sobre ello en su novela Possessing the Secret of Joy. También ha apelado para su abolición en su libro y película Warrior Marks.

Prepucio Pliegue de piel que cubre el glande del clítoris (o del pene). (De raíces latinas que significan «antes de la hinchazón».)

que se llenan de sangre (engordan) y se ponen erectas como respuesta a la estimulación sexual. El endurecimiento del clítoris es menos aparente que la erección del pene, porque el clítoris no cuelga libremente del cuerpo. El **prepucio** (que significa «antes de la hinchazón»), o capuchón, cubre el tallo clitoridiano. Es una vaina de piel formada por la parte superior de los labios menores. El glande clitoridiano es un bulto de tejido liso y redondo sobre la abertura uretral. El glande se distingue separando ligeramente los labios menores

mujer joven en esta cultura no percibe que es una víctima. Asume que la clitoridectomía forma parte de ser mujer. Una mujer joven le confesaba al ginecólogo Nawal M. Nour (2000) que la clitoridectomía le dolió pero que era algo bueno, porque ahora era una mujer.

En muchos lugares, las clitoridectomías se realizan bajo condiciones antihigiénicas, sin el beneficio de la anestesia. Las complicaciones médicas son comunes, incluyendo las infecciones, las hemorragias, las cicatrices, la menstruación dolorosa y la obstrucción del parto. El procedimiento es psicológicamente traumatizante.

Una forma aún más radical de clitoridectomía, llamada *infibulación* o circuncisión faraónica, se practica ampliamente en Sudán. La circuncisión faraónica implica la extirpación completa del clítoris junto con los labios menores y las capas internas de los labios mayores. Después de la extirpación del tejido superficial, se cosen juntos los bordes de los labios mayores. Solo se deja una abertura diminuta para permitir el paso de la orina y la secreción menstrual (Nour, 2000). La costura de la vulva tiene la intención de asegurar la castidad hasta el matrimonio. Las complicaciones

médicas son comunes, incluyendo problemas menstruales y urinarios, incluso la muerte. Después del matrimonio, la abertura se agranda para permitir la relación. El agrandamiento es un proceso gradual que es a menudo dificultado por el tejido cicatrizado de la circuncisión. La hemorragia y el rasgado de tejidos circundantes son consecuencias comunes. Puede llevar tres meses o más que la abertura sea lo bastante grande para permitir la penetración del pene. La mutilación de los labios es ahora ilegal en Sudán, aunque la ley continúa permitiendo la extirpación del clítoris. Algunos países africanos, incluso Egipto, han proscrito la clitoridectomía, aunque tales leyes son a menudo incumplidas.

Más de cien millones de mujeres en África y en Medio Oriente han sufrido la extirpación del clítoris y los labios menores. Las clitoridectomías siguen siendo comunes, incluso universales, en casi treinta Estados en África, en muchos Estados de Oriente Medio y en algunas zonas de Malasia, Yemen, Omán, Indonesia, y el subcontinente de la India y Pakistán. También han sido mutiladas miles de muchachas inmigrantes africanas que viven en países europeos y de Estados Unidos (Nour, 2000).

No confundamos la circuncisión masculina con la mutilación infligida a las muchachas en el nombre de la circuncisión. Nour (2000) describe el equivalente masculino de la mutilación genital femenina como cortar el pene. La novelista afroamericana Alice Walker, premiada con el Pulitzer, atrajo la atención sobre su práctica en su novela de éxito *Possessing the Secret of Joy* y pidió su abolición en su libro y película *Warrior Marks*.

FUERA DE LA LEY

En 1996, Estados Unidos prohibió la mutilación genital ritual dentro de sus fronteras. El gobierno también recomendó a los representantes americanos y a las instituciones financieras mundiales que negaran ayudas a aquellos países que no han establecido los programas educativos necesarios para acabar con esta práctica. Con todo, las llamadas de los países occidentales para acabar con estas mutilaciones en África y Medio Oriente han provocado polémicas, alegando que unas culturas no pueden imponer sus criterios a otras culturas. Pero para Alice Walker, «la tortura no es cultura». Mientras continúa el debate, unos dos millones de chicas africanas sufren la clitoridectomía cada año.

y tirando hacia atrás del capuchón. Es muy sensible al tacto por la gran cantidad de terminaciones nerviosas que posee.

El clítoris ciertamente tiene un papel «indirecto» en la reproducción, es el órgano sexual femenino más sensible a la estimulación sexual y de este modo es un motivador de la actividad sexual. El tamaño del clítoris varía de una mujer a otra, del mismo modo que el tamaño del pene varía entre los hombres. Debido a que el glándulo clitoridiano es muy

sensible al tacto, las mujeres normalmente prefieren ser acariciadas o estimuladas en el monte, o en la capucha clitoridiana, en lugar del glande directamente.

En algunos aspectos, el clítoris es el colega femenino del pene. Sin embargo, un estudio realizado entre 373 estudiantes universitarios del Estado norteamericano de Texas encontró que, de manera abrumadora, les habían enseñado que la vagina era el colega del pene (Ogletree & Ginsburg, 2000). No obstante, ambos órganos —clítoris y pene— se desarrollan a partir del mismo tejido embrionario, lo que los hace similares en la estructura, u **homólogos**. Sin embargo, no son totalmente similares en la función, o **análogos**. Ambos órganos reciben y transmiten las sensaciones sexuales, pero el pene está involucrado directamente en la reproducción y en la excreción, pues sirve como conducto para el espermatozoide y la orina, respectivamente.

La extirpación quirúrgica del capuchón clitoridiano es común entre los musulmanes en el Oriente Próximo y en África. Como hemos visto en la sección *Un mundo de diversidad*, es un «ritual de transición» a la feminidad adulta que deja muchas cicatrices físicas y emocionales.

El vestíbulo

Pregunta: ¿Qué es el vestíbulo? La palabra vestíbulo, que significa «camino de entrada», se refiere al área dentro de los labios menores que contiene las aberturas hacia la vagina y la uretra. Al vestíbulo llegan gran cantidad de terminaciones nerviosas, lo que lo hace muy sensible al estímulo sexual táctil o de otro tipo.

La abertura uretral

Pregunta: ¿Qué es la abertura uretral? La orina sale del cuerpo femenino a través de la **abertura uretral** (véase la Figura 2.1) que se conecta por un tubo corto (la uretra) a la vejiga (véase la Figura 2.3). La abertura uretral está debajo del glande clitoral y por encima de la abertura vaginal. La abertura uretral, la uretra y la vejiga son ajenas al sistema reproductor.

La proximidad de la abertura uretral a los órganos sexuales externos puede provocar problemas higiénicos en las mujeres sexualmente activas. El tracto urinario, que incluye la uretra, la vejiga y los riñones, puede infectarse por las bacterias de la vagina o del recto. Los organismos infecciosos pueden pasar de los órganos sexuales o de las manos del varón a la abertura uretral durante la relación sexual o los preliminares. La penetración anal, seguida de la penetración vaginal, puede transferir organismos infecciosos desde el recto hasta la vejiga. Por las mismas razones, las mujeres deben lavarse en primer lugar la vulva y después el ano.

La **cistitis** es una inflamación de la vejiga que puede tener su origen en cualquiera de estas fuentes que hemos mencionado. Sus síntomas incluyen quemazón y micción frecuente (también llamada *urgencia urinaria*). Es común la emisión de pus o de sangre, y puede sentirse una incomodidad sobre el hueso púbico. Estos síntomas pueden desaparecer después de varios días, pero se recomienda la consulta a un **ginecólogo**, porque la cistitis no tratada puede conducir a infecciones del riñón. La «cistitis de la luna de miel» es provocada por los tirones sobre la vejiga y la pared de la uretra durante la penetración vaginal. Puede ocurrir al empezar la actividad del coito (aunque no necesariamente en la luna de miel) o al finalizar una larga abstinencia. La Figura 2.3 muestra la proximidad íntima de la uretra y la vagina.

Unas pocas precauciones pueden ayudar a las mujeres a prevenir una inflamación grave de la vejiga:

Homólogo Similar en la estructura; desarrollado a partir del mismo tejido embrionario.

Análogo Similar en la función.

Abertura uretral

Abertura a través de la cual la orina es expulsada del cuerpo femenino.

Cistitis Inflamación de la vejiga urinaria. (Del griego *kystis*, que significa «bolsa».)

Ginecólogo Médico especialista que trata las enfermedades propias de las mujeres, en especial las del aparato reproductor. (Del griego *gynē*, que significa «mujer».)

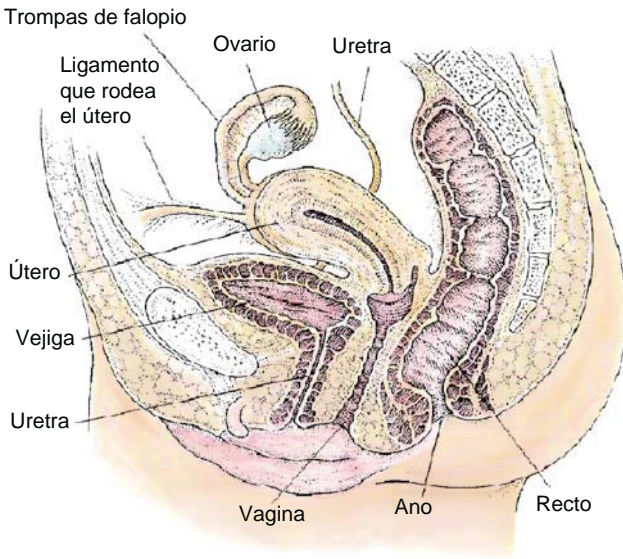


Figura 2.3. El aparato reproductor femenino. En esta sección puedes localizar muchos de los órganos sexuales internos que componen el aparato reproductor femenino. Observa que el útero normalmente se inclina hacia delante.

- Beber diariamente dos litros de agua para limpiar la vejiga.
- Beber zumo de naranja o de arándanos para mantener un medio ácido que impida el crecimiento de organismos infecciosos.
- Disminuir el consumo de alcohol y cafeína (del café, té o refrescos de cola), que pueden irritar la vejiga.
- Lavarse las manos antes de la masturbación o de una autoexploración.
- Lavar los genitales del compañero, y los propios, antes y después de la relación.
- Evitar que objetos que hayan tocado el ano (dedos, pene, toallitas) entren en contacto con la vulva.
- Orinar, poco después de la relación sexual, para ayudar a lavar las bacterias.

La abertura vaginal

Cuando tenía cinco o seis años, mi madre me habló sobre el sexo. Recuerdo que estaba desconcertado sobre lo que me dijo mi madre, porque de algún modo no podía imaginar a qué se parecía la vagina de las mujeres. Sentía curiosidad por ver una vagina real y no solo cómo se parecía al dibujo de un libro.

Morrison *et al.*, 1980, p. 35.

Pregunta: ¿Qué es la abertura vaginal? No es posible ver la vagina entera, lo que se ve es la abertura vaginal, o **introitus**, cuando uno aparta los labios menores. El introitus queda debajo y es más grande que la abertura de la uretra. Su forma se parece al **himen**.

El himen es un pliegue de tejido sobre la abertura vaginal que está normalmente presente al nacer y puede permanecer en parte intacto, por lo menos hasta que una mujer realiza el coito. Por esta razón el himen se ha llamado la «virginidad». Su presencia se ha tomado como prueba de virginidad, y su ausencia, como la evidencia de coito. Sin embargo, algunas mujeres nacen con los hímenes incompletos, y los hímenes de otras mujeres se rasgan accidentalmente, durante un paseo a lomos de un caballo, por un ejercicio activo o gimnástico, o incluso por un paseo en bicicleta. Un himen perforado es, por consiguiente, evidencia pobre de experiencia coital. Un himen flexible también puede resistir muchos coitos, de modo que su presencia no garantiza la virginidad.

Clitoridectomía

Extirpación quirúrgica del clítoris.

Introitus

Abertura vaginal. (Del latín «entrada».)

Himen

Pliegue de tejido sobre la abertura vaginal que está normalmente presente al nacer y permanece al menos parcialmente intacto hasta que la mujer experimenta un coito.

La Figura 2.4 ilustra varias aberturas vaginales. Las tres primeras muestran las formas comunes de hímenes entre mujeres que no han experimentado el coito. El quinto dibujo muestra una apertura vaginal *parous* («paso a través»), típica de una mujer que ha dado a luz un bebé. De vez en cuando el himen consiste en un tejido fibroso duro y está cerrado, o *imperforado*, como en el cuarto dibujo. Un himen imperforado puede no descubrirse hasta después de la pubertad, cuando las secreciones menstruales empiezan a acumularse en la vagina. En estos casos poco frecuentes, una incisión quirúrgica perforará el himen. Una mujer también puede perforar su himen quirúrgicamente si quiere evitar el rasgado y la incomodidad que puede acompañar sus experiencias coitales iniciales. Pero este procedimiento es innecesario para la mayoría. Ellas experimentan un pequeño dolor durante el coito inicial, nada que ver con las viejas historias de horror. La mujer también puede dilatar la apertura vaginal durante varios días como preparación para la relación insertando un dedo y apretando suavemente hacia abajo, hacia el ano. Después de varias repeticiones, puede insertar dos dedos y repetir el proceso, abriendo ligeramente los dedos después de la inserción.

El himen solo se encuentra en las yeguas y en las mujeres. No está presente en las especies animales más cercanas a los humanos en la escala evolutiva, como los chimpancés y los gorilas. El himen sigue siendo un misterio biológico, porque no sirve a ninguna función biológica clara.

El perineo

Pregunta: ¿Qué es el perineo? El perineo comprende el tejido superficial y subyacente entre la apertura vaginal y el ano. Al perineo llegan gran cantidad de terminaciones nerviosas. La estimulación del área puede elevar la excitación sexual. Muchos médicos realizan una incisión perineal rutinaria durante el parto, llamado **episiotomía**, para facilitararlo.

Estructuras que rodean los órganos sexuales externos

La Figura 2.5 muestra lo que se encuentra bajo la piel de la vulva.

Pregunta: ¿Qué estructuras se encuentran bajo la vulva? Los bulbos vestibulares y las glándulas de Bartholin son activas durante la excitación sexual y se encuentran a ambos lados (mostrado a la derecha en la Figura 2.5). Los anillos musculares (los **esfínteres**) que estrechan las aberturas corporales, como las vaginales y anales, también se encuentran a ambos lados.

Los **muslos clitoridianos** tienen forma alada, son estructuras que sujetan el clítoris al hueso púbico bajo. Los muslos clitoridianos contienen cuerpos cavernosos que se hinchan de sangre y se endurecen durante la excitación sexual.

Perineo La piel y el tejido subyacente que quedan entre la apertura vaginal y el ano. (De las raíces griegas que significan «alrededor» y «vaciar».)

Episiotomía Incisión quirúrgica en el perineo que puede hacerse durante el parto para proteger la vagina del desgarro. (De las raíces griegas *epision*, que significa «región púbica», y *tomo*, que significa «cortante».)

Esfínteres Músculos con forma de anillo que rodean aberturas del cuerpo y las abren o cierran extendiéndose o acortándose. (Del griego «lo que dibuja el cierre».)

Muslos clitoridianos Estructuras anatómicas que parecen piernas y que sujetan el clítoris al hueso púbico.

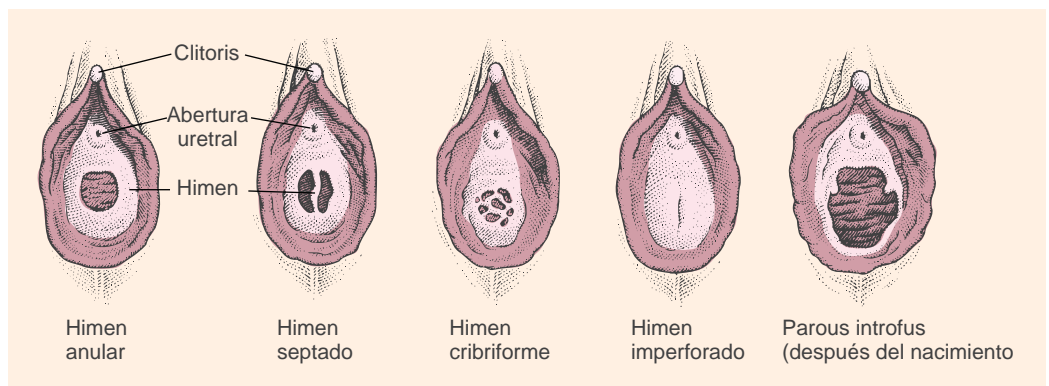


Figura 2.4. Aspecto de varios tipos de hímenes y el introitus (a la derecha) como aparece después de dar a luz un bebé.

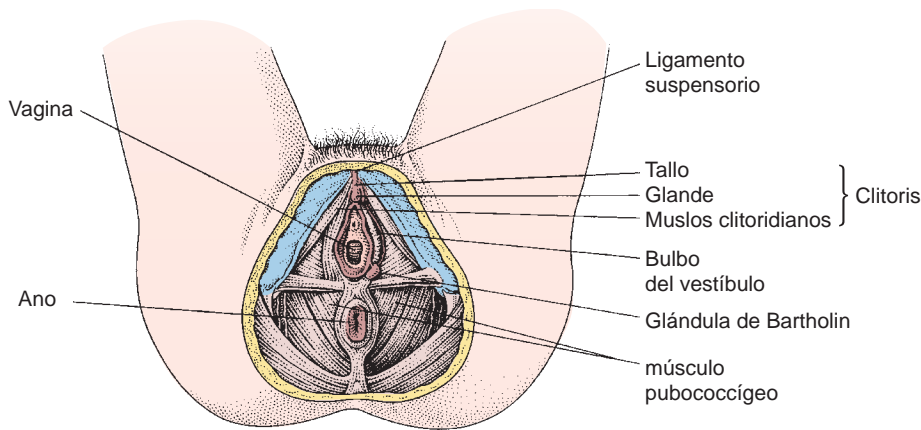


Figura 2.5. Estructuras subyacentes a los órganos sexuales femeninos. Si pudiéramos ver bajo la vulva, nos encontraríamos con fibras musculares que estrechan varias de las aberturas del cuerpo, más los crura (los muslos) del clítoris, los bulbos vestibulares y las glándulas de Bartholin.

Los **bulbos vestibulares** están unidos al clítoris en lo alto y se extienden hacia abajo a lo largo de los lados de la abertura vaginal. La sangre los congestiona durante la excitación sexual, inflando la vulva y alargando la vagina. Esta hinchazón contribuye a las sensaciones coitales para ambos compañeros.

Las **glándulas de Bartholin** quedan en el interior de los labios menores a cada lado de la abertura vaginal. Éstas secretan un par de gotas de lubricación justo antes del orgasmo. Esta lubricación no es esencial para el coito. De hecho, el fluido producido por las glándulas de Bartholin no tiene ningún propósito conocido. Sin embargo, si las glándulas se infectan y se obstruyen, la mujer puede notar hinchazón e irritación local. Es entonces conveniente consultar a un ginecólogo si estos síntomas no desaparecen en unos días.

Antes se creía que la fuente de la lubricación vaginal, o «humedad» que experimentan las mujeres durante la excitación sexual, se producía por las glándulas de Bartholin. Ahora se sabe que la congestión de los tejidos vaginales durante la excitación sexual es el resultado de una forma de «sudoración» producida a lo largo de la pared vaginal. Durante la excitación sexual, la presión de esta congestión causa la humectación de muchos capilares que están en la pared vaginal y esta humedad atraviesa el revestimiento vaginal, formando la base de la lubricación. En menos tiempo del que se tarda en leer esta frase (generalmente, unos 10 a 30 segundos), las cuentas de lubricación vaginal o sudor aparecen a lo largo del revestimiento interior de la vagina como respuesta al estímulo sexual, de la misma manera que las altas temperaturas provocan que el agua atraviese la piel como transpiración.

Los músculos de la base pelviana permiten a las mujeres estrechar las aberturas vaginales y anales. Éstos se contraen automáticamente, o involuntariamente, durante el orgasmo, y su tono puede contribuir a las sensaciones coitales.

Pregunta: Ahora que hemos examinado los órganos sexuales femeninos externos, ¿cuáles son los órganos sexuales femeninos internos?

Los órganos sexuales internos

Los órganos sexuales femeninos internos incluyen las partes internas de la vagina, el cuello uterino, el útero y dos ovarios, cada uno conectado al útero por una trompa de falopio (véanse las Figuras 2.3 y 2.6). Estas estructuras comprenden el sistema reproductor femenino.

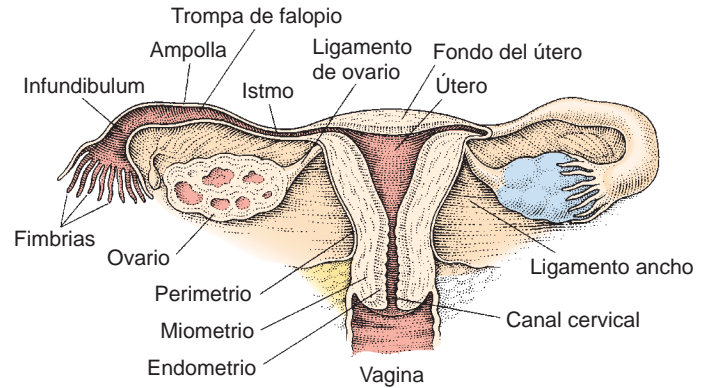
Bulbos vestibulares

Estructuras cavernosas que se extienden hacia abajo a lo largo de los lados del introitus y se hinchan durante la excitación sexual.

Glándulas de Bartholin

Glándulas que quedan justo en el interior de los labios menores y secretan fluido instantes antes del orgasmo.

Figura 2.6. Órganos reproductores internos femeninos. Este dibujo destaca la relación que existe entre el útero, las trompas de falopio y los ovarios. Observa las capas del útero, las ligaduras que atan los ovarios al útero y la unión de los ovarios a las fimbrias de las trompas de falopio.



La vagina

Pregunta: ¿Qué es la vagina? La vagina se extiende hacia atrás y hacia arriba de la abertura vaginal (véase la Figura 2.3). Normalmente mide en reposo entre 76 y 127 mm de largo. El flujo menstrual y los bebés salen al mundo exterior a través de la vagina. Durante el coito, el pene se contiene dentro de la vagina.

La vagina normalmente se representa como un canal o un barril, pero cuando está en reposo es como un tubo muscular. Sus paredes son al tacto como los dedos de un guante vacío. La vagina se extiende en longitud y anchura durante la excitación sexual. La vagina también se puede extender para permitir la inserción de un tampón, así como el paso de la cabeza y los hombros de un bebé durante el parto.

Las paredes vaginales tienen tres capas. El revestimiento interno, o *mucosa vaginal*, se hace visible abriendo los labios menores. Es una membrana mucosa similar a la piel que reviste el interior de la boca. Su tacto es carnoso, suave y arrugado. Puede variar desde muy seco (sobre todo si la mujer siente ansiedad por algo, como los exámenes) hasta muy húmedo, en cuyo caso los dedos se deslizan con suavidad. La capa media de la pared vaginal es muscular. La capa exterior o más profunda es una cubierta fibrosa que conecta la vagina a otras estructuras pelvianas.

Las paredes vaginales son ricas en vasos capilares pero pobres en terminaciones nerviosas. Al contrario del tercio exterior sensible del conducto vaginal, los dos tercios internos son tan insensibles al tacto que la cirugía menor a veces puede realizarse en estas porciones sin anestesia. Sin embargo, el conducto vaginal entero es sensible a la presión, lo que puede experimentarse como agradable.

Las paredes vaginales secretan sustancias que ayudan a mantener la acidez normal de la vagina (pH entre 4.0 y 5.0). Normalmente su sabor es salado, pero su olor y sabor pueden variar durante el ciclo menstrual. Las secreciones pueden contener sustancias que actúan como atractores sexuales. Mujeres que se **duchan** frecuentemente o utilizan desodorantes pueden eliminar o enmascarar sustancias que excitan a los compañeros sexuales. La ducha y los desodorantes también pueden alterar el equilibrio químico natural de la vagina, lo que puede aumentar el riesgo de infecciones. Los desodorantes también pueden irritar la vagina y pueden provocar reacciones alérgicas. Lo normal es que la vagina sana se limpie a través de secreciones químicas regulares que se evidencian por una secreción blanca o amarillenta.

La **vaginitis** se refiere a cualquier inflamación vaginal, tanto si está provocada por una infección, píldoras anticonceptivas, antibióticos que alteran la química natural del cuerpo, una reacción alérgica, irritación química, reducción de las defensas, como puede

Vagina Órgano sexual femenino tubular que contiene el pene durante la relación sexual y a través de la cual nace un bebé. (De la palabra latina para «vaina».)

Lavado vaginal

Aplicación de un chorro de líquido a la vagina como un enjuague.

Vaginitis Inflamación vaginal.

producirse por fatiga o una dieta pobre. Los cambios en la química del cuerpo o la reducción de las defensas permiten a los organismos microscópicos que se encuentran normalmente en la vagina que se multipliquen hasta alcanzar niveles infecciosos. La vaginitis puede reconocerse por una secreción anormal, comezón y quemazón de la vulva y urgencia urinaria. Se aconseja a las mujeres con vaginitis que acudan a consulta médica, pero nos permitimos hacer algunas sugerencias que pueden ayudar a prevenir la vaginitis:

1. Lávate la vulva y el ano regularmente con un jabón suave. Sécate con leves palmaditas (teniendo el cuidado de no tocar la vulva después del ano).
2. Utiliza bragas de algodón. La ropa interior de nilón retiene calor y humedad, que favorecen la proliferación de bacterias dañinas.
3. Evita los pantalones ajustados en la ingle.
4. Comprueba que tus compañeros sexuales se han lavado bien. Los condones también pueden reducir la transmisión de infecciones del compañero sexual.
5. Emplea un gel estéril soluble en agua, como K-Y, si es necesaria la lubricación artificial para la relación. No utilices vaselina. También puedes usar los geles anti-conceptivos para la lubricación.
6. Evita la relación que sea dolorosa o abrasiva para la vagina.
7. Evita las dietas altas en azúcar e hidratos de carbono refinados, porque alteran la acidez normal de la vagina.
8. Las mujeres que son propensas a las infecciones vaginales pueden encontrar útil hacerse un lavado vaginal de vez en cuando solo con agua, con una solución de 1 o 2 cucharadas de vinagre en un litro de agua templada, o una solución de bicarbonato y agua. Los lavados vaginales que consisten en yogur natural no pasteurizado pueden ayudar a las bacterias «buenas» que normalmente se encuentran en la vagina y que pueden ser destruidas por el uso de antibióticos. Ten cuidado al hacerte el lavado vaginal, y no lo hagas cuando estés embarazada o sospeches que puedes estarlo. Consulta a tu médico antes de decidirte a hacerte un lavado vaginal o aplicarte cualquier preparación en la vagina.
9. Vigila tu salud general. Comer pobremente o descansar poco reducirán tus resistencias a las infecciones.

El cuello uterino

Cuando alguien me dijo por primera vez, hace dos años, «Usted puede sentir el final de su propio cuello uterino con su dedo», estaba más nerviosa que interesada. Casi nunca me había puesto el dedo en la vagina, y me parecía delicado tocarme allí, en ese lugar «reservado» para los amantes y los doctores. Me llevó dos meses alcanzar el nervio suficiente para probarlo, y entonces una tarde, bastante nerviosa, me senté en cuclillas en el baño y metí mi dedo profundamente en mi vagina. Allí estaba, lo sentía resbaladizo y redondeado, con una hendidura en el centro a través de la cual, comprendí, llegaba mi flujo menstrual. Era al mismo tiempo muy excitante y hermosamente ordinario. La semana pasada compré un espéculo de plástico para poder mirar mi cuello uterino. ¿Tardaré tanto esta vez? (*Boston Women's Health Book Collective*, 1992).

Pregunta: ¿Qué es el cuello uterino? El cuello uterino es la parte final más baja del útero. Sus paredes, como las de la vagina, producen secreciones que contribuyen al equilibrio químico de la vagina. La abertura en el medio del cuello uterino, u os, normalmente tiene la anchura de una hebra de heno, aunque se dilata para permitir el paso de un bebé desde el útero a la vagina durante el parto. El esperma pasa de la vagina al útero a través del canal cervical.

Cuello uterino Parte baja final del útero. (Del latín para «cuello».)

Os Apertura en el medio de la vagina. (Del latín para «boca».)

Pregunta: ¿Qué debemos saber sobre el cáncer cervical? El cáncer de cuello uterino es relativamente raro en Estados Unidos, por ejemplo, aunque se producen aproximadamente 12 000 nuevos casos al año y 4 100 muertes (Sociedad Americana del Cáncer, 2003). El cáncer de cuello uterino es más común entre mujeres que han tenido muchos compañeros sexuales y que se iniciaron sexualmente a una edad relativamente temprana, que provienen de niveles socio-económicos bajos y que son fumadoras (Duggirala *et al.*, 2003). La tasa de mortalidad es dos veces más elevada para las mujeres afroamericanas que para las mujeres euroamericanas (Instituto Nacional del Cáncer, 2003). Sin embargo, todas las mujeres corren el riesgo de padecerlo.

El **test de Pap** examina una muestra de células de cuello uterino que se untan en un portaobjetos para identificar el cáncer de cuello uterino y otras anomalías. La Sociedad Americana del Cáncer (2003) recomienda hacerse un test de Pap anual junto con un examen pélvico para mujeres que son, o han sido, sexualmente activas o que han alcanzado la edad de 18 años. Muchos casos de cáncer de cuello uterino pueden ser tratados con éxito por cirugía y **radioterapia** si se descubren en una fase temprana. Para las mujeres diagnosticadas con el cáncer localizado, la proporción de supervivencia es casi del 100 por ciento (Sociedad Americana del Cáncer, 2003). El cáncer de cuello uterino también puede prevenirse cuando los cambios precancerígenos son descubiertos en el test de Pap. La proporción de supervivencia quinquenal global es aproximadamente del 70 por ciento.

También están en desarrollo las vacunas que hagan a las mujeres inmunes al virus del papiloma humano (HPV), que se considera que es una causa importante de cáncer de cuello uterino. El HPV tiene muchas formas, y se cree que una de ellas, HPV-16, produce la mitad de los casos de cáncer de cuello uterino. En un estudio realizado con más de 2 300 mujeres jóvenes publicado en el *New England Journal of Medicine*, a la mitad, seleccionadas al azar, se les administró una vacuna para inmunizarlas contra el HPV-16, y a la otra mitad se les dio un placebo (Koutsky *et al.*, 2002). La vacuna resultó totalmente eficaz y ninguna de las mujeres vacunadas desarrolló infecciones de HPV o crecimientos precancerígenos durante un periodo de 17 a 27 meses; sin embargo, se infectaron 41 de las mujeres no vacunadas, y, de éstas, 9 mostraron indicios de crecimiento precancerígeno de cuello uterino (que fue tratado por los investigadores).

Test de Pap Prueba de una muestra de células del cuello uterino que se analiza para identificar el cáncer de cuello uterino y otras anomalías. (Llamado así por el primero que utilizó esta técnica, Dr. Papanicolaou.)

Radioterapia

Tratamiento de una enfermedad por rayos X o por emisiones de una sustancia radiactiva.

Útero Órgano hueco, muscular, con forma de pera, donde se implanta un óvulo fertilizado y se desarrolla hasta el nacimiento.

Fundus La parte más alta del útero. (*Fundus* es la palabra latina para «base».)

Endometrio La capa más interna del útero. (De las raíces latinas y griegas que significan «dentro del útero».)

El útero

Pregunta: ¿Qué es el útero? El **útero** (véanse las Figuras 2.3 y 2.6) es el órgano donde un óvulo fertilizado se implanta y se desarrolla hasta el nacimiento. El útero normalmente se inclina hacia delante (está *antevertido*), aunque aproximadamente el 10 por ciento de las mujeres tienen úteros que se inclinan hacia atrás (están *retrovertidos*). En la mayoría de los casos, un útero retrovertido no causa ningún problema, pero algunas mujeres encuentran el coito doloroso en ciertas posiciones. Un útero retrovertido normalmente se inclina hacia delante durante el embarazo. El útero se encuentra suspendido de la pelvis por ligamentos flexibles. En una mujer que no ha dado a luz, mide unos 76 mm de largo, 76 mm de ancho y 25 mm de grosor cerca de la parte superior. El útero se dilata para alojar al feto durante el embarazo y se encoge después, aunque no a su tamaño original.

La parte más alta del útero es el **fundus** (véase la Figura 2.6). El útero tiene forma de pera invertida. Si el modelo cerámico de un útero se pusiera sobre una mesa, se equilibraría en el fundus. La región central del útero es el cuerpo. La región estrecha más baja es el cuello uterino, que conduce hacia abajo a la vagina.

Como la vagina, el útero tiene tres capas (también se muestra en la Figura 2.6). La capa más profunda, o **endometrio**, está llena de vasos sanguíneos y glándulas. Su estructura

varía según la edad de la mujer y la fase del ciclo menstrual. El tejido del endometrio se vierte a través del cuello uterino y la vagina durante la menstruación. En algunas mujeres, el tejido endometrial puede crecer también en la cavidad abdominal o en otra parte del aparato reproductor. Esta condición se llama **endometriosis**, y el síntoma más común es el dolor menstrual. Si no se trata, puede conducir a la infertilidad.

El cáncer del recubrimiento endometrial se llama **cáncer endometrial**.

Pregunta: ¿Qué debemos saber sobre el cáncer endometrial? Los factores de riesgo para el cáncer endometrial incluyen la obesidad, una dieta alta en grasas, inicio temprano de la menstruación o menopausia tardía, fracaso en la ovulación y terapia de reemplazo de estrógenos (Nelson *et al.*, 2002). Para las mujeres que tienen la terapia de reemplazo hormonal (HRT), la combinación del estrógeno con la hormona progestin reduce el riesgo de cáncer endometrial (Nelson *et al.*, 2002). Los síntomas del cáncer endometrial son el sangrado o manchado uterino anormal, sobre todo después de la menopausia. El tratamiento más común es la cirugía (Sociedad Americana del Cáncer, 2003). La proporción de supervivencia quinquenal para el cáncer endometrial está en el 95 por ciento si se descubre temprano y está limitado al endometrio. (El cáncer endometrial normalmente se diagnostica temprano porque las mujeres tienden a informar del sangrado postmenopausal rápidamente a sus doctores.) Las tasas de supervivencia caen cuando el cáncer invade tejidos circundantes o aparecen metástasis.

La segunda capa del útero, el miometrio, está bien musculada. Dota al útero de flexibilidad y fuerza, y provoca las poderosas contracciones que empujan el feto al exterior durante el parto. La tercera, o la capa más externa, el **perimetrio**, proporciona una cubierta externa.

La histerectomía. Una de cada tres mujeres en Estados Unidos, por ejemplo, ha sufrido una histerectomía a la edad de 60 años. La mayoría de las mujeres se lo han hecho entre los 35 y los 45. La histerectomía ocupa el segundo lugar de las intervenciones más comunes realizadas a las mujeres en Estados Unidos. (Las cesáreas son las más comunes.) Una histerectomía puede practicarse cuando una mujer desarrolla cáncer de útero, de ovarios, de cuello uterino u otra enfermedad que causa dolor o sangrado uterino excesivo. Una **histerectomía completa** implica la extirpación quirúrgica de los ovarios, las trompas de falopio, el cuello uterino y el útero. Normalmente se realiza para reducir el riesgo de que el cáncer se extienda a lo largo del aparato reproductor. En una **histerectomía parcial** se extirpa el útero pero se dejan los ovarios y las **trompas de falopio** para que la mujer continúe ovulando y produzca cantidades adecuadas de hormonas sexuales femeninas.

La histerectomía puede eliminar síntomas asociados con varios desórdenes ginecológicos y puede mejorar la calidad de vida de muchas mujeres (Kjerulff *et al.*, 2000). Sin embargo, muchos ginecólogos creen que la histerectomía se recomienda demasiado a menudo, antes de que se hayan dado los pasos de diagnóstico apropiados o cuando intervenciones menos radicales podrían aliviar el problema (Broder *et al.*, 2000). Nosotros recomendamos a las mujeres cuyos médicos les aconsejan una histerectomía que busquen una segunda opinión antes de proceder.

Las trompas de falopio

Pregunta: ¿Qué son las trompas de falopio? Las trompas de falopio miden aproximadamente 10 cm de longitud y se extienden desde la parte final superior del útero hasta los ovarios (véase la Figura 2.6). La parte de cada tubo más cercana al útero es el **istmo**, que se ensancha en la **ampolla** cuando se aproxima al ovario. La parte exterior, o **infundíbulo**, tiene unas proyecciones en forma de dedos llamadas **fimbrilas**, que se extienden, pero que no

Endometriosis

Condición causada por el crecimiento de tejido del endometrial en la cavidad abdominal o en otra parte fuera del útero y que se caracteriza por dolor menstrual.

Miometrio Capa del útero intermedia bien musculada. (Del griego *mys*, que significa «músculo».)

Perimetrio Capa exterior del útero. (De raíces que significan «alrededor del útero».)

Histerectomía Extirpación quirúrgica del útero.

Histerectomía completa Extracción quirúrgica de los ovarios, de las trompas de falopio, de la cuello uterino y del útero.

Histerectomía parcial Extracción quirúrgica del útero, pero no de los ovarios y las trompas de falopio.

Trompas de falopio Tubos que se extienden del útero superior hacia los ovarios y conducen los óvulos hacia el útero. (Por el anatomista italiano Gabriel Fallopio, al que se acredita su descubrimiento.)

están unidas, al ovario. Los óvulos atraviesan las trompas de falopio en su camino hacia el útero. Las trompas de falopio no son solo pasadizos. Ellas ayudan, nutren y dirigen los óvulos. Las trompas están revestidas con unas pequeñas proyecciones en forma de pelos, llamadas cilios («pestañas»), que ayudan a impulsar a los óvulos a través de las trompas aproximadamente a unos 25 mm al día. Como los óvulos deben fertilizarse dentro de un día o dos después de abandonar los ovarios, la fertilización normalmente ocurre en el infundíbulo a unos 50 mm de los ovarios. El método de esterilización llamado ligamento de las trompas de falopio consiste en atar las trompas para que los óvulos no puedan atravesarlos y ser fertilizados.

En un **embarazo ectópico**, los óvulos fertilizados se implantan fuera del útero, muy a menudo en la trompa de falopio donde ocurrió la fertilización. Los embarazos ectópicos pueden hacer estallar las trompas de falopio provocando hemorragias y la muerte. Por eso los embarazos ectópicos se abortan antes de la ruptura de las trompas. Sin embargo, estos embarazos no se reconocen fácilmente, porque sus síntomas —pérdida del periodo menstrual, dolor abdominal, sangrado irregular— pueden sugerir muchas condiciones. Cualquiera de estos síntomas es una razón excelente para consultar a un ginecólogo. Las mujeres de avanzada edad, las que han tenido la enfermedad inflamatoria pelviana (PID), las que han sufrido cirugía de las trompas o las que han utilizado dispositivos intrauterinos (DIU) corren un alto riesgo de desarrollar embarazos ectópicos (Women's-Health, 2003).

Los ovarios

Pregunta: ¿Qué son los ovarios? Los dos ovarios son órganos almendrados que miden cada uno unos 40 mm de largo. Están situados a cada lado del útero, al cual están unidos por las ligaduras ováricas. Los ovarios producen los óvulos (las células germinales) y las hormonas sexuales femeninas el **estrógeno** y la **progesterona**. El estrógeno es un término genérico para varias hormonas (como el estradiol, el estriol y el estrone) que promueven los cambios de la pubertad y regulan el ciclo menstrual. El estrógeno también ayuda a las mujeres mayores a mantener las funciones cognitivas y los sentimientos de bienestar psicológico (Ross *et al.*, 2000). La progesterona también tiene múltiples funciones, incluyendo la regulación del ciclo menstrual y la preparación del útero para el embarazo por la estimulación del desarrollo del endometrio (el revestimiento uterino). Los niveles de estrógeno y progesterona varían con las fases del ciclo menstrual.

La hembra humana nace con todos los óvulos que tendrá en su vida (aproximadamente dos millones), pero están sin madurar. De éstos, aproximadamente 400 000 sobreviven en la pubertad, cada uno de los cuales está contenido en el ovario dentro de una delgada cápsula o **folículo**. Durante los años fértiles de una mujer, desde la pubertad hasta la menopausia, solo maduran unos 400, típicamente uno cada mes, los cuales serán liberados de sus folículos para su posible fertilización. Cómo se seleccionan estos óvulos sigue siendo un misterio de la naturaleza.

Cáncer ovárico. Cada año se diagnostica a unas 25 000 mujeres en Estados Unidos cáncer ovárico, y aproximadamente 14 000 mueren (Sociedad Americana del Cáncer, 2003).

Pregunta: ¿Qué debemos saber sobre el cáncer ovárico? El cáncer ovárico afecta más a menudo a las mujeres con edades entre 40 y 70 años, y ocupa el cuarto lugar entre los cánceres fatales en las mujeres, detrás del cáncer de pulmón, el cáncer de mama y el cáncer de colon. Las mujeres con mayor riesgo son aquellas con parientes consanguíneos que sufrieron la enfermedad, sobre todo un pariente de primer grado (madre, hermana o hija). Otros factores de riesgo también son importantes, porque aproximadamente nueve mujeres de

Embarazo ectópico

Embarazo en el cual el óvulo fertilizado se implanta fuera del útero, normalmente en la trompa de falopio. (*Ectópico* deriva de raíces griegas que significan «fuera de lugar».)

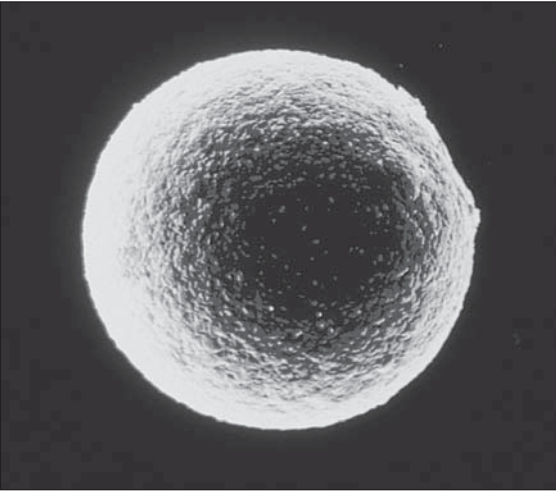
Ovarios Órganos con forma de almendra que producen los óvulos y las hormonas estrógeno y progesterona.

Estrógeno Término genérico para las hormonas sexuales femeninas (incluye el estradiol, el estriol, el estrone y otros) o compuestos sintéticos que promueven el desarrollo de características sexuales femeninas y regulan el ciclo menstrual. (De las raíces que significan «generando» (-gen) y «estro».)

Progesterona

Hormona esteroide secretada por el *corpus luteum*, o preparada sintéticamente, que estimula la proliferación del endometrio y que está implicada en la regulación del ciclo menstrual. (De la raíz *pro-*, que significa «promover», y las palabras *gestación*, *esteroide* y *uno*.)

Folículo Cápsula dentro de un ovario que contiene un óvulo. (De la palabra latina que significa «bolsa pequeña».)



Óvulo humano ampliado (célula germinal).

cada diez que desarrollan cáncer ovárico no tenían antecedentes familiares. Los investigadores han identificado algunos factores que aumentan el riesgo de desarrollar la enfermedad: no haber dado nunca a luz, el uso prolongado de polvo de talco entre el ano y la vagina, la infertilidad, historial de cáncer de mama, una dieta rica en carne y grasas animales, y fumar (Gnagy *et al.*, 2000; Marchbanks *et al.*, 2000). También se ha planteado si el uso de clomifén, un medicamento de fertilidad, aumenta el riesgo de cáncer ovárico. Por otro lado, el uso de acetaminofén, que se encuentra en el Tylenol y otros calmantes del dolor (lee la etiqueta), puede cortar el riesgo de cáncer ovárico. Daniel Cramer y sus colegas (1998) estudiaron el uso de analgésicos en 563 mujeres de Nueva Inglaterra que tenían cáncer ovárico y 523 mujeres sanas de Nueva Inglaterra, seleccionadas de la población general. Encontraron que el 8,8 por ciento de las mujeres sanas usaron acetaminofén, comparado con el 4,6 por ciento de las mujeres con cáncer ovárico.

La detección precoz es la clave en la lucha contra el cáncer ovárico. Cuando se descubre antes de que se extienda más allá del ovario, el 95 por ciento de las mujeres sobreviven. Sin embargo, la proporción de supervivencia quinquenal global es aproximadamente del 50 por ciento (Sociedad Americana del Cáncer, 2003). Desgraciadamente, el cáncer ovárico es a menudo «silencioso» en las etapas tempranas, no mostrando ninguna señal o síntomas obvios. La señal más común es el agrandamiento del abdomen causado por la acumulación de fluido. Los exámenes pélvicos periódicos y completos son importantes. El test de Pap, que es útil para descubrir el cáncer de cuello uterino, no revela el cáncer ovárico. La Sociedad Americana del Cáncer (2003) aconseja a las mujeres por encima de los 40 años que se hagan un chequeo anual para descartar el cáncer.

La cirugía, la terapia radiactiva, y la terapia con drogas son opciones de tratamiento. La cirugía normalmente incluye la extirpación de uno o ambos ovarios, el útero y las trompas de falopio.

El examen pélvico

Se aconseja a las mujeres que se hagan un examen interno (pélvico) por lo menos una vez al año desde que alcancen la adolescencia (o antes, si se inician antes en la actividad sexual) y dos veces al año si han pasado de los 35 años o toman píldoras anticonceptivas.

Pregunta: *¿En qué consiste el examen pélvico?* El médico (normalmente el ginecólogo) primero examina a la mujer externamente buscando irritaciones, hinchazones, secreciones

vaginales anormales y adherencias clitoridianas. El médico normalmente inserta un espéculo para ayudar a inspeccionar el cuello uterino y las paredes vaginales para las secreciones (que pueden ser indicios de infección), decoloración, lesiones o crecimientos. Este examen continúa típicamente con un test de Pap para detectar el cáncer de cuello uterino. Una muestra de secreción vaginal también puede tomarse para buscar una posible infección de la enfermedad de transmisión sexual (ETS) llamada gonorrea.

Para tomar una muestra de Pap, el médico mantendrá abiertas las paredes vaginales con un espéculo de plástico o de metal, de manera que pueda raspar una muestra del cuello uterino con una espátula de madera (véase la Figura 2.7). Las mujeres no deben hacerse un lavado vaginal antes del test de Pap ni debe coincidir con la menstruación, porque los lavados y la sangre inutilizan el análisis de la muestra.

El examen del espéculo normalmente continúa con un examen vaginal bimanual en el que se insertan el índice y los dedos medios de una mano en la vagina mientras la parte más baja del abdomen se palpa con la otra mano desde el exterior. El médico emplea esta técnica para examinar la situación, la forma, el tamaño y la movilidad de los órganos sexuales internos, buscando crecimientos anormales y síntomas de otros problemas. La palpación puede ser algo incómoda, pero un dolor severo es una señal de que algo está mal. Una mujer no debe intentar hacerse la valiente y esconder tal incomodidad al examinador. Con ello podría estar enmascarando un síntoma (es decir, estaría privando al médico de información útil). Sin embargo, la incomodidad física es normalmente ligera y la incomodidad psicológica puede evitarse a menudo discutiéndolo francamente con el examinador.

Finalmente, el médico debería hacer un examen recto-vaginal en el cual un dedo se inserta en el recto mientras el otro se inserta en la vagina. Este procedimiento proporciona información adicional sobre las ligaduras del útero, los ovarios y las trompas de falopio. El procedimiento también ayuda al médico a evaluar la salud del recto.

Aunque puede ser algo incómodo, el examen pelviano generalmente no es doloroso. Es normal para una mujer que no ha tenido ninguno o para quien está visitando a un nuevo doctor y siente ansiedad por el examen. El doctor debe tranquilizar a la mujer si expresa preocupación. Si el doctor no lo hace, la mujer debe sentirse libre para consultar a otro doctor. Sin embargo, no debe abandonar el examen pelviano. Es esencial para el descubrimiento temprano de problemas.

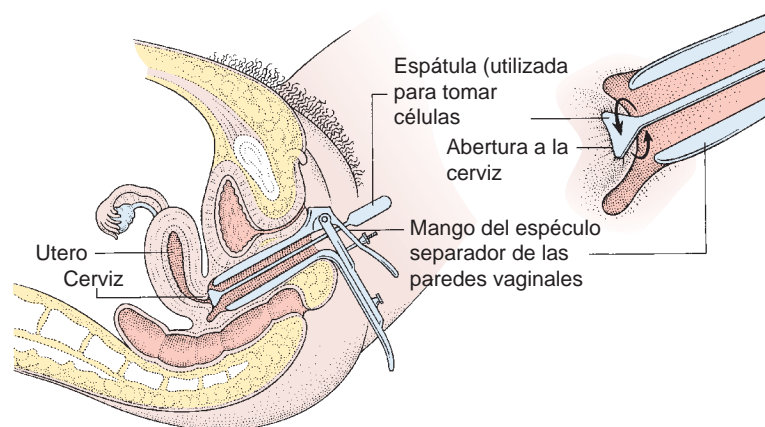


Figura 2.7. Uso del espéculo y la espátula durante un examen pelviano. El espéculo sostiene las paredes vaginales separadas mientras la espátula se usa para raspar suavemente las células del cuello uterino. El test de Pap busca el cáncer cervical y otras anomalías.

Los pechos

Algunas mujeres universitarias recuerdan:

Estaba muy excitada por el desarrollo de mis pechos. Había una gran competición para ver quién llevaba sujetador en la escuela. Cuando empecé a llevar uno, me gustaba también llevar blusas transparentes para que todos lo supieran...

Mis pechos se desarrollaron muy tarde. Y ello provocó muchas burlas de mis compañeros. Me daban pánico situaciones como ir a la playa o ducharme en los vestuarios...

Todo el tiempo durante el instituto y la universidad me sentí infeliz por estar «superdotada». Me sentía demasiado incómoda con camisetas —había tanto que revelar— y siempre pensaba que la única razón por la que me miraban los chicos era por mi busto...

Cuando tenía once años necesité un sujetador... Las chicas en mi clase de gimnasia de sexto grado se reían de mí porque mis pechos eran bastante grandes y todavía no llevaba sujetador. Yo intentaba taparme mientras me cambiaba. En mi undécimo cumpleaños mi madre me regaló una blusa marinera y dentro estaba mi primer sujetador... Era el mejor regalo que podía recibir. El sujetador me hizo sentirme mucho mejor, pero aún estuve insegura por mi feminidad durante mucho tiempo...

Morrison *et al.*, 1980, pp. 66-70

En algunas culturas los pechos se ven simplemente como los instrumentos biológicos para alimentar a los bebés. En nuestra cultura, sin embargo, los pechos han asumido tal importancia erótica que la autoestima de una mujer puede estar unida a su busto.

Pregunta: ¿Qué son los pechos? Los pechos son **caracteres sexuales secundarios**. Es decir, como el redondeo de las caderas, distinguen a las mujeres de los hombres, pero no están involucrados directamente en la reproducción. Cada pecho contiene entre 15 y 20 racimos de **glándulas mamarias** productoras de leche (véase la Figura 2.8). Cada glándula se abre al pezón a través de su propio conducto. Las glándulas mamarias están separadas por un tejido suave y graso. Es la cantidad de este tejido graso, no la cantidad de tejido glandular, la que determina el tamaño de los pechos.

El pezón, que queda en el centro de la areola, contiene fibras musculares lisas que hacen que el pezón se ponga erecto cuando se acortan. La areola, o área que rodea el pezón, se oscurece durante el embarazo y permanece más oscura después del parto. Las

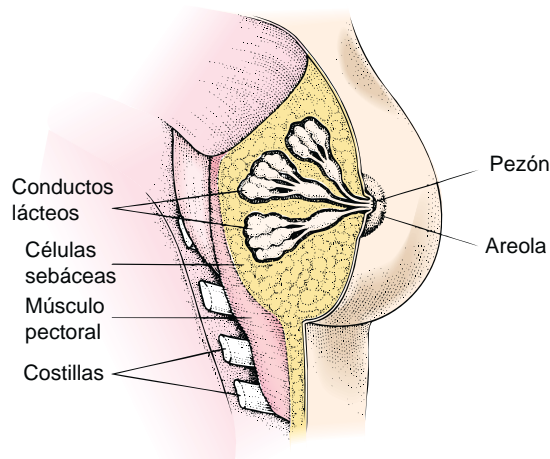


Figura 2.8. Pecho de una mujer adulta. Este dibujo revela las estructuras que están bajo el pecho, incluso los conductos de la leche y las células sebáceas.

Caracteres sexuales secundarios Rasgos que distinguen a las mujeres de los hombres, pero que no están involucrados directamente en la reproducción.

Glándulas mamarias Glándulas productoras de leche. (Del latín *mamma*, que significa «pecho» y «madre».)

glándulas productoras de grasa en la areola ayudan a lubricar los pezones durante el amantamiento. Los conductos lácteos dirigen la leche de las glándulas mamarias a través de los pezones. Los pezones son ricos en terminaciones nerviosas, de tal manera que el estímulo de los pezones eleva la excitación sexual para muchas mujeres. Los pezones masculinos son similares en sensibilidad.

Las mujeres pueden animar a sus compañeros para que estimulen sus pechos informándoles de que sus pechos son sensibles al estímulo. Ellos también pueden guiar las manos de su compañera para conseguir el tipo de estímulo que desean. Los pechos varían en su sensibilidad con las fases del ciclo menstrual, y algunas mujeres parecen menos sensibles al estímulo que otras. Sin embargo, estas últimas pueden aprender a disfrutar de la estimulación de sus pechos concentrándose en las sensaciones durante el acto sexual en una atmósfera relajada.

El cáncer de mama

A la hija mayor del primer autor de este libro se le diagnosticó cáncer de mama hace un par de años. Tenía poco más de treinta años y «de pronto» un bulto apareció en su mamografía. Ella y su familia estuvieron muy preocupadas durante las dos semanas siguientes mientras el tejido del tumor se analizaba en una biopsia, encontraron que era maligno y se tomaron las medidas para extirpar el pecho. Dada la «agresividad» del tumor —la rapidez con la que había crecido—, todos los médicos consultados recomendaron la mastectomía (la extirpación del pecho) en lugar de la lumpectomía (la extirpación únicamente del tumor). La cuestión era si debería realizarse la mastectomía profiláctica del pecho sano. Un análisis de sangre determinó que éste no tenía mutaciones genéticas (BRCA1 o BRCA2¹) que estuvieran relacionadas con un comienzo de cáncer de mama (Wooster & Weber, 2003), y así el pecho sano se conservó. Hubo una ansiedad adicional a continuación de la extirpación del pecho, cuando se examinaron los tejidos para determinar si el cáncer se había extendido dentro del pecho a los nódulos linfáticos. Afortunadamente, se había mantenido confinado en un conducto a pesar de la rapidez de su crecimiento.

Después tuvo que enfrentarse con los problemas psicológicos de no sentirse completa, que se mitigaron de alguna manera al acudir a un grupo de ayuda de mujeres que estaban en circunstancias similares. La reconstrucción del pecho es un proceso largo y de resultados inciertos, durante el cual los músculos que normalmente están bajo el pecho se desarrollan para soportar un implante de silicona. Un nuevo pezón cosmético se reconstruyó a partir de tejido del muslo. Se decidió que no necesitaba quimioterapia o radiación, pero tomó tamoxifen, una medicina que disminuye la producción de estrógenos del cuerpo —un factor de desarrollo del tejido canceroso en el pecho—. No existen evidencias de que permanezca tejido maligno, pero no hemos llegado al número «mágico» de los cinco años de supervivencia después de la intervención quirúrgica.

Pregunta: ¿Qué deberíamos saber acerca del cáncer de mama? El cáncer de mama afecta a cerca de 211 000 mujeres en Estados Unidos cada año y se cobra 40 000 vidas (Sociedad Americana del Cáncer, 2003). (Unos 240 hombres también mueren de este cáncer anualmente.) La enfermedad se cobra las vidas de entre dos y tres de cada diez mujeres que lo desarrollan en Estados Unidos. No es el cáncer en el pecho el que causa la muerte, sino su extensión a partes vitales del cuerpo, como el cerebro, los huesos, los pulmones o el hígado.

¹ Las mujeres que heredan las mutaciones BRCA1 o BRCA2 tienen una probabilidad entre el 50 y el 85 por ciento de desarrollar cáncer de mama (Sociedad Americana del Cáncer, 2003), comparado con una mujer de cada ocho o nueve entre la población general. También corren un riesgo elevado de desarrollar cáncer ovárico.

Las tasas de cáncer de mama están aumentando lentamente en Estados Unidos, a un ritmo de 0,5 por ciento por año (Sociedad Americana del Cáncer, 2003). Los casos de cáncer de mama en etapas más tempranas se detectan por el uso en aumento de la **mamografía**, un tipo de rayos X que detecta bultos en el pecho. Los avances en la detección temprana y el tratamiento han conducido a tasas de recuperación más elevadas. El periodo de cinco años de supervivencia después de la extirpación para aquellas mujeres sin metástasis —es decir, que no se han extendido más allá del pecho— es más del 90 por ciento, más elevado que el 80 por ciento en la década de 1940 (Sociedad Americana del Cáncer, 2003). La tasa de supervivencia de cinco años cae a cerca del 70 por ciento si el cáncer se ha extendido a la región próxima y a cerca del 20 por ciento si se ha extendido a regiones distantes del cuerpo.

Factores de riesgo. El cáncer de mama es poco frecuente en las mujeres por debajo de los 25 años. El riesgo se incrementa marcadamente con la edad. Cerca de cuatro de cada cinco casos se desarrollan en mujeres mayores de 50 (Armstrong *et al.*, 2000). El Instituto Nacional del Cáncer (2003) estima que desde el nacimiento hasta la edad de 40 años, una de cada 217 mujeres desarrollarán cáncer de mama. A la edad de 50, el riesgo aumenta a una de cada 50. A la edad de 60 aumenta a una de cada 24, y a los 70, a una de cada 14.

Los factores genéticos están implicados en el cáncer de mama (Lichtenstein *et al.*, 2000; Wooster & Weber, 2003). El riesgo de cáncer de mama es más alto entre mujeres con antecedentes familiares de la enfermedad (Armstrong *et al.*, 2000), aunque nadie en la familia del autor había tenido cáncer de mama. Un estudio realizado entre más de 100 000 mujeres enfermeras mostró que aquellas con madres o hermanas que habían tenido cáncer de mama tenían el doble de probabilidad de desarrollar la enfermedad ellas mismas (Colditz *et al.*, 1993). Las mujeres cuya madre y hermana habían padecido la enfermedad tenían un riesgo entre dos y tres veces mayor. El investigador británico Julian Peto (2002) realizó un seguimiento de 1 300 parejas de gemelos idénticos y 1 000 parejas de mellizos en los cuales un miembro de la pareja había desarrollado cáncer de mama durante varios años. Las gemelas idénticas de mujeres con cáncer de mama tenían una probabilidad de una entre tres de desarrollar cáncer de mama ellas mismas, comparado con una de cada nueve mujeres entre la población general. Las hermanas de mellizas con cáncer de mama mostraban una probabilidad mucho menor que las hermanas de gemelas idénticas de desarrollar la enfermedad, pero más que las mujeres entre la población general.

Los genes para el cáncer de mama parecen predecir no solo si las mujeres contraerán la enfermedad, sino también su mortalidad. Un estudio danés publicado en el *New England Journal of Medicine* encontró que solo el 5,5 por ciento de las mujeres cuyos cánceres tenían una firma genética «correcta» morían en una década de diagnóstico y tratamiento, comparado con el 45 por ciento de las mujeres con las firmas genéticas más mórbidas (Van de Vijver *et al.*, 2002). Los profesionales de la salud pueden examinar de manera temprana los genomas de mujeres con cáncer de mama para ayudar a determinar con qué agresividad deberían tratar la enfermedad con quimioterapia o radioterapia, una vez que los tumores hayan sido extirpados quirúrgicamente.

Un factor de riesgo clave en el cáncer de mama es la exposición prolongada a los estrógenos, que estimulan el desarrollo de los pechos en las mujeres jóvenes y también la proliferación de células cancerígenas en el pecho (Clemons & Goss, 2001; Gruber *et al.*, 2002). Los factores siguientes elevan el riesgo de cáncer de mama porque incrementan la exposición de las mujeres a los estrógenos: inicio temprano de la menstruación (antes de los 14 años), menopausia tardía (después de los 55), embarazos tardíos (después de los 30) y no haber tenido nunca hijos (Sociedad Americana del Cáncer, 2003). A pesar del hecho de que

Mamografía Prueba especial de rayos X que detecta bultos cancerígenos en los pechos.

las píldoras anticonceptivas contienen estrógenos, revisiones de las investigaciones concluyen que, en general, no existe relación entre tomar la píldora y el cáncer de mama (Marchbanks *et al.*, 2002). Sin embargo, otros investigadores sugieren que la píldora puede incrementar el riesgo de cáncer de mama en las mujeres con antecedentes familiares de la enfermedad (Dawn *et al.*, 2000; Grabrick *et al.*, 2000). El ejercicio, a propósito, puede reducir el riesgo de cáncer de mama, presumiblemente por disminuir la cantidad de tejido graso en el cuerpo. La grasa está relacionada con niveles más altos de producción de estrógenos.

El consumo elevado de alcohol también eleva el riesgo de cáncer de mama (Sociedad Americana del Cáncer, 2003; Singletary & Gapter, 2001). Sigue sin estar claro que una dieta elevada en grasas contribuya al cáncer de mama (Gruber *et al.*, 2002). Sin embargo, cantidades elevadas de tejido adiposo en el cuerpo parecen estar relacionadas con el cáncer de mama (Sociedad Americana del Cáncer, 2003; Calle *et al.*, 2003).

¿Incrementa el aborto el riesgo de que una mujer tenga cáncer de mama? Algunos autores han especulado que como el embarazo reduce el riesgo de cáncer de mama, el aborto podría indirectamente incrementar el riesgo (Malec, 2003).

Diagnóstico y tratamiento. Las mujeres con cáncer de mama tienen bultos en el pecho, pero la mayoría de los bultos en el pecho no son cancerígenos. La mayoría son **quistes** o tumores **benignos** llamados **fibroadenomas**. El cáncer de mama implica bultos en el pecho que son **malignos**.

El diagnóstico y el tratamiento tempranos reducen el riesgo de mortalidad. Cuanto antes se diagnostique el cáncer, menos probable es que se extienda a órganos críticos.

El cáncer de mama puede detectarse de varias maneras, uncluyendo el auto-examen del pecho («BSE»), el examen físico («examen de pecho clínico», o «CBE») y la mamografía. A través de la mamografía se pueden detectar pequeños cánceres altamente curables —y tratables— antes de que se puedan identificar por palpación. En el momento en que un bulto maligno es lo bastante grande para que pueda ser palpado, ya contiene millones de células. Incluso pueden haber producido metástasis, es decir, haber migrado para formar colonias en cualquier lugar alejado en el cuerpo. Una mamografía puede detectar pequeños tumores antes de que formen metástasis. Un estudio encontró que el 82 por ciento de las mujeres cuyos cánceres de mama se diagnosticaron temprano por una mamografía sobrevivieron al menos cinco años después de la intervención quirúrgica, comparado con el 60 por ciento de aquellas cuyos cánceres se descubrieron tarde. Advierte que el HRT puede afectar a la efectividad de las placas mamográficas (Kavanagh *et al.*, 2000).

El diagnóstico temprano puede ofrecer otro beneficio. Los bultos pequeños pueden a menudo extirparse con una **lumpectomía**, salvando el pecho. Los cánceres más avanzados suelen ser tratados con **mastectomía**.

Muchos medicamentos se emplean para tratar el cáncer de mama y otros están en vías de desarrollo. Por ejemplo, el tamoxifén bloquea los receptores de estrógeno de las células del cáncer de mama, bloqueando así los efectos de los estrógenos, que podrían de otra manera estimular las células para que crezcan y proliferen. Sin embargo, el tamoxifén incrementa los riesgos de cáncer uterino o de que se formen coágulos de sangre en los pulmones, junto con algunos otros efectos laterales. Los riesgos de estos efectos laterales fueron menores entre las mujeres de menos de 50 años. El medicamento raloxifene (vendido bajo el nombre comercial de Evista), que intenta tratar la osteoporosis y prevenir los problemas cardíacos en las mujeres postmenopáusicas (Marwick, 2000), también ha demostrado reducir drásticamente el riesgo de un eventual cáncer de mama (Cummings *et al.*, 1999). Más aún, el raloxifene no parece tener los efectos laterales asociados con el tamoxifén. (Sin embargo, después de cuidadosas consideraciones y consultas serias, la hija del autor se trató con tamoxifén y no con raloxifene.) Otros medicamentos, incluyendo el

Quiste Vejiga membranosa llena de líquido o materia alterada.

Benigno Que no es dañino.

Fibroadenoma Tumor fibroso benigno.

Maligno Letal, que provoca o es probable que provoque la muerte.

Lumpectomía Extirpación quirúrgica de un bulto del pecho.

Mastectomía Extirpación quirúrgica del pecho completo.

Taxol, Herceptín y muchos otros, se están estudiando para emplearse contra el cáncer de mama. Consulta a tu ginecólogo sobre los últimos resultados de las investigaciones y sobre aquellos medicamentos, si los hay, que son adecuados para ti, dado tu riesgo de cáncer de mama, tu edad y otros factores.

Muchas mujeres que han sufrido una mastectomía han recibido implantes de pecho para reemplazar el tejido que se ha extirpado. Otras mujeres se han puesto implantes de pecho para aumentar el tamaño de sus senos. La investigación sugiere que los implantes de pecho parecen no tener efectos sobre la probabilidad de desarrollar cáncer, artritis reumatoide y otros problemas de salud, creando dudas sobre estudios previos que los habían implicado en el desarrollo de estos problemas (Spiegel, 2001; Wooster & Weber, 2003). Sin embargo, el tema sigue siendo polémico. A las lectoras os recomendamos que consultéis a vuestros ginecólogos sobre las últimas evidencias de la investigación.

La Sociedad Americana del Cáncer (2003) recomienda que las mujeres se hagan un examen clínico del pecho cada tres años mientras estén entre los 20 y los 39 años, y anualmente después de esa edad. Las mamografías reducen la tasa de muerte por cáncer de mama en las mujeres de 50 años y mayores entre un 25 y un 30 por ciento (Chlebowski, 2000).

En suma, ahora se sabe más que nunca sobre el desarrollo del cáncer de mama. Por ejemplo, se cree que el cáncer de mama que se desarrolla temprano tiene causas principalmente genéticas, y los marcadores para el cáncer de mama (genes BRCA1 o BRCA2) pueden informar si una mujer en particular corre riesgo de padecer este cáncer (pregunta a tu ginecólogo). La exposición prolongada a los estrógenos es un factor de riesgo conocido, porque los estrógenos estimulan la proliferación de las células cancerígenas, así como el desarrollo del pecho en las mujeres jóvenes. Se cree que el ejercicio disminuye el riesgo de cáncer de mama al reducir la cantidad de grasa en el cuerpo. (Los estrógenos son producidos por las células adiposas, así como por los ovarios.)

Algunas mujeres con los genes BRCA1 o BRCA2, que las colocan en situación de alto riesgo de padecer cáncer de mama, eligen que les sean extirpados los pechos como medida profiláctica —es decir, para prevenir el desarrollo del cáncer de mama—. Aunque el procedimiento es «radical», parece ser efectivo (Meijers-Heijboer *et al.*, 2000, 2001). Por otro lado, existe la posibilidad de problemas con los implantes y la cirugía reconstructiva, y algunas mujeres no se sienten satisfechas con los resultados (Frost *et al.*, 2000).

La mamografía también permite la detección de cánceres pequeños y altamente curables antes de que puedan ser detectados por un examen clínico o táctil. El diagnóstico temprano permite a muchas mujeres que pequeños bultos cancerígenos sean extirpados por lumpectomía (extirpación quirúrgica del bulto que contiene la masa de células cancerígenas) en lugar de la mastectomía (extirpación del pecho completo).

Un arsenal creciente de medicamentos contra el cáncer de mama está ya disponible o en desarrollo. Por ejemplo, el medicamento tamoxifén bloquea los receptores de estrógeno de las células del cáncer de mama, y así bloquea los efectos de los estrógenos. El tamoxifén aparentemente reduce la probabilidad del cáncer de mama en un 45 por ciento (Chlebowski, 2000). El raloxifene se emplea para tratar la osteoporosis y prevenir los problemas cardíacos en las mujeres postmenopáusicas (Marwick, 2000), pero también reduce el riesgo del cáncer de mama (Cummings *et al.*, 1999). Otros medicamentos que incluyen el Taxol y el Herceptín están siendo estudiados para ser utilizados contra el cáncer de mama.

Tu ginecólogo debería estar al día de los últimos resultados de las investigaciones. Actúa, sopesa la oportunidad de evaluar si tienes o no cáncer de mama. Actualmente existen más tratamientos que nunca, las tasas de supervivencia son más altas que nunca y la detección temprana está relacionada a menudo con tratamientos menos radicales.

De
cerca

La autoexploración de los pechos

Las visitas regulares al médico y las mamografías proporcionan la mejor protección contra el cáncer de mama, porque pueden conducir al diagnóstico temprano y al tratamiento. Pero muchas mujeres se encuentran bultos por sí mismas. Antes se recomendaba (hasta 1997) que las mujeres se realizaran autoexámenes de los pechos (BSE) al menos una vez al mes, pero ahora la Sociedad Americana del Cáncer considera que las BSE son opcionales. Por otra parte, las BSE pueden tener ventajas psicológicas para muchas mujeres, autorizándolas a investigar sus propios cuerpos y participar activamente en su propia prevención de la enfermedad. Más aún, la Sociedad Americana del Cáncer (2003) sigue recomendando que las mujeres sean «conscientes» de lo que está sucediendo en sus cuerpos. La BSE parecería ser una manera útil de cultivar esta concienciación.

Las siguientes instrucciones para la autoexploración de los pechos están basadas en las recomendaciones de la

Sociedad Americana del Cáncer (véase la Figura 2.9). Sin embargo, se aconseja a las mujeres que inicien la BSE con un profesional de la salud para determinar su punto de partida «sin bultos» y aprender la técnica apropiada.

1. *En la ducha.* Examina tus pechos durante el baño o la ducha; las manos se deslizan más fácilmente sobre la piel mojada. Mantén tus dedos planos y muévelos suavemente sobre todas las zonas de cada pecho. Utiliza la mano derecha para examinar el pecho izquierdo y la mano izquierda para el pecho derecho. Busca cualquier bulto, nódulo duro o engrosamiento.
2. *Delante de un espejo.* Inspecciona tus pechos con los brazos a ambos lados. A continuación, eleva tus brazos por encima de la cabeza. Busca cualquier cambio en el contorno de cada pecho, una hinchazón, hoyuelos en la piel o

cambios en el pezón. Después coloca tus palmas sobre tus caderas y presiona firmemente para flexionar los músculos del pecho. Tu pecho izquierdo y derecho no coincidirán exactamente. Pocos pechos femeninos lo hacen. La inspección regular muestra lo que es normal para ti y te dará confianza en tu exploración.

3. *Tumbada.* Para examinar tu pecho derecho, coloca una almohada o una toalla doblada debajo de tu hombro derecho. Coloca tu brazo derecho detrás de tu cabeza. Esta posición distribuye el tejido del seno más uniformemente sobre el pecho. Con tu mano izquierda, los dedos planos, presiona suavemente con los tercios superiores de los tres dedos centrales en pequeños movimientos circulares alrededor de una esfera de reloj imaginaria. Comienza por la parte externa de la zona superior de tu pecho derecho

El ciclo menstrual

La **menstruación** es el sangrado cíclico que se deriva del desprendimiento del revestimiento uterino (el endometrio.) La menstruación tiene lugar cuando un ciclo reproductivo no ha desembocado en la fertilización de un óvulo. La palabra *menstruación* deriva del latín *mensis*, que significa «mes». El ciclo menstrual humano tiene una duración media aproximada de 28 días.

Pregunta: ¿Qué es el ciclo menstrual? El ciclo menstrual está regulado por las hormonas estrógeno y progesterona y se puede dividir en cuatro fases. Durante la primera fase del ciclo, la fase proliferativa, que sigue a la menstruación, los niveles de estrógeno aumentan, provocando la maduración de quizás 10 a 20 óvulos (células germinales) dentro de sus folículos y la proliferación del tejido endometrial en el útero. Durante la segunda fase del ciclo, el estrógeno alcanza en sangre los niveles máximos y ocurre la **ovulación**. Normalmente solo un óvulo alcanza la madurez y es liberado por uno de los ovarios. Entonces comienza la tercera fase del ciclo, la fase *secretoria* o *luteal*. La fase luteal empieza justo después de la ovulación y continúa hasta el principio del próximo ciclo.

Menstruación

Sangrado cíclico provocado por el desprendimiento del revestimiento uterino (el endometrio).

Ovulación Liberación de un óvulo desde un ovario.

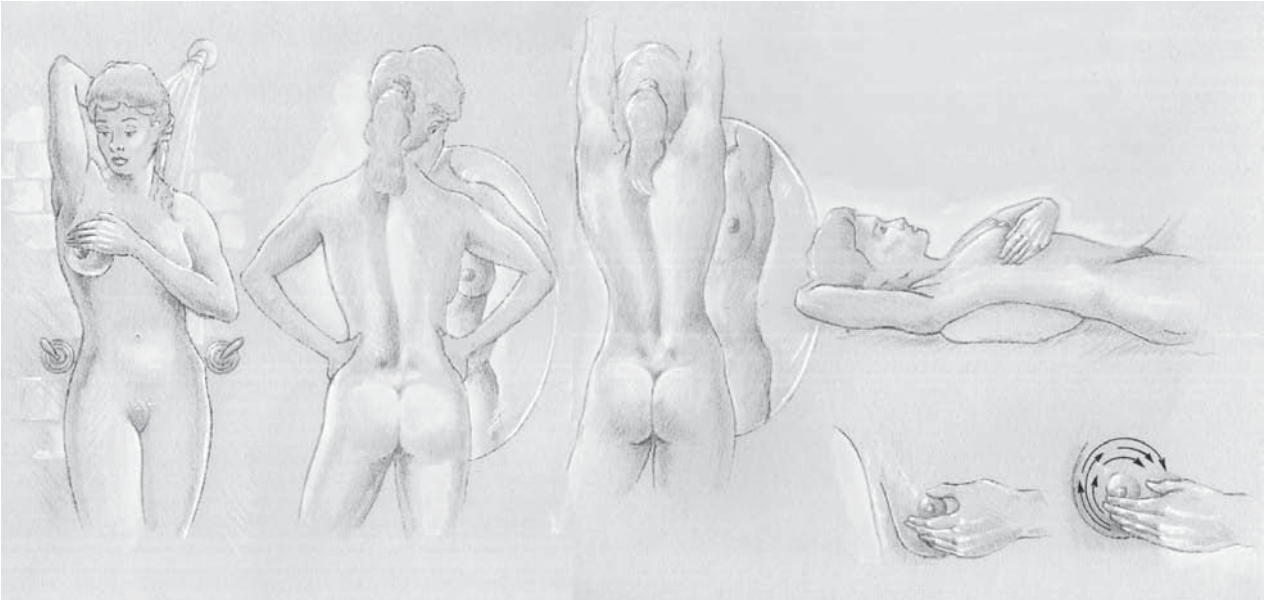


Figura 2.9. Una mujer examina sus pechos buscando bultos.

desde las 12 en punto, después muévete hacia la 1 en punto, y así en círculo de vuelta a las 12. Un borde de tejido firme en cada pecho es normal. Después muévete dos centímetros y medio, hacia el pezón. Sigue trazando círculos para examinar cada zona de tu pecho,

incluyendo el pezón. Esto requiere al menos tres círculos más.

Ahora lentamente repite el procedimiento sobre tu pecho izquierdo. Coloca la almohada bajo tu hombro izquierdo, tu brazo izquierdo detrás de tu cabeza, y utiliza los tercios

superiores de los dedos de tu mano derecha.

Después de que hayas examinado tu pecho izquierdo enteramente, pellizca el pezón de cada pecho suavemente entre tu pulgar y tu dedo índice. Cualquier secreción, clara o sanguinolenta, debería ser informada a tu médico inmediatamente.

El término fase luteal deriva de **corpus luteum**, nombre dado al folículo que libera un óvulo. El corpus luteum funciona como una **glándula endocrina** y produce grandes cantidades de progesterona y estrógeno. La progesterona produce el engrosamiento del endometrio, para que pueda soportar un embrión si ocurre la fertilización. Sin embargo, si el óvulo no se fertiliza, los niveles de estrógeno y progesterona caen en picado. Estas caídas disparan el inicio de la cuarta fase, la *fase menstrual*, que lleva al principio de un nuevo ciclo.

La ovulación puede no ocurrir en cada ciclo menstrual. Los ciclos anovulatorios («sin ovulación») son más comunes en los años posteriores al primer ciclo menstrual. Pueden ser frecuentes de nuevo en los años previos a la menopausia, pero también pueden ocurrir irregularmente en las mujeres entre los 20 y los 30 años.

Aunque el ciclo menstrual dura aproximadamente 28 días, las variaciones entre las mujeres, y en la misma mujer, de mes a mes, son bastante comunes. Los ciclos de las adolescentes son a menudo irregulares durante unos años después del primer ciclo menstrual, pero después se vuelven bastante regulares. Las variaciones de ciclo a ciclo tienden a ocurrir durante la fase proliferativa que precede a la ovulación. Es decir, la menstruación tiende a seguir a la ovulación aproximadamente 14 días. Las variaciones de más de 2 días en el periodo postovulatorio son raras.

Corpus luteum El folículo que ha liberado un óvulo y después produce cantidades copiosas de progesterona y estrógeno durante la fase luteal del ciclo de la mujer. (De raíces latinas que significan «cuerpo amarillo».)

Glándula endocrina Glándula sin conducto que libera sus secreciones directamente en el torrente sanguíneo.

Hipotálamo Bulto de cuerpos celulares neurales cerca del centro del cerebro que está implicado en la regulación de la temperatura del cuerpo, la motivación y la emoción.

Glándula pituitaria Glándula que secreta la hormona del crecimiento, prolactina, oxitocina y otras.

Hormona Sustancia secretada por una glándula endocrina que regula varias funciones del cuerpo. (Del griego *horman*, que significa «estimular».)

Aunque las hormonas regulan el ciclo menstrual, los factores psicológicos pueden influir en la secreción de las hormonas. El estrés puede retrasar o parar la menstruación. La ansiedad que sufre una mujer por pensar que pueda estar embarazada también puede retrasar la menstruación. Por otra parte, muchas mujeres con buena salud dejaron de menstruar durante su encarcelamiento en campos de concentración nazis durante la Segunda Guerra Mundial.

La regulación del ciclo menstrual

El ciclo menstrual involucra relaciones finamente sintonizadas entre estructuras en el cerebro —el **hipotálamo** y la **glándula pituitaria**— y los ovarios y el útero. Todas estas estructuras forman parte del sistema endocrino, lo que significa que liberan sustancias químicas directamente en el torrente sanguíneo (véase la Figura 2.10). Los ovarios y el útero son también órganos reproductores. Las sustancias químicas secretadas por las glándulas endocrinas se llaman **hormonas**. (Otras secreciones corporales, como la leche, la saliva, el sudor y las lágrimas, llegan a sus destinos atravesando estructuras estrechas, tubulares, que se llaman conductos.)

Los científicos conductuales y sociales están especialmente interesados en las hormonas debido a sus efectos sobre la conducta. Las hormonas regulan los procesos corporales como la tasa metabólica, el crecimiento de los huesos y los músculos, la producción de leche, el metabolismo del azúcar y el almacenamiento de grasas, entre otros. Varias hormonas juegan papeles importantes en las funciones sexuales y reproductoras.

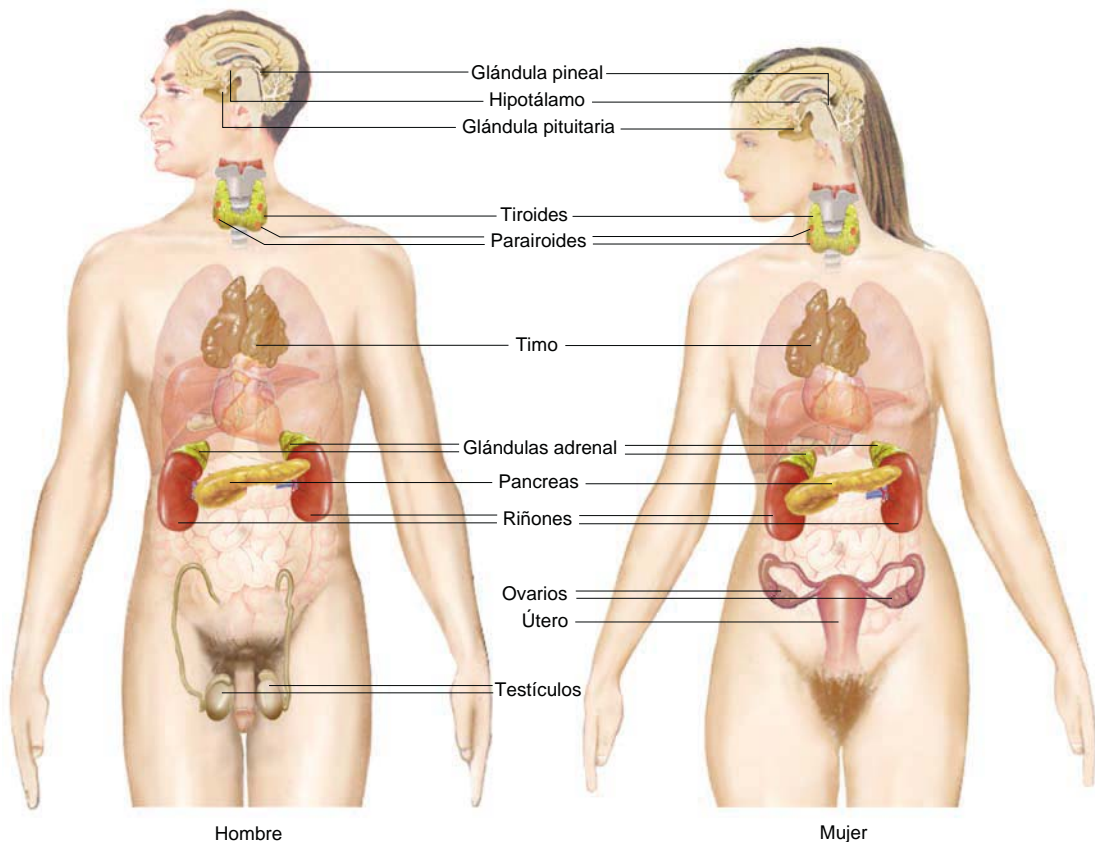


Figura 2.10. Glándulas mayores del sistema endocrino. El sistema endocrino consiste en glándulas que secretan sustancias químicas llamadas hormonas directamente en el torrente sanguíneo.

Las gónadas —los ovarios en la mujer y los testículos en el varón— secretan hormonas sexuales directamente en el torrente sanguíneo. Las gónadas femeninas, los ovarios, producen las hormonas sexuales estrógeno y progesterona. Las gónadas masculinas, los testículos, producen la hormona sexual masculina **testosterona**. Los varones y las mujeres también producen hormonas sexuales del otro género, pero en cantidades relativamente pequeñas.

El hipotálamo es una estructura del tamaño de un guisante en la parte delantera del cerebro. Pesa aproximadamente entre 4 y 5 gramos y se sitúa sobre la glándula pituitaria y debajo del tálamo. A pesar de su pequeño tamaño, está implicado en la regulación de muchos estados de motivación, incluido el hambre, la sed, la agresión y el sexo. Por ejemplo, cuando la parte posterior del hipotálamo de una rata masculina se estimula con una sonda eléctrica, la rata inicia su secuencia de cortejo y emparejamiento. Mordisquea las orejas de una hembra y la parte posterior de su cuello. Cuando ella responde, inician la cópula. La sexualidad humana no está tan estereotipada o mecanizada —aunque algunas personas muestran un comportamiento tan rutinario que parece que así sea—.

La glándula pituitaria, que es del tamaño de un guisante, se sitúa bajo el hipotálamo, en la base del cerebro. Como muchas secreciones pituitarias regulan otras glándulas endocrinas, la pituitaria también se ha llamado la *glándula maestra*. Las hormonas pituitarias regulan el crecimiento de los huesos y de los músculos y la producción de orina. Dos hormonas pituitarias son activas durante el embarazo y la maternidad: la **prolactina**, que estimula la producción de leche, y la **oxitocina**, que estimula las contracciones uterinas durante el parto y la producción de leche durante la lactancia. La glándula pituitaria también produce las **gonadotropinas** (literalmente, «las que alimentan a las gónadas»), que estimulan los ovarios: la **hormona estimuladora del folículo (HEF)** y la **hormona de Luteinizing (LH)**. Estas hormonas juegan papeles centrales en la regulación del ciclo menstrual.

El hipotálamo recibe la información sobre los sucesos corporales a través de los sistemas nervioso y circulatorio. Supervisa los niveles en sangre de varias hormonas, incluido el estrógeno y la progesterona, y produce una hormona llamada **factor liberador de las gonadotropinas (Gn-RH)**, que estimula a la pituitaria para producir gonadotropinas. Las gonadotropinas, a su vez, regulan la actividad de las gónadas. Una vez se pensó que la glándula pituitaria dirigía el panorama, pero ahora se sabe que la glándula pituitaria está regulada por el hipotálamo. Incluso la «glándula maestra» sirve a otro.

Las fases del ciclo menstrual

El ciclo menstrual tiene cuatro estados o fases: el proliferativo, el ovulatorio, el secreto y el menstrual (véase la Figura 2.11). Podría parecer lógico que un nuevo ciclo empezara con el primer día del flujo menstrual, porque éste es el evento más claramente identificable del ciclo. Muchas mujeres también cuentan los días del ciclo menstrual empezando con la llegada de la menstruación. Sin embargo, hablando biológicamente, la menstruación realmente es la culminación del ciclo. De hecho, el ciclo empieza con el fin de la menstruación y la iniciación de una serie de eventos biológicos que llevan a la maduración de un óvulo inmaduro en la preparación para la ovulación y la posible fertilización.

Testículos Gónadas masculinas.

Testosterona Hormona sexual masculina que provoca el desarrollo de las características sexuales masculinas y se relaciona con la conducta sexual.

Prolactina Hormona pituitaria que estimula la producción de leche.

Oxitocina Hormona pituitaria que estimula las contracciones uterinas durante el parto y la producción de leche durante la lactancia.

Gonadotropinas Hormonas pituitarias que estimulan las gónadas. (Literalmente, «las que alimentan a las gónadas».)

Hormona folículo-estimulante (HFE) Gonadotropina que estimula el desarrollo de folículos en los ovarios.

Hormona de Luteinizing (HL) Gonadotropina que ayuda a regular el ciclo menstrual activando la ovulación.

Factor liberador de las gonadotropinas (Gn-RH) Hormona secretada por el hipotálamo que estimula la pituitaria para liberar gonadotropinas.

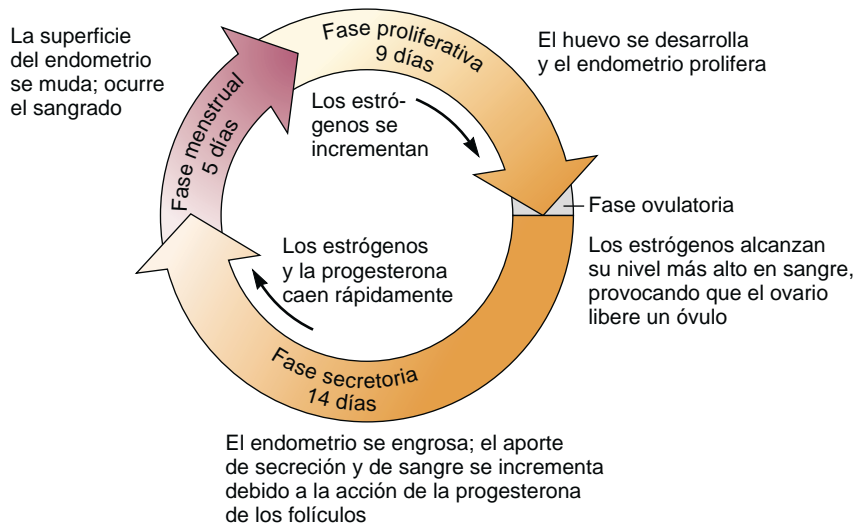


Figura 2.11. Las cuatro fases del ciclo menstrual. El ciclo menstrual consta de las fases proliferativa, ovulatoria, secretoria (luteal) y menstrual.

La fase proliferativa. La primera fase, o fase proliferativa, empieza con el fin de la menstruación y dura 9 o 10 días aproximadamente en un ciclo medio de 28 días (véanse las Figuras 2.12 y 2.13). Durante esta fase el endometrio se desarrolla o «prolifera». Esta fase también se conoce como fase preovulatoria o folicular, porque ciertos folículos ováricos maduran y los ovarios se preparan para la ovulación.

Niveles bajos de estrógeno y progesterona están circulando en la sangre cuando la menstruación se acerca a su fin. Cuando el hipotálamo nota un nivel bajo de estrógeno en la sangre, aumenta su secreción de Gn-RH, que a su vez activa la glándula pituitaria para liberar FSH. Cuando la FSH alcanza los ovarios, estimula algunos folículos (quizás de 10 a 20) para que empiecen a madurar. Cuando los folículos maduran, comienzan a producir el estrógeno. Sin embargo, normalmente, solo uno de ellos —llamado *folículo graafiano*— alcanzará la madurez en los días que preceden justo a la ovulación. Cuando el folículo graafiano madura, se acerca a la superficie del ovario, donde eventualmente se romperá y soltará un huevo maduro (véanse las Figuras 2.12 y 2.13).

El estrógeno produce que el endometrio en el útero se engrose hasta unos 3 mm. Las glándulas que se desarrollan podrían nutrir a un embrión en el futuro. El estrógeno también estimula la aparición de una delgada mucosidad cervical. Esta mucosidad es alcalina y mantiene un medio hospitalario, nutritivo para el esperma. Aumentan así las oportunidades de supervivencia para el esperma que entre en el aparato reproductor femenino en el momento de la ovulación.

La fase ovulatoria. Durante la ovulación, o la fase ovulatoria, el *folículo graafiano* se rompe y libera un óvulo maduro cerca de una trompa de falopio —no dentro de la trompa de falopio (véase la Figura 2.13)—. Los otros folículos que estaban madurando degeneran y se reabsorben por el cuerpo. Si dos óvulos maduran y se liberan durante la ovulación, y los dos se fertilizan, se desarrollarán hermanos mellizos (no idénticos). Los gemelos idénticos aparecen cuando un óvulo fertilizado se divide en dos cigotos separados.

La ovulación se pone en movimiento cuando la producción de estrógeno alcanza un nivel crítico. El hipotálamo detecta el nivel alto de estrógeno y activa la pituitaria para que produzca cantidades copiosas de FSH y LH (véanse las Figuras 2.12 y 2.13). El flujo de LH activa la ovulación, que normalmente empieza entre 12 y 24 horas después de que el nivel de LH en el cuerpo haya alcanzado su máximo. La hormona sintética **clomifene** es

Fase proliferativa

La primera fase del ciclo menstrual, que empieza con el fin de la menstruación y dura aproximadamente nueve o diez días. Durante esta fase prolifera el endometrio.

Fase ovulatoria

La segunda fase del ciclo menstrual, durante la cual un folículo se rompe y libera un óvulo maduro.

Cigoto

Óvulo fertilizado (célula del huevo).

Clomifene

Hormona sintética que es químicamente similar a la LH e induce la ovulación.

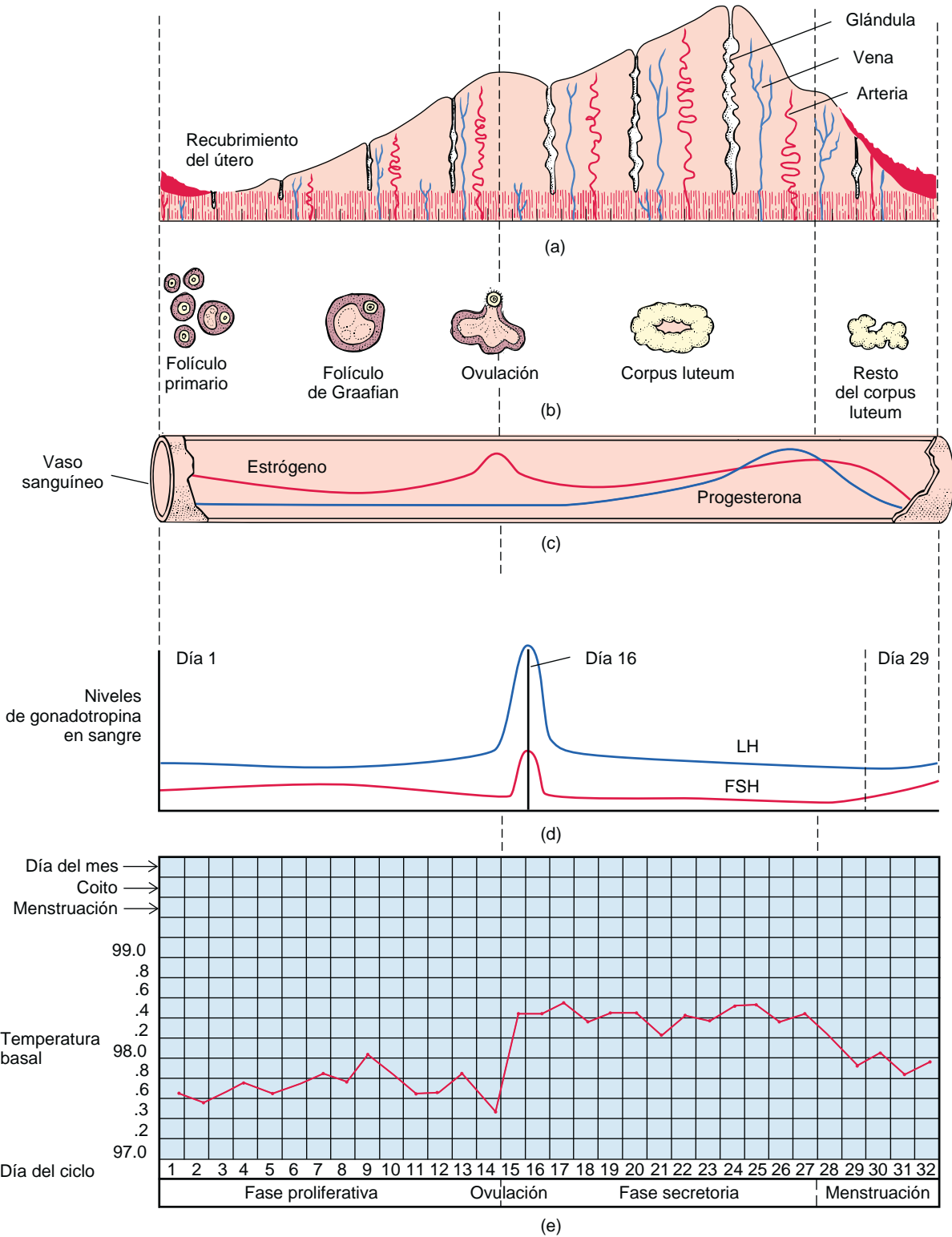
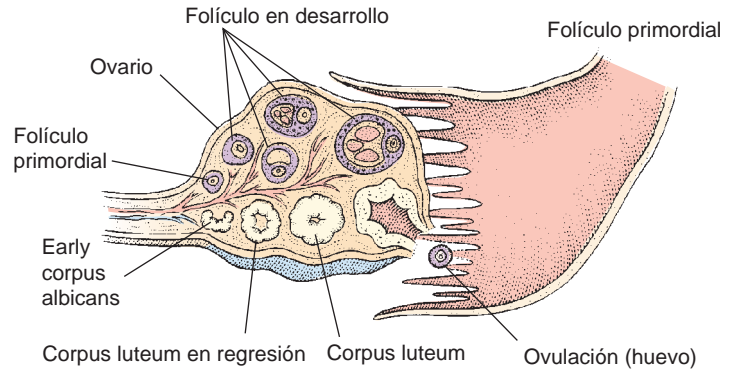


Figura 2.12. Cambios que ocurren durante el ciclo menstrual. Esta figura muestra cinco categorías de cambio biológico: (a) cambios en el desarrollo del revestimiento uterino (endometrio), (b) cambios foliculares, (c) cambios de los niveles en sangre de las hormonas ováricas, (d) cambios de los niveles en sangre de las hormonas pituitarias, y (e) cambios en la temperatura basal. Nota la caída de la temperatura que acompaña a la ovulación.

Figura 2.13. Maduración y eventual descomposición de un folículo ovárico. Muchos folículos se desarrollan y producen estrógeno durante la fase proliferativa del ciclo menstrual. Normalmente único, el folículo graafiano se rompe y libera un óvulo. El folículo graafiano se desarrolla entonces en el corpus luteum, que produce cantidades copiosas de estrógeno y progesterona. Cuando la fertilización no ocurre, el corpus luteum se descompone.



químicamente similar a la LH y se ha usado por mujeres que ovulan irregularmente para inducir una ovulación fiable y así aumentar las oportunidades de concebir.

La temperatura basal de una mujer, medida con un termómetro por vía oral o rectal, cae ligeramente durante la ovulación (véase la Figura 2.12) y se incrementa aproximadamente 1 °C en el día que sigue a la ovulación. Muchas mujeres usan esta información como ayuda para concebir o evitar concebir.

Algunas mujeres sienten incomodidad o calambres durante la ovulación, llamados dolores pélvicos en la mitad del ciclo. El dolor pélvico en la mitad del ciclo se confunde a veces con la apendicitis. Sin embargo, **Mittelschmerz** se puede notar en cualquier lateral del abdomen, dependiendo de cuál sea el ovario que está liberando un óvulo. Un apéndice roto siempre produce dolor en el lado correcto.

La fase secretoria. La fase que sigue a la ovulación se llama fase postovulatoria o fase secretoria. Algunas personas se refieren a ella como la *fase luteal*, que refleja el nombre dado al folículo roto (de Graafian) —el *corpus luteum*—. Las Figuras 2.12 y 2.13 muestran la transformación del folículo de Graafian en el corpus luteum.

Bajo la influencia de la LH, el corpus luteum, que ha permanecido en el ovario, empieza a producir grandes cantidades de progesterona y estrógeno. Los niveles de estas hormonas alcanzan el máximo alrededor del vigésimo o vigésimo primer día de un ciclo medio (véase la Figura 2.12). Estas hormonas actúan sobre las glándulas en el endometrio para que secreten los nutrientes para mantener un óvulo fertilizado que se implante en la pared uterina. Si la implantación no ocurre, el hipotálamo responde a los niveles máximos de progesterona indicando a la pituitaria que detenga la producción de LH y FSH. Este proceso de realimentación es similar al del termostato de la calefacción en una casa, que reacciona a las temperaturas crecientes apagando el horno. Los niveles de LH y FSH bajan rápidamente, lo que conduce al corpus luteum a su destrucción. Después de su destrucción, los niveles de estrógeno y progesterona caen rápidamente. El corpus luteum siembra las semillas de su propia destrucción: sus hormonas indican al cerebro que finalice la secreción de las sustancias que lo mantienen.

La fase menstrual: un final y un principio. La fase menstrual ocurre cuando los niveles de estrógeno y progesterona bajan hasta el punto en el que ya no pueden sostener el revestimiento uterino. El revestimiento entonces se desintegra y se expulsa del cuerpo junto con el flujo menstrual.

Los bajos niveles de estrógeno de la fase menstrual indican al hipotálamo que libere Gn-RH, que, a su vez, estimula la pituitaria para que secrete FSH. La FSH, a su vez, provoca la secreción ovárica de estrógeno y el inicio de otra fase proliferativa. De este modo

Mittelschmerz Dolor que se manifiesta durante la ovulación. (Del alemán, que significa «dolor del medio», refleja el hecho de que el dolor ocurre a mitad de camino entre los periodos menstruales.)

Fase secretoria La tercera fase del ciclo menstrual, que sigue a la ovulación. También llamada fase luteal, después del corpus luteum, que empieza a secretar grandes cantidades de progesterona y estrógeno siguiendo a la ovulación.

Fase menstrual La cuarta fase del ciclo menstrual, durante la cual el endometrio es expulsado fuera en el flujo menstrual.

Un mundo de diversidad

Puntos de vista históricos y transculturales de la menstruación

En Perú hablan de una «visita del tío Pepe», mientras que en Samoa se refieren a la menstruación como «el hombre del boogie». Uno de los epítetos más comunes dado a la menstruación a través de la historia es «la maldición». Los Fulani del Alto Volta, en África, usan un término que se traduce por «ver la suciedad». Los nacionalismos también tienen algo que decir, con algunas naciones que culpan de «la maldición» a sus enemigos históricos. En tiempos pasados los franceses se referían a la menstruación como «el inglés» y a su aparición como «el inglés está llegando». Es una creencia popular común que las mujeres durante la menstruación están contaminadas. Así, los hombres evitan el contacto con las mujeres que están

menstruando por temor de sus vidas. Para prevenir la contaminación a otros, en las sociedades tribales, las mujeres durante la menstruación son trasladadas a chozas especiales en las lindes del pueblo. En la cultura tradicional india navaja, por ejemplo, las mujeres durante la menstruación se trasladaban a chozas que estaban apartadas de otras viviendas habitadas. En muchas sociedades islámicas, una mujer que está menstruando es considerada contaminada y no se le permite orar o entrar en una mezquita. En las naciones industrializadas las mujeres no se trasladan a chozas especiales, pero en la historia de la cultura occidental, la menstruación se ha visto como sucia, contaminante, e incluso mágica. Las sociedades antiguas —y

algunas contemporáneas— han limitado el entendimiento de los procesos corporales o han confiado más en la tradición que en la ciencia. La ciencia nos enseña que no hay ninguna base médica en los miedos hacia las mujeres que están menstruando y que no existen peligros en el coito menstrual. Podríamos reírnos de estos conceptos erróneos como tonterías e ignorancia, si no fuera por sus profundas consecuencias en las mujeres. Las mujeres que creen en los mitos sobre la menstruación pueden verse como fuentes de polución y pueden tener que soportar ansiedad, depresión y bajones de autoestima. Las creencias culturales negativas acerca de la menstruación también pueden contribuir al dolor menstrual.

comienza un nuevo ciclo. La fase menstrual es un principio así como un fin. El flujo menstrual contiene sangre del endometrio (el revestimiento uterino), tejido del endometrio y mucosidad cervical y vaginal. Aunque el flujo puede parecer persistente y durar cinco días o más, la mayoría de las mujeres pierden solo un total de 50 a 90 gramos de sangre (cuatro a seis cucharadas). Un donador de sangre típico, por contraste, dona unos 450 gramos de sangre de una sentada. Un sangrado menstrual sumamente fuerte o prolongado (durante una semana) puede reflejar problemas de salud y debe consultarse con un médico.

Antes de 1933, las mujeres generalmente usaban compresas externas o trozos de algodón para absorber el flujo menstrual. Sin embargo, ese año se introdujeron los tampones. Los tampones se insertan en la vagina y se dejan allí para que absorban el flujo menstrual. Las mujeres que utilizan tampones pueden nadar sin preocupación mientras están menstruando, pueden llevar ropa más reveladora o cómoda y se sienten menos agobiadas.

Se han suscitado preguntas sobre si los tampones causan o exacerban las infecciones como el síndrome de *shock* tóxico (SST), que a veces es fatal. Los síntomas de SST incluyen fiebre, dolor de cabeza, garganta dolorida, vómitos, diarrea, dolores musculares, sarpullido y vértigo. Pueden seguir síntomas como que la piel se pela, desorientación y una caída de la tensión arterial. La SST está provocada por la bacteria *Staphylococcus aureus* («staph»). En 1980, el peor año para los casos de SST, se declararon 344 casos de SST y 28

fueron fatales. Procter & Gamble retiró del mercado su tampón «extra absorbente» cuando se descubrió que un 71 por ciento de las víctimas de SST habían utilizado el producto. Un tampón muy absorbente que permanece en el lugar durante seis horas o más puede crear un ambiente propicio para el staph. El número de casos de SST como consecuencia de ello ha disminuido.

Aunque algunos investigadores creen que la preocupación por la SST se ha exagerado, muchas mujeres usan ahora tampones regulares en lugar de los superabsorbentes. Algunas mujeres alternan los tampones con las compresas durante cada día de la menstruación. Algunas cambian sus tampones tres o cuatro veces al día. Otras mujeres han vuelto a las compresas externas. Otras incluso usan esponjas naturales. Animamos a que las mujeres consulten a sus médicos de familia sobre la SST.

El coito durante la menstruación

Muchas parejas continúan manteniendo relaciones sexuales durante la menstruación, pero otras se abstienen. Algunas personas se abstienen debido a las prohibiciones religiosas. Otras expresan la preocupación sobre el «follón» o el «enredo» del flujo menstrual.

Pregunta: *¿Es dañino mantener relaciones sexuales durante la menstruación?* A pesar de las actitudes tradicionales que relacionan la menstruación con la falta de higiene, no existe ninguna evidencia de que el coito durante la menstruación sea físicamente dañino para cualquiera de los compañeros. Irónicamente, el coito menstrual puede ser útil a la mujer. Las contracciones uterinas que ocurren durante el orgasmo pueden ayudar a aliviar los calambres que se producen por la dispersión de la congestión de sangre. El orgasmo logrado a través de la masturbación puede tener el mismo efecto.

Las mujeres pueden excitarse sexualmente en cualquier momento del ciclo menstrual. Sin embargo, la evidencia de la investigación apunta a una cresta en el deseo sexual en las mujeres alrededor del tiempo de ovulación.

Los patrones de los coitos humanos durante las fases del ciclo menstrual aparentemente reflejan decisiones personales, no fluctuaciones hormonales. Algunas parejas pueden decidir aumentar la frecuencia de relaciones sexuales durante la ovulación para aumentar las oportunidades de concebir, o abstenerse durante la menstruación debido a creencias religiosas o creencias que relacionan los menstrosos con la falta de higiene. Algunas también pueden aumentar su actividad coital previamente a la menstruación para compensar después la abstinencia durante los menstrosos o aumentar la actividad coital para recuperarse de la suspensión. En contraste, las hembras de otras especies que están limitadas por el ciclo del estro responden sexualmente solo durante el estro, excepto en casos relativamente raros en que la hembra se somete a las presiones sexuales para defenderse de los ataques de un varón agresivo.

La menopausia, la perimenopausia y el climaterio

La **menopausia**, o el «cambio de vida», es el cese de la menstruación. La menopausia es un proceso que ocurre en la mayoría de los casos entre los 46 y los 50 años y dura aproximadamente unos dos años. Sin embargo, puede empezar en cualquier momento entre los 35 y los 60 años. Existe al menos un caso en el que una mujer se quedó embarazada a la edad de 61.

Pregunta: *¿Cuáles son las diferencias entre la menopausia, la perimenopausia y el climaterio?* El término **perimenopausia** se refiere al principio de la menopausia y normalmente se caracteriza por tres a once meses de amenorrea (ausencia de menstruación) o periodos irregulares (Bastian *et al.*, 2003; Torpy *et al.*, 2003). La perimenopausia acaba con la menopausia.

Tampón Tapón cilíndrico de celulosa que se inserta en la vagina y se deja ahí para absorber el fluido menstrual. (De una palabra francesa que significa el «tapón» del cañón de una pistola.)

Menopausia Cese de la menstruación.

Perimenopausia Principio de la menopausia, caracterizado por 3 a 11 meses de amenorrea o periodos irregulares.

La menopausia, en otros términos, es un evento específico en un proceso más largo conocido como el **climaterio** («periodo crítico»). El término *climaterio* se refiere específicamente al declive gradual en la capacidad reproductora de los ovarios. El climaterio generalmente dura unos quince años, entre los 45 y los 60 años. Después de los 35, los ciclos menstruales de muchas mujeres se acortan, desde un promedio de 28 a 25 días a la edad de 40, a 23 días a mediados de los 40. A finales de los 40, los ciclos de una mujer a menudo se vuelven erráticos, con algunos periodos que se aproximan y otros que se pierden.

En la menopausia, la glándula pituitaria continúa liberando niveles normales de FSH y LH en el torrente sanguíneo; pero, por razones que no son bien conocidas, los ovarios pierden gradualmente su capacidad de respuesta. Los ovarios ya no maduran las células geminales o no producen las hormonas sexuales estrógeno y progesterona.

El déficit en estrógeno puede conducir a varias sensaciones desagradables perimenopausales, como los sudores nocturnos y los calores súbitos (de repente sienten calor) y los rubores (de repente se sonrojan) (Bastian *et al.*, 2003; Dennerstein *et al.*, 2000). Los calores súbitos y los rubores se pueden alternar con sudores fríos en los que una mujer se siente repentinamente fría y viscosa. Cualquiera que ha experimentado «pies fríos», o las manos frías, debido a un ataque de ansiedad o de miedo, entenderá cómo pueden ser de dramáticos los cambios del flujo sanguíneo. Los calores súbitos y los rubores provienen de oleadas de dilatación de los vasos sanguíneos por la cara y la parte superior del cuerpo. Todas estas sensaciones reflejan la «inestabilidad vasomotora». Es decir, hay rupturas en los mecanismos del cuerpo que dilatan o estrechan los vasos sanguíneos para mantener una temperatura constante del cuerpo. Las señales adicionales de deficiencia de estrógeno incluyen vértigo, dolores de cabeza, dolores en las articulaciones, sensaciones de picor en las manos o los pies, quemazón o picor en la piel y palpitaciones del corazón. La piel normalmente se reseca.

Hay alguna pérdida de tejido del pecho y disminuye la lubricación vaginal durante la excitación sexual. Las mujeres también pueden sufrir trastornos del sueño, como despertarse más frecuentemente por la noche y tener dificultad para volver a dormirse. Un estudio chino encontró que aproximadamente una mujer de cada seis experimentaba migraña durante la perimenopausia (Wang *et al.*, 2003).

La deficiencia de estrógeno a largo plazo se ha unido al carácter quebradizo y a la porosidad de los huesos —una condición llamada osteoporosis—. Los huesos se rompen con más facilidad, y algunas mujeres desarrollan la llamada «joroba de viuda». La osteoporosis puede afectar a la calidad de vida e incluso puede amenazarla. El aumento del carácter quebradizo de los huesos incrementa el riesgo de fracturas serias, sobre todo de la cadera, y muchas mujeres más mayores nunca se recuperan de estas fracturas (Marwick, 2000).

La deficiencia de estrógeno también tiene efectos psicológicos. Puede dañar los funcionamientos cognoscitivos y los sentimientos psicológicos de bienestar (Ross *et al.*, 2000; Yaffe *et al.*, 2000).

Terapia de reemplazo hormonal (TRH). Algunas mujeres que experimentan síntomas físicos severos han sido ayudadas por la terapia de reemplazo hormonal (TRH), la cual típicamente consiste en estrógeno sintético y progesterona.

Pregunta: ¿Cuáles son los efectos —y los peligros— de la terapia de reemplazo hormonal (TRH)? Estrógeno y progesterona sintéticos se utilizan para compensar las pérdidas de sus homólogos naturales. La TRH puede ayudar a reducir los rubores y otros síntomas provocados por las deficiencias hormonales durante la menopausia (Den Tonkelaar & Oddens, 2000). Es especialmente útil en la prevención del desarrollo de la osteoporosis (Duenwald, 2002). Beber leche, que tiene un alto contenido en calcio, incrementa la densidad de los huesos en las mujeres jóvenes y es probable que ayude a prevenir la osteoporosis más tarde.

Climaterio Proceso a largo plazo, incluye la menopausia, que involucra el declive gradual en la capacidad reproductora de los ovarios.

De
cerca

Los mitos sobre la menopausia

La menopausia representa ciertamente un cambio de vida importante para la mayoría de las mujeres. Para muchas mujeres, la menopausia simboliza la crisis de los cuarenta a la que se enfrentan, incluyendo cambios en la apariencia, la sexualidad y la salud. ¿Exactamente con qué tipo de cambios nos encontramos? Muchos de nosotros tenemos ideas erróneas sobre la menopausia, ideas que pueden ser dañinas para las mujeres. Considera los siguientes mitos y realidades. ¿De qué mitos has sido víctima?

- **Mito 1: La menopausia es anormal.** Por supuesto que no. La menopausia es un desarrollo normal en la vida de las mujeres.
- **Mito 2: El cuerpo médico considera la menopausia una enfermedad.** Ya no. La menopausia se describe hoy en día como un «síndrome de deficiencia», refiriéndose al declive en la secreción de estrógeno y progesterona. Desgraciadamente, el término *deficiencia* también tiene connotaciones negativas.
- **Mito 3: Después de la menopausia, las mujeres necesitan un completo**

reemplazo de estrógeno. No necesariamente. Algún estrógeno continúa siendo producido por las glándulas suprarrenales, el tejido graso y el cerebro (Guzick & Hoeger, 2000).

- **Mito 4: La menopausia está acompañada por depresión y ansiedad.** No necesariamente. Varias revisiones de la literatura científica no han encontrado ninguna relación consistente entre la menopausia y estos síntomas psicológicos (Avis, 2003; Kessler, 2003). (Los resultados pueden diferir para mujeres que han tenido problemas psicológicos

Los suplementos de calcio también parecen ser útiles en la disminución del número de fracturas óseas entre las mujeres postmenopáusicas.

La TRH no está libre de controversia. Aunque la TRH ha sido útil a muchas mujeres menopáusicas, un estudio entre más de 16 000 mujeres postmenopáusicas con edades comprendidas entre 50 y 79 años encontró que la exposición a una combinación de estrógeno y progestin parece aumentar el riesgo de cáncer de mama significativamente (Chlebowski *et al.*, 2003). (Progestin se usa junto con el estrógeno porque el estrógeno solo expone a las mujeres a un riesgo significativo de desarrollar cáncer uterino [Duenwald, 2002].) El estudio de Chlebowski encontró que además de estimular el crecimiento de cáncer de mama, la combinación de hormonas también hace a los tumores más difíciles de detectar, provocando retrasos peligrosos en los diagnósticos. Durante el curso del estudio que se publicó en el *Journal of the American Medical Association*, de 8 506 mujeres en TRH, 199 desarrollaron cánceres malignos de pecho, comparadas con 150 casos entre las 8 102 mujeres que tomaron un placebo. También, a pesar de hacerse mamografías anuales, el 25,4 por ciento de las mujeres que desarrollaron el cáncer mientras usaban TRH tenían cánceres que habían empezado a formar metástasis, comparado con el 16 por ciento de aquellas que tomaron placebo. Debido a esto, el número de mujeres que usan TRH ha caído aproximadamente un 50 por ciento en unos dos años (Grady, 2003a). Por otro lado, el reemplazo de estrógeno disminuye el riesgo de la mujer de padecer osteoporosis (Grady, 2003a, 2003b) y cáncer de colon (Grady, 2003b; Solomon & Dluhy, 2003).

Se sabe que los niveles de LDL («el colesterol malo») suben entre las mujeres menopáusicas, mientras que los niveles de HDL («el colesterol bueno») disminuyen (Hall *et al.*, 2002). Varios estudios sugieren que la TRH eleva los niveles de HDL y baja los niveles de LDL (Herrington *et al.*, 2000; Nieto *et al.*, 2000; Shlipak *et al.*, 2000). Como niveles altos

Osteoporosis

Condición provocada por la deficiencia de estrógeno y caracterizada por un declive en la densidad ósea, de tal manera que los huesos se vuelven porosos y quebradizos. (Del griego *osteon*, que significa «hueso», y el latín *porus*, que significa «poro».)

previos a la menopausia.) Un estudio holandés siguió 2 103 mujeres de entre 46 y 54 años durante cinco años. Durante este periodo de tiempo, el número de mujeres que alcanzaron el estado postmenopausal se dobló, y el porcentaje de mujeres que informaron de sufrir depresión aumentó de 18,5 a 23,7 por ciento (Maartens *et al.*, 2002). El aumento es improbable que se deba al cambio, pero más de tres sobre cuatro mujeres en el estudio no informaron de niveles significativos de depresión o ansiedad en algún momento durante la experiencia de la menopausia.

Gran parte de la respuesta de una mujer a la menopausia refleja su significado para ella,

no los cambios físicos (Hunter & O'Dea, 2001). Las mujeres que adoptan la creencia normalmente aceptada de que la menopausia señala el principio del fin de su vida pueden desarrollar un sentido de desesperación sobre el futuro, que a su vez puede poner el escenario para la depresión. Las mujeres cuyas vidas enteras se han centrado alrededor de la maternidad y la crianza de los niños pueden experimentar más probablemente un sentido de pérdida. Es más, existe un prejuicio cultural para explicar la depresión y otros problemas de las mujeres de mediana edad en términos de menopausia, en lugar de explorar los factores psicosociales.

- **Mito 5: En la menopausia, las mujeres experimentan debilitantes acaloramientos súbitos.** No.
- **Mito 6: Una mujer que ha tenido una histerectomía no sufrirá la menopausia después.** Depende de si le extirparon o no los ovarios (los mayores productores de estrógeno). Si no fue así, la menopausia debería proceder normalmente.
- **Mito 7: La menopausia señala el fin para el apetito sexual de la mujer.** ¡No, en absoluto!
- **Mito 8: El nivel general de actividad de una mujer disminuye después de la menopausia.** Muchas mujeres postmenopáusicas se vuelven más dinámicas y más seguras.

de LDL se relacionan con enfermedades cardiovasculares, se creyó, hasta hace poco, que la TRH puede reducir el riesgo de tales enfermedades en las mujeres postmenopáusicas. Sin embargo, recientes investigaciones muestran resultados mezclados. Las mujeres en el ensayo de la **terapia de reemplazo hormonal** de la Women's Health Initiative aparentemente corrieron un riesgo ligeramente mayor de sufrir ataques cardíacos y derrames cerebrales (Fletcher & Colditz, 2002). De las 25 000 mujeres que participaron en el estudio, casi el 1 por ciento que usaron la TRH desarrollaron tales problemas durante el primer año, pero el riesgo disminuyó rápidamente en los años siguientes. Por otro lado, un estudio entre casi 165 000 mujeres británicas entre los 50 y los 74 años de la General Practice Research Database encontró que la TRH, en forma de píldoras o parches de la piel, tenía efectos cardioprotectores (Varas-Lorenzo *et al.*, 2000). ¿Qué podemos concluir? Los resultados de las investigaciones con la TRH son mixtos, lo cual sugiere precaución (Grady, 2003b; Solomon & Dluhy, 2003). Las mujeres que consideren la TRH deberán comentar los últimos resultados de las investigaciones con su ginecólogo y considerar las alternativas.

El especialista en cáncer de mama Larry Norton (citado en Duenwald, 2002), del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, en Nueva York, llama la atención de que la progesterina sola previene o disminuye los calores súbitos en aproximadamente un 70 por ciento de mujeres. Los inhibidores selectivos de serotonina (SSRIs), como Effexor, Paxil y Prozac, son también de ayuda (Stearns *et al.*, 2003). Las mujeres que usan SSRIs para tratar los calores súbitos toman la mitad de la dosis que se usa para tratar la depresión, que es su uso más común, aunque también son útiles con el síndrome premenstrual (PMS), el desorden disfórico premenstrual (PMDD), los desórdenes del apetito y algunos otros problemas.

La sequedad vaginal puede tratarse con estrógenos de uso local —esto es, colocados en la vagina en lugar del torrente sanguíneo, como se hace normalmente con las

Terapia de reemplazo hormonal (TRH)

Reemplazo del estrógeno natural o del estrógeno y la progesterona con equivalentes sintéticos, después de la menopausia.

hormonas—. Las cremas (por ejemplo, Estrace), los supositorios (Vagifem) y un anillo plástico (Estring) están disponibles para este propósito.

El «estrógeno de diseño» (que significa que es útil solo para ciertos receptores del estrógeno) raloxifene, como TRH, es de ayuda para las mujeres con osteoporosis, pero disminuye, al parecer, en lugar de aumentar el riesgo de cáncer de mama. Como otra alternativa, el bisfosfonates (Actonel o Fosamax) también ayuda a mantener la fortaleza de los huesos.

Cómo enfrentarse a las molestias menstruales

La mayoría de las mujeres experimentan alguna molestia menstrual. Las mujeres con dolor menstrual persistente pueden beneficiarse de las sugerencias que presentamos a continuación. Los investigadores están explorando la efectividad de estas técnicas en estudios controlados. Puedes considerar probar las técnicas que te parezcan adecuadas —todas ellas si lo deseas—. Pruébalas durante unos meses para comprobar si obtienes algún beneficio.

1. ¡No te culpes! Los problemas menstruales se atribuyeron una vez erróneamente a la naturaleza «histérica» de las mujeres. Esto carece de sentido. Los problemas menstruales aparecen, principalmente, como un reflejo de las variaciones hormonales o las fluctuaciones químicas en el cerebro durante el ciclo menstrual. Los investigadores no han identificado todavía totalmente todos los elementos y los modelos causales, pero su falta de conocimiento no significa que las mujeres que tienen problemas menstruales sean unas histéricas.
2. Haz un calendario menstrual, de manera que puedas hacer un seguimiento de tus síntomas menstruales sistemáticamente y puedas identificar los patrones.
3. Desarrolla estrategias para enfrentarte a los días en los que experimentas más dolor, estrategias que te ayudarán a reforzar el placer y minimizar la tensión que te afecta en esos días (Hunter *et al.*, 2002). Pueden ser útiles actividades que te distraigan de tu incomodidad menstrual. Ve a ver una película o empieza a leer esa novela que tanto tiempo has querido leer.
4. Pregúntate a ti misma si albergas cualquier actitud contraproducente hacia la menstruación que podría estar creando el dolor (Hunter *et al.*, 2002). ¿Ven tus parientes y amigos la menstruación como una enfermedad, un tiempo de «polición», algo «sucio»? ¿Has adoptado cualquiera de estas actitudes —si no verbalmente, entonces de manera que afecten a tu conducta—, como restringir tus actividades sociales durante tu periodo?
5. Consulta a un ginecólogo sobre tus preocupaciones, sobre todo si tienes síntomas severos. Los síntomas menstruales severos pueden ser secundarios a desórdenes médicos como la endometriosis y la enfermedad inflamatoria pelviana (EIP). Hazte un chequeo.
6. Desarrolla hábitos de alimentación nutritiva y manténlos durante el ciclo entero (eso significa siempre). Limita el consumo de alcohol, caféina, grasas, sal y dulces, sobre todo durante los días precedentes a la menstruación. La investigación sugiere que una dieta baja en grasas, vegetariana, reduce la duración y la intensidad del dolor menstrual y la duración de los síntomas premenstruales (Barnard *et al.*, 2000).
7. Haz varias comidas ligeras a lo largo del día, en lugar de unas pocas comidas copiosas.
8. Algunas mujeres han descubierto que el ejercicio físico intenso, como nadar, montar en bicicleta, caminar rápido, bailar, patinar, incluso saltar a la cuerda, les

Dismenorrea Dolor o incomodidad durante la menstruación.

Dismenorrea primaria Dolor o incomodidad menstrual que ocurren en ausencia de problemas orgánicos conocidos.

Dismenorrea secundaria Dolor o incomodidad menstrual provocados por problemas orgánicos identificados.

Prostaglandinas Hormonas que provocan la contracción de las fibras musculares de la pared uterina, como durante el parto.

Mastalgia Hinchazón de los pechos que a veces causa incomodidad premenstrual.

Amenorrea Ausencia de menstruación.

Amenorrea primaria Falta de menstruación en una mujer que nunca ha menstruado.



El ejercicio como una estrategia para hacer frente a las molestias menstruales. Algunas mujeres han descubierto que el ejercicio físico intenso ayuda a aliviarles las molestias menstruales.

ayuda a aliviar las molestias premenstruales y menstruales. La evidencia sugiere que el ejercicio ayuda a aliviar y posiblemente prevenir la molestia menstrual (Ling, 2000; Pearlstein & Steiner, 2000). A propósito, haz ejercicio regularmente, no te conviertas en una atleta premenstrual solamente.

9. Consulta a tu médico sobre la conveniencia de tomar vitaminas y suplementos minerales (como calcio y magnesio). La vitamina B6 parece haber ayudado a algunas mujeres (Chavez & Spitzer, 2002).
10. El ibuprofeno (en las marcas Medipren, Advil, Motrin, etc.) y otras medicinas sin receta médica pueden ser útiles para los calambres. Los medicamentos con receta, como los anti-ansiedad (por ejemplo, alprazolam) y los antidepresivos (inhibidores selectivos de serotonina o SSRIs), también pueden ser de ayuda (Bäckström *et al.*, 2003; Hunter *et al.*, 2002; Stearns *et al.*, 2003). Los «antidepresivos» afectan a los niveles de los neurotransmisores de una manera que puede ser útil para las mujeres con SPM o DDPM. Sus beneficios no significan que las mujeres con SPM o DDPM estén «básicamente» deprimidas. Pídele consejo a tu médico.
11. Recuerda que los problemas menstruales son de duración limitada. No te preocupes por ello a lo largo de tu vida y tu carrera. Simplemente piensa en los próximos días. En este capítulo hemos explorado la anatomía y la fisiología sexual femenina. En el capítulo siguiente dirigiremos nuestra atención hacia el varón.

Amenorrea

secundaria Falta de menstruación en una mujer que ha menstruado anteriormente.

Anorexia nerviosa

Desorden psicológico del apetito caracterizado por un intenso miedo a ganar peso y la negativa a comer lo suficiente para mantener el peso normal del cuerpo.

Síndrome

premenstrual

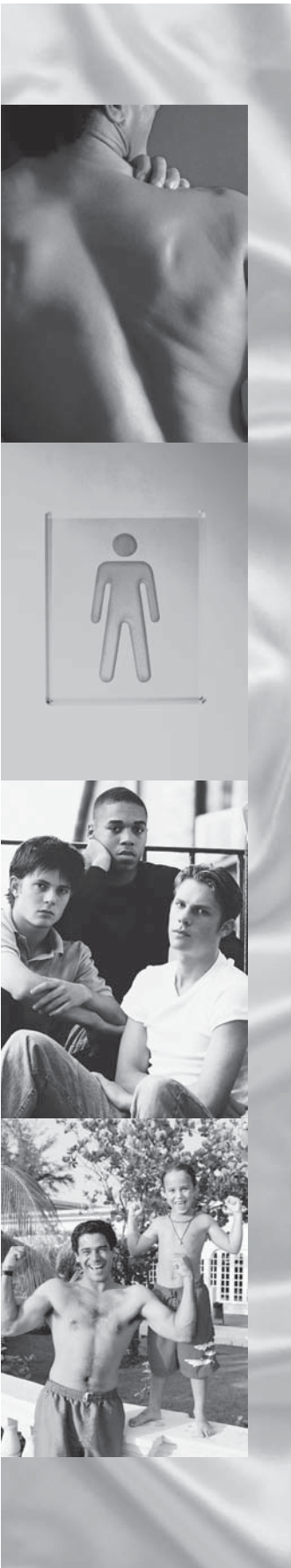
(SPM) Combinación de síntomas físicos y psicológicos (por ejemplo, ansiedad, depresión, irritabilidad, ganancia de peso por retención de fluidos e incomodidad abdominal) que regularmente afecta a muchas mujeres durante un intervalo entre cuatro y seis días previos a la menstruación mensual.

Desorden disfórico

premenstrual

(DDPM) Diagnóstico utilizado por la American Psychiatric Association para describir casos de SPM que se caracterizan por cambios severos de humor y el deterioro del funcionamiento en el trabajo, en la escuela o en las relaciones sociales.

Anatomía y fisiología sexual masculina



Los órganos sexuales externos

El pene

El escroto

Los órganos sexuales internos

Los testículos

La sexualidad humana en el nuevo milenio. Andropausia y química: ¿es tóxica la testosterona?

Los conductos deferentes

Las vesículas seminales

La glándula prostática

Las glándulas de Cowper

El semen

Problemas de salud del sistema urogenital

La uretritis

El cáncer de testículo

Las enfermedades de la próstata

Las funciones sexuales masculinas

La erección

Los reflejos espinales y la respuesta sexual

La eyaculación

Los órganos sexuales externos

Símbolos fálicos

Imágenes del pene que normalmente son símbolos de poder.

Testículos Glándulas sexuales masculinas, suspendidas en el escroto, que producen las células del esperma y las hormonas sexuales del varón.

Pene Órgano masculino de la relación sexual. (Del latín «cola».)

Cuerpos cavernosos

Cilindros de tejido esponjoso en el pene que se llenan de sangre y se endurecen durante la excitación sexual.

Cuerpo esponjoso

Cuerpo esponjoso que discurre a lo largo de la base del pene, que contiene la uretra del pene y se agranda en el extremo para formar el glande.

Corona La zona que separa el glande del cuerpo del pene. (Del latín «corona».)

Frenillo Tira sensible de tejido que conecta la parte inferior del glande con el tronco. (Del latín *frenum*, que significa «brida».)

Pregunta: ¿Cuáles son los órganos sexuales externos masculinos? Los órganos sexuales externos masculinos incluyen el pene y el escroto (véanse las Figuras 3.1 y 3.2).

El pene

A primera vista, las estructuras del pene pueden parecer bastante simples, especialmente cuando se comparan con los órganos femeninos. Esta aparente simplicidad puede haber contribuido a los estereotipos culturales que califican a los hombres de sinceros y agresivos y a las mujeres de complicadas y, quizás, misteriosas. Pero, como se puede apreciar en la Figura 3.1, la simplicidad del pene es solo aparente. Su complejidad se oculta bajo su superficie. Los estereotipos del género con respecto a la anatomía están tan desencaminados como aquellos relacionados con la personalidad (véase el Capítulo 5).

Pregunta: ¿Cuáles son las funciones y las partes del pene? El pene, como la vagina, es el órgano sexual que se utiliza en la relación sexual. Sin embargo, a diferencia de la vagina, el pene sirve de canalización para la orina. El semen y la orina salen del pene a través de la abertura uretral. Esta abertura se llama *meato* uretral, que significa «pasaje».

En lugar de huesos o músculos, el pene contiene tres cilindros de tejido esponjoso que hacen posible su elongación. Los dos cilindros más grandes, los **cuerpos cavernosos** (véase la Figura 3.1), están uno junto al otro y funcionan como los cuerpos cavernosos en el clítoris. Estos cilindros se llenan con sangre y se endurecen durante la excitación sexual. Además, un **cuerpo esponjoso** discurre a lo largo de la parte baja o ventral de la superficie del pene. Éste contiene la uretra, que conduce la orina a través del pene hacia la abertura urinaria (el meato uretral) en el extremo. Al final del pene, el cuerpo esponjoso se hace más grande para formar el glande, o la cabeza del pene.

Estos tres cilindros consisten en tejido esponjoso que se hincha (se dilata), llenándose de sangre durante la excitación sexual y produciendo la erección. La uretra se conecta con la vejiga, que no está relacionada con la reproducción, y con las partes del sistema reproductor que transportan el semen. El glande del pene, como el glande clitoridiano, es sumamente sensible al estímulo sexual. Por ello, el estímulo prolongado puede volverse irritante, incluso doloroso. Por lo general, los hombres prefieren masturbarse acariciando el tronco del pene en lugar del glande, aunque algunos prefieren tocarse este último. La **corona**, o el anillo coronal, separa el glande del cuerpo del pene. También éste es bastante sensible al estímulo sexual. Después del glande, las partes del pene que los hombres suelen encontrar más sensibles son la corona y un área, en la parte inferior del pene, llamada

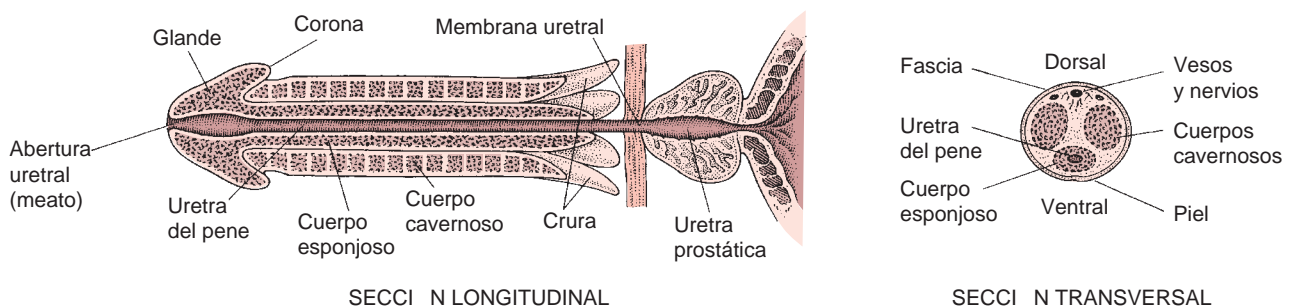


Figura 3.1. El pene. Durante la excitación sexual, los cuerpos cavernosos y esponjosos se llenan con sangre, lo que produce su aumento de tamaño y endurecimiento.

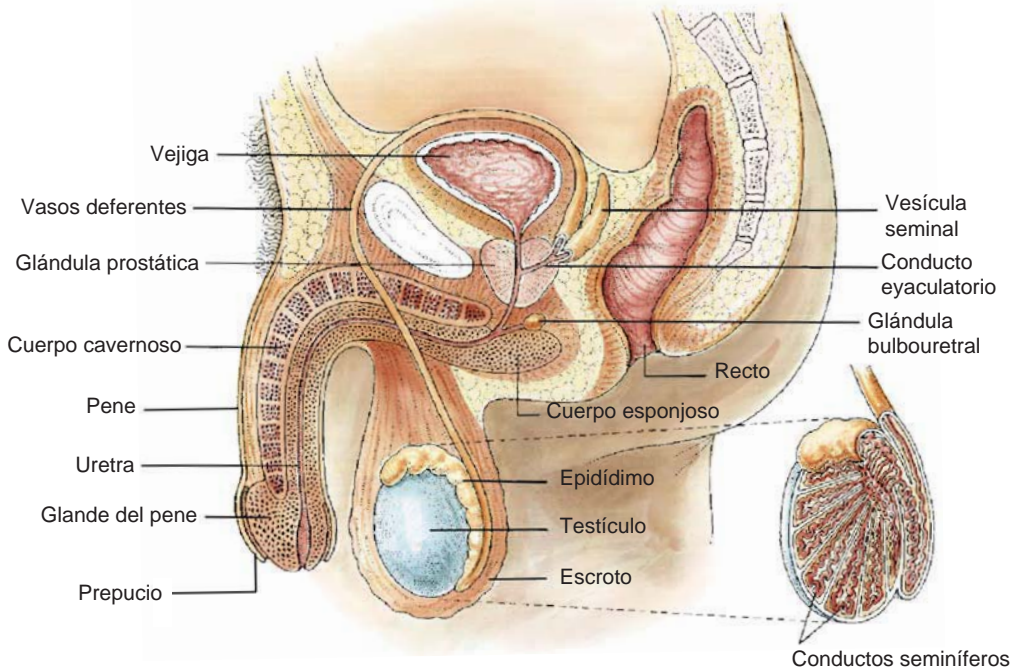


Figura 3.2. Aparato reproductor masculino. Los órganos sexuales masculinos externos incluyen el pene y el escroto.

frenillo. El frenillo es una tira delgada de tejido que conecta la parte inferior del glande con el cuerpo del pene. Para la mayoría de los hombres, la parte superior del pene es la más sensible.

La base del pene, llamada la **raíz**, se extiende dentro de la pelvis. Está unida a los huesos pelvianos por unas estructuras que tienen forma de pierna, llamadas *crura* o *crurales*, que son como aquellas que anclaban el clítoris femenino. El cuerpo del pene se llama el **tronco** del pene. Al contrario que el tronco clitoridiano, puede oscilar libremente. Así, cuando la excitación sexual llena el pene de sangre, la erección resultante es obvia.

La piel del pene carece de vello y está suelta, lo que permite su expansión durante la erección. Está sujeta al cuerpo del pene sólo debajo del glande. Sin embargo, parte de ella, como los labios menores femeninos, cubre parcialmente el glande. Este trozo de piel es el **prepucio**. Cubre parte o todo el glande, así como el prepucio clitoridiano (capucha) cubre el cuerpo del clítoris. El prepucio consiste en piel suelta que puede moverse libremente sobre el glande. Sin embargo, el esmegma, una secreción de olor fuerte, se puede acumular bajo el prepucio, adhiriéndose al glande.

Circuncisión. La **circuncisión** es la extracción quirúrgica del prepucio (Figura 3.3).

Pregunta: ¿Cuál es la polémica que rodea a la circuncisión masculina? Los defensores de la circuncisión masculina creen que es higiénica porque elimina un lugar donde el esmegma se puede acumular y donde pueden prosperar organismos infecciosos. Los antagonistas creen que la circuncisión es innecesaria porque la limpieza regular es suficiente para reducir el riesgo de estos problemas.

La circuncisión masculina tiene una larga historia como rito religioso. Los judíos tradicionalmente llevan a cabo la circuncisión masculina poco después del nacimiento del bebé. La circuncisión se realiza como una señal de la relación entre Dios y el pueblo de Abraham. Los musulmanes también practican la circuncisión ritual por razones religiosas, aunque ellos la llevan a cabo unos años después del nacimiento (Quereshi, 2003). Los porcentajes de la circuncisión en Estados Unidos, por ejemplo, varían ampliamente desde

Raíz Base del pene que se extiende dentro de la pelvis.

Tronco Cuerpo del pene que aumenta de volumen como resultado de la vasocongestión.

Prepucio Piel suelta que cubre el glande.

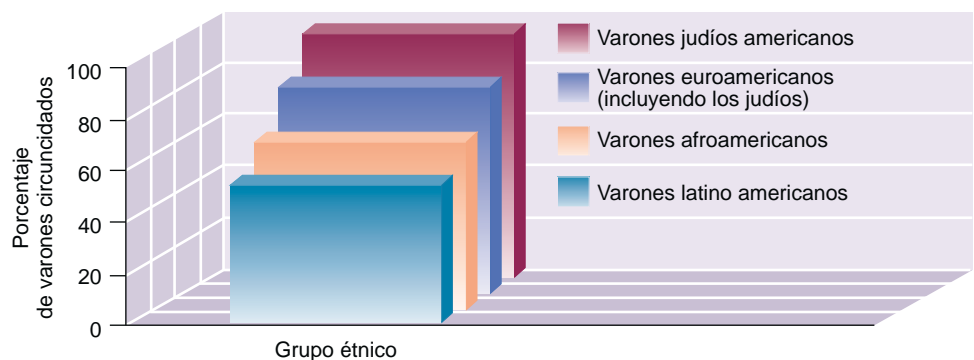
Circuncisión Extracción quirúrgica del prepucio del pene. (Del latín *circumcidere*, que significa «cortar alrededor».)



Figura 3.3. Variaciones normales en los órganos genitales masculinos. El pene y el escroto varían bastante en su aspecto de un hombre a otro. Los penes de las dos primeras fotografías están circuncidados.

el 80 por ciento en el Medio Oeste, donde son más altos, hasta aproximadamente el 40 por ciento en el Oeste donde son más bajos. La circuncisión no es común en otros lugares, salvo el mundo musulmán. La proporción es, aproximadamente, un 17 por ciento en Canadá y un 5 por ciento en Inglaterra. La circuncisión es bastante rara en Europa, en Suramérica y en el Asia no musulmana (Liptak, 2003).

La circuncisión se extendió en Estados Unidos porque los informes médicos sugirieron que se reducía el riesgo de infecciones del tracto urinario (Wiswell, 2003) del virus del papiloma humano (Castellsague *et al.*, 2002) del VIH/SIDA (Bailey, 2000; Cohen, 2000; Halperin & Bailey, 1999). Por ejemplo, Ann Buve (2000), del Instituto Belga de Medicina Tropical, comparó la incidencia de infección de VIH en dos ciudades africanas con altas proporciones y dos con bajas proporciones. En Yaundé, Camerún, y Cotonou, Benin, el predominio de VIH entre los hombres sexualmente activos estaba aproximadamente entre el 4 y el 5 por ciento, y estaban circuncidados el 99 por ciento de los hombres. En Kisumu, Kenya, y Ndola, Zambia, donde las proporciones de circuncisión eran mucho más bajas, las proporciones de infección de VIH entre los hombres sexualmente activos estaban entre el 26 y el 27 por ciento aproximadamente. Es probable que los efectos protectores de la circuncisión reflejen una incidencia más baja de inflamaciones locales y úlceras



Fuente: Laumann *et al.*, 1997.

Figura 3.4. ¿Quién se circuncida? La circuncisión era muy común entre los judíos americanos, para los que forma parte de un rito religioso, y, en general, entre los euroamericanos, comparada con los afroamericanos y con los latinoamericanos. En otras partes del mundo, la circuncisión es relativamente rara, excepto entre los musulmanes, que también circuncidan a los varones por razones religiosas.

genitales, que son dos posibles vías de entrada para el VIH, y el desprendimiento de células en el prepucio (células de Langerhans), que son receptivas para la infección por VIH (Cohen, 2000; Szabo & Short, 2000).

En lo que se refiere a los efectos sexuales de la circuncisión, por lo general, se acepta que la circuncisión disminuye la sensibilidad sexual (Liptak, 2003). Aunque la circuncisión disminuye el riesgo de contraer cáncer del pene, ETS e infecciones del tracto urinario (Wiswell, 2003), el procedimiento es sumamente doloroso si no se lleva a cabo con la anestesia adecuada, y en 1999 la Academia Americana de Pediatría declaró que el riesgo relativamente superior de contraer cáncer del pene o ETS no era motivo suficiente para que la circuncisión se realizara de manera universal. Los críticos de la circuncisión también señalan que se lleva a cabo sin el consentimiento informado de la persona que se va a operar (que normalmente solo tiene unos días de edad) (Liptak, 2003).

Sin embargo, todos los médicos están de acuerdo con que la circuncisión es una opción para el tratamiento de la **fimosis**, que consiste en la dificultad de llevar hacia atrás el prepucio del glande. No obstante, hoy en día solo una minoría de varones con fimosis se circuncida por esa razón (Rickwood *et al.*, 2000).

El tamaño del pene

IRAS: ¿No tengo ni una pulgada más de fortuna que ella?

CARMIANA: Bueno, si tuvieras solo una pulgada de fortuna más que yo, ¿dónde elegirías que estuviera?

IRAS: No en la nariz de mi marido.

William Shakespeare, *Antonio y Cleopatra*

En nuestra cultura, el tamaño del pene se considera a menudo como una medida de la masculinidad de un hombre y de su capacidad para satisfacer a su pareja sexual. Shakespeare y otros escritores nos informan de que los hombres se han mirado el pene durante siglos, a veces con deleite, pero más a menudo con mortificación. Los hombres que hacen gala de sus hazañas sexuales o reproductoras también presumen de tener una prueba más prominente de su masculinidad. Sin embargo, la experiencia clínica con parejas disfuncionales sugiere que las mujeres se quejan más de la falta de capacidad de sus compañeros para la comunicación o creación de la atmósfera emocional adecuada que del tamaño de su pene (Zilbergeld, 1999).

Puede servir de consuelo saber que incluso el pene humano más pequeño es unas tres o cuatro veces más largo que el pene de un gorila corpulento. Aun así, el pene humano no se puede comparar con el de la ballena azul. Este mamífero marino puede llegar a medir más de treinta metros de longitud y su pene puede superar los dos metros de longitud. Cuando no lo utiliza, lo oculta en su abdomen, pues de no hacerlo podría actuar como un timón y estorbar la capacidad de navegación del animal.

Masters y Johnson (1966), en un estudio realizado con 312 hombres, encontraron que la longitud de los penes en estado de flacidez variaba entre los nueve y los diez cm de longitud, y entre los 12,5 cm y los 18 cm de longitud en erección (Reinisch, 1990). La longitud de los penes en erección difiere menos que la de los penes flácidos. Los penes más pequeños cuando están flácidos aumentan más de tamaño al ponerse erectos. Los penes relativamente grandes cambian menos su tamaño. Las diferencias de tamaño en los penes flácidos se cancelan en gran medida cuando entran en erección.

Incluso cuando está flácido, el mismo pene puede variar su tamaño. Factores como el aire o el agua fríos o las emociones de miedo o ansiedad pueden hacer que el pene (junto con el escroto y los testículos) se acerque más al cuerpo, reduciendo su tamaño. El pene flácido también puede aumentar su tamaño en el agua caliente o cuando el hombre está relajado.

Fimosis Condición anómala en la que el prepucio está tan ajustado que no puede retirarse del glande. (Del griego *phimos*, que significa «hocico».)

Escroto Bolsa de piel suelta que contiene los testículos. (De la misma raíz lingüística de la palabra «tira», que significa «una tira larga, estrecha», y refiriéndose probablemente a los surcos largos en la bolsa escrotal.)

Cordón espermático Cordón que suspende un testículo dentro del escroto y contiene un vaso deferente, vasos sanguíneos, nervios y el músculo del cremáster.

Vaso deferente Tubo que dirige el espermatozoide desde el testículo hasta el conducto eyaculatorio del pene. (De las raíces latinas que significan «un vaso» que «leva hacia abajo».)

Músculo del cremáster Músculo que levanta y baja el testículo como respuesta a los cambios de temperatura y al estímulo sexual.

Músculo de dartos Músculo en la capa media del escroto que se contrae y se relaja como respuesta a los cambios de temperatura.

Célula geminal Célula a partir de la cual se desarrolla un nuevo organismo completo. (Del latín *germen*, que significa «brote».)

Esperma Célula geminal masculina. (De la raíz griega que significa «semilla».)

Andrógenos Hormonas sexuales masculinas. (Del griego *andros*, que significa «hombre», y *-gene*, que significa «nacido».)

El escroto

Pregunta: ¿Qué es el escroto? El escroto es una bolsa de piel suelta que se cubre ligeramente de pelo en la pubertad. Tiene dos compartimentos que sostienen los testículos. Cada testículo se sostiene en su lugar por un **cordón espermático**, una estructura que contiene los **vasos deferentes**, vasos sanguíneos y nervios, y el **músculo del cremáster**. El **músculo del cremáster** levanta y baja los testículos dentro del escroto como respuesta a los cambios de temperatura y los estímulos sexuales. (La excitación sexual aproxima los testículos al cuerpo.)

La producción de espermatozoides es óptima a una temperatura ligeramente inferior a los 37 grados centígrados, que es la temperatura normal del cuerpo. La temperatura del escroto suele estar entre cinco y seis grados por debajo de esta temperatura corporal. El escroto es flexible y está suelto, lo que permite a los testículos y a las estructuras cercanas alejarse de la temperatura más elevada del cuerpo, sobre todo en tiempo caluroso. En la capa media del escroto está el **músculo de dartos**, que, como el cremáster, se contrae y se relaja como respuesta a los cambios de temperatura. En tiempo frío o ante el contacto con agua fría, se contrae para acercar los testículos al cuerpo. Con tiempo caluroso se relaja, permitiendo a los testículos que cuelguen más lejos del cuerpo. El músculo de dartos también aumenta o disminuye el área de contacto del escroto con el exterior. Relajado permite que la superficie de intercambio de calor sea mayor, mientras que contraído, en tiempo frío, reduce la superficie y, en consecuencia, la pérdida de calor, dando una apariencia arrugada al escroto.

El escroto se desarrolla a partir del mismo tejido embrionario que da lugar a los labios mayores femeninos. Y como éstos, es bastante sensible al estímulo sexual. Es algo más sensible que la parte superior del pene pero menos que otras áreas de éste. (Véase la Figura 3.2).

Los órganos sexuales internos

Pregunta: ¿Cuáles son los órganos sexuales internos masculinos? Los órganos sexuales internos masculinos incluyen los testículos, los órganos que producen el espermatozoide y la testosterona, el sistema de tubos o conductos que dirigen el espermatozoide a través del sistema reproductor masculino y los órganos que ayudan a nutrir y activar el espermatozoide y neutralizan parte de la acidez que eventualmente se encontrará el espermatozoide en la vagina.

Los testículos

Los testículos son las gónadas masculinas («gónada» deriva del griego *gone*, que significa «semilla»). En jerga, los testículos se suelen llamar «pelotas» o «huevos», términos considerados vulgares pero que son razonablemente descriptivos y que facilitan a muchas personas referirse a ellos en las conversaciones informales.

Pregunta: ¿Cuáles son las funciones de los testículos? Los testículos cumplen dos funciones análogas a las de los ovarios: secretan hormonas sexuales y producen **células germinales** maduras. En el caso de los testículos, las células germinales son el **espermatozoide** y las hormonas sexuales son los **andrógenos**. El andrógeno más importante es la **testosterona**.

La testosterona. La testosterona es producida por las **células intersticiales**, que también son conocidas como las **células de Leydig**. Las células intersticiales se encuentran entre los conductos seminíferos y descargan la testosterona en el flujo sanguíneo (véase la Figura 3.5). La testosterona estimula la diferenciación prenatal de los órganos sexuales

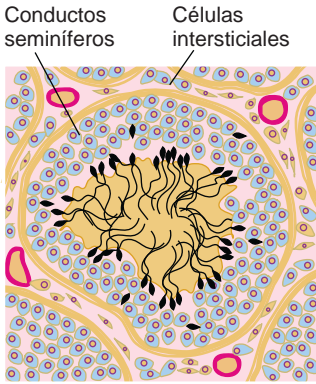


Figura 3.5. Células intersticiales. La testosterona se produce en las células intersticiales, que se sitúan entre los tubos seminíferos en cada testículo. El esperma (en el medio del dibujo) se produce dentro de los tubos seminíferos.

masculinos, la producción de espermatozoides y el desarrollo de los **caracteres sexuales secundarios**, como la barba, la voz grave y la masa muscular.

En los hombres, varias glándulas endocrinas —un bucle de retroalimentación entre el hipotálamo, la glándula pituitaria y los testículos (véase la Figura 3.6)— mantienen los niveles de testosterona en sangre más o menos constantes, aunque se producen ligeras variaciones debido al estrés, la hora del día, el mes y otros factores. Esto contrasta con los picos y los valles en los niveles hormonales de las mujeres durante las fases del ciclo menstrual.

Las hormonas pituitarias, FSH y LH, que regulan la actividad de los ovarios, también regulan la actividad de los testículos. La FSH regula la producción de espermatozoides y la LH estimula la producción de testosterona por parte de las células intersticiales. Bajos niveles de testosterona dan la orden al hipotálamo para que produzca la hormona LH liberadora o activadora (LH-RH). Como las piezas de un dominó cayendo en línea, la LH-RH obliga a la glándula pituitaria a secretar LH, la cual a su vez estimula a los testículos para secretar testosterona. La LH se conoce también como *hormona estimuladora de las células intersticiales*, o HECI.

Cuando el nivel de testosterona en sangre alcanza un pico, el hipotálamo ordena a la glándula pituitaria que deje de producir LH. Este sistema cíclico de información entre estas tres glándulas endocrinas se llama bucle de retroalimentación. Éste, en concreto, es un bucle de retroalimentación negativo, es decir, el incremento de niveles hormonales en una parte del sistema le indica a otra parte del sistema que reduzca los niveles, y viceversa.

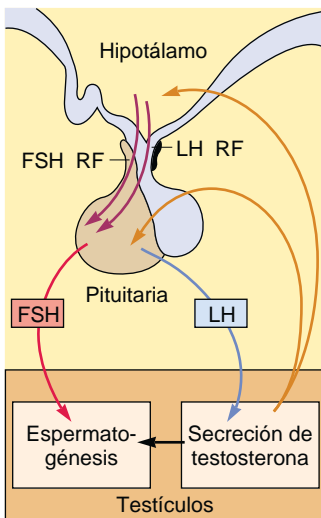


Figura 3.6. Control hormonal de los testículos. Varias glándulas endocrinas —el hipotálamo, la glándula pituitaria y los testículos— mantienen los niveles de testosterona en sangre en un nivel más o menos constante. Bajos niveles de testosterona ordenan al hipotálamo que produzca la hormona LH activadora o liberadora (LH-RH). Como piezas de dominó cayendo en línea, la LH-RH hace que la glándula pituitaria produzca LH, la cual a su vez estimula a los testículos para que liberen testosterona. La hormona liberadora o activadora estimuladora de los folículos (FSH-RH) del hipotálamo hace que la pituitaria produzca FSH, la cual, a su vez, hace que los testículos produzcan células espermáticas.

Testosterona Hormona esteroide sexual masculina.

Células intersticiales Células que se sitúan entre los conductos seminíferos y secretan la testosterona.

Células de Leydig Otro término para las células intersticiales.

Caracteres sexuales secundarios Rasgos que distinguen los sexos pero que no están implicados directamente en la reproducción.

Andropausia y química: ¿es tóxica la testosterona?

A la mayoría de nosotros nos resulta familiar la expresión las «hormonas furiosas o encrespadas» relacionada con la supuesta irritabilidad que muestran algunas mujeres previamente a la menstruación y aparentemente relacionada con las fluctuaciones de las hormonas sexuales durante el ciclo menstrual. Pero podría decirse que también los hombres son víctimas de las «hormonas soliviantadas». La hormona sexual masculina está relacionada con la tendencia a dominar a otras personas. Algunas investigaciones han relacionado la agresividad elevada de algunos adolescentes y estudiantes universitarios con niveles de testosterona más altos que sus compañeros (Chance *et al.*, 2000; Dabbs *et al.*, 1996). Por esta razón, la columnista social Anna Quindlen escribió un artículo titulado «¿Es tóxica la testosterona?». Veremos que la respuesta a la pregunta de Anna Quindlen podría ser que sí —es decir, la testosterona podría ser tóxica—, pero por razones que no expuso en su artículo.

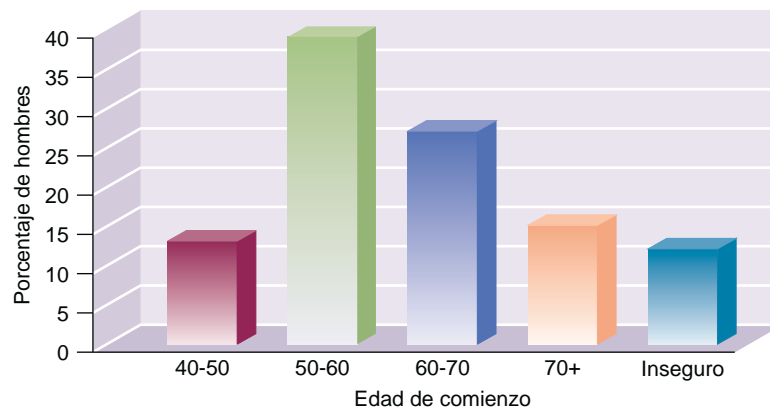
Históricamente hablando, se han investigado más los problemas de salud de los hombres que los de las mujeres. Con todo, los problemas relacionados con niveles bajos de hormonas en los hombres aún no tienen un nombre específico. *Andropausia* sugiere una caída de los andrógenos —hormonas sexuales masculinas—. *Viropausia* sugiere un declive de la virilidad, que no es un término científico y sugiere una pérdida general de capacidad. *Manopausia* es un término ampliamente utilizado, pero es una imitación del término científico menopausia.

Para las mujeres, la menopausia supone una etapa bien diferenciada, relacionada con la edad, de disminución de las hormonas sexuales y de la fertilidad. En los hombres, la



¿Andropausia? El término andropausia se refiere a los efectos del declive gradual en los niveles de testosterona a medida que los hombres envejecen. Estos efectos, que frecuentemente comienzan a los cincuenta años, incluyen pérdida de fuerza muscular, acumulación de grasa, energía reducida, fertilidad baja y habilidad eréctil reducida.

disminución en la producción de hormonas sexuales y de la fertilidad es más gradual (Tan & Culberson, 2003). Por eso no es sorprendente encontrar un hombre que a sus setenta años o más sea el padre de un bebé. Sin embargo, son muchos los hombres que a sus cincuenta o sesenta años experimentan problemas para alcanzar y mantener una erección (McElduff & Beange, 2003; Seidman, 2003), lo que puede reflejar problemas circulatorios o estar relacionado con la producción de hormonas. En la Figura 3.7 se indican las edades a las cuales un grupo de investigadores



Fuente: Tan, R. S. Managing the andropause in aging men. *Clinical Geriatrics*, 23 de marzo de 2002, en <http://www.mmhc.com/cg/articles/CG9907/Tan.html>.

Figura 3.7. Edad de comienzo de la andropausia. Según un estudio, es más probable que la andropausia comience entre los 50 y los 60 años.

encontraron que comenzaban los síntomas de la andropausia.

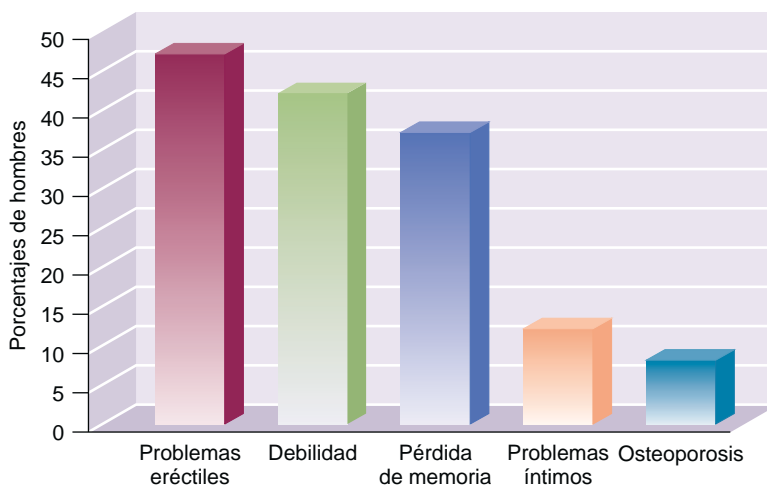
El comportamiento sexual es tan solo una parte de la historia. La Figura 3.8 muestra las frecuencias a las que suceden algunos síntomas de la andropausia. Entre los 40 y los 70 años de edad, el hombre típico estadounidense, por ejemplo, pierde entre 5,5 y 9 kilos de masa muscular, unos 5 cm de altura y un 15 por ciento de masa ósea. (Los hombres, como las mujeres, corren riesgo de osteoporosis [Tan, 2001, 2002].) El porcentaje de grasa corporal casi se dobla. Se producen pérdidas en el oído y en la visión. Hay una pérdida de resistencia cuando el sistema cardiovascular y los pulmones se hacen menos capaces de adaptarse al ejercicio. La Figura 3.8 muestra la frecuencia de algunos síntomas entre un grupo de más de 300 hombres a los que se les diagnosticó andropausia.

Algunos de estos cambios pueden retrasarse o incluso revertirse. El ejercicio ayuda a mantener el tono muscular, mantiene el crecimiento de tejido graso bajo control y ayuda a combatir la osteoporosis (Tan, 2002). Una dieta rica en calcio y vitamina D ayuda a prevenir la pérdida de masa ósea en la edad adulta en ambos sexos. La sustitución hormonal (tomar medicamentos hormonados) también puede ayudar, pero es polémica.

Los médicos en los Estados Unidos, por ejemplo, prescriben más de un millón de recetas de testosterona o medicamentos relacionados cada año, pero sus beneficios no están probados, y los riesgos deberían encender las luces de alarma (Vastag, 2003). Las investigaciones

sugieren que la sustitución de la testosterona a veces aumenta la fuerza, la energía y el impulso sexual, como era de esperar, pero se relaciona con el incremento del riesgo de padecer cáncer de próstata y enfermedades cardiovasculares (Tan, 2002; Vastag, 2003). De hecho, en 2002, el Gobierno de Estados Unidos decidió no seguir adelante con un estudio de los efectos de la testosterona sobre hombres maduros precisamente por estas preocupaciones (Kolata, 2002a). El Dr. Richard Hodis (2002), director del Instituto Nacional del Envejecimiento, comenta: «En la comprensión del papel de la sustitución de testosterona, estamos de alguna manera donde nos encontrábamos hace unas décadas con la sustitución de estrógenos en las mujeres. Parece claro que no sabemos lo suficiente para informar a los hombres y a sus médicos de las desventajas potenciales o los riesgos de la sustitución hormonal».

A medida que progresa la investigación en la salud de los hombres a través del nuevo milenio, quizás lleguemos a desarrollar una «testosterona de diseño». Una forma de testosterona que podría actuar sobre los receptores hormonales deseados —los que contribuyen a la fuerza, el comportamiento sexual y la sensación psicológica de bienestar, pero no el cáncer y los problemas de corazón—. Los investigadores también están buscando «estrógenos de diseño» —formas de estrógeno que ayudarán a las mujeres con los síntomas de la perimenopausia y la postmenopausia sin incrementar los riesgos de cáncer y los problemas cardíacos—.



Fuente: Tan, R. S. Managing the andropause in aging men. *Clinical Geriatrics*, 23 de marzo de 2002, en <http://www.mmhc.com/cg/articles/CG9907/Tan.html>.

Figura 3.8. Frecuencia de algunos síntomas de la andropausia. La andropausia se relaciona con problemas para conseguir y mantener una erección, debilidad y problemas de memoria. La etiqueta «problemas íntimos» se refiere a la dependencia creciente del hombre de su esposa y familia. Cuando la testosterona baja, los hombres parecen perdidos y con menos vigor.





Células de espermatozoides humanos ampliadas.

Conductos seminíferos

Diminutos, sinuosos tubos productores de espermatozoides que se localizan entre los lóbulos de los testículos. (De raíces latinas que significan «relacionados con la semilla».)

Espermatogénesis

Proceso en el que se producen y desarrollan las células espermáticas.

Espermatocito

Fase temprana en el desarrollo de las células espermáticas, en la cual cada célula padre tiene 46 cromosomas, incluyendo un cromosoma X y un cromosoma Y.

Espermáticas

Células formadas por la división de los espermatocitos. Cada espermática tiene 23 cromosomas.

Espermatozoides

Células espermáticas maduras.

Epidídimo

Tubo que descansa contra la pared posterior de cada testículo y funciona como almacén para el espermatozoides. (De las raíces griegas que significan «en los testículos».)

El tamaño de los testículos varía normalmente entre los 2,5 cm y los 4,5 cm de longitud, y la mitad de anchura y grosor. El testículo izquierdo, por lo general, cuelga más que el derecho porque el cordón espermático izquierdo suele ser algo más largo.

El espermatozoides. Cada testículo se divide en muchos lóbulos, que están llenos de sinuosos **conductos seminíferos** (véase la Figura 3.2). Aunque están empaquetados en un pequeño espacio, estos conductos, colocados en línea, uno a continuación del otro, ocuparían la longitud de varios campos de fútbol. A través de la **espermatogénesis**, estas estructuras filamentosas producen y almacenan más de 10^{11} (la unidad seguida de once ceros) espermatozoides a lo largo de una vida.

Las células espermáticas se desarrollan a través de varias etapas. Los testículos tardan unos 72 días en producir una célula espermática madura. En un estado temprano, las células espermáticas se llaman **espermatocitos**. Cada uno contiene 46 cromosomas, incluyendo un cromosoma X y un cromosoma Y. Cada espermatocito se divide en dos **espermáticas**, cada uno con 23 cromosomas. La mitad de las espermáticas tiene un cromosoma sexual X y la otra mitad un cromosoma sexual Y. Con un aspecto que recuerda a los renacuajos cuando se los examina bajo un microscopio, las células espermáticas maduras, llamadas espermatozoides, tienen una cabeza, una parte central cónica y una cola. La cabeza mide unas cinco micras (5×10^{-6} m) de longitud, lo que hace de los espermatozoides una de las células más pequeñas del cuerpo humano.

Durante la fertilización, los 23 cromosomas de la célula espermática del padre se combinan con los 23 cromosomas del óvulo de la madre, para dar lugar a los 46 cromosomas de los descendientes. Entre los 23 cromosomas aportados por la célula espermática hay un cromosoma sexual —cromosoma X o cromosoma Y—. El óvulo contiene sólo un cromosoma sexual X. La unión de un cromosoma X y un cromosoma Y da lugar a un varón. La unión de dos cromosomas X da lugar a una hembra.

Los testículos son poderosas fábricas que producen cerca de 1 000 espermatozoides por segundo, o 3×10^{10} espermatozoides al año. Hablando matemáticamente, 10 o 20 eyaculaciones producen suficiente espermatozoides para poblar la Tierra.

Investigadores en Alemania y en UCLA han descubierto que las células espermáticas poseen el mismo tipo de receptores que existen en la nariz para oler (Wilkinson, 2003). El espermatozoides puede entonces encontrar su camino hacia el óvulo detectando su olor. En el futuro podremos disponer de anticonceptivos que bloqueen estos receptores para evitar que huelan a los óvulos.

El espermatozoides procede de los conductos seminíferos a través de un laberinto de conductos que converge en un tubo llamado **epidídimo**. Los epidídimos descansan en la pared posterior de los testículos y almacenan el espermatozoides. Los epidídimos, que miden unos 5 cm de longitud, consisten en unos pasajes sinuosos que alcanzarían una longitud de entre tres y seis metros si se extendieran. Los espermatozoides están inactivos cuando entran en el epidídimo. Continúan madurando mientras siguen su camino a través del epidídimo durante otras dos a cuatro semanas.

Los conductos deferentes

Cada epidídimo desemboca en un conducto deferente (también llamado *ductus deferens*).

Pregunta: ¿Qué es el conducto deferente? El conducto es un tubo delgado, cilíndrico, de unos 77 cm de longitud, que sirve como un conducto para que madure el espermatozoides. En el escroto, los conductos deferentes descansan cerca de la superficie de la piel, dentro del cordón espermático. Por consiguiente, la **vasectomía**, una operación en la que los conductos deferentes derecho e izquierdo son seccionados, es un sistema adecuado de

esterilización. El tubo deja el escroto y sigue un camino tortuoso hacia la cavidad abdominal. Allí se dobla hacia atrás a lo largo de la superficie posterior de la vejiga (véase la Figura 3.9).

Las vesículas seminales

Pregunta: ¿Cuáles son las vesículas seminales? Las dos vesículas seminales son pequeñas glándulas, cada una de 5 cm de longitud. Se encuentran detrás de la vejiga y se abren en los conductos eyaculatorios, donde los fluidos que secretan se combinan con el espermatozoide (véase la Figura 3.9). Las vesículas seminales se llamaron así porque se creía erróneamente que eran los almacenes del semen, en lugar de glándulas.

El fluido producido por las vesículas seminales es rico en fructosa, una forma de azúcar que nutre el espermatozoide y le ayuda a que sea activo o móvil. La movilidad del espermatozoide es un factor importante en la fertilidad masculina. Antes de alcanzar los conductos eyaculatorios, el espermatozoide es propulsado por contracciones del epidídimo y los vasos deferentes y por los cilios que recubren las paredes de los vasos deferentes. Una vez que comienzan a moverse, se impulsan a sí mismos agitando sus colas.

En la base de la vejiga, cada conducto deferente se une a una vesícula seminal para formar un corto **conducto eyaculatorio** que discurre a lo largo del centro de la glándula prostática (véase la Figura 3.9). En la próstata, el conducto eyaculatorio se abre en la uretra, que transporta el espermatozoide y la orina al exterior a través del extremo del pene.

La glándula prostática

Pregunta: ¿Qué es la glándula prostática? La glándula prostática queda bajo la vejiga y se asemeja a una castaña en forma y tamaño (de unos 2 cm de diámetro). Contiene fibras musculares y tejido glandular que secreta fluido prostático. El fluido prostático es lechoso y alcalino, lo que le da al líquido seminal su textura y olor. La alcalinidad neutraliza algo de la acidez del tracto vaginal, prolongando la esperanza de vida de los espermatozoides cuando el fluido seminal se extiende por el sistema reproductor femenino. La próstata trabaja de manera continua en los varones maduros, pero la excitación sexual estimula las secreciones. Estas secreciones son transportadas en la uretra por un conducto con forma de tamiz. Allí las secreciones se combinan con espermatozoides y fluido de las vesículas seminales.

Una vasectomía impide al espermatozoide alcanzar la uretra pero no corta el flujo de los fluidos desde las vesículas seminales y la glándula prostática. Un hombre que ha sido vasectomizado produce una eyaculación con un aspecto normal pero que no contiene espermatozoides.

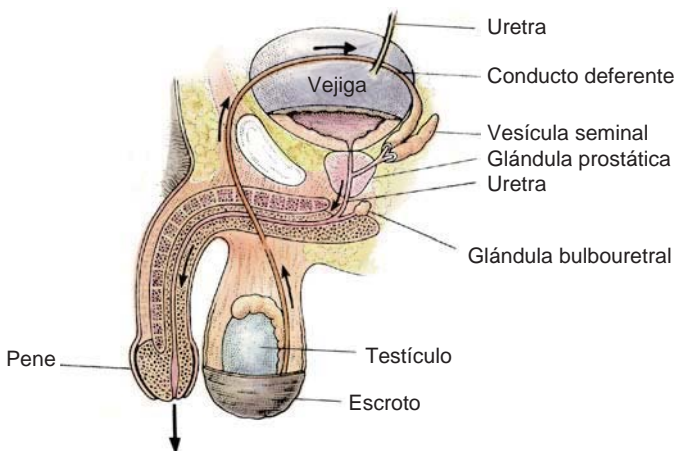


Figura 3.9. La travesía de los espermatozoides. Cada testículo se divide en lóbulos que contienen los tubos seminíferos filamentosos. A través de la espermatogénesis, los tubos producen y almacenan cientos de miles de millones de espermatozoides durante el transcurso de una vida. Durante la eyaculación, las células espermáticas viajan a través de los conductos deferentes, por encima de la vejiga, hacia el conducto eyaculatorio y después hacia la uretra. Las secreciones de las vesículas seminales y de las glándulas bulbouretrales se unen con los espermatozoides para componer el semen.

Vasectomía

Procedimiento de esterilización en el cual se seccionan los conductos deferentes, previniendo que el espermatozoide alcance el conducto eyaculatorio.

Vesículas seminales

Pequeñas glándulas que se encuentran detrás de la vejiga y secretan fluidos que se combinan con el espermatozoide en los conductos eyaculatorios.

Cilios Proyecciones filamentosas de las células que se agitan rítmicamente para producir su locomoción en un medio líquido o en una corriente de fluido.

Conducto eyaculatorio

Conducto formado por la convergencia de un conducto deferente con una vesícula seminal siguiendo el espermatozoide a través de la glándula prostática y en la uretra.

Glándula prostática

Glándula que queda bajo la vejiga y secreta fluido prostático, el cual le da al semen su olor y textura característicos.

Las glándulas de Cowper

Pregunta: ¿Qué son las glándulas de Cowper? Las dos **glándulas de Cowper** también se conocen como las **glándulas bulbouretrales**, en reconocimiento de su forma y localización. Están situadas bajo la próstata y descargan sus secreciones en la uretra. Durante la excitación sexual secretan una o dos gotas de un fluido claro, resbaladizo, que aparece en la punta del pene. El fluido puede ayudar a tamponar la acidez de la uretra masculina y lubrica el paso de la uretra, pero no es suficiente cantidad para lubricar la vagina durante la relación sexual.

El fluido de las glándulas de Cowper precede a la eyaculación y a menudo contiene espermatozoides. Así que el coito puede dar lugar a un embarazo aunque el pene se saque antes de la eyaculación. Por esta razón, las personas que practican el «método de la marcha atrás» como método anticonceptivo a menudo acaban siendo llamados «papás».

El semen

Pregunta: ¿Qué es el semen? El espermatozoides y los fluidos aportados por las vesículas seminales, la próstata y las glándulas de Cowper forman el **semen**, o el blanquecino fluido seminal, que es lanzado a través del extremo del pene durante la eyaculación. Las vesículas seminales secretan cerca del 70 por ciento del fluido que constituye la eyaculación. El restante 30 por ciento consiste en espermatozoides y fluidos producidos por la próstata y la glándula de Cowper. El espermatozoides representa solo un 1 por ciento del volumen del semen. Por esta razón los hombres vasectomizados eyaculan aproximadamente la misma cantidad de semen que antes, aunque sus eyaculaciones están desprovistas de espermatozoides.

El semen es el medio que lleva el espermatozoides a través de gran parte del aparato reproductor masculino y el tracto reproductor de la mujer. El semen contiene agua, mucus, azúcar (fructosa), ácidos y bases. Activa y nutre el espermatozoides, y las bases ayudan a proteger el espermatozoides de la acidez vaginal. Una eyaculación típica contiene entre 200 y 400 millones de espermatozoides y su volumen está entre tres y cinco mililitros. (Cinco mililitros equivalen a una cucharada.) La cantidad de semen y la frecuencia de las eyaculaciones disminuyen con la edad.

Glándulas de

Cowper Estructuras que están bajo la próstata y vacían sus secreciones en la uretra durante la excitación sexual.

Glándulas

bulbouretrales Otro término para las glándulas de Cowper.

Semen

Fluido blanquecino que constituye la eyaculación; consiste en espermatozoides y secreciones de las vesículas seminales, la próstata y las glándulas de Cowper.

Urologo

Médico especializado en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del aparato urogenital.

Uretritis Inflamación de la vejiga o de la uretra.

Problemas de salud del sistema urogenital

Como los órganos que comprenden los sistemas urinario y reproductor están cerca uno del otro y comparten algunas «cañerías», son conocidos como el sistema urogenital. Ciertamente un número de problemas de salud afectan al sistema urogenital. El especialista médico encargado de su diagnóstico y tratamiento es el **urólogo**.

La uretritis

Pregunta: ¿Qué es la uretritis? Los hombres, como las mujeres, están expuestos a inflamaciones de la vejiga y de la uretra, que se conocen como **uretritis**. Los síntomas incluyen orinar frecuentemente (frecuencia urinaria), una necesidad fuerte de hacerlo (urgencia urinaria), sensación de quemazón mientras se está orinando y secreción por el pene. Las personas con síntomas de frecuencia y urgencia urinaria sienten la necesidad apremiante de orinar repetidamente, incluso aunque hayan acabado de hacerlo y tengan solo una o dos gotas que echar. La secreción puede secarse en la abertura uretral, en cuyo caso hay que retirarla o limpiarla antes de que sea posible orinar. La uretra también puede quedar

oprimida cuando está inflamada, lo que hace que la micción sea lenta e intermitente. ¡Es una sensación espantosa para un hombre sentir cómo la orina sale a toda prisa desde su vejiga y después, de pronto, se para en la abertura uretral!

Las medidas para prevenir la uretritis son comparables a las sugeridas para la cistitis (infección de la vejiga): beber más agua, beber zumo de arándanos (poco más de 100 gramos, dos o tres veces al día) y disminuir la ingesta de alcohol y cafeína. El zumo de arándanos es muy ácido, y el ácido tiende a eliminar muchas de las bacterias que pueden dar lugar a la uretritis.

El cáncer de testículo

Pregunta: ¿Qué deberíamos saber acerca del cáncer de testículo? El cáncer de testículo es una forma relativamente rara de cáncer; se producen unos 7 600 nuevos casos al año, lo que supone cerca del 1 por ciento de los nuevos casos de cáncer diagnosticados en los hombres, y cerca de 400 morirán a causa de él (Sociedad Americana del Cáncer, 2003). Es la forma más común de cáncer tumoral que afecta a hombres entre los 20 y los 34 años, provocando cerca del 10 por ciento de todas las muertes de cáncer entre los hombres en ese grupo de edad (Sociedad Americana del Cáncer, 2003).

No existe evidencia de que el cáncer testicular sea el resultado de una superactividad sexual o de la masturbación. Cerca del 14 por ciento de los hombres con cáncer testicular tuvo **criptorquidia** de niño, una afección en la cual uno o ambos testículos no descienden desde el abdomen hacia el escroto (Sociedad Americana del Cáncer, 2003). Los antecedentes familiares también incrementan el riesgo de padecerlo.

Aunque el cáncer testicular era, por lo general, fatal hace años, el pronóstico hoy en día es bastante favorable, especialmente para aquellos casos que son detectados en un estado temprano. Los tratamientos incluyen la extirpación quirúrgica del testículo afectado, radiación y quimioterapia. El índice de supervivencia entre los casos que son detectados temprano, antes de que el cáncer se haya extendido más allá de los testículos, supera el 90 por ciento (Instituto Nacional del Cáncer, 2003). Un retraso en el tratamiento reduce dramáticamente las oportunidades de supervivencia, porque ésta está relacionada con la extensión que haya alcanzado el cáncer.

La extirpación quirúrgica de un testículo puede tener implicaciones psicológicas profundas. Algunos hombres que han perdido un testículo se sienten menos «hombres». Los temores relacionados con el comportamiento sexual pueden generar disfunciones sexuales. Desde un punto de vista fisiológico, el funcionamiento sexual debería permanecer invariable, pues las cantidades adecuadas de testosterona son producidas por el testículo restante.

Las etapas tempranas del cáncer testicular normalmente no producen síntomas, más que la masa en sí. Como la detección temprana es crucial para la supervivencia, se aconseja a los hombres que se examinen mensualmente después de la pubertad y que acudan a realizarse chequeos médicos regulares. La autoexploración también puede revelar evidencias de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y otros problemas.

La autoexploración de los testículos. La autoexploración (véase la Figura 3.10) se realiza mejor después de una ducha o un baño con agua templada, cuando la piel del escroto está más relajada. Se debe examinar el escroto para buscar evidencias de bultos del tamaño de un guisante. Se puede hacer rodar suavemente cada testículo entre el pulgar y los otros dedos. Por lo general, los bultos se encuentran en los lados o en la parte frontal del testículo. La presencia de un bulto no es necesariamente una señal de cáncer, pero debería acudir de inmediato a un médico para una evaluación más a fondo. La Sociedad Americana del

Criptorquidia Afección en la cual alguno de los testículos, o ambos, no desciende del abdomen hacia el escroto.

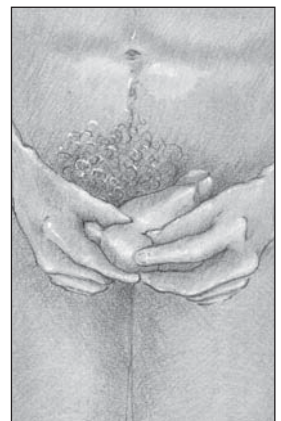


Figura 3.10. Autoexploración de los testículos.

Cáncer (2003) y el Instituto Nacional del Cáncer (2003) de Estados Unidos han realizado una lista con estas señales de aviso:

1. Ligero aumento de tamaño de uno de los testículos.
2. Cambios en la consistencia de un testículo.
3. Dolor sordo en el bajo abdomen o en la ingle. (Sin embargo, el dolor puede estar ausente en el cáncer de testículo.)
4. Sensación de pesadez en un testículo.

Las enfermedades de la próstata

La próstata es de pequeño tamaño al nacer y crece rápidamente durante la pubertad. Puede reducirse durante la edad adulta, pero normalmente aumenta de tamaño cumplidos los cincuenta años.

Hiperplasia prostática benigna (BPH). La glándula prostática aumenta de tamaño en cerca de la mitad de los hombres que han cumplido cincuenta años y en el 80 por ciento de los hombres que han cumplido los ochenta (Prostatecare, 2003).

Pregunta: ¿Qué es la hiperplasia prostática benigna? La hiperplasia prostática benigna (BPH) es un crecimiento no cancerígeno de la glándula prostática debido a cambios hormonales asociados con la edad y no por otras causas, como la inflamación por infecciones de transmisión sexual. Como la próstata rodea la parte superior de la uretra (véase la Figura 3.2), el aumento de tamaño oprime la uretra, provocando frecuencia urinaria (incluyendo un aumento de la frecuencia de la micción nocturna), urgencia urinaria y dificultad para empezar a orinar. Varios tratamientos están disponibles para aliviar la presión sobre la uretra e incrementar el flujo de orina. Dos tipos de medicamentos ayudan a los hombres con BPH. El primero, 5ARI (5-alfa inhibidores de la reductasa), inhibe la producción de la hormona DHT (una forma de testosterona), que provoca el aumento de tamaño de la próstata. El 5ARI reduce el tamaño de la próstata, proporcionando una mejora de los síntomas a largo plazo, y reduce el riesgo de retención severa urinaria y la necesidad de cirugía. El segundo tipo son los bloqueadores alfa, que actúan relajando los músculos de la vejiga para aumentar el flujo de orina, proporcionando una mejoría de los síntomas. En algunos casos también se extirpa quirúrgicamente parte de la próstata (Prostatecare, 2003).

El cáncer de próstata.

Pregunta: ¿Qué deberíamos saber acerca del cáncer de próstata? El cáncer de próstata es un problema serio y, a diferencia del BPH, puede poner en peligro la vida. Cerca de un hombre de cada seis en Estados Unidos, por ejemplo, desarrollarán cáncer de próstata en algún momento de su vida (Sociedad Americana del Cáncer, 2003). El cáncer de próstata es la segunda forma de cáncer más común entre los hombres, después del cáncer de piel, y la segunda causa de muerte por cáncer entre los varones, después del cáncer de pulmón. Cada año se diagnostican cerca de 221 000 nuevos casos de cáncer de próstata en Estados Unidos y cerca de 39 000 hombres mueren por su causa (Sociedad Americana del Cáncer, 2003).

El cáncer de próstata implica el crecimiento de tumores prostáticos malignos que pueden producir metástasis en los huesos y en los nódulos linfáticos si no se detecta y se trata a tiempo. Los hombres afroamericanos tienen un 33 por ciento más de probabilidades que los euroamericanos de desarrollar cáncer de próstata (Instituto Nacional del Cáncer, 2003). Los afroamericanos tienen menos acceso a la atención sanitaria que los euroamericanos, por ello el cáncer de próstata se detecta más tarde entre ellos y tienen una probabilidad de morir de cáncer dos veces mayor (Sociedad Americana del Cáncer, 2003).

Hiperplasia prostática benigna

Crecimiento de la glándula prostática debido a cambios hormonales asociados con la edad y caracterizados por síntomas como la frecuencia urinaria, la urgencia urinaria y la dificultad para empezar a orinar.

Los investigadores han identificado el consumo de grasa animal como un factor de riesgo potencial. Los hombres cuyas dietas son ricas en grasas animales, especialmente grasas de carne roja, tienen un riesgo potencial mayor de desarrollar un cáncer de próstata avanzado que los hombres con bajo consumo de grasas animales. La incidencia del cáncer de próstata también se incrementa con la edad. Más del 80 por ciento de los casos de cáncer de próstata son diagnosticados en hombres con más de 65 años (Instituto Nacional del Cáncer, 2003). Aparentemente, también están implicados factores genéticos (Lichtenstein *et al.*, 2000). Más aún, la testosterona favorece el desarrollo del cáncer de próstata, así como el BPH (Sociedad Americana del Cáncer, 2003).

Los síntomas tempranos del cáncer de próstata pueden confundirse con los del crecimiento benigno de la próstata: frecuencia urinaria y dificultad para orinar. Síntomas posteriores son sangre en la orina, dolor o quemazón al orinar y dolor en la parte baja de la espalda, la pelvis o la parte alta de los muslos (Instituto Nacional del Cáncer, 2003). La mayoría de los casos ocurren sin síntomas notables en las primeras etapas.

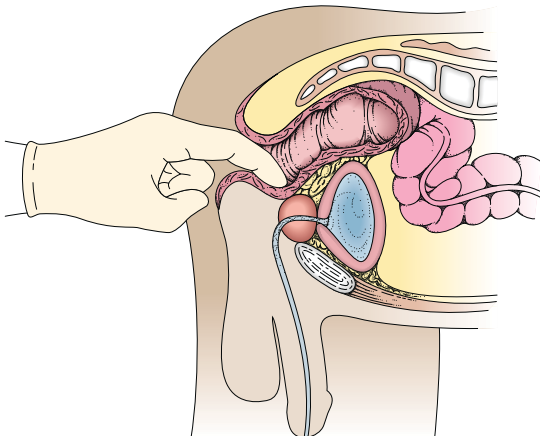
La Sociedad Americana del Cáncer (2003) recomienda que los hombres se realicen exploraciones rectales digitales anuales (DRE) a partir de los cincuenta años (véase la Figura 3.11).

Las funciones sexuales masculinas

Las funciones sexuales masculinas de la erección y la eyaculación son las que permiten que el espermatozoide viaje desde el tracto reproductor masculino hasta el femenino. Allí la célula espermática y el óvulo se unen para concebir un nuevo ser humano. Por supuesto, las condiciones naturales de la reproducción, con las sensaciones de placer que acompañan a la conducta sexual, aseguran que la fecundación pueda tener lugar con o sin conocimiento de estos factores biológicos por parte de las personas implicadas.

La erección

La erección está provocada por la congestión del pene, producida por la entrada masiva de sangre, de tal manera que el pene crece en tamaño y se endurece. El pene erecto se convierte en una canalización eficaz, o embudo, para depositar el espermatozoide profundamente en la vagina.



Fuente: Sociedad Americana del Cáncer, 2003.

Figura 3.11. Exploración rectal digital (DRE) del cáncer de próstata.

Erección Aumento de tamaño y endurecimiento del pene como consecuencia de la congestión con sangre.

Pregunta: ¿Cómo ocurre la erección? En términos mecánicos, la erección es un fenómeno hidráulico. Los cuerpos cavernosos y el esponjoso del pene están equipados para contener sangre. El flujo de sangre provoca su aumento de tamaño, de la misma manera que una esponja se hincha cuando absorbe agua. La erección es un logro notable de la ingeniería biológica que implica la cooperación del aparato vascular (sangre) y el sistema nervioso.

En unos momentos —unos diez o quince segundos— el pene se puede doblar en longitud, ponerse firme y pasar de ser un embudo para el paso de la orina a uno que expelle semen. Por otra parte, la vejiga se cierra cuando el hombre se excita, disminuyendo la probabilidad de que el semen y la orina se mezclen.

¿Qué factores colaboran para la firmeza de una erección? Los cuerpos cavernosos están rodeados por una cubierta fibrosa y resistente llamada *túnica albugínea*. De la misma manera que la goma de un balón resiste la presión del aire que se ha bombeado dentro, este contenedor resiste la expansión de los cuerpos cavernosos, provocando la rigidez del pene. El cuerpo esponjoso, que contiene la uretra, también se llena de sangre durante la erección. Sin embargo, no se endurece porque le falta la cubierta fibrosa. El glande, que está formado por el coronamiento del cuerpo esponjoso en el extremo del pene, se torna de color púrpura oscuro cuando se hincha, pero tampoco se endurece.

La erección se invierte cuando es mayor la cantidad de sangre que sale del pene que la que entra, restaurando el balance circulatorio preeréctil y encogiendo el tejido eréctil o las masas esponjosas. El tejido eréctil así ejerce menos presión contra la cubierta fibrosa, lo que produce una pérdida de rigidez. La pérdida de la erección ocurre cuando cesa la estimulación sexual o cuando el cuerpo vuelve al estado de reposo que sigue al orgasmo. La pérdida de erección puede ocurrir también como respuesta a la ansiedad o la percepción de alguna amenaza. La pérdida de la erección en respuesta a una amenaza puede ser abrupta, como cuando un hombre «en medio de la pasión» de pronto escucha un ruido sospechoso en la habitación contigua, haciéndole temer la presencia de un intruso. Un hombre que tenga miedo de no comportarse con éxito puede sufrir **ansiedad**, que le impida alcanzar la erección o perder la erección en la penetración.

La capacidad masculina para la erección abarca todo el ciclo de la vida. Las erecciones son comunes en los bebés, incluso a los pocos minutos después del nacimiento. Las ecografías muestran evidencias de que los fetos tienen erecciones en el seno materno. Algunos hombres octogenarios y nonagenarios siguen teniendo erecciones y son capaces de realizar el coito.

Las erecciones no se limitan al estado de vigilia. Los hombres tienen erecciones nocturnas, cada 90 minutos más o menos, mientras duermen. Ocurren normalmente durante la fase REM (*rapid eye movement*). La fase REM del sueño se asocia con los sueños y recibe este nombre porque en esta fase los ojos de los durmientes se mueven rápidamente bajo los párpados. Las erecciones ocurren durante la mayoría de las fases REM.

El mecanismo de erección nocturna parece tener una base fisiológica. Es decir, los sueños no tienen por qué tener contenido erótico. Las erecciones matinales son, de hecho, erecciones nocturnas. Ocurren cuando el hombre se despierta durante una fase REM, por ejemplo, por un despertador.

Los reflejos de la médula espinal y la respuesta sexual

Los hombres pueden excitarse sexualmente por un amplio conjunto de estímulos, incluyendo la estimulación táctil proporcionada por sus parejas, la estimulación sexual visual o auditiva (como la de fotos de personas desnudas en Internet) o las fantasías sexuales. Sea cual sea la fuente de estimulación, las respuestas sexuales masculinas de la erección y la eyaculación ocurren por **reflejo**.

Ansiedad de ejecución Sentimientos de temor o presentimiento que se experimentan en relación con la actividad sexual (o cualquier otra actividad que podría ser juzgada por otra persona).

Reflejo Respuesta simple, no aprendida, a un estímulo que depende de la médula espinal más que del cerebro.

Pregunta: ¿Qué significa que la erección y la eyaculación son reflejos? Los reflejos sexuales son automáticos, respuestas no aprendidas a la estimulación sexual. Por ejemplo, en las mujeres incluyen la lubricación vaginal y el orgasmo. No necesitamos «intentar» excitarnos. Solo tenemos que exponernos a la estimulación sexual y dejar que los reflejos realicen el trabajo por nosotros.

Los reflejos que gobiernan la erección y la eyaculación están controlados por la médula espinal, así que se llaman reflejos espinales. Las respuestas eréctiles a la estimulación directa manual o bucal implican un simple reflejo espinal que no requiere la actuación directa del cerebro (véase la Figura 3.12). Las erecciones también pueden iniciarse en el cerebro, como cuando un hombre tiene fantasías sexuales o ve por un instante una mujer desnuda. En el caso de las erecciones «sin estimulación táctil», la estimulación del cerebro viaja a la médula espinal, donde se activa el reflejo eréctil.

La estimulación táctil del pene o las áreas cercanas (parte baja del abdomen, escroto, parte interna de los muslos) hace que las neuronas sensoriales transmitan mensajes nerviosos (señales) al centro de la erección en la parte baja de la espalda, en una zona de la médula espinal llamada sacro. El centro sacro de la erección controla las erecciones reflejas —es decir, las erecciones que ocurren como respuesta a la estimulación directa del pene o zonas cercanas—. Cuando ocurre la estimulación directa del pene, los mensajes en forma de impulsos nerviosos se reciben en el centro de la erección, que a su vez envía impulsos a los genitales por los nervios que llegan al pene. Estos impulsos hacen que las arterias lleven sangre a los cuerpos cavernosos y al cuerpo esponjoso, los cuales se dilatan, de manera que puede entrar en ellos más cantidad de sangre; al llenarse estos tejidos, el pene se pone erecto.

El centro sacro de la erección puede llegar a hacer que los hombres que tienen la médula espinal dañada o seccionada alcancen la erección (y eyaculen) como respuesta a la estimulación directa del pene. La erección se produce incluso aunque las lesiones impidan que las señales nerviosas alcancen el cerebro. Debido a la ausencia de comunicación entre los genitales y el cerebro, no hay sensaciones, pero muchos hombres con lesiones en la médula espinal sienten placer y bienestar psicológico al observar la respuesta de sus parejas.

El papel del cerebro. Si la estimulación directa del pene inicia la erección a nivel de la médula espinal, ¿cuál es el papel del cerebro? Aunque pueda parecer que a veces el pene funciona por su cuenta, el cerebro juega un importante papel en la regulación de las respuestas

Sacro Hueso pesado, triangular, localizado cerca de la parte baja de la columna vertebral.

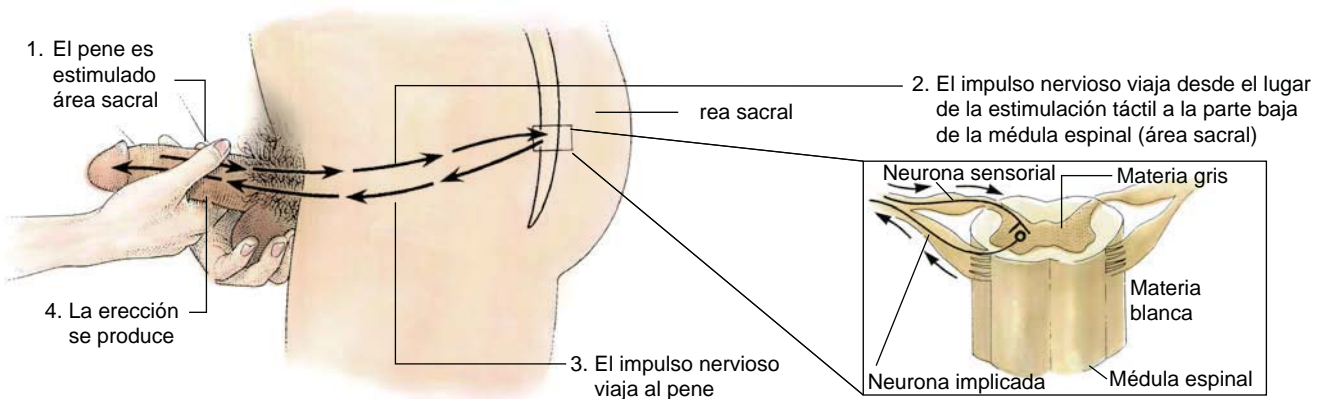


Figura 3.12. Los reflejos. Los reflejos no necesitan de la participación del cerebro, aunque los mensajes cerebrales pueden hacernos conscientes cuando éstos están ocurriendo. Los reflejos son producto del «gobierno local» de la médula espinal.

sexuales. La estimulación táctil del pene puede iniciar la erección a través de la médula espinal, pero las sensaciones sexuales pasan normalmente al cerebro, lo que produce placer y quizás la decisión de centrar la atención en un estímulo erótico. La visión de la pareja, las fantasías eróticas, los recuerdos y demás, pueden hacer que el cerebro envíe mensajes a las arterias que llegan al pene a través de la médula espinal, para mantener o aumentar la erección.

Cuando el cerebro es el origen de los mensajes que activan el reflejo eréctil, transmite impulsos nerviosos a un segundo, y superior, centro de la erección, localizado en una parte más alta de la espalda, en la región lumbar de la médula espinal. Este centro de la erección espinal más alto funciona como un «cuadro de control y distribución» entre el cerebro y el pene, permitiendo respuestas perceptivas, cognitivas y emocionales que tienen una gran contribución en la respuesta sexual. Cuando las vías nerviosas entre el cerebro y la médula espinal superior están dañadas o seccionadas, los hombres no pueden conseguir una erección solo como respuesta a una estimulación mental.

El cerebro también puede paralizar la respuesta sexual. Un hombre que muestra ansiedad acerca de sus habilidades sexuales puede ser incapaz de alcanzar una erección, incluso con la estimulación del pene más directa e intensa. O un hombre que cree que el placer sexual es pecaminoso o sucio puede bloquearse por la ansiedad y la culpa y ser incapaz de alcanzar la erección cuando es estimulado por su pareja.

En algunos varones, sobre todo los adolescentes, el reflejo eréctil se activa tan fácilmente que el roce accidental con la ropa interior, la visión de una transeúnte atractiva o una fantasía sexual fugaz producen la erección. Las erecciones espontáneas pueden ocurrir en circunstancias embarazosas, como durante el cambio de clase en el instituto o la facultad, o en una playa pública. En un intento por distraerse de las fantasías eróticas y hacer que baje la erección, muchos adolescentes masculinos en clase se centran con renovado interés en el libro de álgebra o lengua extranjera antes de que suene el timbre del cambio de clase. (En la playa, una toalla estratégicamente colocada puede sacar de un apuro.)

A medida que los hombres maduran, requieren más estimulación sobre el pene para alcanzar una erección completa. Las parejas con hombres entre los treinta y los cuarenta años no tienen por qué pensar que su atractivo ha disminuido si éstos no consiguen una erección instantánea «sin estimulación táctil» cuando ellas se desnudan. A los hombres les cuesta más alcanzar la erección a medida que maduran, y la estimulación directa se convierte en una fuente más importante de excitación.

El papel del sistema nervioso autónomo (SNA). La estimulación que provoca una erección se puede originar en el cerebro, pero la erección no es una respuesta voluntaria, como levantar el brazo. Sea cual sea la fuente dominante u original de la estimulación —estimulación táctil o fantasía sexual—, la erección sigue siendo un reflejo automático no aprendido. Las respuestas automáticas, como la erección, involucran la parte del sistema nervioso llamado **sistema nervioso autónomo (SNA)**. El SNA controla de manera automática procesos del cuerpo como los latidos del corazón, la dilatación de las pupilas, la respiración y la digestión. Por el contrario, el movimiento voluntario (como levantar un brazo) está bajo el control cerebral del sistema muscular.

Pregunta: ¿Cuáles son los papeles de las ramas simpática y parasimpática del SNA en la erección y la eyaculación? El SNA tiene dos ramas, el **simpático** y el **parasimpático**. Estas ramas tienen efectos contrapuestos: cuando se activan al mismo tiempo, sus efectos se compensan hasta cierto punto. En general, la rama simpática gobierna los procesos que implican consumo de energía corporal de reserva, por ejemplo correr, realizar otra

Sistema nervioso autónomo

División del sistema nervioso que regula automáticamente los procesos del cuerpo, como los latidos del corazón, la dilatación de la pupila, la respiración y la digestión.

Abreviadamente, SNA.

Simpático

La rama del SNA más activa durante las respuestas emocionales que consumen las reservas corporales de energía, como el temor y la ansiedad. El SNA simpático es el que controla en mayor medida la eyaculación.

Parasimpático

Rama del SNA más activa durante los procesos que restauran las reservas de energía del cuerpo, como la digestión. El SNA parasimpático es el que controla en mayor medida la erección.

actividad física o agarrotarse por miedo o ansiedad. La rama simpática también gobierna el movimiento general del cuerpo, como cuando se incrementa el ritmo cardíaco y respiratorio como respuesta a una amenaza.

La rama parasimpática es más activa durante los procesos que restauran las reservas de energía, como la digestión. Cuando experimentamos miedo o ansiedad, la rama simpática del SNA acelera el ritmo cardíaco. Cuando nos relajamos, la rama parasimpática frena el ritmo cardíaco. La rama parasimpática activa los procesos de la digestión, pero la rama simpática inhibe la actividad de la digestión. Como la rama simpática tiene el control predominante cuando sentimos temor o ansiedad, esos estímulos pueden inhibir la actividad del sistema parasimpático y causar posiblemente un corte de digestión.

Las dos ramas del SNA juegan papeles diferentes en la excitación y la respuesta sexual. Los nervios que hacen que las arterias del pene se dilaten durante la erección pertenecen a la rama parasimpática del SNA. El sistema parasimpático gobierna la erección. Sin embargo, los nervios que gobiernan la eyaculación pertenecen al sistema simpático. Una consecuencia de esta división de la responsabilidad neurológica es que el temor intenso o la ansiedad pueden inhibir la erección neutralizando la actividad del sistema nervioso parasimpático. Como la excitación simpática ayuda a activar la eyaculación, la ansiedad o el temor pueden acelerar la eyaculación, provocando **eyaculación precoz**.

La conexión entre las emociones, la actividad simpática y la eyaculación puede dar lugar a un círculo vicioso. La ansiedad en un encuentro sexual puede provocar una eyaculación precoz. Durante un encuentro sexual posterior, el hombre podría temer que vuelva a ocurrir una eyaculación precoz, y el temor podría provocarla de nuevo. El hombre se puede enfrentar a las siguientes relaciones sexuales con un temor aún mayor, posiblemente acelerando la eyaculación —pero también posiblemente inhibiendo la erección—. Los métodos para ayudar a los hombres con disfunciones eréctiles inciden en la reducción de los niveles de ansiedad y, consecuentemente, en la disminución de la actividad simpática.

Anomalías eréctiles. Algunos hombres muestran una ligera curvatura en sus penes erectos. Un grado de curvatura es normal, pero los hombres con la **enfermedad de Peyronie** tienen tal curvatura que sus erecciones son dolorosas. Esta anomalía es provocada por un aumento del tejido fibroso en el cuerpo del pene. Aunque algunos casos de la enfermedad de Peyronie mejoran por sí solos, la mayoría requieren atención médica.

Algunos hombres experimentan erecciones que persisten durante horas o días. Esta condición se llama priapismo, por el mito griego de Príapo, el hijo de Dioniso y Afrodita que personificaba el poder de la reproducción humana. El priapismo está causado a menudo por leucemia, anemia o enfermedades de la médula espinal, aunque en algunos casos el origen sigue siendo desconocido. El priapismo ocurre cuando los mecanismos que drenan la sangre que provoca la erección están dañados y la sangre no puede volver al sistema circulatorio. El priapismo puede ser una urgencia médica, porque la erección prolongada más de seis horas puede privar de oxígeno a los tejidos del pene y provocar su deterioro. La actuación médica con medicamentos o cirugía puede ser necesaria para corregir este problema.

La eyaculación

Pregunta: ¿Cómo ocurre la eyaculación? La eyaculación, como la erección, es un reflejo de la médula espinal. Se activa cuando el estímulo sexual alcanza un punto crítico o umbral. La eyaculación generalmente ocurre junto con el **orgasmo**, las contracciones musculares súbitas que se producen durante el pico de excitación sexual y desembocan en la relajación brusca de la tensión sexual que se acumuló durante la excitación sexual. El orgasmo

Eyaculación precoz

Trastorno sexual en el que el varón eyacula demasiado pronto. (Se precisa en el capítulo sobre disfunciones.)

Enfermedad de Peyronie

Condición anormal caracterizada por una curvatura excesiva del pene que puede hacer las erecciones dolorosas.

Orgasmo

Climax de la excitación sexual.

es, por lo general, agradable. La eyaculación, sin embargo, se refiere solo a la expulsión del semen desde el extremo del pene. El orgasmo y la eyaculación no son sinónimos. Por ejemplo, los parapléjicos pueden eyacular si la zona de la baja médula espinal que controla la eyaculación está intacta. Sin embargo, no experimentan los aspectos subjetivos del orgasmo porque las sensaciones no llegan al cerebro.

La eyaculación ocurre en dos fases. La primera fase, llamada a menudo la **fase de emisión**, implica contracciones de la próstata, las vesículas seminales y la parte superior de los conductos deferentes. La fuerza de estas contracciones impulsa el líquido seminal en la parte prostática del tracto uretral —un pequeño tubo llamado **bulbo uretral**—, que forma como un balón cuando los músculos se cierran en cada extremo, atrapando el semen. Es en este punto cuando el hombre percibe que el orgasmo es inevitable. El hombre siente que nada puede evitar la eyaculación.

La segunda fase, que se llama a menudo la **fase de expulsión**, implica la propulsión del líquido seminal a través de la uretra y fuera de la abertura uretral en el extremo del pene. En esta fase, los músculos en la base del pene y alrededores se contraen rítmicamente, propulsando el semen. La segunda fase está generalmente acompañada por las sensaciones de orgasmo.

En la eyaculación, el fluido seminal es liberado del bulbo uretral y expulsado por las contracciones de los músculos pelvianos que rodean el canal uretral y el pene. Las primeras contracciones son más intensas y ocurren a intervalos de 0,8 segundos. Después las contracciones son más débiles y los intervalos entre ellas se alargan. El fluido seminal es expulsado a borbotones en las primeras contracciones. En los jóvenes, el fluido seminal se puede proyectar a 30 o 60 cm. Pero en algunos hombres, el semen alcanza solo unos pocos centímetros o simplemente rezuma de la abertura del pene. La fuerza de la expulsión varía con la condición de la próstata, su salud general y su edad. Existe cierta correspondencia entre la fuerza de la expulsión y el placer del orgasmo. Los orgasmos más intensos suelen estar acompañados de eyaculaciones más copiosas y con mayor fuerza en la expulsión.

Como la erección, la eyaculación está regulada por dos centros de la médula espinal, uno en la región sacra y otro en la región lumbar. Cuando la excitación sexual alcanza el punto de la eyaculación inevitable, el centro eyaculatorio lumbar activa la primera fase de la eyaculación, la emisión seminal. El centro eyaculador más bajo, o sacro, activa el segundo centro del orgasmo.

Aunque la eyaculación ocurre por un reflejo, se puede retardar la eyaculación manteniendo el nivel de estímulo sexual bajo el umbral crítico o «punto sin retorno». Se han tratado con éxito hombres que padecen eyaculación precoz ayudándoles a reconocer su «punto de no retorno» y enseñándoles a mantener la estimulación sexual por debajo de ese punto. (Los temas relacionados con la definición y el tratamiento de la eyaculación precoz se exploran en el capítulo sobre las disfunciones.) El reconocimiento del punto de no retorno y el mantenimiento de la estimulación por debajo del nivel crítico pueden también prolongar el coito y mejorar el placer sexual para las parejas, incluso cuando no se sufre de eyaculación precoz.

Eyaculación retrógrada. En la **eyaculación retrógrada**, la eyaculación se vacía en la vejiga en lugar de ser expulsada por el pene. Durante la eyaculación normal se abre un esfínter externo que permite al fluido seminal salir del cuerpo. Otro esfínter, éste interno, cierra la abertura de la vejiga, previniendo que el fluido seminal se introduzca en la vejiga. En la eyaculación retrógrada, las acciones de estos esfínteres están invertidas. El esfínter externo permanece cerrado, evitando la expulsión del fluido seminal, mientras que se abre el

Fase de emisión

Primera fase de la eyaculación, que implica contracciones de la próstata, las vesículas seminales y la parte superior de los conductos deferentes.

Bulbo uretral Pequeño tubo que constituye la parte prostática del tracto uretral y que adquiere forma de balón cuando los músculos se cierran en cada extremo, atrapando el semen antes de la eyaculación.

Fase de expulsión

Segunda fase de la eyaculación, durante la cual los músculos de la base del pene y alrededores se contraen rítmicamente, forzando la expulsión del semen y provocando sensaciones placenteras.

Eyaculación

retrógrada Eyaculación en la cual lo eyaculado se vacía en la vejiga.

esfínter interno, permitiendo que la eyaculación se vacíe en la vejiga. El resultado es un aparente orgasmo seco. La eyaculación retrógrada puede estar causada por cirugía de la próstata (mucho menos frecuente ahora que en el pasado), medicamentos como los tranquilizantes, algunas enfermedades y accidentes. La eyaculación retrógrada es normalmente inocua en sí misma, porque el líquido seminal se descarga posteriormente con la orina, pero puede producir infertilidad y cambios en las sensaciones asociadas con el orgasmo. Los orgasmos secos persistentes deberían ser evaluados médicamente.

Las funciones sexuales masculinas, como las funciones sexuales femeninas, son complejas. Involucran la cooperación del sistema nervioso, el sistema endocrino, el sistema cardiovascular y el sistema muscular y esquelético.

La excitación y la respuesta sexual

CAPÍTULO

4



Descifrando el sexo: el papel de los sentidos en la excitación sexual

La visión: lo mejor para verte

El olfato: ¿la nariz reconoce lo mejor?

Las sensaciones de la piel: el sexo como experiencia táctil

La sexualidad humana en el nuevo milenio. La búsqueda de un filtro mágico del amor ¿en el umbral?

El gusto: el sexo sabroso

El oído: lo mejor para escuchar contigo

Los afrodisíacos: de moscas españolas y cuernos de rinoceronte

Los anafrodisíacos

Las drogas psicoactivas

La respuesta sexual y el cerebro: ¿sexo cerebral?

Pulsar los botones correctos: ¿están en el cerebro los centros de placer?

Las hormonas sexuales: ¿son ellas las que nos incitan al sexo?

Las hormonas sexuales y la conducta sexual: organizando y activando las influencias

Las hormonas sexuales y la conducta sexual masculina

Las hormonas sexuales y la conducta sexual femenina

La respuesta sexual

Las cuatro fases de la respuesta sexual humana según Masters y Johnson

Las tres fases de la respuesta sexual humana según Kaplan: un modelo alternativo

Las polémicas sobre el orgasmo

Descifrando el sexo: el papel de los sentidos en la excitación sexual

Aprehendemos el mundo que nos rodea a través de nuestros sentidos —visión, oído, olfato, gusto, y los sentidos de la piel, que incluyen el importantísimo sentido del tacto—. Cada uno de los sentidos juega un papel en nuestra sexualidad, pero algunos son más importantes que otros.

La visión: lo mejor para verte

Fue el rostro de Helena de Troya, y no su perfume o su melódica voz, el que «lanzó al mar un millar de barcos». Las revistas masculinas y femeninas están repletas de imágenes de miembros atractivos del otro sexo. En materia de atracción sexual, las personas parecen compartir más con las aves que con sus compañeros mamíferos, como los perros y los gatos.

Las aves identifican a sus posibles parejas, dentro de su especie, basándose en su plumaje y en otras marcas visuales. Las personas también tienden a orientarse visualmente cuando se trata de la atracción sexual. Por el contrario, los perros y los gatos se atraen mutuamente por los olores que indican receptividad sexual.

Las señales visuales pueden excitar sexualmente. Podemos excitarnos por la visión de nuestra pareja desnuda, desnudándose o vestida informalmente. Las marcas de ropa interior esperan convencer a sus clientes de que aumentarán su atractivo sexual si llevan una ropa que estratégicamente muestre y oculte su anatomía. Algunas parejas encuentran excitante observarse haciendo el amor en un espejo en el techo o en vídeo. Otros se excitan con las películas de sexo explícito, mientras que otros se aburren o las encuentran ofensivas. Aunque ambos, hombres y mujeres, se pueden excitar con imágenes eróticas (término técnico para «películas porno»), los hombres muestran más interés por ellas.

El olfato: ¿la nariz reconoce lo mejor?

Aunque el sentido del olfato juega un papel menor en la excitación sexual en los seres humanos que en otros mamíferos, los olores pueden excitar o inhibir sexualmente. Las empresas cosméticas, por ejemplo, pretenden vender fragancias que excitan sexualmente.

La mayoría de los occidentales prefieren que sus amantes estén aseados y huelan bien. En nuestra sociedad eliminamos o enmascaramos los olores con jabones, desodorantes o colonias. Los antiguos egipcios inventaron los baños perfumados para desembarazarse de los olores desagradables (Illes, 2000). Judith Illes (2000) dice que «el perfume... se considera ahora una mera trivialidad, en el mejor de los casos un ambientador para el hogar o quizás un regalo caro y romántico, un objeto de lujo superfluo, un objeto relacionado con las mujeres. Para los antiguos egipcios, sin embargo, la fragancia y el perfume no solo eran una fuente de belleza, sino también de potencial espiritual y terapéutico».

La tendencia a encontrar desagradables los olores de las axilas o los genitales puede reflejar condicionamientos culturales y no predisposiciones biológicas. En algunas sociedades, las secreciones genitales son consideradas **afrodisíacas**.

Sincronía menstrual. Varios estudios sugieren que la exposición al sudor de otras mujeres puede modificar el ciclo menstrual de la mujer (Morofushi *et al.*, 2000). Veremos varios estudios sobre esta cuestión.

En un estudio, mujeres expuestas a las secreciones de las axilas de otras mujeres, que contienen esteroides que pueden funcionar como **feromonas**, mostraron una convergen-

Afrodisíaco Cualquier droga u otro producto que es un excitante sexual o incrementa el deseo sexual. (De *Afrodita*, la diosa griega del amor y la belleza.)

Feromonas Sustancias químicas que secretan al exterior ciertos animales y que transportan información o producen respuestas específicas en los otros miembros de la misma especie. (Del griego *pherein*, que significa «llevar [un mensaje]» y *hormona*.)

cia de sus ciclos menstruales (Preti *et al.*, 1986). Una sincronización similar se ha observado entre mujeres que comparten dormitorio. En otro estudio, el 80 por ciento de las mujeres que humedecieron sus labios superiores con un extracto de la sudoración de otras mujeres empezaron a menstruar en sincronía con los ciclos de las donantes, después de unos tres ciclos menstruales (Cutler, 1999). Un grupo de control, que humedeció sus labios con alcohol, no mostró cambios en sus ciclos menstruales. En otro estudio con este mismo grupo de investigación, la duración de los ciclos de mujeres con ciclos a menudo más cortos o más largos se normalizaba cuando se exponían a un extracto masculino de sudoración de las axilas (Preti *et al.*, 1986).

Las sensaciones de la piel: el sexo como experiencia táctil

Los sentidos de nuestra piel nos permiten sentir el dolor, los cambios de temperatura y de presión (o tacto). Cualesquiera que sean los papeles de la visión y el olfato en la atracción y la excitación sexual, el sentido del tacto es el que produce los efectos más directos en la excitación y la respuesta sexual. Cualquier zona de esa capa sensible que llamamos piel puede ser erotizada. La mano de tu amante acariciándote la mejilla, o un masaje de tu amante en los hombros o en la espalda, pueden ser sexualmente estimulantes.

Pregunta: ¿Cuáles son las zonas erógenas?

Las zonas erógenas. Las zonas erógenas son partes del cuerpo especialmente sensibles a la estimulación sexual táctil —a las caricias y otras atenciones—. Las **zonas erógenas primarias** son sensibles eróticamente porque a ellas llegan gran cantidad de terminaciones nerviosas. Las **zonas erógenas secundarias** son zonas del cuerpo que se vuelven eróticamente sensibles a través de la experiencia.

Las zonas erógenas primarias incluyen los genitales; la parte interior de los muslos, el perineo, las nalgas y el ano; los senos (especialmente los pezones); las orejas (particularmente los lóbulos); la boca, los labios y la lengua; el cuello; el ombligo, y, sí, las axilas. Las preferencias varían un poco de una persona a otra, lo cual puede reflejar posibles diferencias biológicas, de actitud y de experiencia. Áreas que son extremadamente sensibles para algunas personas pueden no producir virtualmente ninguna reacción, o provocar molestias

Zonas erógenas

Partes del cuerpo que son especialmente sensibles a la estimulación sexual táctil. (De las raíces que significan «dar nacimiento a las sensaciones eróticas».)

Zonas erógenas primarias

Zonas erógenas que son particularmente sensibles porque a ellas llegan gran cantidad de terminaciones nerviosas.

Zonas erógenas secundarias

Partes del cuerpo que se vuelven eróticamente sensibles a través de la experiencia.



Una experiencia táctil. El sentido del tacto está íntimamente relacionado con la experiencia sexual. La caricia de la mano del amante sobre la mejilla, o un suave masaje, pueden resultar estimulantes sexualmente. Ciertas partes del cuerpo —llamadas zonas erógenas— tienen un especial significado sexual por su respuesta a la estimulación erótica.

La
sexualidad
humana
en el
nuevo
milenio

La búsqueda de un filtro mágico del amor ¿en el umbral?

Durante siglos las personas han buscado un filtro mágico del amor, una fórmula mágica que hiciera que otras personas se enamoraran de uno o se sintieran fuertemente atraídas. En el filo del nuevo milenio, algunos científicos sugieren que estos filtros existen en la forma de secreciones conocidas como feromonas. Las feromonas pueden mejorar el estado de ánimo de las personas, tener efectos sobre la fertilidad y proporcionar una base para la comunicación sexual no consciente.

Las feromonas son sustancias químicas inodoras que en muchos animales son detectadas por un «sexto sentido», el órgano vomeronasal (OVN). Las personas poseemos OVN en la mucosa que recubre nuestra nariz (Rodríguez *et al.*, 2000). Durante el desarrollo prenatal, el OVN envía hormonas sexuales al cerebro, ayudando a la diferenciación sexual del embrión (Rodríguez *et al.*, 2000). Pero antes del nacimiento, la OVN humana se encoge, y algunos investigadores sugieren que deja de funcionar (Kouros-Mehr *et al.*, 2001). Pero, si continúa trabajando, podría detectar feromonas y enviar información referente a ellas al hipotálamo, donde podría afectar a la respuesta sexual (Cutler, 1999). Los niños pequeños pueden utilizar las feromonas para reconocer a sus madres y los adultos podrían responder a ellas cuando buscan pareja. Los animales inferiores las utilizan para estimular la respuesta sexual, organizar la recogida de alimentos, mantener la jerarquía del grupo, como señales de alarma y para delimitar territorios (Cutler, 1999). Las feromonas inducen el emparejamiento en los insectos. Los roedores macho, como los ratones, son extremadamente sensibles a algunos tipos de feromonas (Leinders-Zufall *et al.*, 2000). Los roedores macho muestran una menor excitación sexual cuando se les bloquea su sentido del olfato. Pero el papel de las feromonas en el comportamiento sexual se hace



¿Cuál es el peso de la comunicación sexual no consciente? Las investigaciones sugieren que las secreciones de las axilas pueden hacer a las personas más atractivas sexualmente, incluso cuando los otros ni siquiera se den cuenta de ello. Esto nos lleva a preguntarnos: ¿nos atraen los rasgos personales de los demás o sus feromonas?

menos importante a medida que ascendemos los escalones del reino animal.

Hace tan solo unos años, la mayoría de los investigadores no pensaban que las feromonas jugaran ningún papel en la conducta humana, pero hoy este campo de investigación ha cobrado un nuevo interés. En un estudio típico, Winnifred Cutler y sus colegas (1998) hicieron que un grupo de hombres heterosexuales llevaran una supuesta feromona masculina, mientras que un grupo de control llevaba un placebo. Los hombres que llevaban la feromona aumentaron la frecuencia de sus relaciones sexuales con sus parejas femeninas pero no incrementaron la frecuencia de sus masturbaciones. Los investigadores concluyeron que la sustancia incrementaba el atractivo sexual de los hombres para sus parejas, aunque no podían asegurar que ello directamente estimulara su conducta sexual.

en otras. Muchas mujeres, por ejemplo, tienen poca sensibilidad en sus senos cuando son acariciadas o besadas. Muchos hombres se sienten molestos cuando sus pezones son acariciados. Por otra parte, muchas personas encuentran las zonas «entre los dedos de sus pies» sensibles a la estimulación erótica.

Las zonas erógenas secundarias se erotizan si se estimulan sexualmente. Por ejemplo, una mujer podría ser excitada sexualmente cuando su amante le acaricia suavemente los hombros, porque esas caricias se han incorporado como una característica regular del acto sexual de la pareja. Unas pocas mujeres observadas por Masters y Johnson (1966) alcanzaron el orgasmo cuando se les acarició la zona lumbar de su espalda.

Las personas también son muy sensibles a las imágenes y a las fantasías. Por ello, a veces se habla del cerebro como el órgano sexual primario o como una zona erógena. Algunas mujeres dicen que han alcanzado el orgasmo a través de fantasías estando solas (Kinsey

Otros estudios también tienen interés. En algunos experimentos se expuso a hombres y mujeres a ciertos esteroides (androstenediona producida por los hombres y estratetraene producida por las mujeres) sospechosos de ser feromonas. Se encontró que ambos esteroides mejoran el estado de ánimo de las mujeres pero no de los hombres; estas sustancias también reducían aparentemente las sensaciones de nerviosismo y tensión en las mujeres, pero, de nuevo, no en los hombres (Grosser *et al.*, 2000; Jacob *et al.*, 2001; Jacob & McClintock, 2000). No resultan sorprendentes los resultados del estratetraene, pues esta sustancia está relacionada con los estrógenos, y las mujeres suelen sentirse mejor los días del mes en que sus niveles de estrógeno son más elevados (Ross *et al.*, 2000). El hecho de que las mujeres respondan positivamente a la androstenedina sí tiene más interés. Así, las mujeres podrían sentirse mejor cuando están rodeadas de hombres, incluso si las sustancias químicas que pueden estar relacionadas con su estado de ánimo no han demostrado tener efectos directos sobre la sexualidad. Por supuesto, sentirse bien (o mejor) podría contribuir indirectamente a que una mujer se interese más por el sexo.

En un experimento doble-ciego, a 36 mujeres universitarias con una media de edad de 28 años les fue asignado aleatoriamente un perfume mezclado con una supuesta feromona extraída de las secreciones de sus axilas, o con un placebo (McCoy & Pitino, 2002). Estas mujeres tomaron nota de su comportamiento sexual durante tres ciclos menstruales (doce semanas). Tres cuartas partes (74 por ciento) de las mujeres que utilizaron la supuesta feromona mostraron un incremento significativo de la frecuencia de sus relaciones sexuales, de las ocasiones en que durmieron cerca de su pareja, de citas formales y de relaciones hombre-mujer caracterizadas por besos, caricias y otras muestras de afecto, en comparación con una cuarta parte (23 por ciento) de las que llevaban el

placebo. Los investigadores concluyeron que la supuesta feromona incrementaba el atractivo de las mujeres para los hombres.

Los biólogos George Preti, Charles Wysocki y sus colegas de la Universidad de Pensilvania (2003) encontraron que la transpiración masculina tiene efectos beneficiosos sobre el estado anímico de las mujeres. Induce sensaciones de relajación y ayuda a reducir el estrés. Afecta incluso al ciclo menstrual. Los investigadores extrajeron muestras de las axilas de hombres que no habían utilizado desodorante durante un mes. Las muestras se mezclaron y se aplicaron en el labio superior de 18 mujeres, con edades entre 25 y 45 años. Estas no conocían la fuente ni la composición de las sustancias que humedecían los algodones. Las mujeres tomaron nota de su estado anímico durante un periodo de seis horas e informaron que habían estado más relajadas y se habían sentido mejor. Los análisis de sangre que se les realizaron mostraron un incremento en los niveles de la hormona luteinizante (HL), que aparece antes de la ovulación. No había indicios de que se sintieran excitadas sexualmente, pero podría ser que la transpiración masculina proporcionara una «comunicación química» cuando un hombre conoce a una mujer, lo que les permitiría coordinar los esfuerzos reproductivos de forma no consciente. Charles Wysocki hace notar que «en una situación más sensual, la exposición a estos olores podría facilitar la aparición de sentimientos sexuales». Los investigadores sugieren que si se pueden aislar el agente o los agentes activos en la sudoración masculina, estos estudios podrían conducir a nuevos tratamientos para la fertilidad, al afectar a la ovulación, y para el síndrome premenstrual, al afectar al estado anímico. Aun así, estas sustancias no estimulan directamente la conducta sexual, como hacen las feromonas en los animales inferiores.

et al., 1953). Los hombres experimentan regularmente erecciones y eyaculaciones nocturnas («sueños húmedos») sin necesidad de la estimulación directa de los genitales.

El gusto: el sexo sabroso

El gusto parece jugar un papel menor en la excitación y la respuesta sexual, a menos que divaguemos un poco y consideremos que una comida exquisita o un excelente vino pueden contribuir a la excitación sexual. En todo caso, algunas personas se excitan sexualmente por el gusto de las secreciones genitales, como las secreciones vaginales o el fluido seminal. Sin embargo, no sabemos si estas secreciones están mezcladas con sustancias químicas que tienen efectos biológicos sobre la excitación o si ésta refleja el significado que estas secreciones tienen para el individuo. Es decir, podemos aprender a excitarnos por sabores u olores que hemos asociado con el placer sexual. En otros pueden tener el efecto contrario.



El oído: lo mejor para escuchar contigo

El sentido del oído también es un importante medio para la excitación y la respuesta sexual. Como las señales visuales y olfativas, los sonidos pueden ser excitantes o inhibidores de la respuesta sexual. Los sonidos de un amante, ya sean susurros, indicaciones de placer o sonidos apasionados que acompañan al orgasmo, pueden ser excitantes en el contexto del calor de la pasión. Para algunas personas, palabras clave o ciertas entonaciones vocales pueden ser tan estimulantes como una zona erógena. Bastantes personas se excitan cuando sus amantes hablan «sucio». El lenguaje vulgar estimula su excitación sexual. Otras encuentran este mismo lenguaje vulgar u ofensivo.

Las voces sensuales de las estrellas de la pantalla, como Lauren Bacall y Kathleen Turner, han levantado pasiones entre muchos admiradores. Las adolescentes pueden chillar en los conciertos de grupos como Destiny's Child y NSYNC, del mismo modo que hicieron sus padres (y abuelos) cuando escuchaban a los Beatles, Frank Sinatra, Johnny Mathis o el Rey (es decir, Elvis). Por supuesto, el atractivo sexual de estos artistas va más allá de su música.

La música por sí misma puede contribuir a la excitación sexual. La música es capaz de relajarnos y ponernos «a tono» o provocar asociaciones («¡Están tocando nuestra canción!»). Para bastantes parejas, la música de fondo ambiental es un ingrediente esencial del acto amoroso.

Los sonidos también pueden inhibir la excitación sexual. Muchos de nosotros encontraríamos la música de un funeral poco apropiada para excitarnos. También nos puede inhibir escuchar voces chirriantes o alarmantes. El *heavy metal* podría ser un inhibidor sexual para muchos, pero podría poner a tono a otros.

Los afrodisíacos: de moscas españolas y cuernos de rinoceronte

El único afrodisíaco conocido es la variedad.

Marc Connolly

Pregunta: ¿Qué es un afrodisíaco? Un afrodisíaco es una sustancia que despierta o aumenta la capacidad para el placer o la respuesta sexual. Puedes haber oído hablar de «la mosca española», un supuesto afrodisíaco que se extrajo de un escarabajo español. (El escarabajo del que se extraía, *Lytta vesicatoria*, está en peligro de extinción.) Unas pocas gotas en la copa de una cita te hacían irresistible. La mosca española es solo uno de muchos pretendidos afrodisíacos. Sin embargo, es tóxico y no despierta la sexualidad. La mosca española ahora se sintetiza, pero no como un afrodisíaco.

Cuando evaluamos la efectividad de un supuesto afrodisíaco también debemos tener en cuenta la esperanza del sujeto en que funcione, o el efecto placebo (Downs & Nazario, 2003). La creencia de que una sustancia tiene efectos estimulantes sexuales puede por sí sola inspirar la excitación sexual. Si una persona prueba un supuesto afrodisíaco y se siente excitado sexualmente, esta persona tendría a bien atribuir los efectos positivos a la sustancia, incluso si ésta no tiene efectos directos en el impulso sexual.

Los alimentos que de alguna manera recuerdan a los genitales han sido considerados afrodisíacos. Éstos incluyen las ostras, las almejas, los testículos de toro («ostras de la pradera»), los tomates y los objetos «fállicos» como los tallos de apio, las bananas e incluso los cuernos de los rinocerontes, los renos y los elefantes.

Incluso las patatas —blancas y dulces— han sido consideradas afrodisíacos. Sí, las patatas. Shakespeare se hizo eco de esta creencia cuando escribió: «Deja que del cielo lluevan patatas...; deja que llegue la tempestad de la provocación». Ninguno de estos alimentos o sustancias ha demostrado ser estimulante sexual —ni siquiera las patatas fritas con huevos fritos y torrezno—. Por desgracia, los mitos acerca de las propiedades estimuladoras sexuales de las sustancias obtenidas a partir de rinocerontes o elefantes pueden contribuir a la rápida disminución del número de ejemplares de estas especies.

Otras drogas y sustancias psicoactivas pueden tener ciertos efectos en la excitación y en la respuesta sexual. La droga arginina, un aminoácido extraído de árbol africano yohimbe, estimula el riego sanguíneo hacia los genitales (Downs & Nazario, 2003). Sin embargo, sus efectos son limitados e irregulares (Downs & Nazario, 2003). Afortunadamente, la arginina parece que no es tóxica (Finley, 2003).

El nitrato de amilo ha sido utilizado sobre todo por los homosexuales (y por algunos heterosexuales) para incrementar la excitación y el orgasmo. Dilata los vasos sanguíneos del cerebro y de los genitales, produciendo sensaciones de calor en la pelvis y posiblemente facilitando la erección y prolongando el orgasmo. El nitrato de amilo tiene aplicaciones médicas legítimas, como ayudar a reducir el dolor cardíaco (angina de pecho). Estos pacientes cardíacos inhalan el contenido de una ampolla que se rompe para su uso inmediato cuando comienza el dolor de corazón. Sin embargo, puede provocar vértigo, desmayos y dolores de cabeza migrañosos. Deberían tomarse solo bajo prescripción médica, no para intensificar las sensaciones sexuales.

La marca comercial Viagra se desarrolló originalmente como un tratamiento para la angina de pecho (dolor del corazón) porque aumenta el flujo sanguíneo hacia el corazón. Sin embargo, también dilata los vasos sanguíneos en los órganos genitales, facilitando así la vasocongestión y la erección —y, según algunos informes, también la respuesta sexual en las mujeres (Slovenko, 2001)—. El viagra es un tratamiento para la disfunción eréctil (también llamada impotencia). ¿Es el viagra un afrodisíaco? Eso depende de la definición de afrodisíaco. Aunque el viagra facilita la erección, para que el pene mantenga la erección debe haber una excitación sexual. Si un afrodisíaco es un excitador sexual directo, entonces el viagra no lo es.

Pero ciertas medicinas parecen tener efectos afrodisíacos, al parecer porque actúan sobre los mecanismos cerebrales que controlan el impulso sexual. Por ejemplo, las medicinas que afectan a los receptores cerebrales del neurotransmisor dopamina, como el antidepresivo *bupropion* (marca comercial Wellbutrin) y la droga L-dopa, utilizada en el tratamiento del Parkinson, que puede incrementar el impulso sexual (Modell *et al.*, 2000; Segraves *et al.*, 2001).

Una recomendación, que ahora nos parece irrisoria, está basada en una teoría de Galeno, médico de la antigua Roma: Galeno creía erróneamente que la erección era el resultado de que el pene se llena de aire o «viento». Así que Galeno recomendaba especias (principalmente pimienta), zanahorias, espárragos, anises, mostaza, ortigas..., vegetales que son bien conocidos por producir flatulencia —como afrodisíacos y como remedios para los problemas de la erección— (Downs & Nazario, 2003).

El afrodisíaco químico más potente puede ser una sustancia que se produce de manera natural en el cuerpo, la hormona sexual masculina testosterona. Es el combustible básico del deseo sexual en hombres y mujeres (Apperloo *et al.*, 2003; S. Davis, 2000).

Por otra parte, el método más seguro y quizás más efectivo para incrementar el impulso sexual puede no ser una droga o sustancia, sino una dieta apropiada y ejercicio. El ejercicio regular no solo mejora la salud general; también incrementa la energía y el impulso sexual en ambos sexos. Quizás el afrodisíaco más potente sea la novedad. Las

parejas pueden inventar maneras nuevas de descubrirse el uno al otro. Pueden hacer el amor en lugares nuevos, experimentar con diferentes técnicas, ponerse ropa provocativa, compartir fantasías o todo aquello que les inspire su imaginación.

Los anafrodisíacos

Se supone que los afrodisíacos estimulan la respuesta sexual.

Pregunta: ¿Qué tipo de sustancia tendría el efecto opuesto de un afrodisíaco? Éstas serían aquellas sustancias como el nitrato de potasio (nitro), que ha sido considerado un inhibidor de la respuesta sexual, o **anafrodisíaco**. Al tener efecto diurético, que incrementa la necesidad de orinar, puede hacer menos atractiva la idea del sexo. Sin embargo, el nitro disminuye solo indirectamente la excitación sexual. Otras sustancias químicas actúan de manera más directa sobre la excitación y la respuesta sexual. Los tranquilizantes y los depresores del sistema nervioso central, como los barbitúricos, pueden disminuir el deseo sexual y afectar al comportamiento sexual. Sin embargo, estas medicinas, paradójicamente, pueden incrementar la respuesta sexual en algunas personas al disminuir las inhibiciones sexuales o el miedo a las posibles consecuencias de la actividad sexual. Los medicamentos antihipertensivos, que se utilizan en el tratamiento de la presión arterial alta, pueden producir dificultades eréctiles y eyaculatorias en los hombres y la reducción del deseo sexual en hombres y mujeres. Ciertas drogas antidepressivas, como la fluoxetina (nombre comercial Prozac), la amitriptilina (nombre comercial Elavil) y la imipramina (nombre comercial Tofranil) pueden disminuir el impulso sexual (Michelson *et al.*, 2001). Los antidepressivos también pueden afectar a la respuesta eréctil y retrasar la eyaculación en los hombres y la respuesta orgásmica en las mujeres (Michelson *et al.*, 2001). (Como retrasan la eyaculación, algunos de estos medicamentos se emplean para tratar la eyaculación precoz.)

La nicotina, el estimulante contenido en el humo del tabaco, estrecha los vasos sanguíneos, así que puede impedir la respuesta sexual al reducir la capacidad de los genitales para llenarse de sangre. Los hombres que son fumadores crónicos pueden ver reducidos sus niveles de testosterona en sangre, lo que puede desembocar a su vez en una reducción del deseo sexual.

Antiandrógenos. Medicamentos que tienen efectos anafrodisíacos. Se han empleado en el tratamiento de modelos de conducta no convencionales como la violencia sexual y el interés sexual en los niños, con algunos resultados prometedores (por ejemplo, Roesler & Witztum, 2000).

Las drogas psicoactivas

Las drogas psicoactivas, como el alcohol y la cocaína, son ampliamente utilizadas por sus supuestos efectos afrodisíacos.

Pregunta: ¿Estimulan las drogas psicoactivas la respuesta sexual? Quizás algunas lo hacen, pero sus efectos pueden reflejar también las expectativas que tenemos de ellas, o sus efectos en las inhibiciones sexuales, más que la estimulación directa de la respuesta sexual.

El alcohol: El «Gran Provocador de Tres Cosas». En *Macbeth*, de Shakespeare, tiene lugar el siguiente diálogo entre Macduff y un portero:

PORTERO: . . . la bebida, señor, es una gran provocadora de tres cosas.

MACDUFF: ¿Qué tres cosas provoca sobre todo la bebida?

PORTERO: Pardiez, señor, el coloreamiento de nariz, el sueño y la orina. En cuanto a la lujuria, señor, la provoca y la desprovoca; provoca el deseo, pero impide la realización.

Anafrodisíacos

Medicamentos u otros agentes cuyos efectos son antagónicos a la excitación sexual o el deseo sexual.

Antiandrógeno

Sustancia que disminuye los niveles de andrógenos en el torrente sanguíneo.

El alcohol en pequeñas cantidades es un estimulante, pero en grandes cantidades frena la respuesta sexual. Este hecho no debería sorprendernos, pues el alcohol es un depresivo. El alcohol reduce la actividad del sistema nervioso central. Grandes cantidades de alcohol pueden afectar seriamente al comportamiento sexual en hombres y mujeres.

Las personas que beben cantidades moderadas de alcohol pueden sentirse más excitadas sexualmente por los efectos que esperan del alcohol, no por sus propiedades químicas (George *et al.*, 2000). Es decir, las personas que esperan del alcohol que incremente su respuesta sexual pueden actuar de tal manera. La esperanza de que el alcohol pueda funcionar como un afrodisíaco puede hacer que los hombres con problemas de erección utilicen el alcohol como una cura. El hecho es que el alcohol es un depresor, y unas pocas copas pueden reducir la potencia sexual más que incrementarla.

El alcohol puede reducir las inhibiciones sexuales porque nos permite atribuir nuestro comportamiento a los efectos del alcohol más que a nosotros mismos. El alcohol se relaciona con un papel social liberador y así proporciona una excusa para las conductas dudosas. «Fue el alcohol», solemos oír, «no yo». Cuando ha bebido, una persona puede expresar sus deseos sexuales y hacer cosas que no haría cuando está sobria. Por ejemplo, una persona que siente culpabilidad sobre el sexo puede volverse activa sexualmente cuando bebe porque él o ella podrá más tarde echarle la culpa al alcohol.

La borrachera —definida como tomar cinco o más copas seguidas en el caso del varón, o cuatro o más copas para una mujer (Naimi *et al.*, 2003b)— se relaciona con la conducta sexual de alto riesgo, promiscuidad sexual y ataque sexual (Abbey *et al.*, 2001; Cooper, 2002; MacDonald *et al.*, 2000; Vik *et al.*, 2000). No obstante, beber hasta la embriaguez se está haciendo cada vez más popular, por ejemplo en Estados Unidos (Naimi *et al.*, 2003a). El 44 por ciento de los estudiantes universitarios se emborrachan al menos dos veces al mes, y la mitad de este porcentaje lo hacen tres o más veces cada dos semanas (Hingson *et al.*, 2002).

El alcohol puede inducir sentimientos de euforia que pueden aumentar la excitación sexual y evitar los reparos para expresar los deseos sexuales. El alcohol también parece afectar a la habilidad para sopesar la información («proceso de la información») que podría de otra manera inhibir los impulsos sexuales (MacDonald *et al.*, 2000; Steele & Josephs, 1990). Cuando una persona bebe, puede ser menos capaz de prever las consecuencias de una conducta de riesgo y es menos probable que pondere sus normas de conducta.



¿Cuáles son los efectos del alcohol sobre la conducta sexual? Pequeñas dosis de alcohol pueden ser estimulantes, inducir efectos de euforia y disminuir las inhibiciones, todo lo cual podría estar relacionado con el interés sexual y facilitar la conducta social y sexual. El alcohol también reduce el temor a las consecuencias de un comportamiento de riesgo, sea sexual o de otro tipo, y proporciona una excusa para un comportamiento que de otra manera sería inaceptable, como tener relaciones sexuales en la primera cita (o en una cita casual). Es decir, un bebedor puede decir: «Fue el alcohol, no yo». Del alcohol se espera también que permita a la persona liberarse y estar a la altura de expectativas culturales y sociales. Aun así, como droga depresora, grandes cantidades de alcohol disminuyen bioquímicamente la respuesta sexual.

Alucinógenos. No existe ninguna evidencia de que la marihuana y otras drogas alucinógenas estimulen directamente la respuesta sexual. Sin embargo, los adictos a la marihuana declaran sentir más empatía hacia los demás, ser más conscientes de las sensaciones sexuales y experimentar que el tiempo transcurre más lentamente. Estas sensaciones podrían elevar los sentimientos subjetivos en la respuesta sexual. Sin embargo, algunos usuarios de la marihuana dicen que la droga inhibe su respuesta sexual (Wolman, 1985). Los efectos de la droga en la respuesta sexual pueden depender de las experiencias previas del individuo con las drogas, su actitud hacia ellas y la cantidad tomada.

Otros alucinógenos, como el LSD y la mescalina, también se han utilizado por algunas personas para aumentar la respuesta sexual. De nuevo, estos efectos pueden reflejar el nivel de la dosis, las experiencias del usuario, su actitud hacia las drogas y sus percepciones alteradas.

Los estimulantes. Los estimulantes como las anfetaminas tienen reputación de elevar la excitación y las sensaciones del orgasmo. Altas dosis pueden elevar el riesgo de irritabilidad, inquietud, alucinaciones, ilusiones paranoides, insomnio y pérdida de apetito. Estas drogas generalmente activan el sistema nervioso central pero no se sabe si tienen efectos sexuales específicos. Sin embargo, la excitación del sistema nervioso puede contribuir a la excitación sexual (Palace, 1995). Las drogas pueden también mejorar el estado de ánimo, y quizás el placer sexual se vea influido positivamente por la euforia general.

La cocaína es un estimulante natural que se extrae de las hojas de la planta de coca —la planta de la cual el refresco Coca-Cola tomó su nombre—. De hecho, Coca-Cola contenía cocaína como parte de su fórmula original. La cocaína se eliminó de la fórmula secreta en 1906. La cocaína se toma de varias maneras: esnifada en forma de polvo, fumada en forma de piedra (cocaína «crack») o en forma libre de base, o inyectada directamente en el torrente sanguíneo en forma líquida. La cocaína produce euforia, que tiende a menguar rápidamente. Físicamente, la cocaína estrecha los vasos sanguíneos (reduciendo el oxígeno que llega el corazón), eleva la presión arterial y acelera el ritmo cardíaco.

A pesar de la creencia popular de que la cocaína es un afrodisíaco, su uso frecuente puede provocar trastornos sexuales, como la dificultad para lograr la erección y la eyaculación en los varones, la disminución de la lubricación vaginal en las mujeres y la apatía sexual en ambos (Weiss & Mirin, 1987). Algunas personas dicen experimentar un incremento del placer sexual con la cocaína; sin embargo, esto puede ser el reflejo de la pérdida de inhibición. Con el tiempo, sin embargo, los consumidores habituales pueden hacerse dependientes de la cocaína para la excitación sexual o perder capacidad de disfrutar con el sexo (Weiss & Mirin, 1987).

La respuesta sexual y el cerebro: ¿sexo cerebral?

El cerebro puede no ser una zona erógena, pero juega un papel central en el funcionamiento sexual (Fisher, 2000).

Pregunta: ¿Cuál es el papel del cerebro en la respuesta sexual? La estimulación genital directa puede activar reflejos en la médula espinal que producen la erección en el hombre y la lubricación vaginal en la mujer sin la intervención directa del cerebro. Sin embargo, los mismos reflejos pueden ser activados por la estimulación que se origina en el cerebro en forma de recuerdos eróticos, fantasías, imágenes y pensamientos. El cerebro también puede inhibir la sensibilidad sexual, como cuando experimentamos culpa o ansiedad en una situación sexual, o cuando de repente nos damos cuenta, durante una relación sexual, de que hemos dejado las luces del coche encendidas. exploremos los mecanismos cerebrales implicados en el funcionamiento sexual.

Las diferentes zonas del cerebro, en especial la corteza cerebral y el sistema límbico, juegan papeles clave en el funcionamiento sexual (Figura 4.1). Las células del córtex cerebral transmiten mensajes cuando experimentamos pensamientos sexuales, imágenes, deseos, fantasías, etc. Las células del córtex cerebral interpretan la información sensorial como activadores o inhibidores sexuales. La visión del amante desnudándose, la anticipación de un beso romántico, una fantasía sexual o una foto erótica pueden encender la llama en las células corticales. Estas células, a su vez, transmiten mensajes a través de la médula espinal que envían sangre rápidamente a los genitales, provocando la erección o la lubricación vaginal. El córtex también permite los juicios morales y la evaluación de la conducta sexual. El córtex juzga si la conducta sexual es apropiada o inapropiada, moral o inmoral, si es fuente de relajación o de ansiedad.

Las áreas del cerebro que se encuentran bajo el córtex, en especial el sistema límbico, también juegan un papel en los procesos sexuales (Kimble, 1992). Por ejemplo, cuando la parte posterior del hipotálamo de una rata macho se estimula con un electrodo, el animal mecánicamente inicia el cortejo y el ritual de apareamiento. Mordisquea las orejas y la parte posterior del cuello de la hembra y la monta cuando ella responde. Por supuesto, las personas están influidas por lo aprendido, por las fantasías y los valores, además de por la simple estimulación del cerebro (o de la médula espinal).

La importancia del sistema límbico en la conducta sexual en animales se demostró en experimentos realizados por Heinrich Klüver y Paul Bucy, de la Universidad de Chicago, en 1939. Klüver y Bucy informaron de que la destrucción de áreas del sistema límbico activaba conductas sexuales persistentes que incluían la masturbación y comportamientos coitales entre macho y hembra y entre macho y macho. Los monos intentaron incluso montar a los experimentadores. Por motivos éticos obvios, los investigadores no han dañado o destruido partes del cerebro de humanos para observar sus efectos.

La investigación clásica también revela que la estimulación eléctrica del hipocampo y el septum del sistema límbico puede producir erecciones en los monos de laboratorio (McLean, 1976). Asimismo, la estimulación eléctrica de una vía en el tálamo produjo una descarga seminal en estos monos, aunque sin erección. La estimulación de ciertas áreas en el tálamo y el hipotálamo puede inducir a la eyaculación. Pero las relaciones precisas entre las estructuras del cerebro que regulan la erección y la eyaculación en los animales o en los humanos no han sido totalmente cartografiadas.

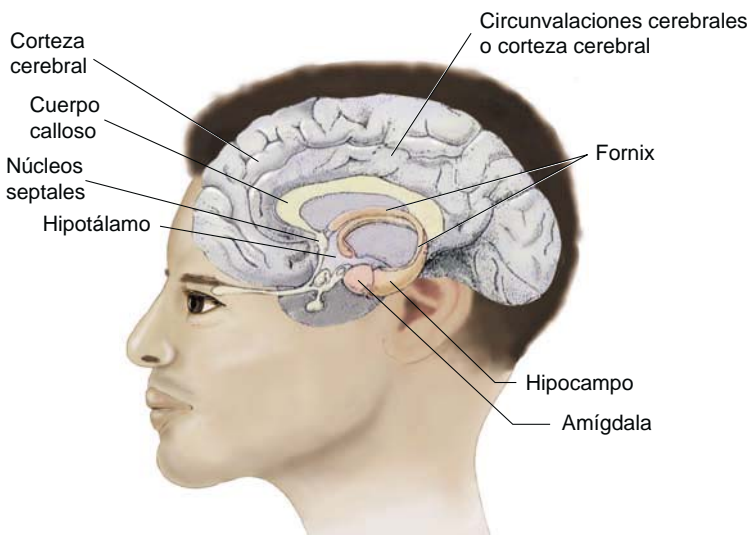


Figura 4.1. Partes del cerebro implicadas en el funcionamiento sexual. Vista del cerebro. Las células del córtex cerebral transmiten mensajes cuando experimentamos pensamientos sexuales e imágenes mentales. Las células del córtex interpretan la información sensorial como activadores o inhibidores sexuales. El córtex cerebral puede entonces transmitir mensajes a través de la médula espinal para enviar sangre a los órganos sexuales, provocando la erección o la lubricación vaginal. El sistema límbico está situado a lo largo del borde interno del cerebro. Cuando parte del hipotálamo de una rata macho es estimulada eléctricamente, la rata comienza el cortejo del apareamiento y el coito. Klüver y Bucy (1939) descubrieron que la destrucción de áreas del sistema límbico activaban una conducta sexual continua en los monos. La estimulación eléctrica del hipocampo y los núcleos septales produce erección en los monos.

Pulsar los botones correctos: ¿están en el cerebro los centros de placer?

La investigación con electrodos sugiere que los «centros de placer» existen en y cerca del hipotálamo en otros animales y quizás en las personas. La investigación clásica ha encontrado que cuando los electrodos se implantan en ciertas partes del sistema límbico, animales de laboratorio como las ratas (Olds, 1956; Olds & Milner, 1954) presionaban repetidamente los pulsadores para recibir descargas eléctricas. Por supuesto, no podemos saber lo que sentían las ratas, pero las personas dicen que la estimulación de estos llamados centros de placer producen sensaciones de excitación y gratificación sexual.

Heath (1972) encontró que la estimulación eléctrica de la región septal del sistema límbico provocó sensaciones parecidas al orgasmo. Delgado (1969) informó que dos mujeres pacientes epilépticas que recibieron estimulación límbica como parte de una evaluación diagnóstica se excitaron sexualmente por la estimulación:

[Una] informó de una agradable sensación de hormigueo en el lado izquierdo de su cuerpo, «desde la cara bajando hasta mis piernas». Empezó a hablar riéndose y... [afirmaba] que le gustaba esa sensación «mucho». La repetición de estas estimulaciones hizo a la paciente más comunicativa y coqueta, y acabó expresando abiertamente su deseo de casarse con el terapeuta. [La otra paciente informó] de una agradable sensación de relajación e incrementó considerablemente su expresión verbal, que tomó un giro más íntimo. [Ella] expresó su cariño por el terapeuta [al que acababa de conocer], besó sus manos y le comunicó su inmensa gratitud. (p. 145)

Las hormonas sexuales: ¿son ellas las que nos incitan al sexo?

En una comedia de situación de la televisión, un chico adolescente se describía como «una hormona andante». Pregunta a los padres por qué los adolescentes actúan como lo hacen y probablemente escucharás una sola palabra como respuesta: ¡hormonas!

Pregunta: ¿Cómo afectan las hormonas al impulso y a la respuesta sexual? Las hormonas son sustancias químicas secretadas por las glándulas, sin conductos, del sistema endocrino directamente en el flujo sanguíneo. La palabra *hormona* viene del griego *horman*, que significa «estimular» o «incitar». Podríamos decir que en gran medida nos incitan a la actividad sexual. Las hormonas también regulan varias funciones corporales, incluyendo el crecimiento y la resistencia al estrés, así como las funciones sexuales.

El hipotálamo y la glándula pituitaria regulan la secreción gonadal de hormonas sexuales, específicamente la testosterona en los hombres y los estrógenos y la progesterona en las mujeres. En la pubertad, una oleada de hormonas sexuales provoca el desarrollo de la capacidad reproductora: la capacidad de los testículos para producir esperma y la maduración de los óvulos y la ovulación en las mujeres. Las hormonas sexuales liberadas durante la pubertad también producen la aparición de los **caracteres sexuales secundarios**. En los hombres, las cuerdas vocales se alargan (y, consecuentemente, la voz se hace más grave) y aparece el vello púbico y facial. En las mujeres, los pechos y las caderas adquieren un volumen redondeado por el crecimiento de tejido graso y crece el vello púbico.

Caracteres sexuales secundarios Rasgos físicos que diferencian a los varones de las hembras pero que no están involucrados directamente en la reproducción.



¿Son los adolescentes «hormonas andantes»? Las investigaciones muestran que los niveles de andrógenos están conectados con el nivel de interés sexual en chicas y chicos adolescentes. Sin embargo, es más probable que los niveles hormonales predigan la conducta sexual en los chicos adolescentes, quizás porque la sociedad pone más restricciones a la sexualidad femenina.

Las hormonas sexuales y la conducta sexual: organizando y activando las influencias

Las hormonas sexuales tienen efectos organizadores y activadores sobre la conducta. Es decir, ejercen una influencia en el tipo de conducta que se expresa (un efecto organizador) y la frecuencia o intensidad del impulso que motiva la conducta y la habilidad para llevar a cabo esa conducta (efectos activadores). Por ejemplo, las hormonas sexuales predisponen a los animales inferiores y posiblemente a las personas a tener conductas estereotipadas masculinas o femeninas (un efecto organizador). También facilitan la respuesta sexual e influyen en el deseo sexual (efectos activadores).

Aunque las hormonas sexuales claramente determinan las «orientaciones» y los impulsos sexuales de muchos animales inferiores, su papel en la conducta sexual humana puede estar en un relativo segundo plano; de hecho, no es tan bien conocida su influencia. Gran parte de nuestro conocimiento de los efectos organizadores y activadores de las hormonas sexuales nos viene de estudios realizados con otras especies, en las cuales los niveles hormonales se manipularon por castración o inyección. Los estándares éticos prohíben este tipo de investigaciones con humanos, por razones obvias.

Los efectos activadores de la testosterona pueden observarse claramente entre las ratas macho. Por ejemplo, los machos que son castrados siendo adultos (y, consecuentemente, privados de testosterona), cesan su conducta sexual. Sin embargo, si se les inyecta testosterona retoman sus conductas masculinas estereotipadas, como los intentos por montar a las hembras receptivas.

En las ratas, la testosterona organiza o diferencia el cerebro en la dirección masculina. Como resultado, las ratas macho adultas muestran conductas estereotipo masculinas más elevadas cuando se las activa con testosterona. Los fetos masculinos y los recién nacidos normalmente tienen suficiente cantidad de testosterona en sangre para organizar sus cerebros en la dirección masculina. Los fetos y los recién nacidos femeninos generalmente tienen menos cantidad de testosterona, así que sus cerebros se organizan en la dirección femenina. Cuando las ratas hembra son expuestas prenatalmente a grandes dosis de testosterona, sus órganos sexuales se tornan masculinos y están predispuestas a comportamientos de pareja masculinos en la edad adulta (Kimble, 1992).

En las ratas y otros roedores, la diferenciación sexual del cerebro no es completa en el momento del nacimiento. Los roedores hembra a los que se les inyecta testosterona poco antes o poco después de nacer (dependiendo de las especies) muestran patrones sexuales típicos masculinos en la edad adulta; por ejemplo, intentan montar a otras hembras y se resisten a ser montadas por los machos (Ellis & Ames, 1987).

Las dudas permanecen sobre los efectos organizadores de las hormonas sexuales en la conducta humana. Se sabe que las hormonas sexuales prenatales juegan un papel en la diferenciación sexual de los genitales y de las estructuras cerebrales, como el hipotálamo. Sin embargo, su papel en los patrones de la conducta sexual en los adultos sigue siendo desconocido. Algunos investigadores han sospechado que los cerebros de los transexuales pueden haberse diferenciado sexualmente, antes de nacer, en una dirección, mientras sus genitales se diferenciaron en la otra (Money, 1994). Se ha especulado que la diferenciación sexual prenatal del cerebro puede estar también relacionada con la orientación sexual.

¿Qué sabemos de los efectos activadores de las hormonas sexuales en la conducta y el impulso sexual? Aunque los incontables intentos de extraer o sintetizar afrodisíacos han fracasado, las mujeres y los hombres producen de manera natural un genuino afrodisíaco: la testosterona. Ésta activa los impulsos sexuales de ambos, hombres y mujeres (Guzick & Hoeger, 2000).

Las hormonas sexuales y la conducta sexual masculina

Las hormonas sexuales masculinas son conocidas por influir en el impulso y la respuesta sexual en los animales no humanos y en los hombres (Bialy & Sachs, 2002; Cooke *et al.*, 2003). La prueba del papel de las hormonas en el impulso sexual ha sido demostrada en hombres con bajos niveles de testosterona como consecuencia de una castración química o quirúrgica. La castración quirúrgica (extirpación de los testículos) se realiza a veces como tratamiento médico del cáncer de próstata u otras enfermedades del tracto reproductor masculino, como la tuberculosis genital. También algunos delincuentes sexuales convictos se han sometido voluntariamente a la castración como condición para su liberación.

Sin tener en cuenta los motivos para la castración, los hombres que son quirúrgica o químicamente castrados presentan, por lo general, una gradual disminución de las fantasías sexuales y la pérdida del deseo sexual (Bradford, 1998; Gijs & Gooren, 1996; Rösler & Witzum, 1998). Gradualmente, también tienden a perder la capacidad para lograr la erección y la eyaculación —una indicación de que la testosterona es importante en el mantenimiento tanto de la respuesta sexual como del impulso sexual, al menos en los hombres—. Sin embargo, los hombres castrados muestran gran variación en su interés y funcionamiento sexual. Algunos continúan experimentando deseos sexuales y son capaces de funcionar sexualmente durante años, incluso décadas. El aprendizaje parece jugar un papel importante en la continuación de la respuesta sexual que sigue a la castración. Los hombres que eran sexualmente activos antes de la castración muestran un declive más gradual en su actividad sexual. Aquellos que eran sexualmente inactivos muestran un interés en el sexo relativamente escaso o inexistente. Así, la motivación y el funcionamiento sexuales masculinos implican un juego cruzado de influencias hormonales y experiencia.

Una evidencia que llega más lejos acerca de la relación entre los niveles hormonales y la sexualidad masculina se encuentra en los estudios de hombres con hipogonadismo, una condición marcada por niveles anormalmente bajos de producción de testosterona. Estos hombres generalmente sufren una pérdida de deseo sexual y un declive de la

Transexual Persona con un desorden de identidad sexual que siente que él o ella realmente son un miembro del otro sexo y están atrapados en un cuerpo del sexo equivocado.

Hipogonadismo

Condición marcada por niveles anormalmente bajos de producción de testosterona.

actividad sexual (McElduff & Beange, 2003). De nuevo aquí las hormonas no cuentan la historia completa. Los hombres con hipogonadismo son capaces de alcanzar una erección, al menos durante un rato, incluso aunque sus impulsos sexuales lleguen a desvanecerse. El papel de la testosterona como un activador de los impulsos sexuales en los hombres va más allá de la evidencia de los efectos del reemplazo de testosterona en los hombres con hipogonadismo. Cuando estos hombres se inyectan testosterona, sus impulsos sexuales, fantasías y actividad retornan a los niveles anteriores (Seidman, 2003; Tan & Culberson, 2003).

Aunque los niveles mínimos de andrógenos son críticos para la sexualidad masculina, no existe una correspondencia uno a uno entre los niveles hormonales y el impulso sexual o el comportamiento sexual en los adultos. En los hombres que tienen grandes suministros de testosterona, el interés y el funcionamiento sexual dependen más del aprendizaje, las fantasías, las actitudes, los recuerdos y otros factores psicosociales, que de los niveles hormonales. Sin embargo, en la pubertad las variaciones hormonales pueden jugar un papel más directo en la estimulación del interés y la actividad sexuales en los hombres. Udry y sus colegas (Udry, 2001; Udry *et al.*, 1985; Udry *et al.*, 1986; Udry & Billy, 1987) encontraron, por ejemplo, que los niveles de testosterona predijeron el interés sexual, los índices de masturbación y la probabilidad de tener relaciones sexuales entre los chicos adolescentes. También se ha encontrado una relación positiva entre los niveles de testosterona en los hombres adultos y la frecuencia de relaciones sexuales (Dabbs & Morris, 1990). Más aún, los medicamentos que reducen los niveles de andrógenos en el torrente sanguíneo, llamados antiandrógenos, producen una reducción del impulso sexual y de las fantasías sexuales (Bradford, 1998).

Las hormonas sexuales y la conducta sexual femenina

Las hormonas sexuales femeninas estrógeno y progesterona juegan papeles destacados promoviendo los cambios que ocurren durante la pubertad y en la regulación del ciclo menstrual. Sin embargo, las hormonas sexuales femeninas no parecen jugar un papel directo en la determinación de la motivación o en la respuesta sexual en las mujeres.

En la mayoría de los mamíferos, las hembras son sexualmente receptivas sólo durante el celo. El celo es un breve periodo de fertilidad que corresponde al momento de la ovulación, y, durante el celo, de las hembras se dice que están «calentorras». El celo ocurre una vez al año en algunas especies; en otras, ocurre periódicamente durante el año. Los estrógenos alcanzan un máximo en el momento de la ovulación, que es cuando existe una relación muy estrecha entre la fertilidad y la receptividad sexual en la mayoría de los mamíferos hembras. Sin embargo, la sexualidad de las mujeres no está claramente unida a las fluctuaciones hormonales. A diferencia de las hembras de muchas otras especies de mamíferos, la mujer está interesada en el sexo durante todas las fases del ciclo reproductor (menstrual) —incluso durante la menstruación, cuando los niveles hormonales son bajos— y después de la menopausia.

Sin embargo, existe alguna evidencia de que el interés sexual en las mujeres está influido por la presencia de andrógenos, u hormonas sexuales masculinas, en su cuerpo. Las glándulas suprarrenales de las mujeres producen pequeñas cantidades de andrógenos, como hacen en los hombres (Guzick & Hoeger, 2000). El hecho de que las mujeres produzcan normalmente cantidades más pequeñas de andrógenos que los hombres no significa necesariamente que tengan impulsos sexuales más débiles. Más bien, las mujeres parecen ser más sensibles a cantidades más pequeñas de andrógenos. Para las mujeres, parece que «menos es más».

Las mujeres que sufren la **ovariectomía**, que se realiza a veces con la histerectomía, no producen hormonas sexuales femeninas. No obstante, siguen experimentando impulso e interés sexual como antes. La pérdida de la hormona ovárica estradiol puede causar sequedad vaginal y hacer el coito doloroso, pero no reduce el deseo sexual. (La sequedad vaginal puede aliviarse con un gel lubricante o con terapia de reemplazo hormonal.) Sin embargo, las mujeres cuyas glándulas suprarrenales y ovarios han sido extirpados (por lo que no pueden producir andrógenos) gradualmente pierden el deseo sexual. Sin embargo, un historial sexual agradable y activo sustituirá esta pérdida, aportando una nueva evidencia del impacto de los factores cognitivos y de la propia actividad sexual en la respuesta sexual humana.

Las investigaciones proporcionan evidencias de las relaciones entre los niveles de testosterona y el impulso sexual de las mujeres (Williams, 1999). En los estudios de Udry y sus colegas mencionados anteriormente se encontró que los niveles de andrógenos predicaban el interés sexual entre las chicas adolescentes. Sin embargo, por contraste con los chicos, los niveles de andrógenos de las chicas no estaban relacionados con la probabilidad de relaciones sexuales. Los andrógenos aparentemente afectan al deseo sexual en ambos sexos, pero éste es más probable que se pueda trasladar directamente a la actividad sexual de los hombres que de las mujeres (Peplau, 2003). Esta diferencia sexual puede explicarse por las mayores restricciones sociales a la sexualidad femenina.

Otros investigadores informan que la actividad sexual de las mujeres se incrementa en los momentos del ciclo menstrual en que los niveles de andrógenos en la sangre están altos (Guay, 2001; Morley & Perry, 2003). Otro estudio se realizó con mujeres cuyos ovarios habían sido extraídos quirúrgicamente («menopausia quirúrgica») como tratamiento de una enfermedad. Los ovarios proporcionan las cantidades más importantes de estrógenos. Después de la intervención, las mujeres de este estudio fueron tratadas con estrógenos —reemplazo hormonal (ERT), con ERT más andrógenos, o con un placebo (una sustancia inerte que parece una medicina) (Sherwin *et al.*, 1985)—. Éste era un estudio de doble ciego: ni las mujeres ni sus médicos conocían la medicación que estaban recibiendo las pacientes. Los resultados mostraron que la combinación de andrógenos y ERT elevaban el deseo sexual y las fantasías sexuales más que las ERT por sí solas o el placebo. La combinación también ayuda a las mujeres a mantener una sensación de bienestar (Guzick & Hoeger, 2000).

Los andrógenos juegan un papel más destacado que las hormonas ováricas en la activación y el mantenimiento de los impulsos sexuales femeninos. Sin embargo, como en los hombres, la sexualidad de las mujeres es demasiado compleja como para ser explicada por los niveles hormonales. Por ejemplo, una historia sexual agradable y activa parece alejar la pérdida del interés sexual que sigue a la extracción quirúrgica de las glándulas suprarrenales y los ovarios.

La respuesta sexual

Aunque culturalmente nos centramos en las diferencias sexuales más que en las similitudes, Masters y Johnson (1966) encontraron que las respuestas fisiológicas de los hombres y de las mujeres a la estimulación sexual (ya sea del coito, la masturbación u otras fuentes) son bastante parecidas. La secuencia de cambios corporales que tienen lugar cuando los hombres y las mujeres progresivamente se van excitando se llama ciclo de respuesta sexual.

Pregunta: ¿Cuál es el ciclo de respuesta sexual según Masters y Johnson?

Ovariectomía

Extirpación quirúrgica de los ovarios.

Las cuatro fases de la respuesta sexual humana según Masters y Johnson

Masters y Johnson dividieron el **ciclo de respuesta sexual** en cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución. La Figura 4.2 sugiere los niveles de excitación sexual asociados con cada fase.

Ambos, varones y hembras, experimentan **vasocongestión** y **miotonía** en los primeros momentos del ciclo de respuesta. La vasocongestión es la hinchazón de los tejidos genitales con sangre, lo que provoca la erección del pene y la dilatación del área que rodea la abertura vaginal. Los testículos, los pezones e incluso los lóbulos de las orejas se hinchan al dilatarse los vasos sanguíneos de estas zonas.

Miotonía se refiere a la tensión muscular. La miotonía provoca las contracciones musculares voluntarias e involuntarias que producen las muecas faciales, los espasmos en las manos y en los pies y, eventualmente, los espasmos del orgasmo. A continuación veremos estos y otros cambios del cuerpo que constituyen el ciclo de respuesta sexual.

Fase de excitación. En los hombres jóvenes, la vasocongestión durante la **fase de excitación** produce la erección del pene, unos 3 a 8 segundos después del comienzo de la excitación. La erección puede ocurrir más lentamente en los hombres mayores, pero las respuestas son esencialmente las mismas. La erección puede menguar y volver a producirse con las variaciones de la estimulación. La piel del escroto se engrosa, perdiendo su aspecto holgado. Los testículos aumentan de tamaño. Los testículos y el escroto se elevan.

En las mujeres, la lubricación vaginal puede empezar entre 10 y 30 segundos después del comienzo de la estimulación. La vasocongestión hincha el clítoris, los labios mayores se aplanan y se abren apartándose. Los dos tercios internos de la vagina se dilatan. Las paredes vaginales se engrosan y, debido a la llegada de sangre, pasan de un color rosado a un color más oscuro. El útero se dilata y se eleva. Los pechos se hacen más grandes y los vasos sanguíneos cercanos a la superficie se hacen más visibles. La piel puede adquirir un **rubor sexual** al final de esta fase. Este rubor varía con la intensidad de la excitación y es más

Ciclo de respuesta sexual

Modelo de respuesta sexual de Masters y Johnson, que consiste en cuatro fases.

Vasocongestión

Hinchazón de los tejidos genitales con sangre, que provoca la erección del pene y la congestión del área que rodea la abertura vaginal.

Miotonía Tensión muscular.

Fase de excitación

Primera fase del ciclo de la respuesta sexual, que se caracteriza por la erección en el varón y la lubricación vaginal en la mujer, y la tensión muscular y el aumento del ritmo cardíaco en ambos, hombres y mujeres.

Rubor sexual

Sarpullido rojizo que aparece en el pecho o en los senos al final de la fase del ciclo de respuesta sexual.

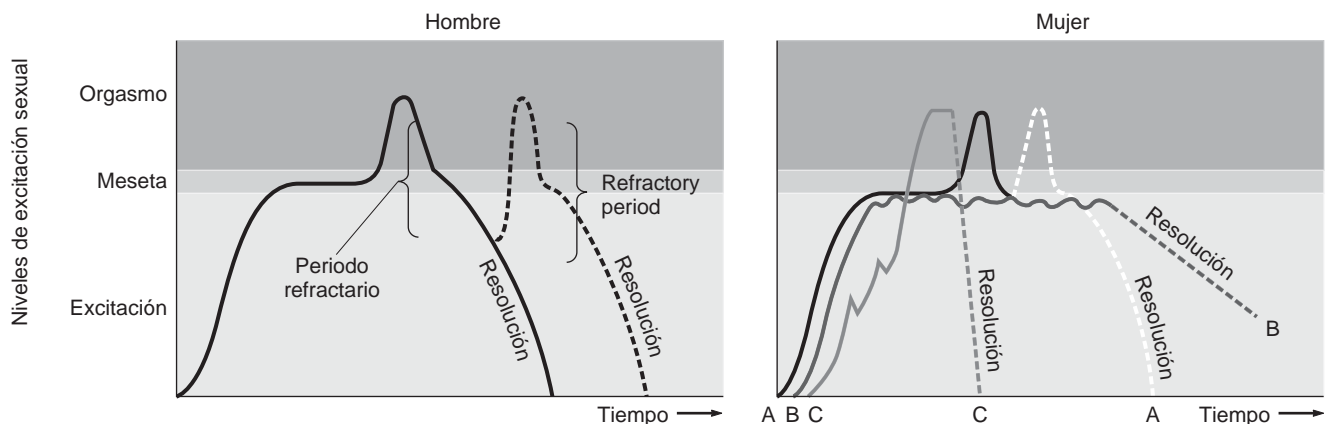


Figura 4.2. Niveles de excitación sexual durante las fases del ciclo de respuesta sexual. Masters y Johnson dividen el ciclo de respuesta sexual en cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Durante la fase de resolución, el nivel de excitación sexual vuelve al estado previo a la excitación. Para los hombres hay un periodo refractario que sigue al orgasmo. Sin embargo, como muestra la línea discontinua, los hombres pueden volver a excitarse hasta el orgasmo una vez ha pasado el periodo refractario y sus niveles de excitación sexual han vuelto a los niveles previos a la meseta. El patrón A para las mujeres muestra un ciclo de respuesta típico, con la línea discontinua que sugiere múltiples orgasmos. El patrón B muestra el ciclo de una mujer que alcanza la fase de meseta pero para la cual la excitación se «resuelve» sin llegar a la fase orgásmica. El patrón C muestra la posibilidad del orgasmo en una mujer muy excitada que pasa rápidamente por la fase de meseta.

Fase de meseta

Segunda fase del ciclo de respuesta sexual, que se caracteriza por el aumento de la vasocongestión, de la tensión muscular, del ritmo cardíaco y de la tensión arterial, como preparación para el orgasmo.

Plataforma del orgasmo

Engrosamiento de las paredes del tercio exterior de la vagina, debido a la vasocongestión que ocurre durante la fase de la meseta del ciclo de respuesta sexual.

Piel del sexo

Enrojecimiento de los labios menores que ocurre durante la fase de meseta.

pronunciado en las mujeres. Los pezones se pueden poner erectos en ambos sexos, especialmente como respuesta a la estimulación directa. Hombres y mujeres muestran un incremento de la miotonía, del ritmo cardíaco y de la presión sanguínea.

Fase de meseta. Una meseta es una región nivelada, y el nivel de excitación permanece de alguna manera constante durante la fase de meseta de la respuesta sexual. No obstante, la fase de meseta es un estado avanzado de la excitación que precede al orgasmo. Los hombres en esta fase muestran un ligero incremento de la circunferencia de la corona del pene. El glande se torna de color púrpura oscuro, un signo de vasocongestión. Los testículos se elevan más para la eyacuación y pueden alcanzar una vez y media el tamaño que tenían antes de la excitación. Las glándulas de Cowper secretan unas gotas de fluido que aparecen en la punta del pene (véase la Figura 4.3).

En las mujeres, la vasocongestión hincha los tejidos del tercio exterior de la vagina, contrayendo la abertura vaginal (y preparándose así para «abrazar» el pene) y desarrollando la **plataforma orgásmica** (véase la Figura 4.4). La parte interna de la vagina se expande totalmente. El útero se eleva por completo. El clítoris se esconde bajo la capucha del clítoris y se acorta. Así que una mujer (o su pareja) pueden sentir que el clítoris se ha perdido. Esto puede interpretarse erróneamente como un signo de que la excitación de la mujer está menguando, aunque de hecho está aumentando.

Aparece color rojizo en los labios menores, lo que se llama «piel del sexo». Los labios menores se vuelven de color vino oscuro en las mujeres que han dado a luz y rojo brillante en las mujeres que no han tenido hijos. Con la consiguiente dilatación de las areolas de los pechos puede parecer que los pezones han perdido parte de su erección (véase la Figura 4.5). Las glándulas de Bartholin secretan un fluido que parece mucosidad.

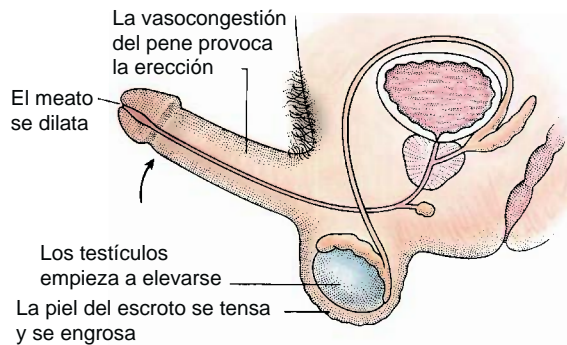
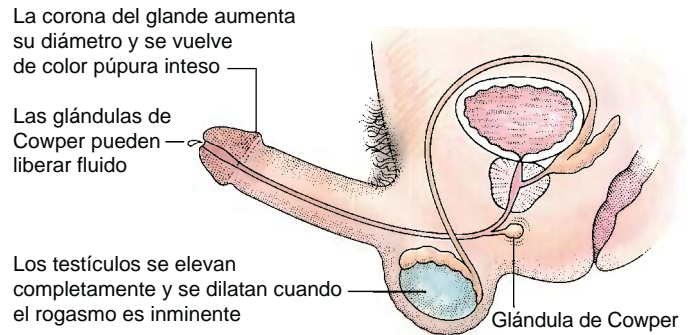
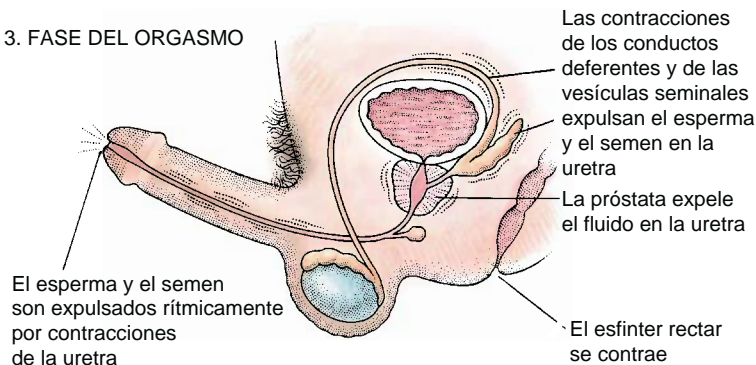
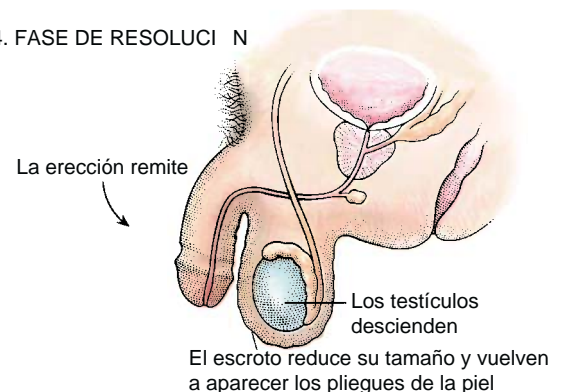
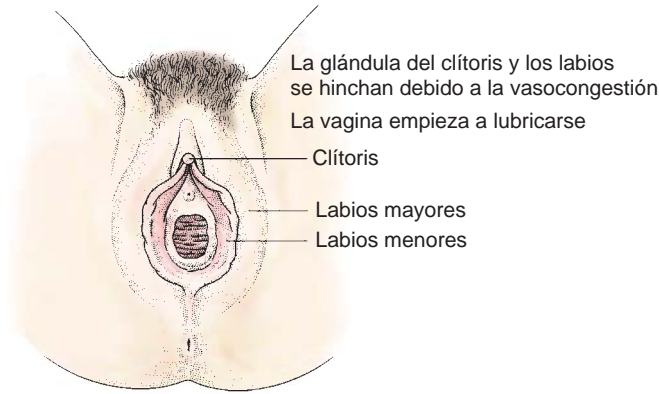
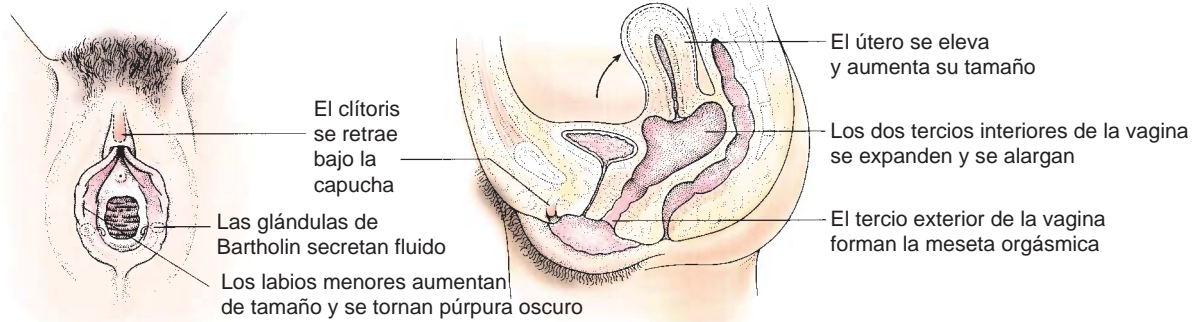
1. FASE DE EXCITACIÓN**2. FASE MESETA****3. FASE DEL ORGASMO****4. FASE DE RESOLUCIÓN**

Figura 4.3. Órganos genitales masculinos durante las fases del ciclo de respuesta sexual.

1. FASE DE EXCITACIÓN



2. FASE MESETA



3. FASE DEL ORGASMO



4. FASE DE RESOLUCIÓN

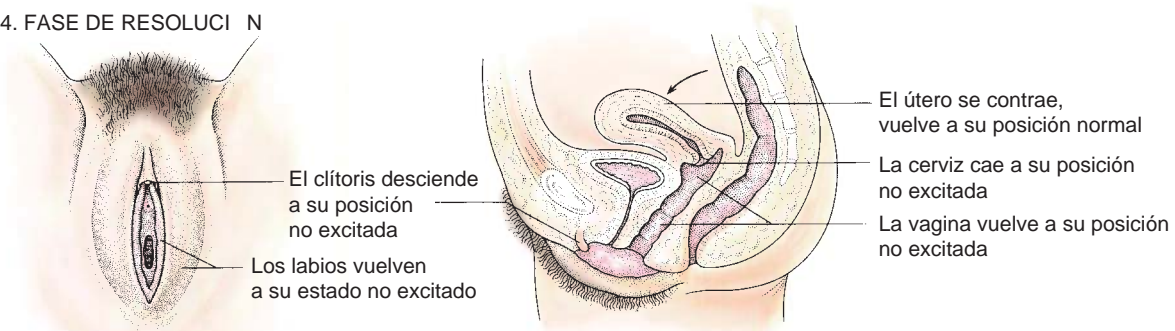
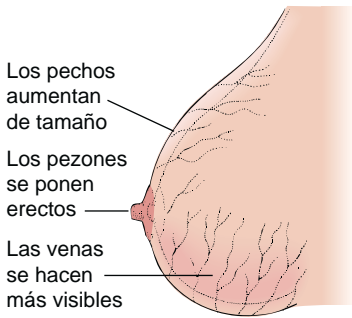
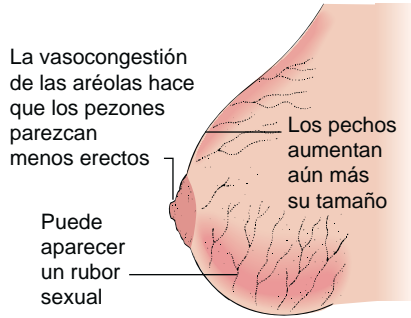


Figura 4.4. Órganos genitales femeninos durante las fases del ciclo de respuesta sexual.

1. FASE DE ESCITACIÓN



2. FASES MESETA Y ORGÁSMICA



3. FASE DE RESOLUCIÓN

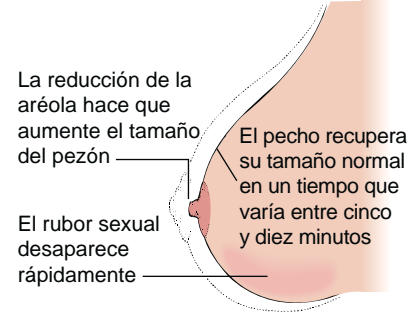


Figura 4.5. Los pechos durante las fases del ciclo de respuesta sexual.

Aproximadamente un hombre de cada cuatro y una mujer de cada tres muestran rubor sexual, que a menudo no aparece hasta la fase de meseta. La miotonía puede provocar contracciones espasmódicas en las manos y en los pies y muecas faciales. La respiración se acelera y puede hacerse sonora, con jadeos, y el ritmo cardíaco se puede incrementar hasta alcanzar entre 100 y 160 latidos por minuto. La presión sanguínea sigue incrementándose, aunque este incremento es menos acusado durante la masturbación que durante el coito.

Fase orgásmica. La fase orgásmica en el varón consta de dos subfases o estadios en cuanto a las contracciones musculares. En la primera parte, las contracciones de los conductos deferentes, las vesículas seminales, el conducto eyaculatorio y la próstata hacen que el fluido seminal se colecte en el bulbo uretral, en la base del pene (véase la Figura 4.3). El bulbo se expande para acomodar el fluido. El esfínter interno de la vejiga urinaria se contrae para prevenir que el fluido seminal entre en la vejiga, en lo que sería una eyaculación retrógrada. El cierre normal de la vejiga también impide que la orina se mezcle con el semen. El semen contenido en el bulbo uretral produce la sensación de una eyaculación inevitable —la sensación de que nada podrá evitar que «venga» la eyaculación—. Esta sensación puede durar entre dos y tres segundos.

En la segunda parte, el esfínter externo de la vejiga se relaja, permitiendo el paso del semen. Las contracciones de los músculos que rodean la uretra y el bulbo uretral y la base del pene empujan la eyaculación a través de la uretra y fuera del cuerpo. Las sensaciones de placer tienden a estar relacionadas con la fuerza de las contracciones y la cantidad de fluido seminal. Las primeras tres o cuatro contracciones son por lo general más intensas y ocurren a intervalos de 0,8 segundos (cinco contracciones cada cuatro segundos). Otras dos a cuatro contracciones ocurren a intervalos más largos. El ritmo y los patrones varían de un hombre a otro.

El orgasmo en la mujer se manifiesta por un número que varía entre tres a quince contracciones de los músculos pélvicos que rodean el cuerpo de la vagina. Las contracciones primero ocurren a intervalos de 0,8 segundos, produciendo, como en el hombre, una liberación de la tensión sexual. Siguen otras tres a seis contracciones más débiles y más espaciadas. El espacio entre estas contracciones varía por lo general más en las mujeres que en los hombres. El útero y el esfínter anal también se contraen rítmicamente. Las contracciones uterinas ocurren en oleadas desde la parte superior del cuello uterino. En ambos sexos, los músculos sufren espasmos en todo el cuerpo. La presión sanguínea y el ritmo cardíaco alcanzan un máximo, con el corazón latiendo hasta 180 veces por minuto. La respiración puede llegar a 40 inspiraciones por minuto.

La experiencia subjetiva del orgasmo. Las sensaciones del orgasmo han desafiado los poderes descriptivos de los poetas. Palabras como «prisa», «templado», «explosión» y «descarga» no lo describen adecuadamente. Podemos asumir (de manera acertada o equivocada) lo que experimentan otras personas de nuestro mismo sexo, pero, ¿podemos entender las sensaciones del otro sexo?

Fase de resolución. El periodo que sigue al orgasmo, en el cual el cuerpo vuelve al estado previo a la excitación, se llama **fase de resolución**. Tras la eyaculación, el hombre pierde la erección en dos fases. La primera ocurre en cerca de un minuto. La mitad del volumen de la erección se pierde cuando la sangre de los cuerpos cavernosos vuelve a otras partes del cuerpo. La segunda fase ocurre durante un periodo de varios minutos: la tumescencia restante disminuye cuando se vacía el cuerpo esponjoso. Los testículos y el escroto vuelven a su tamaño normal y el escroto recupera su aspecto arrugado.

El orgasmo de las mujeres también activa la liberación de la sangre acumulada en las áreas dilatadas. Al no continuar la estimulación, disminuye la hinchazón de las areolas; entonces los pezones recuperan su tamaño normal. El rubor sexual se aclara rápidamente. En unos cinco a diez segundos el clítoris desciende a su posición normal. El clítoris, el cuerpo de la vagina, el útero y los labios se encogen gradualmente hasta sus tamaños previos a la excitación. Los labios menores se aclaran (desaparece la «piel del sexo») en unos diez a quince segundos.

La mayor parte de la tensión muscular (miotonía) tiende a desaparecer en unos cinco minutos después del orgasmo en ambos, hombres y mujeres. La tensión sanguínea, el ritmo cardíaco y la respiración vuelven a sus niveles normales en unos minutos. Aproximadamente entre el 30 y el 40 por ciento de los hombres y de las mujeres encuentran que las palmas de sus manos, las plantas de sus pies o su cuerpo entero están cubiertos por una capa de transpiración. Ambos, mujeres y hombres, pueden sentirse relajados y satisfechos. Sin embargo...

Aunque los procesos por los cuales el cuerpo vuelve a su estado previo a la excitación son similares en hombres y mujeres, existe una importante diferencia sexual durante la fase de resolución. A diferencia de las mujeres, los hombres entran en un **periodo refractario** durante el cual son incapaces de experimentar otro orgasmo o eyaculación (de la misma manera que el flash de una cámara no puede dispararse dos veces seguidas, hay que esperar a que se recargue). El periodo refractario de los chicos adolescentes puede durar solo unos minutos mientras que el de los hombres mayores de 50 años puede estar entre varios minutos (sí, «es posible») y un día. Las mujeres no caen en un periodo refractario, así que pueden volver rápidamente al punto de otro orgasmo (múltiple) si lo desean y reciben estimulación sexual continuada (véase la Figura 4.2).

A las personas que han sido excitadas pero no han tenido el orgasmo les puede llevar una hora o más disipar la miotonía y la vasocongestión. La vasocongestión pélvica persistente puede causar el efecto llamado «pelotas azules» en los hombres —término vulgar para describir un dolor palpitante—. Algunos hombres insisten en que sus parejas deberían consentir en el coito, porque no es justo estimularles hasta el punto de dejarles en este estado. Sin embargo, este estado puede aliviarse mediante la masturbación de igual manera que con el coito o se puede dejar que se disipe gradualmente. Aunque puede ser molesto, no es peligroso y no debería ser una excusa para presionar o coaccionar a otra persona para tener relaciones sexuales. Las sensaciones «azules» no se limitan solo a los hombres. También las mujeres pueden experimentar palpitations pélvicas desagradables si alcanzan la excitación y no liberan la tensión. Las mujeres también pueden aliviarse con la masturbación.

Fase de resolución

Cuarta fase del ciclo de respuesta sexual, durante la cual el cuerpo vuelve gradualmente a su estado previo a la excitación.

Periodo refractario

Periodo de tiempo que sigue a la respuesta (por ejemplo, orgasmo), durante el cual la persona no es sensible a los estímulos (por ejemplo, estímulos sexuales).

Las tres fases de la respuesta sexual humana según Kaplan: un modelo alternativo

Pregunta: ¿Existen otros puntos de vista del ciclo de respuesta sexual?

Quizás el único punto de vista alternativo al ciclo de respuesta sexual que ha recibido atención sea el propuesto por Helen Singer Kaplan. Kaplan fue una importante terapeuta sexual y autora de varios manuales profesionales (1974, 1979, 1987) de terapia sexual. En contraste con el modelo en cuatro fases de Masters y Johnson, Kaplan propuso un modelo en tres fases: (1) deseo, (2) excitación y (3) orgasmo. El modelo de Kaplan surgió a partir de su experiencia clínica con pacientes que sufrían disfunciones sexuales. Proponía que sus problemas se podían clasificar adecuadamente de acuerdo con estas tres fases. El modelo de Kaplan permite clasificar las disfunciones sexuales que implican deseo (deseo bajo o ausente), excitación (como los problemas de erección en los hombres y la falta de lubricación en las mujeres) y orgasmo (como la eyaculación precoz en los hombres y la disfunción orgásmica en las mujeres).

Masters y Johnson ven la respuesta sexual como compuesta de estados sucesivos; el orden es crucial e invariante. Kaplan trata sus fases como componentes relativamente independientes de la respuesta sexual, cuya secuencia puede variar de alguna manera. Por ejemplo, una persona puede experimentar excitación sexual e incluso el orgasmo aunque su deseo sexual permanezca bajo.

El modelo de Kaplan es relevante por designar el deseo como una fase separada de la respuesta sexual. Los problemas de falta de interés o deseo sexual están entre los más comunes que requieren la atención de los terapeutas sexuales.

Las polémicas sobre el orgasmo

Pocos temas de la sexualidad humana han suscitado más controversias a lo largo del tiempo que el orgasmo. No tenemos todas las respuestas, pero algunos descubrimientos científicos fascinantes han arrojado luz sobre algunas de estas controversias.

Preguntas: ¿Son capaces las mujeres de experimentar orgasmos múltiples? ¿Y los hombres?

Orgasmos múltiples. Kinsey ha informado que el 14 por ciento de sus pacientes femeninos tuvieron **múltiples orgasmos** regularmente, sorprendiendo a sus colegas científicos tanto como a toda la comunidad (Kinsey *et al.*, 1953). Muchas personas se espantaron de que las mujeres pudieran tener más de un orgasmo durante una relación sexual. Hubo comentarios (la mayoría de los hombres, ¡por supuesto!) de que las mujeres de los estudios de Kinsey eran «ninfómanas» y que eran incapaces de satisfacerse con la dotación «normal» de un orgasmo por ocasión. Sin embargo, solo trece años después, Masters y Johnson (1966) informaron que muchas, si no todas, las mujeres son capaces de orgasmos múltiples. Aunque todas las mujeres son biológicamente capaces de tener orgasmos múltiples, no todas las mujeres dicen experimentarlos. Un estudio sobre 720 enfermeras mostró que el 43 por ciento experimentaban orgasmos múltiples (Darling *et al.*, 1991). Un estudio canadiense sobre 202 mujeres casadas con edades entre 18 y 75 encontró que cerca de la mitad de ellas experimentaban orgasmos múltiples cuando utilizaban un vibrador. Por lo general, aplicaban el vibrador sobre el clítoris, informando que el orgasmo experimentado con el vibrador era más intenso que el obtenido de otras maneras. Dos tercios de las mujeres, por cierto, utilizaban los vibradores al mismo tiempo que mantenían relaciones sexuales con sus maridos.

Es difícil ofrecer una definición precisa del orgasmo múltiple. Según el punto de vista de Masters y Johnson, los orgasmos múltiples implican la ocurrencia de uno o más orgasmos adicionales que siguen al primero, dentro de un corto periodo de tiempo y antes

Orgasmos múltiples

Uno o más orgasmos adicionales que siguen al primero, que ocurren dentro de un periodo corto de tiempo y antes de que el cuerpo haya vuelto al nivel de excitación premesetario.

de que el cuerpo haya vuelto al nivel de excitación premesetario. Según esta definición, una persona podría no experimentar un orgasmo múltiple si él o ella tuvieran dos o más orgasmos sucesivos separados por un retorno a un estado previo a la excitación o un nivel de excitación premesetario (estado de excitación).

Según la definición de Masters y Johnson, los hombres no son capaces de lograr orgasmos múltiples porque entran en un periodo refractario que sigue a la eyaculación. Los hombres que quieren conseguir más de un orgasmo durante una sesión tienen que descansar durante un rato. En cambio, las mujeres pueden mantener un elevado nivel de excitación entre orgasmos múltiples y los tienen en rápida sucesión, porque las mujeres no tienen un periodo refractario. Ellas pueden seguir teniendo orgasmos si continúan recibiendo estimulación efectiva (y, por supuesto, si están interesadas en continuarlo). Por este motivo, algunos hombres se controlan para no llegar ellos al orgasmo hasta que sus parejas han tenido el número suficiente. Esta capacidad diferencial para los orgasmos múltiples es una de las diferencias sexuales más sobresalientes en la respuesta sexual.

Algunos hombres tienen dos o más orgasmos sin eyaculación («orgasmos secos») precediendo al orgasmo eyaculatorio final. Estos hombres no entran en el periodo refractario después de los «orgasmos secos» y son capaces de mantener sus niveles de estimulación cerca de los niveles máximos.

Masters y Johnson encontraron que algunas mujeres experimentaron veinte o más orgasmos masturbándose. Con todo, pocas mujeres tienen orgasmos múltiples durante la mayoría de sus relaciones sexuales, y muchas se encuentran satisfechas con solo uno por ocasión. Algunas mujeres que han leído o han oído hablar de la capacidad orgásmica femenina se preguntan qué hay de malo en ellas para que se conformen solo con un orgasmo. Por supuesto, no les ocurre nada malo: una capacidad biológica no crea una obligación conductual.

¿Cuántos tipos de orgasmos tienen las mujeres? ¿Uno, dos o tres? Pregunta: ¿Cuántos tipos de orgasmo experimentan las mujeres? Hasta que Masters y Johnson publicaron sus resultados de laboratorio, muchos creían que había dos tipos de orgasmo femenino, como proponía el psicoanalista Sigmund Freud: el *orgasmo clitoridiano* y el *orgasmo vaginal*. Los orgasmos clitoridianos se alcanzaban a través de la estimulación directa del clítoris, como durante la masturbación. Los orgasmos clitoridianos eran interpretados por los psicoanalistas (psicoanalistas principalmente masculinos, naturalmente) como símbolos de una fijación en la niñez, un retroceso a un patrón erógeno adquirido durante la masturbación en la niñez.

El término *orgasmo vaginal* se refería a un orgasmo logrado a través del coito y se interpretaba como indicativo de sexualidad madura. Freud defendió que las mujeres logran la madurez sexual cuando renuncian al estímulo clitoridiano por el estímulo vaginal. Este punto de vista sería poco más que una nota a pie de página académica si no fuera por el hecho de que algunas mujeres adultas que continúan requiriendo estímulo clitoridiano directo para alcanzar el orgasmo, incluso durante el coito, se han dejado llevar por la opinión de psicoanalistas tradicionales (generalmente varones) que les dicen que siguen ligadas a un estado inmaduro de su sexualidad o que viven su sexualidad de manera inadecuada. A diferencia de la teoría freudiana, Masters y Johnson (1966) solo fueron capaces de encontrar un tipo de orgasmo, fisiológicamente hablando, independientemente de la fuente de estimulación (manual-clitoridiana o pene-vaginal). Monitorizando las respuestas psicológicas a la estimulación sexual, encontró que los orgasmos femeninos implican los mismos mecanismos biológicos, ya se alcancen a través de la masturbación, las caricias, el coito o incluso la estimulación de los pechos. Gertrude Stein escribió: «Una rosa es

una rosa es una rosa». Biológicamente hablando, el mismo principio puede aplicarse al orgasmo: «Un orgasmo es un orgasmo es un orgasmo». En los hombres tampoco importa cómo se alcanza el orgasmo: a través de la masturbación, las caricias, el sexo oral, el coito o fantaseando con un compañero estudiante en el laboratorio de química. El orgasmo implica los mismos procesos fisiológicos: contracciones involuntarias de los músculos pélvicos en la base del pene expulsan el semen y liberan la tensión sexual. Una mujer o un hombre pueden preferir una fuente del orgasmo a otra —con un amante más que con la masturbación o con una persona más que con otra—, pero los eventos biológicos que definen el orgasmo son los mismos.

Aunque los orgasmos logrados a través del coito o la masturbación pueden ser fisiológicamente iguales, existen diferencias psicológicas o subjetivas. (Si no fuera así, habría menos relaciones sexuales.) Los experiencia coital, por ejemplo, se acompaña a menudo por sentimientos de atracción sexual, lujuria, compromiso, amor y conexión con el compañero. La masturbación se experimenta más probablemente como una descarga sexual.

La pretendida distinción entre los orgasmos clitoridianos y vaginales también se apoya en la asunción de que el clítoris no se estimula durante el coito. Masters y Johnson mostraron que esto es falso. Los empujones coitales del pene mueven el capuchón clitoridiano hacia delante y hacia atrás contra el clítoris. La presión vaginal también eleva el flujo sanguíneo hacia el clítoris, ayudando a alcanzar el estado del orgasmo (Lavoisier *et al.*, 1995).

Uno podría pensar que las investigaciones de Masters y Johnson dejaron zanjada la cuestión de si existen o no diferentes tipos de orgasmos femeninos. Sin embargo, otros investigadores han propuesto que hay distintas formas de orgasmo femenino, no sugeridas por la teoría psicoanalítica. Por ejemplo, Singer y Singer (1972) sugerían que hay tres tipos de orgasmo femenino: *vulvar*, *uterino* y *mixto*. De acuerdo con Singer y Singer, el orgasmo vulvar representa el tipo de orgasmo descrito por Masters y Johnson (1966). Implica contracciones vulvares, es decir, contracciones del cuerpo vaginal. De acuerdo con los descubrimientos de Masters y Johnson (1966), aceptan que un orgasmo vulvar sigue siendo el mismo, independientemente de cuál sea la fuente de estimulación, clitoridiana o vaginal.

Pero para Singer y Singer el orgasmo uterino no implica contracciones vulvares. Ocurre solo como respuesta a empujes profundos del pene contra el cuello uterino. Estos empujes desplazan ligeramente el útero y estimulan los tejidos que cubren los órganos abdominales. El orgasmo uterino se acompaña por un cierto patrón de respiración: jadeos o bocanadas de aire que son seguidos por un sostenimiento involuntario del aliento mientras se aproxima el orgasmo. Cuando se alcanza el orgasmo, el aire se expulsa de manera explosiva. El orgasmo uterino se acompaña por profundas sensaciones de relajación y satisfacción sexual.

El tercer tipo —orgasmo mezclado— combina características de los orgasmos vulvar y uterino. Implica a ambos: es una respuesta involuntaria de respiración sostenida y contracciones de los músculos pélvicos. Singer y Singer destacan que el tipo de orgasmo que experimentan las mujeres —vulvar, uterino o mixto— depende de factores como las zonas del cuerpo que son estimuladas y la duración de la estimulación. Cada uno produce su propio tipo de satisfacción y ninguno es necesariamente mejor que otro. La hipótesis de Singer y Singer de tres tipos de orgasmo femenino sigue siendo controvertida.

Punto de

Grafenberg Una parte de la pared anterior de la vagina cuyo estímulo prolongado, en teoría, provoca orgasmos particularmente intensos y una eyaculación femenina. Abreviadamente, punto G.

La pregunta del punto G: ¿Qué es el punto G? El punto de Grafenberg, o punto G, es en teoría una parte de la vagina —una zona en forma de alubia en la pared anterior que puede tener una importancia erótica especial—. Se cree que el punto G está a unos 2,5 a 5 cm de la entrada de la vagina y consiste en una masa de tejido blanda que se hincha hasta el tamaño de una moneda cuando se estimula (véase la Figura 4.6). El nombre viene del ginecólogo Ernest Grafenberg, que fue el primero en sugerir la posible importancia erótica

del área. El punto se puede estimular directamente con los dedos de la mujer o de su pareja, o por los movimientos del pene si la penetración es posterior, o en la posición de la mujer encima. Algunos investigadores sugieren que la estimulación del punto produce sensaciones eróticas intensas y, con la estimulación prolongada, una forma de orgasmo distinta que se caracteriza por un intenso placer y, en algunos casos, un suceso que antes se pensaba era solo patrimonio del hombre: la eyaculación (Perry & Whipple, 1981; Whipple & Komisaruk, 1988). Estas posturas han dado lugar a numerosas controversias. En un experimento de laboratorio, Zaviacic y sus colegas (1988a, 1988b) encontraron evidencia de una eyaculación en 10 de 27 mujeres estudiadas. Algunos investigadores creen que este fluido es orina que algunas mujeres liberan involuntariamente durante el orgasmo. Otros creen que es diferente de la orina (Zaviacic & Whipple, 1993). La naturaleza de este fluido y su fuente permanecen poco claras, pero Zaviacic y Whipple (1993) sugieren que puede ser un fluido que es liberado durante el sexo por una «próstata femenina», un sistema de conductos y glándulas llamado glándulas de Skene, de una manera parecida a como el semen es liberado por la próstata en los hombres. Zaviacic y Whipple sugieren que «muchas mujeres que sienten que se están orinando durante el sexo... [deberían ser ayudadas por] el conocimiento de que el fluido que producen puede ser diferente de la orina y un fenómeno normal que sucede durante la respuesta sexual» (1993, p. 149). Sin embargo, algunas mujeres pueden emitir orina durante el coito, quizás por incontinencia producida por estrés urinario (Zaviacic & Whipple, 1993). Zaviacic y Whipple también destacan que la estimulación del punto G puede producir la eyaculación en unas mujeres y no en otras.

Incluso los partidarios de la existencia del punto G admiten que es difícil de localizar porque no es visible (Ladas *et al.*, 1982). Terence Hines (2001) resume las críticas de las investigaciones del punto G haciendo notar que se basa en anécdotas y estudios de casos prácticos con un número muy pequeño de sujetos. Hines caracteriza la evidencia de la existencia del punto G como débil y sin apoyo de la investigación anatómica y bioquímica más rigurosa. Califica el punto G como «un mito ginecológico moderno». Los críticos también hacen notar que toda la parte anterior de la vagina, no solo un área, está llena de terminaciones nerviosas y sensitivas a la estimulación erótica.

Es necesario investigar más para determinar las bases científicas que defienden la existencia de diferentes tipos de orgasmo femenino y si hay lugares específicos de la vagina que sean especialmente sensibles a la estimulación erótica.

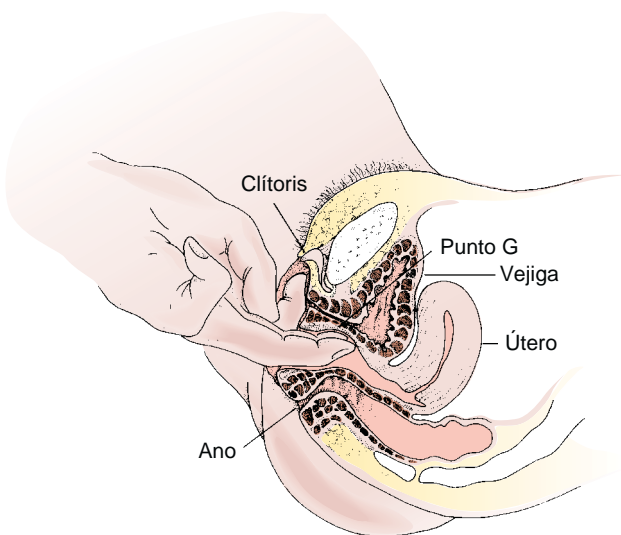


Figura 4.6. Punto de Grafenberg. En teoría, el punto G puede estimularse con los dedos o con la penetración posterior o la postura de la mujer encima. ¿La estimulación del punto G produce sensaciones eróticas intensas y una forma distinta de orgasmo?

APORTACIÓN DE AUTORES ESPAÑOLES

ENFERMEDADES Y SEXUALIDAD

JUAN JOSÉ BORRÁS VALLS

*Doctor en Medicina, Director del Instituto de Psicología, Sexología y Medicina Espill,
Valencia, España*

FROILÁN SÁNCHEZ SÁNCHEZ

Doctor en Medicina, Máster en Sexología

La etiología de las disfunciones sexuales puede ser orgánica, psicógena o mixta. Vamos a referirnos en este apartado a la enfermedad médica como causa orgánica de disfunción sexual. Numerosas enfermedades médicas pueden inducir trastornos sexuales; en relación a éstos queremos resaltar que, a la hora de realizar su abordaje diagnóstico y terapéutico, es necesario considerar aspectos tan esenciales como la relación de pareja, así como la posible implicación de factores psicológicos y sociales (1), y ello por más evidente que nos parezca el problema médico como origen manifiesto del trastorno sexual.

En los últimos años se han publicado numerosos estudios sobre disfunción eréctil (DE), que constituye una de las patologías más clásicas y prevalentes dentro del capítulo de las disfunciones sexuales (DS), y que gracias a ellos es mejor conocida. Desafortunadamente, no disponemos de suficientes trabajos dirigidos a reconocer la afectación de las otras fases de la respuesta sexual distintas a la de la excitación, tanto en hombres como en mujeres, lo cual es achacable, entre otras causas, a la falta de instrumentos diagnósticos. Para los hombres, la publicación del IIEF (Índice Internacional de Función Eréctil) (2) supuso un importante avance, al convertirse en una herramienta validada, de empleo común y útil tanto para facilitar el diagnóstico individualizado como para realizar estudios epidemiológicos. Para las mujeres, los instrumentos psicométricos de que disponemos ofrecen una evaluación solo parcial de su función sexual (algunas fases), siendo escasos y poco accesibles los validados en castellano. El Cuestionario Evaluador de la Función Sexual de la Mujer FSM (3), recientemente publicado, ha demostrado fiabilidad y validez y permite la evaluación global de la respuesta sexual, pudiendo ser un instrumento útil para abordar las DS en las mujeres, bien con fines de diagnóstico individual, bien con el de realizar estudios poblacionales.

Sería muy complicado y extenso tratar de recoger en tan reducido espacio todos los trastornos orgánicos que inducen las DS, y con más razón cuando se evidencia, cada vez con más claridad, lo difícil que resulta separar «lo orgánico» de «lo psicológico». Se puede afirmar que, en general, cualquier enfermedad médica, a partir de un cierto nivel de afectación, menoscaba la función sexual. Comentaremos las que suscitan mayor interés clínico por su alta prevalencia y por afectar a

personas jóvenes y de mediana edad, con el consecuente impacto sobre amplios periodos del curso vital.

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA E INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM)

En realidad, no suelen ser causa orgánica de disfunción sexual, sino que a menudo inducen conductas de evitación de la actividad sexual (AS) que pueden acabar provocándola.

Es frecuente que los pacientes que han sufrido un IAM, tanto hombres como mujeres, estén confusos sobre la conveniencia o no de reanudar o mantener AS, ya que no suelen recibir información adecuada del profesional médico, sea éste su cardiólogo o su médico de familia (MF) (4). Como cifras orientativas sobre el nivel de AS en el paciente postinfartado podemos decir que una cuarta parte no la reanudan, la mitad la reducen al 25-75 por ciento de la que tenían con anterioridad y una cuarta parte la reanudan como antes de sufrir el IAM. Así, en España, con una incidencia de IAM anual que oscila entre 45 000 y 90 000, se puede calcular que de 10 000 a 20 000 postinfartados no reanudarán su AS y de 20 000 a 40 000 la reducirán. Éste es un problema infravalorado, y el descenso, tanto en la frecuencia como en el nivel de satisfacción de la AS en el postinfartado, arroja cifras similares para hombres y mujeres (5).

Sin embargo, la evidencia científica nos dice que el riesgo absoluto de IAM o muerte inducido por la AS (6) se incrementa de manera escasa, en solo un 0,01 por ciento, entre los individuos sanos de mediana edad y del 0,10-0,20 por ciento entre los individuos con riesgo coronario. El esfuerzo físico que requiere la realización del acto sexual es, en general, de intensidad ligera-moderada, y el riesgo de sufrir IAM en situaciones que pueden desencadenarlo (7), como cólera o enfado (*odds ratio*: 2,3), es similar al que supone la AS (*odds ratio* durante las dos horas posteriores a ella: 2,5) y desde luego es muy superior en el ejercicio físico intenso (8) (*odds ratio* durante la hora inmediata: 5,9). El riesgo de accidente coronario durante la AS depende de manera importante de «la forma física previa» (práctica habitual de ejercicio físico).

Los pacientes con factores de riesgo cardiovascular y cardiopatías han de ser categorizados, según su riesgo coronario, en bajo, intermedio (o indeterminado) y alto riesgo por parte

del MF, que, siguiendo las recomendaciones de la Conferencia de Princeton (9), debe realizar y dirigir la información sobre AS. En los pacientes de bajo riesgo, si lo desean, se debe aconsejar la reanudación de la AS; los de riesgo intermedio (o indeterminado), habrán de ser evaluados por el cardiólogo que emitirá un informe al MF situándolo en niveles de bajo (pauta ya indicada) o alto riesgo; a los pacientes en situación, de alto riesgo se les debe aconsejar que pospongan la reanudación de la AS para un futuro en el que, después de nueva evaluación y reestratificación por parte del cardiólogo, logren alcanzar el nivel de bajo riesgo, situación en la que se puede aconsejar la reanudación de la AS.

Si surgiesen trastornos sexuales en estos pacientes, el MF los evaluará mediante entrevista personal y examen físico, estudio de aspectos psicológicos relevantes (ansiedad ante el rendimiento, autoestima, signos depresivos, etc.) y pruebas complementarias, derivando a un segundo nivel (sexólogo clínico) a aquellos pacientes que presenten DS de mayor complejidad diagnóstica o terapéutica (10).

HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)

Los pacientes hipertensos varones presentan una incidencia mayor de DE que los normotensos (11, 12), que suele ser generada por mecanismos fisiopatológicos inherentes a la propia enfermedad vascular hipertensiva, pero en otros casos puede aparecer como efecto adverso de la medicación antihipertensiva.

Aunque casi todos los estudios sobre DS vasculogénicas se suelen referir a la DE, la mujer también sufre en su sexualidad las consecuencias de la HTA y demás trastornos vasculares. En la respuesta sexual normal, los mediadores y neurotransmisores que relajan el músculo liso de las arterias y arteriolas (13) inducen un aumento de la lubricación vaginal y del crecimiento del clítoris en longitud y diámetro, similar a la respuesta eréctil en el hombre; cuando se compromete la irrigación arterial de la vagina y del clítoris, esencialmente por lesiones escleróticas, se afecta la lubricación vaginal, con dispareunia, disminución de la sensibilidad vaginal y dificultad orgásmica (14).

A veces la DS suele atribuirse a un efecto secundario de ciertos fármacos antihipertensivos. En general, la información disponible sobre el tema es incompleta, ya que pocos estudios han investigado la relación de la DE con los fármacos hipotensores en ensayos controlados con placebo. La evidencia disponible indica que los diuréticos, betabloqueantes, antiadrenérgicos de acción central (metildopa y clonidina) y vasodilatadores son los fármacos más relacionados con la DE y que los antagonistas de angiotensina (ARA II) y la doxazosina pueden mejorar la función sexual en pacientes hipertensos.

DIABETES

Los trastornos sexuales tienen una incidencia muy importante entre los diabéticos. Diversos estudios realizados en muje-

res diabéticas (15) coinciden en hallar un incremento significativo de trastornos en la fase de excitación sexual (en concreto problemas de lubricación), y aunque dichos estudios también refieren problemas de deseo y anorgasmia, no se correlacionan tan específicamente con la diabetes como los trastornos de excitación.

Paralelamente, en los hombres diabéticos se ve afectada la misma fase, siendo muy prevalente la DE, que afecta con mayor o menor severidad hasta a un 50 por ciento de ellos a partir de los diez años de evolución de la enfermedad. De manera específica, en el diabético la DE suele ser progresiva, aumenta con la edad y el mal control de la enfermedad, no regresa con la normalización de las tasas de glucosa, es bastante resistente al tratamiento y muchas veces irreversible.

TRASTORNOS DEPRESIVOS

Con bastante frecuencia los trastornos en el estado de ánimo generan DS, siendo éstos a veces su forma de inicio, pero también sucede lo contrario: las DS pueden inducir trastornos depresivos. Los pacientes no suelen consultar por problemas sexuales *motu proprio*, de ahí la necesidad de asumir una actitud de búsqueda activa en pacientes de riesgo (16), entre los cuales ocupan uno de los primeros lugares los afectados por trastornos depresivos o tratados con antidepresivos.

En los casos de depresión es corriente la presencia de deseo sexual inhibido y la pérdida de la capacidad para disfrutar de las fantasías sexuales (17), tanto en hombres como en mujeres. Solo en un tercio de los pacientes deprimidos suceden trastornos sexuales mayores (18), como la DE en el hombre y la anorgasmia y la dispareunia en la mujer; en ellos es prioritario el tratamiento de la depresión. No obstante, el abordaje terapéutico combinado (depresión y DS) mejora los resultados de nuestra intervención (19).

DISFUNCIÓN SEXUAL IATROGÉNICA

Los fármacos pueden tener efectos adversos sobre la función sexual a través de mecanismos vasculares, hormonales o neurológicos, pudiendo repercutir sobre cualquiera de sus fases. Hay que tener en cuenta la idiosincrasia medicamentosa en relación a los efectos de los fármacos, especialmente en lo referente a su repercusión sobre la esfera sexual, que diferirá por razones circunstanciales y personales. Una dificultad añadida es la falta de información sobre posibles efectos adversos en el área sexual, de la que suelen adolecer los prospectos informativos de numerosos fármacos.

Diversas sustancias de abuso (cocaína, alcohol, anfetaminas, etc.) son a menudo responsables de DS, de ahí que ante un paciente que manifiesta DS sea imprescindible recabar información sobre consumo actual o reciente de medicamentos y posibles sustancias de abuso («drogas»). En la Tabla 4.1 se muestran los fármacos y las sustancias de abuso que pueden inducir, con mayor frecuencia, DS.

TABLA 4.1

Fármacos y sustancias de abuso que pueden inducir disfunción sexual

Fármaco	Intumescencia	Orgasmo y eyaculación
Psicótopos		
Sedantes hipnóticos	Aumento del deseo en dosis bajas	ER
Antipsicóticos	DSI, DE y PR	
Antidepresivos tricíclicos		A, ER
Trazodona	PR, DE	A, ER
Bupiriona (ansiolítico)	Aumento deseo	EP
Apomorfin (antiparkinsoniano agonista dopaminérgico)	Facilita erección	
L-dopa (antiparkinsoniano agonista dopaminérgico)	Incremento deseo	
Fenobarbital (antiepiléptico, hipnótico)	DSI, DE	
Carbamazepina (antiepiléptico)	DE	
Metadona (agonista opiáceo)	DSI, DE	ER
Litio (antimaniaco)	DSI, DE	
Fluoxetina fluvoxamina, paroxetina sertralina (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina)	DSI A, ER	
Antihipertensivos		
Prazosín (ant. alfa1 adrenérgico)	DSI, PR	
Propranolol (betabloqueante)	DE	
Atenolol (betabloqueante)	DE	
Timolol (betabloqueante)	DSI	
Clonidina (agonista adrenérgico alfa2)	DE	
Nifedipina (antagonista del calcio)	DE	
Verapamil (antagonista del calcio)	DSI, DE	
Diltiacen (antagonista del calcio)	DSI	
Tiazidas (diuréticos)	DSI, DE	Dificultad en la eyaculación
Clortalidona (diurético)	DSI, DE	
Espiro lactona (diurético)	DSI, DE	
Reserpina (simpaticolítico)	DSI, DE	Dificultad en la eyaculación
Guanetidina (simpaticolítico)	DSI, DE	Dificultad en la eyaculación
Alfametildopa (simpaticolítico)	DSI, DE	Dificultad en la eyaculación
Antiulcerosos		
Cimetidina	DSI, DE	
Ranitidina	DE (pocos casos)	
Antirreumáticos		
Naproxen		Alteraciones de la eyaculación
Colchicina DSI	(pocos casos)	
Indometacina		Alteraciones de la eyaculación
Otros grupos farmacológicos		
Cardiotónicos (digoxina)	DSI, DE	
Hipolipemiantes (clofibrato)	DSI, DE	
Antimicóticos (ketoconazol)	DSI, DE	
Ortopirinas (sulpiride, metoclopramida)	DSI, DE	
Anticoagulantes (heparina)	PR, DE	
Antiandrógenos (acetato de ciproterona)	DSI, DE	

TABLA 4.1 (continuación)

Fármaco	Intumescencia	Orgasmo y eyaculación
Anticonceptivos orales	DSI	
Interferón	DSI, DE	
Sustancias de abuso		
Alcohol	DE	ER
Cannabis	DSI,	DE
Cocaína	DSI, DE	Alteraciones de la eyaculación
Heroína	DSI, DE	Alteraciones de la eyaculación
Nicotina	DE	

Modificado de Cabello y Lucas (13). DSI: deseo sexual inhibido; A: anorgasmia; DE: disfunción eréctil; EP: eyaculación precoz; ER: eyaculación retardada, y PR: priapismo.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) TIEFER, L. (2001): «A new view of women's sexual problems: why new? Why now?». *Journal Sex Research*.
- (2) ROSEN, R. C.; RILEY, A.; WAGNER, G.; OSTERLOH, I. H.; KIRKPATRICK, J., y MISHRA, A. (1997): «The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction». *Urology*, 49. Pp. 822-830.
- (3) SÁNCHEZ, F.; PÉREZ, M.; BORRÁS-VALLS, J. J.; GÓMEZ, O.; AZNAR, J., y CABALLERO, A. (2004): «Diseño y validación del Cuestionario de Función Sexual de la Mujer». *FSM. Atención Primaria*, 34. Pp. 286-292.
- (4) LÓPEZ, V., y SÁNCHEZ, F. (2001): «Sexualidad en pacientes que han sufrido un infarto». *Semergen*, 27-10. Pp. 516-521.
- (5) DRORY, Y.; KRAVETZ, S., y WEINGARTEN, M. (2000): «Comparison of sexual activity of women and men after a first acute myocardial infarction». *American Journal Cardiology*, 85. Pp. 1283-1287.
- (6) DE BUSK, R. F. (2000): «Evaluating the cardiovascular tolerance for sex». *American Journal Cardiology*, 86 (suppl.). Pp. 51F-56F.
- (7) MULLER, J. E.; MITTLEMAN, A.; MACLURE, M.; SHERWOOD, J. F., y TOFFLER, G. H. (1996): «Triggering myocardial infarction by sexual activity. Low absolute risk and prevention by regular physical exertion. Determinants of Myocardial Infarction Study Investigators». *JAMA*, 275. Pp. 1405-1409.
- (8) MITTLEMAN, M. A.; MACLURE, M.; TOFLER, G. H.; SHERWOOD, J. B.; GOLDBERG, R. J., y MULLER, J. E. (1993): «For the Determinants of Myocardial Infarction Onset Study Investigators. Triggering of acute myocardial infarction by heavy physical exertion. Protection against triggering by regular exertion». *N. Engl. Journal Med.*, 329. Pp. 1677-1683.
- (9) KOSTIS, J. B.; PADMA-NATHAN, H., y ROSEN, R. C. (Guest Editors) (2000): «A Symposium: Sexual Activity and Cardiac Risk: The Princeton Conference». *American Journal Cardiology*, 86(2A). Pp. 1F-68F.
- (10) BORRÁS-VALLS, J. J., y GONZÁLEZ-CORREALES, R. (2004): «Specific aspects of erectile dysfunction in sexology». *International Journal of Impotence Research*, 16. Pp. S3-S6.
- (11) FELDMAN, H.; GOLDSTEIN, I.; HATZICHRISTOU, D. G.; KRANE, R. J., y MCKINLAY, J. B. (1994): «Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study». *Journal Urology*, 151. Pp. 54-61.
- (12) MARTÍN-MORALES, A.; SÁNCHEZ-CRUZ, J. J.; SÁENZ DE TEJADA, I.; RODRÍGUEZ-VELA, L.; JIMÉNEZ-CRUZ, J. F., y BURGOS-RODRÍGUEZ, R. (2001): «Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina Study». *Journal Urology*, 166. Pp. 569-574.
- (13) CABELLO SANTAMARÍA, F., y LUCAS MATHEU, M. (2002): *Manual Médico de Terapia Sexual*. Madrid. Editorial Psimática.
- (14) GOLDSTEIN, I., y BERMAN, J. R. (1998): «Vasculogenic female sexual dysfunction: vaginal engorgement and clitoral erectile insufficiency syndromes». *International Journal of Impotence Res.*, 2. Pp. 84-90.
- (15) BUVAT, J., y LEMAIRE, A. (2001): «Sexuality of the diabetic woman». *Diabetes Metab.*, 27. Pp. S67-75.
- (16) SÁNCHEZ, F. (2003): «La disfunción eréctil y otros trastornos sexuales en la consulta del médico de familia: ¡asumamos nuestro compromiso!». *Semergen*, 29(5). Pp. 227-229.
- (17) KAPLAN, H. S. (1985): *Evaluación de los trastornos sexuales*. Grijalbo. Barcelona.
- (18) MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E., y KOLODNY, R. C. (1996): *Eros, los mundos de la sexualidad*. Barcelona. Grijalbo.
- (19) SÁNCHEZ, F.; ALBELDA, R.; MIR, J.; GARCÍA, M. A.; SOLVES, R., y MONTEJO, A. L. (2003): «Utilidad de sildenafil en el tratamiento de la disfunción eréctil secundaria a antidepresivos». *Atención Primaria*, 32. Pp. 607-608.

Identidad sexual y roles de género



La diferenciación sexual prenatal

Los factores genéticos en la diferenciación sexual
El papel de las hormonas sexuales en la diferenciación sexual
El descenso de los testículos y los ovarios

La identidad sexual

La naturaleza y la educación en la identidad sexual
El transexualismo

De cerca. Jayne Thomas, en sus propias palabras

Los roles de género y los estereotipos

El sexismo
Los roles de género y la conducta sexual

Las diferencias sexuales: ¿vive la *différence* o vive la *similarité*?

Las diferencias en las habilidades cognitivas
Las diferencias en la personalidad
Las diferencias en la conducta social

Ser un hombre o ser una mujer: la determinación del género

Los puntos de vista de la biología
Los puntos de vista de la psicología

La androginia psicológica y la reconstrucción de la masculinidad-feminidad: ¿cuantos más rasgos, mejor?

La diferenciación sexual prenatal

Género El estado psicológico de ser hombre o mujer, influido por los conceptos culturales de la conducta apropiada de cada género. Compara y contrasta el género con el sexo anatómico, que se basa en las diferencias físicas entre hembras y varones.

Diferenciación sexual Proceso por el cual varones y hembras desarrollan anatomías reproductivas diferentes.

Cromosoma Una de las estructuras en forma de bastón, que se encuentran en el núcleo de cada una de las células, que contienen el código genético en forma de genes.

Zigoto Óvulo fertilizado (célula germinal).

Embrión Estado de desarrollo prenatal que comienza con la implantación de un óvulo fertilizado en el útero y concluye con el desarrollo de los órganos más importantes unos dos meses después de la concepción.

Pregunta: ¿Cómo se diferencian los machos de las hembras durante el desarrollo prenatal? Varias han sido las explicaciones que se han propuesto para la diferenciación sexual a lo largo de la historia. Aristóteles pensaba que las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres se debían a la temperatura del semen durante la relación sexual. El semen más caliente engendraba mujeres, mientras que el semen menos caliente engendraba hombres (National Center for Biotechnology Information, 2000). Otros creían que el esperma del testículo derecho engendraba mujeres, mientras que el esperma del testículo izquierdo engendraba hombres.

Según la Biblia, Adán fue creado primero, y a Eva se le dio forma a partir de una de sus costillas. Desde el punto de vista de los conocimientos de la biología moderna, como veremos, sería más adecuado decir que los «adanes» (es decir, los hombres) se crearon a partir de las «evas» (mujeres).

Cuando una célula espermática fertiliza un óvulo, 23 cromosomas del progenitor masculino se combinan con 23 cromosomas del progenitor femenino. El **zigoto**, el principio de un ser humano, mide tan solo una décima de milímetro. Pero la impronta de un ser humano único está asegurada, será moreno o rubio, se quedará calvo o no, tendrá barbita de bruja o no, será hombre o mujer.

Los cromosomas de cada progenitor se combinan para formar 23 parejas. La vigésimo tercera pareja son los cromosomas sexuales. Cada óvulo contiene un cromosoma sexual X pero cada célula espermática puede contener un cromosoma sexual X o Y. Si una célula espermática que contiene un cromosoma X fertiliza el óvulo, el nuevo ser concebido tendrá una estructura cromosómica sexual XX y normalmente se desarrollará como una hembra. Si una célula espermática que contiene un cromosoma sexual Y fertiliza el óvulo, el feto normalmente se desarrollará como un hombre (XY).

Después de la fertilización, el zigoto se divide repetidamente. Después de unas pocas semanas, una célula se ha convertido en miles de millones de células. En la tercera semana, un corazón primitivo empieza a bombear sangre a través del flujo sanguíneo embrional. Entre la quinta y la sexta semana, cuando el **embrión** mide solo entre seis y doce milímetros, se han formado gónadas primitivas, conductos y genitales externos cuyo sexo no se puede distinguir a simple vista (véanse las Figuras 5.1 y 5.2). Cada embrión posee

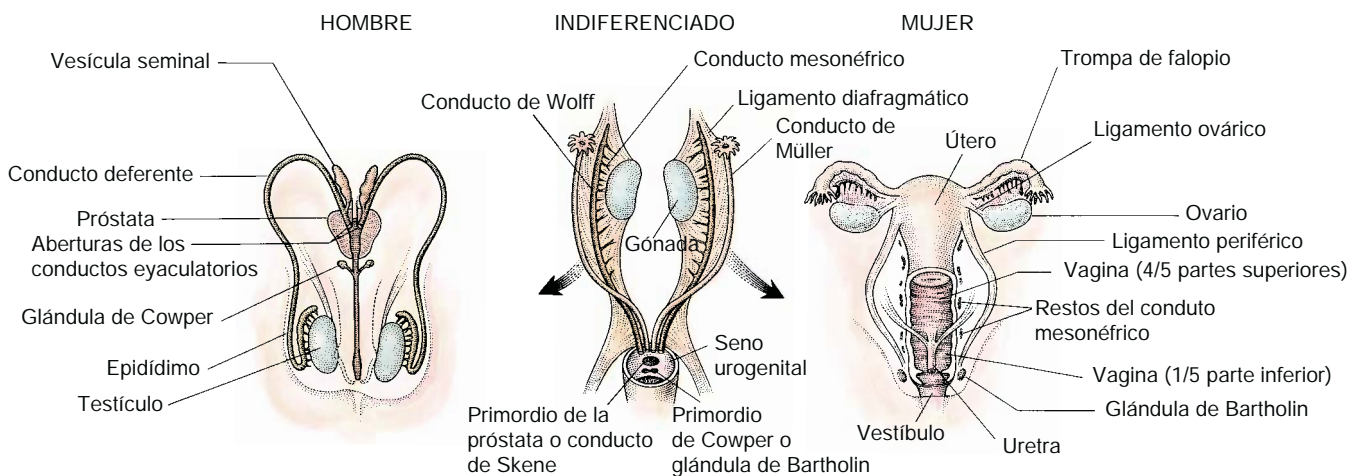


Figura 5.1. Desarrollo de los órganos sexuales internos desde un estado indiferenciado entre la quinta y la sexta semana después de la concepción.

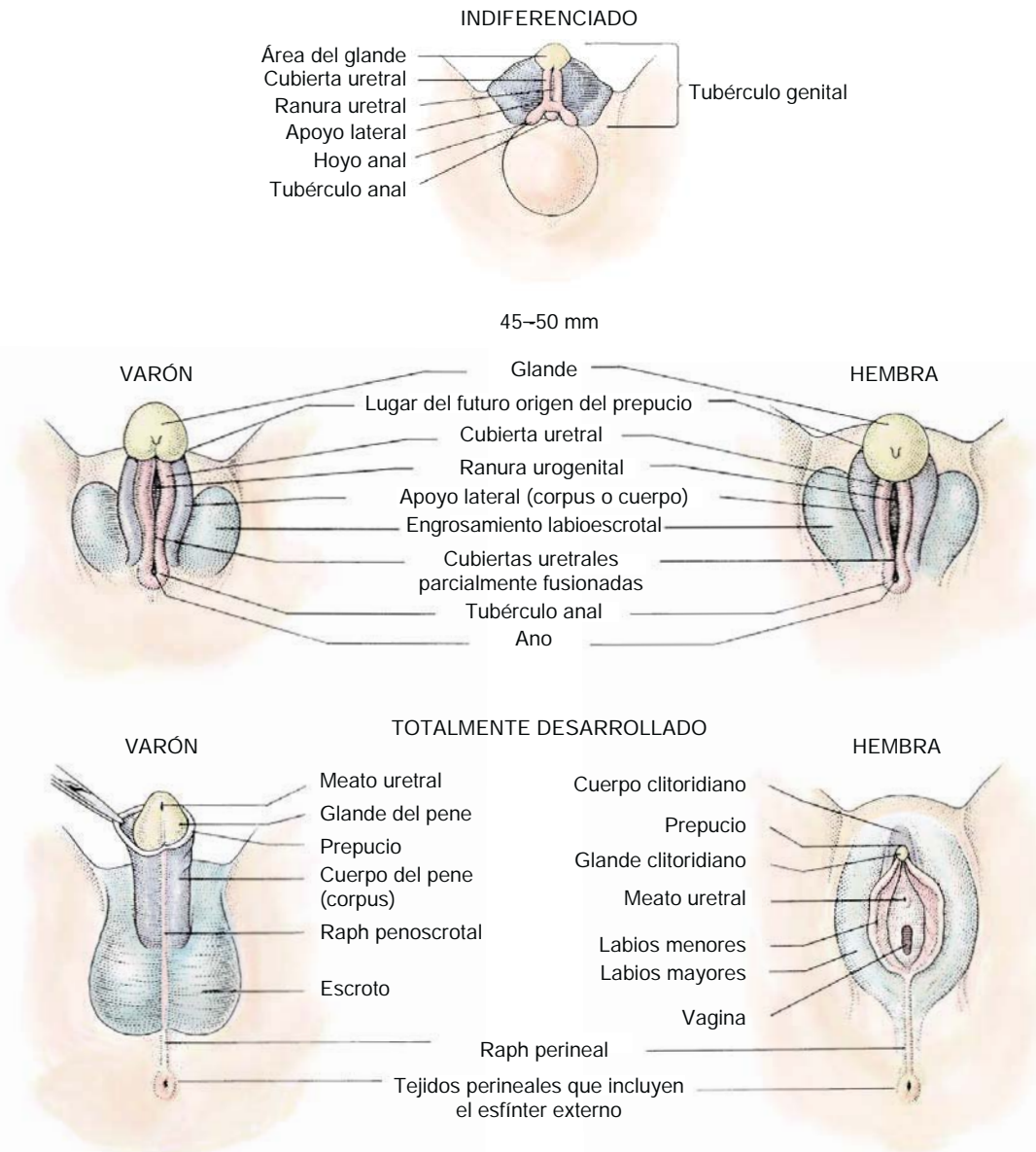


Figura 5.2. Desarrollo de los órganos sexuales externos desde un estado indiferenciado en la quinta o sexta semana después de la concepción.

genitales externos primitivos, un par de gónadas sexualmente indiferenciadas y dos juegos de primitivas estructuras de conductos, los conductos de Müller (hembras) y los conductos de Wolff (varones).

Aproximadamente en las primeras seis semanas del desarrollo prenatal, las estructuras embrionales de ambos sexos se desarrollan siguiendo líneas parecidas y recordando estructuras primitivas femeninas. Aproximadamente en la séptima semana después de la concepción, el código genético (XX o XY) empieza a manifestarse, provocando cambios en las gónadas, los conductos genitales y los genitales externos. La actividad genética del cromosoma Y hace que los testículos se empiecen a diferenciar (National Center for Biotechnology Information, 2000). Los ovarios se empiezan a diferenciar en ausencia del cromosoma Y. Los órganos reproductores de algunos individuos raros que tienen solo un

cromosoma X en lugar de un juego XX o XY también se desarrollan como mujeres, porque también carecen del cromosoma Y. Así se podría pensar que el anteproyecto de todo embrión humano es femenino. Las instrucciones genéticas en el cromosoma Y hacen que el embrión se desvíe del camino que le llevaría al desarrollo femenino.

Cerca de la séptima semana del desarrollo prenatal, hebras de tejidos comienzan a organizarse como tubos seminíferos. Las gónadas femeninas empiezan a desarrollarse más tarde que las gónadas masculinas. Los precursores de los folículos que darán lugar a los óvulos no se encuentran hasta la décima semana del desarrollo fetal después de la concepción. Los ovarios se desarrollan en la undécima o duodécima semana.

Los factores genéticos en la diferenciación sexual

Pregunta: ¿Qué papel juegan los genes en la diferenciación sexual? Algunas de las respuestas a esta cuestión son fascinantes. Por ejemplo, la interacción de un número de genes conduce al desarrollo de tres tipos diferentes de machos en una especie de crustáceo y a una estrategia de apareamiento bastante compleja (Shuster & Sassaman, 1997). Un gen determinador-sexual llamado «transformador» (*tra*) es necesario para el desarrollo de las hembras de las moscas de la fruta. Las hembras, cromosómicamente XX, con el gen *tra* inactivo, intentan copular con otras hembras pero siguen siendo atractivas para los machos, porque siguen emitiendo hormonas femeninas (Arthur *et al.*, 1998). La conclusión de los investigadores es que entre las moscas de la fruta, la diferenciación sexual, la orientación sexual y la conducta sexual están determinadas por la interacción de genes (O'Dell & Kaiser, 1997). El gen SRY —abreviatura de gen determinador sexual de la región Y— también está relacionado con la diferenciación sexual (Neerman-Arbez, 2003). En un artículo que podía haber sido titulado «El ratón, ese roedor», el investigador Stephen Maxson (1998) informó que un número de genes implicados en la determinación de la masculinidad en los ratones, incluyendo el SRY, están también relacionados con la agresividad. Estos estudios sugieren un papel de los genes en la determinación del apareamiento y otros patrones de conducta en los humanos. Los estudios con ratones son de particular interés porque el gen SRY humano es similar al gen SRY de los ratones (National Center for Biotechnology Information, 2000). No obstante, las personas están también influidas por la cultura, los valores, las experiencias y las creencias personales. En las personas existe solo raramente una línea directa entre genética y conducta, especialmente cuando se trata de conductas sociales como el emparejamiento y la agresión.

El SRY es también una de las moléculas implicadas en la determinación sexual de los humanos (National Center for Biotechnology Information, 2000). Se une al ADN, que es una hebra de genes —los bloques básicos que construyen la herencia— y lo modifican. La modificación altera las propiedades del ADN y conduce a la formación de los testículos. Otro gen implicado en la determinación sexual se ha investigado también en los ratones: Sox 9. Sox 9 parece regular la expresión del SRY (Overbeek, 1999). Las hembras con la estructura cromosómica XX normalmente inhiben la acción de su propio Sox 9, lo cual a su vez impide la expresión del SRY. Sin embargo, cuando a estos ratones XX se les impide químicamente inhibir la expresión del Sox 9, se desarrollan como machos —aunque son machos estériles—. Por tanto, las células espermáticas son probablemente creadas por la acción de otros genes, no por Sox 9 ni SRY.

El papel de las hormonas sexuales en la diferenciación sexual

Pregunta: ¿Qué papel juegan las hormonas sexuales en la diferenciación sexual? Una vez los genes han hecho su trabajo y los testículos se han desarrollado en el embrión, empiezan a producir andrógenos. Sin hormonas sexuales masculinas, o **andrógenos**, todos

desarrollaríamos órganos sexuales reproductores femeninos. El andrógeno más importante, la testosterona, incita la diferenciación del sistema de conductos masculino (Wolff) (véase la Figura 5.1). Cada conducto de Wolff se desarrolla en el epidídimo, conducto deferente y vesícula seminal. Los genitales externos, incluyendo el pene, empiezan a tomar forma sobre la octava semana, bajo la influencia de otro andrógeno, dihidrotestosterona (DHT). MIS, una hormona testicular que es secretada durante el estado fetal, impide que los conductos de Müller se desarrollen en el sistema de conductos femeninos.

En los fetos femeninos se producen pequeñas cantidades de andrógenos, pero normalmente no son suficientes para producir la diferenciación sexual masculina. En los fetos femeninos, la relativa ausencia de andrógenos produce la degeneración de los conductos de Wolff y promueve el desarrollo de los órganos sexuales femeninos. Los conductos müllerianos evolucionan en las trompas de falopio, el útero y los dos tercios superiores de la vagina. Estos desarrollos ocurren incluso en ausencia de hormonas sexuales femeninas. Aunque las hormonas sexuales femeninas son cruciales en la pubertad, no están implicadas en la diferenciación sexual fetal. Si un feto con una estructura cromosómica XY dejara de producir testosterona, desarrollaría órganos sexuales externos femeninos, aunque sería estéril.

El descenso de los testículos y los ovarios

Los testículos y los ovarios se desarrollan a partir de unas finas estructuras situadas en la parte superior de la cavidad abdominal.

Pregunta: ¿Cómo descienden los testículos y los ovarios desde la cavidad abdominal? Aproximadamente en la décima semana después de la concepción, han descendido de manera que están casi a la altura del borde superior de la pelvis. Los ovarios permanecen allí durante el resto del desarrollo prenatal. Más tarde giran y descienden un poco más hasta su posición adulta, en la pelvis. Unos cuatro meses después de la concepción, los testículos normalmente descienden hacia el saco escrotal, vía el **canal inguinal**. Después de su descenso, el camino se cierra.

En un pequeño porcentaje de varones, uno o ambos testículos no descienden. Permanecen en el abdomen en el momento de nacer. Esta condición se llama **criptorquidia**. En la mayoría de los casos de criptorquidia, los testículos emigran hacia el escroto durante la infancia. En otros casos, los testículos descienden durante la pubertad. Los hombres en los que los testículos no han descendido se tratan con cirugía o terapia hormonal, porque son más propensos a padecer cáncer de testículos. La producción de esperma también se ve afectada si no descienden al escroto, porque los testículos que no han descendido están sometidos a la temperatura corporal, que es un poco más elevada que la óptima, lo que provoca esterilidad.

Las anomalías de los cromosomas sexuales pueden tener profundos efectos en las características sexuales, salud física y desarrollo psicológico. El **síndrome de Klinefelter**, una condición que afecta a uno de cada quinientos varones, está provocado por un cromosoma X extra, así que el hombre tiene un patrón XXY en lugar del XY. Los hombres con esta estructura cromosómica no desarrollan de manera adecuada caracteres sexuales secundarios. Tienen grandes pechos, desarrollo muscular más pobre y, como dejan de producir esperma, son estériles. También tienden a padecer un ligero retraso mental.

El cerebro, como los órganos genitales, sufre una diferenciación sexual prenatal. La testosterona hace que las células en el hipotálamo de los fetos masculinos sean insensibles a las hormonas sexuales femeninas, los estrógenos. En ausencia de testosterona, como en los fetos femeninos, el hipotálamo desarrolla sensibilidad a los estrógenos.

La sensibilidad a los estrógenos es importante en la regulación del ciclo menstrual después de la pubertad. El hipotálamo detecta los niveles bajos de estrógeno en sangre, al

Testosterona Hormona sexual masculina que fomenta el desarrollo de las características sexuales masculinas y está relacionada con el deseo sexual.

Canal inguinal Canal fetal que conecta el escroto y los testículos, permitiendo su descenso.

Criptorquidia Condición que se produce cuando los testículos no han descendido. (De las raíces que significan «testículos escondidos».)

Síndrome de Klinefelter Desorden cromosómico sexual causado por un cromosoma X extra.

final de cada ciclo, e inicia un nuevo ciclo estimulando la glándula pituitaria para que secrete FSH. La FSH, a su vez, estimula la producción de estrógenos por los ovarios y la maduración de un folículo inmaduro en un ovario.

La identidad sexual

Pregunta: ¿Cuál es la identidad sexual? Nuestra **identidad sexual** es nuestra conciencia psicológica o sensación de ser hombre o ser mujer, que es uno de los más obvios e importantes aspectos de nuestro autoconcepto. La identidad sexual, como veremos, es normalmente, pero no siempre, la que corresponde a la anatomía sexual del individuo. La **asignación sexual** (también llamada asignación de género), que refleja el sexo anatómico, se hace nada más nacer el niño o la niña. El sexo de un niño es tan importante para los padres que quieren saber si es un niño o una niña antes de contar los dedos de sus manos y de sus pies.

La mayoría de los niños toman conciencia de su sexo anatómico en torno a la edad de 18 meses. A los 36 meses, la mayoría de los niños han adquirido plena conciencia de su identidad sexual (Rathus, 2003).

La naturaleza y la educación en la identidad sexual

Pregunta: ¿Qué determina la identidad de género? ¿Están nuestros cerebros biológicamente programados, de forma masculina o femenina, por hormonas sexuales prenatales? ¿Es el entorno, en forma de experiencias aprendidas postnatalmente, el que perfila nuestro autoconcepto como hombres o mujeres? ¿O la identidad sexual refleja una interrelación de influencias biológicas y del entorno?

La identidad sexual es casi siempre consistente con el sexo cromosómico. Sin embargo, esa consistencia no certifica que la identidad sexual esté determinada biológicamente. De hecho, también tendemos a ser criados como hombres o mujeres de acuerdo con nuestro sexo anatómico. Entonces, ¿cómo podemos separar los papeles de la naturaleza y de la educación, de la biología y del entorno?

Los investigadores han encontrado pistas en las experiencias de unos individuos peculiares, los **intersexuales**, que poseen las gónadas de un sexo pero tienen genitales externos que son ambiguos o típicos del otro sexo (Zucker, 1999). Los intersexuales son criados algunas veces como miembros del otro sexo (identidad diferente de su sexo cromosómico). Los investigadores se han preguntado si la identidad sexual de estos niños refleja su sexo cromosómico y gonadal o el sexo que se les asignó en el momento del nacimiento y de acuerdo con el cual fueron criados. Antes de seguir más adelante, distingamos entre los verdaderos **hermafroditas** y los intersexuales.

Los errores hormonales durante el desarrollo prenatal producen varios defectos congénitos. Algunos individuos nacen con tejidos ováricos y testiculares. Son llamados hermafroditas, por el mito griego del hijo de Hermes y Afrodita, cuyo cuerpo quedó unido al de una ninfa mientras se bañaba. Los verdaderos hermafroditas pueden tener una gónada de cada sexo (un testículo y un ovario) o gónadas que combinan tejido testicular y ovárico.

A pesar de su sexo genético, los hermafroditas a menudo asumen la identidad de género y el papel de género del sexo que les fue asignado al nacer. La Figura 5.3 muestra una mujer, genéticamente XX, con un testículo derecho y un ovario izquierdo. Esta persona se casó y fue un padrastro con una firme identidad masculina. Sin embargo, los papeles de la biología y el entorno permanecen confusos, porque los verdaderos hermafroditas tienen tejidos gonadales de ambos sexos.

Identidad sexual

Juicio de que uno es hombre o mujer.

Asignación sexual

Etiquetado de un recién nacido como que es niño o niña. También llamado *asignación de género*.

Intersexual

Persona que posee gónadas de un sexo pero genitales externos que son ambiguos o típicos del otro sexo. (También llamados *pseudohermafroditas*.)

Hermafrodita

Persona que posee tejidos ováricos y testiculares. (De los dioses griegos Hermes y Afrodita.)



Figura 5.3. Un hermafrodita. Esta mujer genética (XX) tiene un testículo y un ovario y la identidad de género de un varón.

Los verdaderos hermafroditas son extremadamente raros. Más común es el intersexualismo, que ocurre en uno de cada mil niños. El intersexualismo ha dado a los científicos una oportunidad para examinar los papeles de la naturaleza (biología) y la educación (influencias del entorno) en la formación de la identidad de género. Los intersexuales tienen testículos u ovarios, pero no ambos. A diferencia de los hermafroditas, sus gónadas (testículos u ovarios) coinciden con su sexo cromosómico. Sin embargo, por errores hormonales prenatales, sus genitales externos, y algunas veces su anatomía reproductiva interna, son ambiguos o recuerdan a los del otro sexo.

La forma más común de intersexualismo femenino es la **hiperplasia adrenal congénita (HAC)**, en la cual una mujer genética (XX) tiene estructuras sexuales internas femeninas (ovarios) pero genitales externos masculinizados (Berembaum & Hines, 1992; Migeon & Donohue, 1991; Zucker, 1999; Zucker *et al.*, 1996; véase la Figura 5.4). El clítoris ha crecido tanto que parece un pequeño pene. El síndrome ocurre como resultado de excesivos niveles de andrógenos. En algunos casos las glándulas adrenales del propio feto producen exceso de andrógenos (las glándulas adrenales normalmente producen bajos niveles de andrógenos). En otros casos, las madres pueden haber recibido andrógenos sintéticos durante sus embarazos. En las décadas de los cincuenta y los sesenta, antes de que se conocieran estos efectos secundarios, los andrógenos sintéticos se prescribían a veces para prevenir los abortos en mujeres que habían tenido abortos espontáneos.

La investigadora suiza Anna Servin y sus colegas (2003) estudiaron conductas tipificadas por el género y sus intereses en 26 niñas, entre los dos y los diez años, que tenían HAC, y 26 niñas sin HAC, comparándolas por su edad. Las niñas con HAC mostraron más interés en juguetes de tipo masculino, como los juguetes de transporte, y menos interés en los de tipo femenino, como las muñecas. Las niñas con HAC tenían con mayor probabilidad niños varones como amigos y de mayores querían desempeñar trabajos típicamente masculinos. Los padres de las niñas con HAC decían que sus hijas parecían «chicazos», más que los padres de las niñas sin HAC. Los investigadores no encontraron evidencia de que los padres influyeran sobre el comportamiento en el juego de sus hijas. Servin y sus colegas interpretan los resultados como la contribución hormonal a la explicación de las diferencias en el juego entre las niñas con y sin HAC.

Existen varios tipos de **síndrome de insensibilidad androgénica**, otro tipo de intersexualismo. Uno de ellos implica varones genéticos (XY) que, debido a un gen mutado, tienen una sensibilidad más baja de lo normal a los andrógenos (Adachi *et al.*, 2000; Hughes, 2000). Como resultado, sus genitales no se masculinizan correctamente. En el nacimiento sus genitales externos son femeninos, incluyendo una pequeña vagina, y sus testículos no han descendido. Debido a la insensibilidad a los andrógenos, el sistema de conductos masculinos (epidídimo, conductos deferentes, vesículas seminales y conductos eyaculatorios) no se desarrolla. No obstante, los testículos fetales producen sustancia inhibidora de los conductos de Müller (SIM), que impide el desarrollo de un útero o de trompas de falopio. Los varones genéticos con el síndrome de insensibilidad a los andrógenos normalmente no tienen vello púbico ni pelo bajo las axilas, porque el desarrollo del vello en estas zonas depende de los andrógenos.

Las chicas con el síndrome de insensibilidad parcial a los andrógenos (SIAP) también son intersexuales. El síndrome de insensibilidad androgénica parcial (SIAP) o el síndrome de insensibilidad total a los andrógenos (SIAC) ocurre en una de cada 2 000 o 5 000 chicas. Ocurre en chicas con un solo cromosoma X y en chicas con cromosomas XX, uno



Figura 5.4. *Intersexualismo. En la hiperplasia adrenal congénita, una mujer genética (XX) tiene estructuras sexuales internas femeninas (ovarios) pero genitales externos masculinizados.*

Hiperplasia adrenal congénita Una forma de intersexualismo en la cual una mujer genética posee estructuras sexuales internas femeninas pero genitales externos masculinizados.

Síndrome de insensibilidad androgénica Una forma de intersexualismo en la cual un varón genético es prenatalmente insensible a los andrógenos, de manera que sus genitales no son masculinizados normalmente.

de los cuales ha perdido material genético. Las chicas con SIAC desarrollan órganos genitales externos típicos, pero sus órganos reproductores internos no se desarrollan o no funcionan normalmente. Por contraste, las chicas con SIAP desarrollan genitales externos masculinizados y son a veces educadas como chicos y a veces como chicas. Un estudio realizado por Melissa Hines y sus colegas (2003) comparó 22 mujeres con SIAC y un solo cromosoma X con 22 mujeres que tenían los cromosomas normales XX. No encontraron diferencias entre las mujeres con SIAC y controles en autoestima, bienestar psicológico general, identidad de género, orientación sexual, patrones de conducta de género típicos, estado marital, rasgos de personalidad o ser diestras o zurdas. Los investigadores concluyeron que dos cromosomas sexuales X y ovarios no son esenciales para el desarrollo de las conductas femeninas en las mujeres.

El **síndrome de la República Dominicana** es una forma de intersexualismo que se documentó por primera vez en un grupo de 18 chicos en dos localidades en la República Dominicana (Imperato McGinley *et al.*, 1974). El síndrome de la República Dominicana es un desorden genético de una enzima que impide que la testosterona masculinice los genitales externos. Los chicos nacieron con testículos y órganos reproductores internos masculinos normales, pero sus genitales externos estaban malformados. Sus penes estaban atrofiados y parecían clítoris. Sus escrotos no estaban completamente formados y parecían labios femeninos. También poseían vaginas parcialmente formadas. Como los chicos parecían niñas al nacer, fueron criados como niñas. Sin embargo, en la pubertad, sus testículos empezaron a producir testosterona de manera normal, produciendo asombrosos cambios: sus testículos descendieron, sus voces se hicieron graves, su musculatura se desarrolló y sus «clítoris» crecieron y se transformaron en penes. De los 18 chicos que fueron educados como niñas, 17 cambiaron a una identidad masculina de género. Dieciséis de los dieciocho asumieron un papel de género típicamente masculino. De los otros dos, uno adoptó la identidad masculina de género, pero continuó manteniendo un papel de género femenino, que incluía llevar vestidos. El otro mantuvo una identidad femenina de género y más tarde se sometió a una intervención quirúrgica para «corregir» su masculinización pubertal. A pesar de ser educados como niñas, casi todos estos individuos completaron la transición hacia el papel masculino sin problemas, lo que sugiere la esencial importancia de la biología en la identidad de género (Bailey, 2003b).

Muchos científicos concluyeron que la identidad de género está influida por complejas interacciones entre factores biológicos y psicosociales. Pero la expresión «complejas interacciones» puede ser una manera de evitar resolver la cuestión de si es más importante la naturaleza (factores biológicos) o la educación (factores psicológicos). Colocar el énfasis en la naturaleza implica reducir el papel de la elección personal y, por ello, tiene consecuencias políticas importantes. Aunque algunos dan más importancia a los factores psicosociales (Bradley *et al.*, 1998; Money, 1994), otros enfatizan el papel de los factores biológicos (Collaer & Hines, 1995; Diamond, 1996; Legato, 2000; Servin *et al.*, 2003). Sin embargo, la teoría de que los recién nacidos son psicológicamente neutros y que la identidad de género depende principalmente de los factores del entorno ha sufrido un duro golpe en los últimos años.

Si ya has tenido suficiente con los complejos asuntos acerca de los orígenes del sexo y la identidad sexual en los seres humanos, considera el cocodrilo. Los huevos de cocodrilo no contienen cromosomas sexuales. El sexo de la descendencia viene determinado por la temperatura a la que se desarrollan los huevos (Ackerman, 1991). Si la temperatura del nido supera los 33 °C, los nacidos son machos, y si la temperatura está entre 28 °C y 31 °C, los recién nacidos serán hembras.

Síndrome de la República Dominicana

Una forma de intersexualismo en la cual un desorden genético enzimático impide que la testosterona masculinice los genitales externos.

El transexualismo

En 1953, un ex oficial del ejército, que viajó a Dinamarca para una «operación de cambio de sexo», saltó a los titulares de la prensa. Después se la conoció como Christine (antes George) Jorgensen. Desde entonces, miles de **transexuales** se han sometido a intervenciones para una reasignación sexual¹.

Pregunta: ¿Qué es el transexualismo? El transexualismo es una condición en la cual el individuo desea poseer las características anatómicas de las personas del otro sexo y vivir como una persona del otro sexo. Muchos transexuales se someten a tratamientos hormonales y a cirugía para crear la apariencia de los genitales externos típicos del otro sexo. Esto obtiene mejores resultados cuando se realiza de hombre a mujer que cuando se hace de mujer a hombre. Después de la cirugía estas personas pueden mantener relaciones sexuales e incluso alcanzar el orgasmo. Un estudio encontró que dos tercios de las «nuevas mujeres» alcanzaron el orgasmo durante la actividad sexual (Schroder & Carroll, 1999). Pero no pueden concebir o criar bebés.

¿Qué impulsa a los transexuales a vivir como personas del otro sexo? Según John Money (1994), los transexuales experimentan **disforia de género**, es decir, incongruencia entre su anatomía genital y su identidad sexual. Aunque tienen el sexo anatómico de un sexo, sienten que son miembros del otro. La discrepancia les motiva a deshacerse de sus propios caracteres sexuales primarios (genitales externos y órganos sexuales internos) y vivir como miembros del otro sexo. Un transexual hombre a mujer se percibe a sí mismo como una mujer que por un error del destino nació con el equipo genital equivocado. Un transexual de mujer a hombre se percibe como un hombre atrapado en un cuerpo de mujer.

Ray Blanchard (1988, 1989) y J. Michael Bailey (2003a, 2003b) tienen otro punto de vista. Basándose en su larga investigación con transexuales, sostienen que los hombres que desean ser mujeres tienden a caer en otras categorías: o son hombres extremadamente femeninos o son hombres que se excitan sexualmente con la idea de ser una mujer. La primera categoría incluye lo que Blanchard llama «**homosexuales transexuales**» —hombres que son gays extremadamente femeninos y no se sienten totalmente satisfechos con la actividad sexual con otros hombres—. La segunda categoría se refiere a hombres que son «**autoginefílicos**» —deseosos de ser mujeres o amantes de lo femenino—, o que se estimulan sexualmente con fantasías en las que son mujeres.

Aunque la frecuencia del transexualismo sigue siendo desconocida, es un fenómeno relativamente raro. Por ejemplo, el número de transexuales en Estados Unidos se estima que está por debajo de 50 000. Y menos de 20 000 se han sometido a operaciones de reasignación de sexo (Jones & Hill, 2002).

Los homosexuales transexuales normalmente muestran preferencias por los juegos y forma de vestir propias en su sociedad del otro sexo, incluso, con alguna frecuencia, desde la infancia. Algunos dicen que sentían pertenecer al otro sexo desde que pueden recordar. Algunos transexuales de hombre a mujer recuerdan que, cuando eran niños, preferían jugar con muñecas, disfrutaban llevando vestidos con volantes y les disgustaban los juegos rudos. A menudo eran considerados por sus compañeros como «mariquitas». Algunos transexuales de mujer a hombre dicen que cuando eran niñas les gustaba llevar pantalones y actuaban como «marimachos». Preferían los juegos de chicos y jugar con chicos. Los transexuales femeninos parecen tener una adaptación más sencilla que los

Transexuales Personas que desean ser del otro sexo y vivir como tales. En realidad creen que pertenecen al otro sexo y que su cuerpo es un error.

Disforia de género

En una persona, sensación de incongruencia entre el sexo anatómico y la identidad de género.

Transexuales homosexuales

Hombres gay extremadamente femeninos que desean una reasignación de sexo.

Autoginefílico Se dice de los transexuales que se estimulan sexualmente por fantasías en las que son mujeres. (De raíces que significan «auto», «mujer» y «amor» o «deseo».)

¹ Esta cirugía también se llama cirugía de reasignación de género. En este libro utilizamos la palabra «sexo» para referirnos al sexo anatómico y la palabra «género» para referirnos al estado psicológico de sentirse hombre o mujer. Para ser coherentes, entonces, la cirugía debería llamarse de reasignación del sexo, no del género.

De
cerca

Jayne Thomas, en sus propias palabras

»La discriminación en el trabajo, la agresión masculina, la violencia doméstica, las peleas domésticas, PMS, viagra, éstos son algunos de los importantes temas que trato en mis clases de Sexualidad Humana. Como observadora y participante en mi campo, veo cómo estos temas se clasifican en masculinos/femeninos o de hombre/mujer. Irónicamente, al mismo tiempo, puedo ver y no ver estas distinciones. Sin duda las mujeres han arremetido contra, han difuminado (y en algunos casos incluso han eliminado) esta limitación metafórica del ascenso de la mujer en el trabajo (por ejemplo, la discriminación en el trabajo). Y muchos hombres con aplomo a menudo han sido "agredidos" por mujeres enfadadas deseosas de vengarse por los siglos en que han sido injustamente tratadas. Como mencioné antes, estas distinciones entre lo masculino y lo femenino, para mí, a menudo, se difuminan; debo añadir que, habiendo transcurrido mi vida en ambos papeles de hombre y de mujer, ofrezco una perspectiva única sobre la masculinidad y la feminidad.

EL DESORDEN DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO

»El desorden de la identidad de género (DIG) se define por la American Psychiatric Association (1994) como una "fuerte y persistente identificación transgénerica [acompañada por] una persistente disconformidad con su sexo y los papeles asignados socialmente a éste" (p. 537). Durante toda mi vida albergué la

más fuerte convicción de que estaba inapropiadamente asignada al sexo equivocado —el masculino— cuando por dentro sabía que era una mujer. Incluso entonces (y como muchos otros DIG) continué una larga vida luchando contra esta profunda convicción de que mi sexo era un error; fui un buen estudiante, campeón nacional de natación, me gradué, me casé dos veces (fui padre en ambos matrimonios) y se me respetó como un hombre bueno y competente en el trabajo. Sin embargo, el error implacable y persistente de mi vida continuaba. No fue hasta mi cuarta década cuando fui capaz de enfrentarme a mi problema de transexualismo.

»El doctor Jay Thomas se sometió a una reasignación de sexo y pasó a ser oficialmente la doctora Jayne Thomas en noviembre de 1985; y lo que ha sucedido en los subsiguientes años ha sido la más instructiva de las visiones acerca de la condición humana. Como profesores estamos constantemente aprendiendo de aquellos a los que pretendemos instruir. Mis estudiantes, conociendo mis antecedentes (comparto quién soy cuando me parece apropiado hacerlo), me encuentran accesible de una manera que muchos profesores no lo son. Lo reconozco, continuamente me preguntan cuestiones excitantes que uno podría esperar de *Geraldo*¹ y nos divertimos con las respuestas (hace algunos años incluso aparecí en algunos de los shows de *Geraldo*). Sin embargo, mis estudiantes son capaces de llevar nuestras discusiones más allá de lo sensacionalista y lo



Jayne Thomas. Jayne Thomas fue presidenta del Departamento de Psicología de Los Angeles Mission College en Sylmar, California. Ella aportó una perspectiva completa de los roles de género porque vivió ambos: como hombre y como mujer.

superficial, y entramos en significativos diálogos, considerando las diferencias sexuales en la sociedad y en el trabajo, el acoso sexual, el poder y el control en las relaciones y lo que realmente significa ser un hombre o una mujer.

CUESTIONANDO TANTO LO MASCULINO COMO LO FEMENINO

»Iconoclastícamente, intento cuestionar ambos, lo masculino y lo femenino. "Conozco algo que ninguna de vosotras, mujeres, conoce o conocerá en su vida", puedo dirigirme provocativamente a las mujeres de mi audiencia como Jayne. "Una vez viví como hombre y he sido tratada como un igual. Vosotras nunca habéis experimentado ni experimentaréis esa igualdad". O cuando un estudiante masculino vino en mi ayuda en una clase,

transexuales masculinos (Selvin, 1993). Las «marimachos» son mejor aceptadas por sus compañeros que los «mariquitas». Incluso en la edad adulta, resulta más fácil para un transexual femenino ponerse ropa de hombre, y «pasar» por un hombre de constitución ligera, que para un hombre fornido pasar por una mujer alta.

arreglando un vídeo, y después volvió a su asiento pavoneándose como solo un hombre satisfecho puede hacer, coquetamente le comenté a una estudiante que estaba cerca: "Yo solía ser capaz de hacer eso".

»Habiendo vivido como un hombre y ahora como una mujer, puedo honestamente afirmar que veo profundas diferencias en nuestra manera de ser mujer u hombre social/psicológico/biológico. Ahora he experimentado muchas de las maneras en que las mujeres son tratadas como inferiores a los hombres. Jay trabajaba como consultora en una gran firma bancaria en Los Angeles y continuó en ese cargo como mujer después de la reasignación de sexo. Sorprendentemente, el mundo se le presentó desde una nueva perspectiva. Como Jay, las presentaciones técnicas a los directivos eran recibidas por lo general de una manera positiva y los méritos por mi trabajo enteramente reconocidos. Jayne encontró a los directivos menos accesibles y los méritos por sus esfuerzos no obtenían respuesta, y, en general, se encontró trabajando más duro para estar bien preparada para cada reunión, más de lo que lo había hecho como hombre. Como hombre sus convincentes y apasionadas presentaciones eran su cualidad; como mujer, definitivamente parecían una carga. En una ocasión, como Jayne, cuando defendía apasionadamente mi posición, considerando que lo que decía era un aspecto importante, mi emoción y mi decepción se hicieron manifiestas (especialmente a través de mi voz), porque no prosperaba mi punto de vista ante un colega. Entonces, un hombre me tocó el brazo y me dijo: "Venga, venga, tómatelo con calma, todo va bien".

Créeme, eso nunca le ocurrió a Jay. Hubo incluso una ocasión en que, habiendo trabajado de la manera más diligente en una presentación para los directivos, el vicepresidente de la compañía estaba más interesado en mi perfume que en los aspectos técnicos de la presentación.

»Ciertamente existen diferencias significativas en el tratamiento de los hombres y las mujeres, pero todavía sigo estando impresionada de cuán similares son los dos géneros. Aunque he dado este enorme paso en mi vida (y es enorme en muchos aspectos), sigo siendo el mismo ser humano, percibiendo el mismo mundo a través de las mismas neuronas sensoriales. ¿La diferencia? Ahora me encuentro más a gusto y serena que la paradójica mujer en un cuerpo de hombre, con una anatomía y un género que han alcanzado la congruencia.

AJUSTANDO LOS RECIÉN ADQUIRIDOS ROLES DE GÉNERO

»¿El cambio de rol de género provoca dificultades en la vida de los GID? En la mayoría sin duda lo hace. La familia y las relaciones íntimas ocupan el primer lugar entre los asuntos más preocupantes que deben resolver los individuos durante su transición. Cuando uno cambia el rol de género, los efectos de este cambio son globales; como las ondas en un charco, la transformación se propaga afectando a todos los aspectos importantes de la vida del GID. Mis padres nunca se dieron cuenta de que su hijo mayor se estaba enfrentando con un problema durante toda su vida. ¿Han aceptado o entienden totalmente la magnitud de mi problema? Me temo que no. Después de casi quince años de vivir como una mujer, mi padre sigue llamándome por mi nombre masculino. No me cabe la menor duda de

que mis padres y mis hijos me quieren, pero estamos tan desinformados del verdadero significado de la identidad de género que un entendimiento claro parece estar a años luz de distancia. A menudo veo a mis clientes perder sus trabajos, la intimidad con los miembros de su familia, los derechos de visita a sus hijos, y generalmente son relegados a la marginación social. Alguien dijo una vez que "todos nacemos únicos, pero la mayoría de nosotros muere como una copia", un precio muy alto que mis clientes pagan a menudo por su honestidad personal y por no vivir sus vidas como la sociedad considera que deberían hacer.

»Habiendo vivido como mujer y como hombre en la misma vida, una verdad personal parece clara. En lugar de intentar cada género llevar al otro a su terreno, como veo a menudo en muchas parejas (las mujeres necesitan ser más cerebrales y los hombres compartir sus emociones), podríamos ser más productivos si uniéramos lo que compartimos y la fuerza de nuestros géneros en construir un proyecto común en nuestras relaciones. Los hombres y las mujeres tienen diferentes puntos de vista, que pueden aprovecharse para enfrentarse con éxito a los problemas de la vida».

La doctora Thomas enseñó y dio conferencias en facultades y universidades de la Costa Oeste, compartiendo sus puntos de vista de lo masculino y lo femenino con sus estudiantes, dirigiendo talleres y exponiendo su experiencia de vida. Murió en 2002; una pérdida personal para los autores de este libro y la comunidad en general.

¹ Entrevistador de la televisión americana.

Reasignación de sexo. La cirugía es un elemento de la reasignación sexual. Como la cirugía es irreversible, los profesionales de la salud realizan cuidadosas evaluaciones para determinar que las personas que desean someterse a una reasignación de sexo son competentes para tomar esa decisión y han tenido en cuenta las consecuencias. Normalmente

requieren que el transexual viva abiertamente como una persona del otro sexo, durante un largo periodo de prueba, antes de someterse a la cirugía. Una vez tomada la decisión, comienza un tratamiento hormonal durante un largo periodo. Los transexuales hombre a mujer reciben estrógenos, que incitan el desarrollo de caracteres sexuales secundarios femeninos. Se acumula grasa en los pechos y en las caderas, la piel se suaviza y se inhibe el crecimiento de la barba. Los transexuales de mujer a hombre reciben andrógenos, que promueven caracteres sexuales secundarios masculinos. La voz se hace más grave, el pelo se distribuye según un patrón masculino, los músculos crecen y se pierden los depósitos de grasa en las caderas y en los pechos. El clítoris se hace también más prominente. En el caso de los transexuales hombre a mujer, se puede realizar la «cirugía fónica» para elevar el tono de la voz (Brown *et al.*, 2000).

La reasignación de sexo es en gran medida cosmética. La ciencia médica no puede construir órganos genitales internos o gónadas. La cirugía de hombre a mujer suele tener más éxito. En primer lugar se extirpan el pene y los testículos. El tejido del pene se utiliza para formar una vagina, de manera que las terminaciones nerviosas pueden proporcionar sensaciones sexuales. Una pieza con forma de pene, hecha de plástico o madera de balsa, se utiliza para mantener la vagina distendida mientras cicatriza.

En los transexuales de mujer a hombre, los órganos sexuales internos (ovarios, trompas de falopio, útero) son extirpados, junto con el tejido adiposo en los pechos. Algunos transexuales de mujer a hombre se someten a una serie de operaciones, llamadas **faloplastia**, para construir un pene artificial, pero los penes no funcionan demasiado bien y los procedimientos son costosos. Por tanto, la mayoría de los transexuales de mujer a hombre se contentan con hacerse la histerectomía, mastectomía y tratamiento hormonal (Bailey, 2003b).

Algunos transexuales dudan someterse a la cirugía porque temen una larga serie de intervenciones. Otros desestiman la cirugía para no poner en peligro sus carreras o las relaciones familiares. Esas personas siguen pensando en sí mismas como personas del otro sexo, incluso sin cirugía.

Resultados de la cirugía de reasignación de sexo. Tras la introducción de la cirugía de reasignación de sexo en Estados Unidos en la década de los sesenta, la mayoría de los informes de la adaptación postoperatoria fue positiva (Pauly & Edgerton, 1968). Sin embargo, un influyente estudio en la década de los setenta, dirigido por la Gender Identity Clinic en la Johns Hopkins University, fue bastante negativo (Meyer & Reter, 1979). El estudio incluía un grupo de control de transexuales que no se sometieron a la cirugía de reasignación de sexo. La adaptación psicológica fue más positiva entre los transexuales en el grupo de control que entre aquellos que se sometieron a la cirugía.

En Canadá, un estudio de seguimiento de 116 transexuales (mujer a hombre y hombre a mujer), al menos un año después de la cirugía, encontró que la mayoría de ellos estaban satisfechos con los resultados y estaban razonablemente bien adaptados (Blanchard *et al.*, 1985). Resultados positivos para la cirugía también se encontraron en un estudio de 141 transexuales daneses (Kuiper & Cohen-Kettenis, 1988). Cerca de nueve de cada diez transexuales de hombre a mujer y de mujer a hombre, en un estudio de 23 transexuales, informaron que estaban muy contentos con los resultados de su cirugía de reasignación de sexo (Lief & Hubschman, 1993). Otro estudio (Abramowitz, 1986) informó que cerca de dos de cada tres casos mostraron al menos alguna mejora postoperatoria en la adaptación psicológica. El apoyo social contribuye a la adaptación postoperatoria (Ross & Need, 1989).

Los transexuales de hombre a mujer superan a los transexuales de mujer a hombre, pero la adaptación postoperatoria es aparentemente más favorable para los transexuales

Faloplastia

Procedimiento quirúrgico para crear un pene artificial.

de mujer a hombre. Una razón puede ser que la sociedad acepta más fácilmente a las mujeres que desean ser hombres (Abramowitz, 1986). Los transexuales de mujer a hombre tienden ya a estar mejor integrados socialmente antes de la cirugía (Kockott & Fahrner, 1987), así que su adaptación postoperatoria superior no puede ser más que un factor de selección.

Por ejemplo, en Estados Unidos hay programas para ayudar a los transexuales a aceptarse a sí mismos y adaptarse a vivir en una sociedad en la que raramente son bien recibidos. Un ejemplo es el Proyecto de Identidad de Género en el Greenwich Village de Nueva York, que patrocina encuentros donde los transexuales pueden encontrarse y compartir intereses comunes. Estos programas ayudan a crear un sentido de comunidad en un grupo de personas que se sienten rechazadas por el resto de la sociedad.

La psicoterapia con los transexuales es un tema controvertido, porque muchos terapeutas se han propuesto convencer a los transexuales, durante el periodo preoperatorio, para que cambien de idea (Jones & Hill, 2002). Normalmente los transexuales deben obtener el consentimiento de los profesionales de la salud mental antes de someterse a la reasignación de sexo, pero algunos profesionales consideran que los pacientes deberían aprender a aceptar su anatomía sexual (Raj, 2002). Por otra parte, muchos transexuales, incluyendo los transexuales postoperatorios, informan que han tenido experiencias positivas con los terapeutas, que les mostraron respeto y les ayudaron a adaptarse a su nueva vida (Rachlin, 2002).

Los roles de género y los estereotipos

«¿Por qué no puede una mujer parecerse más a un hombre?». Puedes recordar esta frase de la canción que el profesor Henry Higgins canta en el musical *My Fair Lady*. En la canción, el profesor se lamenta de que las mujeres sean emocionales e inconstantes, mientras que los hombres son lógicos y dignos de confianza. La «mujer emocional» es un estereotipo. El «hombre lógico» es también un estereotipo, aunque más generoso. Incluso las emociones están estereotipadas. Las personas asumen que las mujeres son más propensas



Profesor de una escuela elemental. Si crees que hay algo erróneo en esta imagen, es que has sido víctima de los tradicionales roles de género estereotípicos. La tradición ha impedido que las mujeres buscaran trabajo en ciertos territorios «masculinos» como el de la construcción, el militar y varias profesiones. También los hombres se han visto tradicionalmente alejados de ciertos dominios laborales «femeninos» como el secretariado, la enfermería y la enseñanza en niveles elementales.

a experimentar sentimientos de temor, tristeza y compasión, mientras que los hombres son más propensos a experimentar enfado y orgullo (Plant *et al.*, 2000).

Pregunta: ¿Qué son los estereotipos y los roles de género? Un estereotipo es una idea convencional, fija —a menudo distorsionada— sobre un grupo de personas. La asignación de sexo —nuestra identificación como mujeres u hombres— no determina los roles o conductas que son consideradas masculinas o femeninas en nuestra cultura. Son las culturas las que han generado expectativas referidas a la supuesta personalidad y conductas propias de hombres y mujeres. Estas expectativas se llaman **roles de género**.

El rol femenino estereotípico incluye rasgos tales como afectuosidad, dependencia, amabilidad, utilidad, paciencia y sumisión. El estereotipo del rol de género masculino es de dureza, caballerosidad y protección. Generalmente las mujeres son vistas como cálidas y emocionales; los hombres, como independientes, asertivos y competitivos. Los tiempos han cambiado un tanto. Por otra parte, aunque en nuestra sociedad las mujeres ocupan los trabajos con la misma probabilidad que los hombres, generalmente ellas continúan llevando la carga de las principales responsabilidades de la crianza de los niños y el trabajo del hogar. Un estudio en treinta países confirma que estos estereotipos de rol de género están extendidos (Williams & Best, 1994; véase la Tabla 5.1).

Uno de los efectos de los estereotipos es el sexismo, como veremos en la siguiente sección.

TABLA 5.1

Estereotipos de roles de género en treinta Estados del mundo

Estereotipos masculinos		Estereotipos femeninos	
Activo	Hedonista	Afectuosa	Imaginativa
Agresivo	Imaginativo	Agradable	Imprudente
Arrogante	Imperturbable	Amable	Inconstante
Autócrata	Imprudente	Apreciativa	Indulgente
Aventurero	Individualista	Atenta	Inestable
Capaz	Ingenioso	Autocompasiva	Modesta
Cruel	Miserable	Cálida	Mojigata
Desenvuelto	Preciso	Cambiante	Nerviosa
Desordenado	Racional	Cauta	No ambiciosa
Determinado	Rápido	Complicada	Paciente
Detestable	Realista	Comprensiva	Preocupante
Dogmático	Rígido	Confusa	Quejica
Duro	Robusto	Crítica	Sensible
Emprendedor	Seguro de sí mismo	De corazón blando	Sentimental
Engreído	Severo	Débil	Sexy
Estable	Sin escrúpulos	Delicada	Sofisticada
Fanfarrón	Tozudo	Dependiente	Sugestionable
Fuerte	Valiente	Dulce	Sumisa
Grosero		Emocional	Supersticiosa
		Encantadora	Susceptible
		Ensoñadora	Temerosa
		Excitable	Tímida
		Frívola	
		Habladora	

Fuente: Williams & Best, 1994, p. 193, Tabla 1.

Los psicólogos John Williams y Deborah Best (1994) encontraron que las personas de treinta Estados coinciden en gran medida en lo que son los estereotipos de roles de género masculinos y femeninos.

Estereotipo Una idea convencional, fija, acerca de un grupo de personas.

Roles de género

Complejo conjunto de expectativas sobre la personalidad y la conducta de los hombres y de las mujeres.

El sexismo

Todos nos hemos encontrado con los efectos del sexismo.

Pregunta: ¿Qué es el sexismo? El sexismo es el prejuicio de que, por razón de su sexo, una persona tendrá ciertos rasgos negativos. Estos rasgos negativos, se asume, descalifican a la persona para ciertas profesiones e impiden a él o a ella desarrollarse adecuadamente en estos trabajos o en algunas situaciones sociales.

El sexismo nos puede llevar a interpretar la misma conducta, con unos u otros prejuicios, según haya sido realizada por una mujer o por un hombre. Una mujer «sensible» es simplemente sensible, pero un hombre «sensible» puede ser visto como un «mariquita». Una mujer sensible también puede ser calificada de atenta, mientras que un hombre que muestre la misma conducta parece pasivo o débil. Podemos ver a un hombre como «seguro de sí mismo», pero una mujer que se comporte de la misma manera puede ser vista como «prepotente». Al hombre podemos considerarle flexible, pero a la mujer la tacharemos de inconstante e indecisa. Él puede ser racional donde ella es fría. Él es fuerte cuando es necesario, mientras ella será vista como una persona con mal carácter. Cuando una mujer de negocios adopta estereotipos masculinos, el sexista la puede tachar de anormal o una persona con problemas.

Los niños desarrollan estereotipos sobre las diferencias entre «trabajo de hombres» y «trabajo de mujeres». Las mujeres han sido excluidas históricamente de las «ocupaciones masculinas» y las expectativas estereotípicas que conciernen al «trabajo de hombres» y al «trabajo de mujeres» se filtran hasta los cursos de primaria. Por ejemplo, de acuerdo con los estereotipos tradicionales, de las mujeres no se espera que sean excelentes en matemáticas. La exposición a estas expectativas negativas puede alejar a las mujeres de carreras de ciencias y tecnológicas. Incluso cuando eligen una carrera de ciencia o tecnología, las mujeres están a menudo sujetas a la discriminación en sueldos, promociones, asignación de facilidades para investigar y fondos para dirigir investigaciones (Loder, 2000). De manera similar, solo recientemente han entrado los hombres a dominios ocupacionales previamente restringidos a las mujeres, como el secretariado, la enfermería y la enseñanza en niveles elementales, y últimamente se han abierto las puertas para las mujeres en profesiones tradicionalmente masculinas como las ingenierías, las leyes y la medicina.

El sexismo tiene efectos psicológicamente poco saludables. Un experimento encontró que mujeres a las que se les convenció de que el sexismo era generalizado manifestaron una más baja autoestima que otras a las que se les convenció de que el sexismo era un fenómeno raro (Schmitt *et al.*, 2003). En otro experimento, a un grupo de hombres y mujeres se les convenció de que fueron rechazados para un curso por motivos sexistas o por méritos personales (Major *et al.*, 2003). Atribuir el rechazo a los prejuicios y no a méritos personales tuvo el efecto de proteger su autoestima («No es por mí, es la sociedad»).

Afortunadamente, parece que la educación puede modificar las actitudes sexistas tradicionales. Un estudio informó en qué medida los estudios sobre la mujer pueden ayudar a que los individuos se hagan conscientes del sexismo y desarrollen actitudes más igualitarias (Stake & Hoffman, 2001). En el estudio, 548 estudiantes completaron un cuestionario antes y después de los cursos en áreas como: la actitud abierta hacia el trabajo de las mujeres, actitudes igualitarias hacia las mujeres y temas de género, y la conciencia del sexismo y la discriminación contra las mujeres. Comparados con estudiantes que no participaron en los estudios sobre la mujer, los estudiantes de estos cursos demostraron ser más conscientes del sexismo y de otros tipos de prejuicios, actitudes más igualitarias hacia las mujeres y otros grupos estigmatizados, y más interés en participar activamente en causas sociales.

En el próximo epígrafe veremos que los estereotipos de rol de género están también relacionados con la conducta sexual.

Sexismo Prejuicio de que, por razón de su sexo, una persona tendrá ciertos rasgos negativos.

Los roles de género y la conducta sexual

Pregunta: ¿Han afectado los roles de género a los modos de emparejarnos y a la conducta sexual? Lo han hecho en gran medida. Los niños aprenden a temprana edad que normalmente son los hombres los que se aproximan a las mujeres, los que inician la aproximación sexual, mientras que las mujeres son como los «porteros» en las relaciones románticas (Bailey *et al.*, 2000b). En su rol tradicional como porteros, se espera de las mujeres que sean pasivas y esperen a que se les acerquen y observen a sus pretendientes. Igualmente se espera de los hombres que den el primer paso (sexual) y que las mujeres determinen hasta dónde pueden llegar.

La expectativa cultural de que los hombres son los iniciadores y las mujeres son porteros está relacionada con el estereotipo muy difundido de que los hombres son sexualmente agresivos y las mujeres son sexualmente pasivas. De los hombres se espera que tengan un mayor número de parejas sexuales que las mujeres (Mikach & Bailey, 1999). Los hombres no solo inician los encuentros sexuales; se espera de ellos que dicten todos los «movimientos», de la misma manera que se espera que dirijan a su pareja en el baile. Las personas que siguen el estereotipo del rol masculino de género, ya sean hombres o mujeres, corren un riesgo mayor de practicar relaciones sexuales de riesgo (sin protección) (Belgrave *et al.*, 2000). De acuerdo con el estereotipo, de las mujeres se espera que dejen que los hombres determinen la elección, el tiempo y la secuencia de las posiciones y las técnicas sexuales. Desafortunadamente, el estereotipo favorece las preferencias sexuales masculinas, denegando a la mujer la oportunidad de dar y recibir sus tipos preferidos de estimulación.

Una mujer puede alcanzar más fácilmente el orgasmo en la posición donde **ella está encima**, pero su pareja puede preferir la posición en la que **él está encima**. Si el hombre toma toda la iniciativa, ella puede no tener la oportunidad de llegar al orgasmo. Incluso la manifestación de sus preferencias puede ser tachada de «poco digna de una mujer».

El estereotipo del rol masculino también impone limitaciones a los hombres. De los hombres se espera que tomen la iniciativa para llevar a sus parejas al orgasmo, pero no deberían preguntar a sus parejas lo que les gusta porque se supone que son expertos de manera natural. (Los «hombres de verdad» no solo no comen pastel de verdura; tampoco necesitan preguntar a las mujeres cómo hacer el amor.)

Afortunadamente, están apareciendo actitudes más flexibles. Las mujeres están tomando más confianza en la sexualidad y los hombres se están haciendo más receptivos para expresar su ternura. Pero los roles de género tradicionales están muy arraigados aún.

Según otro estereotipo, los hombres empiezan a excitarse sexualmente en la pubertad y lo siguen haciendo durante toda su vida adulta. Sin embargo, las mujeres no comparten el interés natural de los hombres por el sexo y descubren su propia sexualidad solo cuando un hombre enciende la llama sexual en ellas, y deben seguir manteniendo las brasas encendidas pues de lo contrario se apagan. El estereotipo niega que las mujeres «normales» tengan deseos sexuales espontáneos o estén preparadas para excitarse.

A pesar del estereotipo, no está claro que las mujeres sean biológicamente menos excitables que los hombres, aunque algunos estudios parecen confirmar que las mujeres de sean, con mayor probabilidad que los hombres, limitar la actividad sexual a las relaciones de compromiso (Peplau, 2003). En la misma dirección, esta psicóloga de UCLA, Letitia Anne Peplau (2003), ha encontrado apoyo empírico consistente de que los hombres generalmente tienen más deseo sexual que las mujeres.

Pero seguimos con la duda de si las diferencias sexuales asociadas con los estereotipos de roles de género reflejan la naturaleza o las influencias de la cultura y la tradición. Las diferencias sexuales son más dominantes que las que implican la conducta sexual, como veremos a continuación.

Ella está encima Una posición coital en la cual la mujer está encima.

Él está encima Una posición coital en la cual el hombre está encima.

Las diferencias sexuales: ¿vive la différence o vive la similarité?

Si las mujeres y los hombres no fueran anatómicamente diferentes, este libro no se habría escrito.

Pregunta: Pero, ¿cómo difieren los hombres y las mujeres en sus habilidades cognitivas, personalidad y conducta sexual, si es que difieren?

Las diferencias en las habilidades cognitivas

La evaluación de la inteligencia no muestra diferencias sexuales globales en las habilidades cognitivas (Halpern & LaMay, 2000). Sin embargo, los resultados de la investigación sugieren que las chicas son superiores a los chicos en las habilidades verbales, como la fluidez verbal, la habilidad para generar sinónimos, deletrear, conocimiento de lenguas extranjeras y pronunciación (Halpern, 1997, 2003). Aún más, los niños tienen más problemas con la lectura, desde leer por debajo del nivel adecuado a su edad hasta dificultades severas.

Los varones parecen ser mejores en la manipulación de imágenes en procesos mentales. Los hombres en general destacan en lo visual —habilidades espaciales del tipo de las utilizadas en matemáticas, ciencia y lectura de mapas (Collaer & Nelson, 2002; Grön *et al.*, 2000; Halpern & LaMay, 2000)—. Destacan especialmente en la rotación espacial mental de cuerpos geométricos (véase la Figura 5.5). Un estudio comparó las estrategias de navegación de 90 estudiantes universitarios masculinos y 104 femeninos (Dabbs *et al.*, 1998). Al dar las direcciones, los hombres se referían más a menudo a millas y coordenadas direccionales (Norte, Sur, Este y Oeste). Las mujeres se referían más a marcas del terreno y derecha e izquierda.

Estudios en Estados Unidos y en otros lugares muestran que los hombres en general obtienen puntuaciones más altas en las pruebas de matemáticas que las mujeres (Beller & Gafni, 2000; Gallagher *et al.*, 2000; Halpern & LaMay, 2000; Leahey & Guo, 2001). Las diferencias en la resolución de problemas se reflejan en las pruebas de matemáticas del Scholastic Aptitude Test (SAT). La puntuación media es de 500, y cerca de dos tercios de las pruebas alcanzan notas entre 400 y 600. El doble de chicos que de chicas puntúan más de 500.

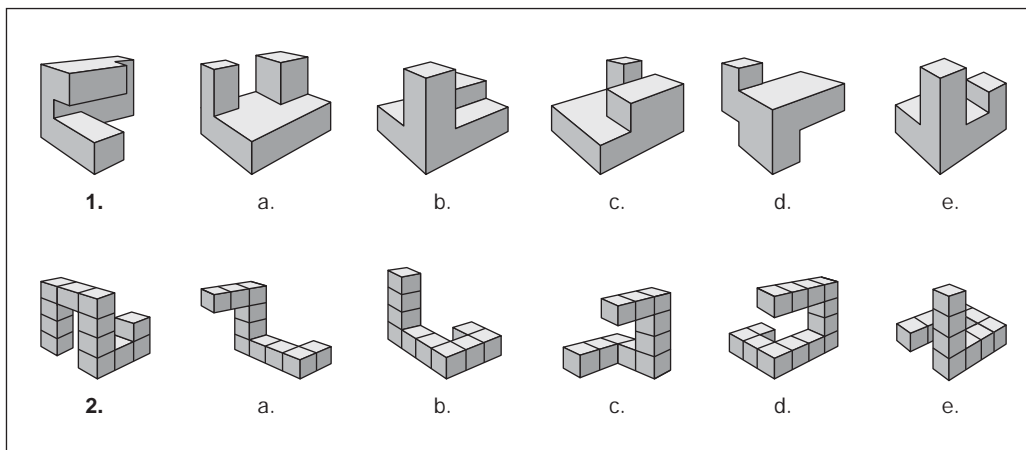


Figura 5.5. Rotación de cuerpos geométricos en el espacio. Las destrezas visuales-espaciales —por ejemplo, la habilidad para rotar cuerpos geométricos en el espacio— son consideradas parte del estereotipo del rol de género masculino. Pero estas diferencias son pequeñas y se pueden reducir por el entrenamiento.

Como puedes imaginar, las investigaciones que establecen diferencias sexuales en las habilidades cognitivas son bastante controvertidas, porque parecen sugerir que el ascenso masculino en las esferas que implican destrezas visuales-espaciales y matemáticas es natural y permanente. Karen Kersting (2003), una periodista de *Monitor on Psychology*, advierte que cualquier discusión sobre este tema puede convertirse en un «campo de minas político». No obstante, investigadores y comentaristas han destacado lo siguiente:

1. Janet Hyde y un colega (Hyde & Plant, 1995) argumentan que, en la mayoría de los casos, las diferencias sexuales en las habilidades cognitivas son pequeñas. Algunos observadores añaden que las diferencias en las habilidades verbales, matemáticas y espaciales se están haciendo también más pequeñas (Hyde *et al.*, 1990; Maccoby, 1990; Voyer *et al.*, 1995). Sin embargo, el psicólogo J. Michael Bailey (2003b), de la Northwestern University, y otros sugieren que estas diferencias son mayores de lo que Hyde, Plant y algunos más nos hacen creer. Para estos autores es políticamente correcto intentar minimizarlas, pero lo políticamente correcto no tiene por qué ser una verdad científica.
2. Estas diferencias sexuales son diferencias de *grupo*. La variación de habilidades encontrada en las pruebas de destrezas verbales o matemáticas es mayor *dentro de cada grupo* que entre sexos (Maccoby, 1990). A pesar de las diferencias entre grupos de chicos y chicas, millones de chicos superan la «media» femenina en las destrezas de escritura y deletreo. Por otro lado, millones de chicas superan la «media» masculina en la resolución de problemas y en las destrezas espaciales. Los hombres han producido muchos Shakespeare y las mujeres también sus Madames Curie.
3. Las pequeñas diferencias, que pueden existir en algún grado, reflejan las influencias del entorno y las expectativas culturales (Fredricks & Eccles, 2002). Las destrezas espaciales y matemáticas están estereotipadas en nuestra cultura como masculinas, mientras que la habilidad lectora es un estereotipo femenino. Las mujeres que reciben unas pocas horas de entrenamiento en destrezas espaciales —por ejemplo, la rotación de cuerpos geométricos o el estudio de planos— se comportan después al menos tan bien como los hombres en pruebas de estas destrezas (Baenninger & Elenteny, 1997; Lawton & Morrin, 1999). Pero es curioso que en un estudio, las puntuaciones obtenidas por las chicas en una prueba de matemáticas fueron más pobres cuando se les dijo que la prueba había sido diseñada para establecer las diferencias sexuales en estas destrezas —una manipulación del experimento que puede haber aumentado su ansiedad y nerviosismo durante la prueba (O'Brien & Crandall, 2003)—.

¿Existen diferencias sexuales en las habilidades cognitivas? Las diferencias físicas entre hombres y mujeres están bien establecidas —¡y bien celebradas!—. Pero, ¿existen diferencias cognitivas entre los géneros? Si es así, ¿cuáles son? ¿Cómo son de importantes? ¿Son el resultado de la naturaleza (herencia) o de la educación (influencias del entorno como las experiencias educativas y las expectativas culturales)?



Las diferencias en la personalidad

También existen diferencias sexuales en la personalidad. Según un meta-análisis de los estudios de investigación, las mujeres superan a los hombres en extroversión, ansiedad, confianza y capacidad educadora (Feingold, 1994). Sin embargo, las diferencias en la personalidad tienden a ser pequeñas (Bailey, 2003b). Los hombres tienden a superar a las mujeres en confianza en sí mismos, fuerza de voluntad y autoestima.

Por otra parte, la tercera autora de este libro señala, con gran disgusto, dos factores que colaboran en la relativa baja autoestima de las mujeres:

- Los padres, por lo general, prefieren tener hijos.
- La sociedad ha creado un campo de juego desigual en el cual las mujeres deben hacerlo siempre mejor para ser igualadas a los hombres.

Las diferencias en la conducta social

Existen importantes diferencias sexuales en la conducta social, sobre todo en lo que se refiere al sexo y la agresividad. Considera los estilos de comunicación. Aunque nos han inundado con dibujos animados de amas de casa chismorreando por encima de las vallas de sus patios o tomando interminables tazas de café cuando quedan para charlar, la investigación muestra que los chicos dominan las discusiones en clase (Sadker & Sadker, 1994). Cuando las chicas maduran, parece que aprenden a permanecer en un segundo plano detrás de los chicos y dejan que ellos lleven la conversación, cuando están en grupos de personas de los dos sexos.

Sin embargo, las mujeres están más dispuestas que los hombres a discutir acerca de sus sentimientos y experiencias personales (Dindia & Allen, 1992). El estereotipo del «hombre fuerte y silencioso» puede no disuadir a los hombres de monopolizar la conversación, pero puede inhibirlos cuando se trata de expresar sus sentimientos personales.

Con cualquier tipo de instrumento de medida que se estudie, parece que los hombres muestran más interés en el sexo que las mujeres (Peplau, 2003). Las mujeres parecen más dispuestas a combinar el sexo con una relación romántica (Peplau, 2003). Una evaluación de más de mil estudiantes universitarios realizada por David Schmitt y sus colegas (2001) encontró que los hombres también parecen estar más interesados en el sexo casual y en tener múltiples parejas sexuales.

Diferencias en la agresividad. En muchos estudios sobre la agresión se ha encontrado que los hombres se comportan de manera más agresiva que las mujeres (Felson, 2002; Hines & Saudino, 2003; Zeichner *et al.*, 2003). Como veremos, la cuestión clave es ¿por qué?

Diferencias en la disposición para buscar el cuidado de la salud. Como media, la esperanza de vida de los hombres es unos siete años menor que la de las mujeres. Parte de la diferencia se debe, de acuerdo con los estudios de los médicos, a una disposición mayor de las mujeres para el cuidado de su salud (Courtenay, 2000). A menudo, los hombres no hacen caso de los síntomas de una dolencia, que puede ser solucionada con un tratamiento, hasta que ya es demasiado tarde y representa riesgo para su vida. Las mujeres, por ejemplo, acuden a revisiones para el cáncer de mama más que los hombres a revisiones para identificar el cáncer de próstata. Los hombres muestran una actitud de «toros de lidia». Son demasiado fuertes para visitar al médico en los veinte, demasiado ocupados en los treinta y demasiado miedosos más tarde.

Ser un hombre o ser una mujer: la determinación del género

Hemos hecho una crónica de los procesos biológicos de la diferenciación sexual y hemos explorado las diferencias sexuales en las habilidades cognitivas, la personalidad y la conducta social. En esta sección consideramos varias explicaciones de la **influencia del género**, empezando con la biológica.

Los puntos de vista de la biología

Pregunta: ¿Cómo explica la biología la influencia del género? Los puntos de vista de la biología sobre la influencia del género tienden a centrarse en el rol de la genética y las influencias prenatales en la predisposición de los hombres y las mujeres a tener patrones de conducta ligados al sexo. Los puntos de vista de la biología se han centrado en el posible papel de las hormonas en la formación del cerebro durante el desarrollo prenatal.

El punto de vista evolucionista: la explicación está solo en la naturaleza. Desde el punto de vista de la evolución, la historia de la supervivencia de nuestros ancestros está ligada a nuestros genes. Los genes que confieren atributos que aumentan las oportunidades de supervivencia de un organismo, para producir descendencia viable, tienen una mayor probabilidad de ser transmitidos a las futuras generaciones. Así que poseemos los vestigios de genes con rasgos que ayudaron a nuestros ancestros a sobrevivir y reproducirse (Bjorklund & Kipp, 1996; Fisher, 2000). Esta herencia influye en nuestra conducta sexual y social tanto como en nuestras características físicas.

De acuerdo con el punto de vista evolucionista, los roles tradicionalmente masculinos, como ser cazadores y guerreros, y los roles femeninos, como educadoras y recolectoras de frutas y vegetales, nos han sido legados en nuestros genes. Los hombres están mejor preparados para la guerra y la caza, porque los atributos físicos para ello fueron pasando, de generación en generación, a lo largo del tiempo. La fuerza en la parte superior del cuerpo, por ejemplo, les ayudaba a arrojar lanzas y vencer a los adversarios. Los hombres también poseen ventajas perceptivo-cognitivas (espaciales) y destrezas motórico-visuales que favorecen la agresión. Las destrezas visuales y motoras permitían a los hombres luchar con lanzas, arcos y flechas.

Se argumenta que las mujeres están genéticamente predisuestas para ser empáticas y cuidadoras porque estos rasgos permitieron a las mujeres ancestrales responder a las necesidades de los niños y aumentar la probabilidad de que sus hijos medraran y eventualmente se reprodujeran, transmitiendo su propio legado genético a las futuras generaciones. Las mujeres prehistóricas, por ello, solían estar cerca de la casa, cuidar de los niños y recoger plantas comestibles, mientras que los hombres se aventuraban lejos de casa para cazar y asaltar los almacenes de comida de sus vecinos.

El punto de vista evolucionista es controvertido. Aunque los científicos no discuten la importancia de la evolución en la conformación de los atributos físicos, muchos son reacios a atribuir complejas conductas sociales, como la agresividad y los roles de género, a la herencia. El punto de vista evolucionista supone que los roles de género estereotipados —los hombres como los que llevan el pan a casa y las mujeres como amas de casa, por ejemplo— reflejan el orden natural de las cosas. Los críticos sostienen que, entre los humanos, la biología no es el destino, que la conducta no está dictada por los genes.

Influencia o Determinación del género Proceso por el cual los niños adquieren la conducta que se considera apropiada para su sexo.

Organización prenatal del cerebro. Los investigadores han buscado los orígenes de la conducta de género determinado en la organización del cerebro. ¿Es posible que la piedra angular que explique la conducta de género se encuentre en el cerebro antes de nacer?

Sabemos que las hormonas sexuales son responsables de la diferenciación sexual prenatal de los genitales y de las diferencias estructurales relacionadas con el género en el hipotálamo del cerebro prenatal. La diferenciación sexual del cerebro podría también parcialmente explicar la superioridad de los hombres en las tareas que implican relaciones espaciales, como la interpretación de mapas de carreteras y la visualización de objetos en el espacio. La testosterona en los cerebros de los fetos masculinos incita el mayor desarrollo del hemisferio derecho y ralentiza el ritmo de crecimiento del hemisferio izquierdo. Esta diferencia puede estar relacionada con la habilidad para llevar a cabo con éxito las tareas que implican relaciones espaciales, e incluso con las preferencias de los niños por los juguetes (Berenbaum & Hines, 1992).

¿Podrían las inclinaciones de los niños hacia la agresividad y los juegos violentos también estar prenatalmente impresos en el cerebro? Algunos teóricos argumentan que las hormonas sexuales prenatales pueden masculinizar o feminizar el cerebro, creando predisposiciones que son consistentes con los estereotipos de roles de género, como los juegos violentos y la conducta agresiva en los hombres (Collaer & Hines, 1995).

Los puntos de vista de la psicología

Pregunta: ¿Cómo explican los enfoques psicológicos la influencia del género? Hablando del desarrollo, los niños adquieren conciencia de los estereotipos de roles de género entre los dos años y medio y los tres años y medio (Rathus, 2003). Ambos, niños y niñas, generalmente están de acuerdo, cuando se les pide que describan las diferencias entre los géneros, en que los niños construyen cosas, juegan con vehículos de transporte como coches y camiones de bomberos, les gusta ayudar a sus padres y pegan a otros niños. Ambos, niños y niñas, también coinciden en que a las niñas les gusta jugar con muñecas y ayudar a sus madres en la cocina y en la limpieza, y que son habladoras, que dependen de la ayuda de otros y que no son violentas. Perciben la etiqueta «duro/cruel» como un rasgo masculino, mientras que «llora un montón» se percibe como un rasgo femenino. A la edad de tres años, la mayoría de los niños son conscientes de las maneras estereotipadas de vestir de hombres y mujeres y de los tipos de ocupaciones que son consideradas adecuadas para cada uno de los géneros (Rathus, 2003).

Los psicólogos han intentado explicar cómo adquieren los niños ese conocimiento y cómo adoptan los patrones de conducta estereotípicos en términos de la psicología psicodinámica, aprendizaje social y teorías de desarrollo cognitivo.

Teoría psicodinámica. Sigmund Freud explicó la determinación del género en términos de **identificación**. La adquisición del género apropiado, según Freud, requiere que los niños se identifiquen con sus padres y las niñas con sus madres. La identificación es completa, desde el punto de vista de Freud, cuando los niños superan el **complejo de Edipo** (llamado también complejo de Electra en las niñas).

Según Freud, el complejo de Edipo ocurre durante el periodo fálico del desarrollo psicosexual, entre los tres y los cinco años. Durante este periodo los niños desarrollan deseos incestuosos por el progenitor del otro sexo y perciben al padre del mismo sexo como un rival. El complejo se resuelve por la renuncia a los deseos incestuosos hacia el progenitor del otro sexo y con la identificación con el padre del mismo sexo. A través de la identificación con el padre del mismo género, el niño empieza a desarrollar conductas de género que están típicamente asociadas con ese género. Sin embargo, los niños muestran

Identificación En la teoría psicoanalítica, el proceso de incorporación en nosotros mismos de las conductas, pensamientos y sentimientos de otros.

Complejo de Edipo

Según la teoría psicoanalítica, conflicto de la etapa fálica en la cual el niño desea poseer a su madre sexualmente y percibe a su padre como un rival en el amor.

conductas de género tipificadas antes de lo que Freud predijo. Incluso durante el primer año, los niños son más independientes que las niñas. Las niñas son más tranquilas y cohibidas. Con edades entre un año y medio y tres años, las niñas muestran preferencia por las muñecas y los juguetes «blandos», y los niños por los juguetes de transporte «rudos» (Alexander, 2003). Dada la ausencia de base empírica, muchos investigadores creen que el punto de vista de Freud tiene solo interés histórico.

Teoría del aprendizaje social. Los teóricos del aprendizaje social explican el desarrollo de la conducta de género tipificada en términos de procesos como el aprendizaje observacional, la identificación y la socialización (Balter & Tamis-LeMonda, 1999; Fagot *et al.*, 2000). Los niños pueden aprender lo que se considera masculino o femenino por observación, como sugieren los resultados de un experimento clásico de Perry y Bussey (1979). En este estudio, niños de ocho y nueve años observaron modelos de rol adulto que indicaban preferencias sobre 16 parejas de objetos —como una vaca de juguete frente a un caballo de juguete y naranjas frente a manzanas—. Obviamente, los niños no sabían que las preferencias eran decididas por los adultos aleatoriamente. Después se les preguntó a los niños por sus propias preferencias. Las elecciones de los niños coincidían con las de los hombres adultos una media de 14 de cada 16 veces. Las niñas eligieron el objeto de la pareja escogido por los hombres solo 3 de cada 16 veces, como media.

En la teoría del aprendizaje social, la identificación es vista como un proceso continuo y de aprendizaje en el cual la recompensa y el castigo influye en los niños para que imiten los modelos adultos del mismo sexo (Balter & Tamis-LeMonda, 1999; Fagot *et al.*, 2000). En la identificación, el niño no solo imita la conducta del modelo, sino que intenta ser en todo como el modelo.

La **socialización** también juega un papel en la influencia del género (Balter & Tamis-LeMonda, 1999; Fagot *et al.*, 2000). Casi desde el momento en que un bebé viene al mundo, es tratado de acuerdo con su género. Padre y madre tienden a hablar más con las niñas, mientras el padre se relaciona más con los niños varones, especialmente dentro de la casa. Cuando los niños son lo bastante mayores para hablar, los padres y otros adultos

Socialización Proceso de guiar a las personas en patrones de conducta socialmente aceptables por medio de la información, las recompensas y los castigos.

La determinación del género a través del aprendizaje observacional. Según la teoría del aprendizaje observacional, las personas aprenden sobre los roles de género que son adecuados para ellos —y que se esperan de ellos— a una edad temprana. La teoría del esquema de género añade que una vez que los niños han aprendido los roles de género esperados (es decir, el esquema de género de su cultura), mezclan estos roles de género con sus autoconceptos. Su autoestima se hace dependiente de su adherencia a los roles de género esperados.



—incluso otros niños— empiezan a instruir a los niños acerca de cómo deben comportarse. Los padres pueden recompensar a los niños por conductas que consideran adecuadas con su género y castigarlos (o no estimularlos) por conductas que consideran inapropiadas para su género. A las niñas se las anima para que practiquen conductas cuidadosas, encaminadas a prepararlas para los papeles tradicionales adultos femeninos. A los niños se les compran juguetes masculinos o equipos de médicos para prepararlos para los roles adultos tradicionales masculinos.

Los padres, por lo general, animan a sus hijos para que desarrollen una conducta instrumental y energética (es decir, una conducta que termine las cosas o dé algo por consumado) y a sus hijas para que desarrollen una conducta cooperativa y cuidadora. Los padres abrazan a sus hijas cariñosamente, mientras que llevan a sus hijos como balones de fútbol o los lanzan al aire. Los padres también utilizan un lenguaje más duro y efusivo con sus hijos, como «¿qué estás haciendo, tigre?». Para no caer en el tradicionalismo, uno de los autores de este libro jugaba con sus hijas lanzándolas al aire, pero sus familiares le objetaron que estaba siendo demasiado rudo. Éste, por supuesto, tuvo que modificar su conducta. Aprendió a lanzar a sus hijas al aire cuando ningún familiar estaba cerca.

De hecho, normalmente desde una edad temprana, los niños suelen recibir coches, armas de juguete y equipamiento deportivo; a la vez se les anima para que compitan de manera agresiva. Incluso los adultos universitarios relativamente sofisticados seleccionan juguetes tradicionalmente masculinos para los niños y juguetes tradicionalmente femeninos para las niñas. A las niñas se les habla más y a los niños se les entrena más y de manera más ruda. Sean cuales sean los determinantes biológicos de las diferencias sexuales en la agresividad y las destrezas verbales, las experiencias de la socialización temprana contribuyen a la determinación del género.

Los roles parentales que influyen en el género están cambiando, al menos aparentemente. Actualmente, con más madres trabajando fuera de casa, las hijas están expuestas a más mujeres que representan modelos y roles profesionales que en las generaciones anteriores. Hoy en día, más padres animan a sus hijas a ser universitarias y a que practiquen extenuantes actividades físicas, como deportes de equipo. Muchos niños hoy ven a sus padres más implicados en su cuidado y en las tareas del hogar.

Los teóricos del aprendizaje social creen que la agresividad está muy influida por el aprendizaje. A los chicos se les permite, incluso se les anima, para que tengan una conducta más agresiva que las chicas. No obstante, las mujeres pueden actuar de manera agresiva bajo ciertas condiciones. Ann Frodi y sus colegas (1977) hicieron una revisión clásica de 72 estudios sobre las diferencias sexuales en la agresividad. En todos ellos, las mujeres actuaron de manera tan agresiva como los hombres cuando se les dieron los medios físicos para ello y pensaban que la agresión estaba justificada. En un influyente artículo de revisión, Maccoby y Jacklin comentaron las influencias de la socialización que disuaden la agresividad en las mujeres:

La agresividad en general es menos aceptable para las mujeres, y se las disuade más activamente para que no la utilicen, mediante el castigo, la retirada de afecto o simplemente con frases como «esa no es la manera en que actúan las chicas». Las chicas entonces desarrollan más preocupación y culpa en relación con la agresividad y más inhibición para evitar ponerla de manifiesto. (1974, p. 234)

Los teóricos del aprendizaje social han hecho importantes contribuciones a nuestro entendimiento de cómo la influencia de las recompensas, los castigos y los modelos influyen en el fomento de los patrones de conducta de género tipificados. ¿Cómo integran

los niños las expectativas de género tipificadas en sus autoconceptos? ¿Y cómo sus conceptos relacionados con el género influyen sobre el desarrollo de conductas de género tipificadas? Consideremos dos aproximaciones cognitivas a la determinación de género que arrojan luz sobre estos temas: la teoría del desarrollo cognitivo y la teoría del esquema de género.

Teoría del desarrollo cognitivo. El psicólogo Lawrence Kohlberg (1966) propuso un punto de vista cognitivo de la adquisición del género. Desde este punto de vista, la adquisición del género no es el producto de las influencias del entorno que de manera mecánica «imprimen» la conducta apropiada al género. Más bien, los niños, por sí mismos, juegan un papel activo. Ellos mismos se forman conceptos, o **esquemas**, acerca del género, y entonces adaptan su conducta a sus conceptos de género. Este desarrollo sigue etapas que están entrelazadas con el desarrollo cognitivo general.

Según Kohlberg, la adquisición del género implica la emergencia de tres conceptos: la *identidad de género*, la *estabilidad de género* y la *constancia de género*. La identidad de género se adquiere normalmente a la edad de tres años. A la edad de cuatro o cinco años, la mayoría de los niños desarrollan un concepto de **estabilidad de género** —el reconocimiento de que las personas mantienen su género durante toda su vida—.

El concepto más sofisticado de **constancia de género** se desarrolla en la mayoría de los niños a la edad de siete u ocho años. Entonces reconocen que el género no cambia, aunque las personas modifiquen su forma de vestir o su conducta: el género permanece constante incluso cuando cambian las apariencias. Una mujer que lleve el pelo corto (o lleve la cabeza rapada) sigue siendo una mujer. Un hombre que se ponga un delantal y cocine sigue siendo un hombre.

Según la teoría cognitiva, los niños están motivados para comportarse según la manera propia de su género, una vez que han establecido los conceptos de estabilidad de género y la constancia de género. Entonces realizan un esfuerzo activo para obtener información de qué patrones de conducta son considerados «masculinos» y cuáles «femeninos» (Perry & Bussey, 1979). Una vez obtienen esta información, imitan el patrón de género apropiado. Así que los chicos y las chicas que reconocen que sus géneros serán una parte estable de su identidad mostrarán preferencias por las actividades «masculinas» o «femeninas», respectivamente. Los investigadores encuentran, por ejemplo, que los chicos que adquirieron la constancia de género, jugaron con un juguete de género poco interesante durante un periodo de tiempo más largo que los chicos que no habían adquirido la constancia de género (Frey & Ruble, 1992). Ambos grupos de chicos jugaron con un juguete de género interesante durante el mismo tiempo.

Estudios transculturales en Estados Unidos, Samoa, Nepal, Belice y Kenia encuentran que los conceptos de identidad de género, estabilidad de género y constancia de género aparecen en el orden establecido por Kohlberg. Sin embargo, el juego de género a menudo aparece a una edad más temprana de lo predicho por esta teoría cognitiva. Muchos niños hacen elecciones de juguetes de género a la edad de dos años. Niños de tan solo dieciocho meses suelen haber desarrollado un sentido de identidad de género, pero para la estabilidad de género y la constancia de género aún faltan unos años. La identidad de género por sí sola parece suficiente para hacer que los niños asuman patrones de conducta de género tipificadas. La psicóloga Sandra Bem (1983) también hace notar que la teoría de Kohlberg no explica por qué el concepto de género juega un papel tan importante en la clasificación que hacen los niños de las personas y las conductas. Otro punto de vista cognitivo, la teoría del esquema de género, intenta responder estas inquietudes.

Esquema Forma de interpretar la experiencia o procesar la información.

Estabilidad de género Concepto de que las personas conservan su género durante toda su vida.

Constancia de género Concepto de que los géneros de las personas no cambian, aunque cambien su forma de vestir o su conducta.

Esquema de género Conjunto de representaciones mentales acerca de las cualidades físicas, las conductas y los rasgos de personalidad de los hombres y de las mujeres.

Teoría del esquema de género: una aproximación al proceso de información. La teoría del esquema de género propone que los niños desarrollan un **esquema de género** como un medio para organizar sus percepciones del mundo (Bem, 1993). Un esquema de género es un conjunto de representaciones mentales acerca de cualidades físicas, conductas y rasgos de personalidad masculinos y femeninos. El género gana importancia, como un esquema para organizar la experiencia, por el énfasis que la sociedad hace sobre él. Incluso los niños más pequeños empiezan a agrupar mentalmente a las personas del mismo sexo de acuerdo con los rasgos que ellos creen que representan.

Los esquemas de género de los niños determinan el grado de importancia que tienen para ellos los rasgos típicos del género. Por ejemplo, en cuanto a la dimensión de fuerza-debilidad. Los niños pueden aprender que la fuerza está relacionada con la masculinidad y la debilidad con la feminidad. (Otras dimensiones, como luz-oscuridad, no están tipificadas por el género y, por ello, pueden estar fuera de los esquemas de género de los niños.) Los niños también aprenden que algunas dimensiones, como fuerte-débil, son más importantes para un sexo (en este caso, el masculino) que para el otro.

Una vez que los niños adquieren un esquema de género, empiezan a juzgarse de acuerdo con los rasgos considerados apropiados para su sexo (Fagot *et al.*, 2000). Al hacer esto, mezclan sus autoconceptos en desarrollo con la importancia que tenga el esquema de género en su cultura. Los niños con autoconceptos que son consistentes con el esquema de género de su cultura desarrollan más fácilmente su autoestima que los niños cuyos autoconceptos son inconsistentes. Jack aprende que la fuerza es una característica asociada con la «masculinidad». Probablemente pensará mejor de sí mismo si se percibe a sí mismo como poseedor de este atributo que si no lo hace. Juana probablemente descubra que la dimensión bondad-crueldad es más importante que la de fuerza-debilidad en cuanto a la manera en que las mujeres son percibidas en la sociedad.

Según la teoría del esquema de género, la identidad de género por sí sola es suficiente para inspirar una conducta apropiada de género. Una vez los niños desarrollan un concepto de identidad de género, comienzan a buscar información concerniente a los rasgos de tipología de género e intentan responder a ellos. Jack responderá cuando se le provoque, porque de los chicos se espera que hagan eso. Juana será «dulce» si es lo que se espera de las niñas. Así que la conducta de tipo de género aparece más temprano de lo que propone la teoría cognitiva.

Numerosas investigaciones sugieren que los niños procesan la información según un esquema de género (Levy & Carter, 1989; Stangor & Ruble, 1989). Los objetos y las actividades pertinentes al propio género de un niño son mejor retenidos en la memoria. Los chicos, por ejemplo, realizan mejor una actividad de memorización de juguetes de transporte que han visto previamente, mientras que las niñas son mejores recordando muñecas y otros objetos «femeninos» (Bradbard & Endsley, 1984). En otro estudio, Martin y Halverson (1983) mostraron fotografías de niños de la escuela elemental donde realizaban actividades «consistentes» y «no consistentes» con el género. Las fotografías mostraban niños haciendo cosas como cortar madera y jugar con trenes. Las niñas eran presentadas haciendo cosas como cocinar y limpiar. Las fotos inconsistentes con el género mostraban modelos del otro sexo esforzándose por hacer tareas no consistentes con su género. Una semana después se preguntó a los niños si los chicos o las chicas habían realizado tal o cual actividad. Chicos y chicas cometieron errores al recordar el sexo de los modelos mostrados en conductas «inconsistentes con el género».

En la siguiente sección veremos que Sandra Bem y Richard Lippa han defendido que algunas personas tienen rasgos que son estereotípicos de ambos, hombres y mujeres, y que estos rasgos promueven el ajuste a una sociedad compleja.

Pregunta: ¿Cómo han reconstruido Bem y Lippa los conceptos de masculinidad y feminidad?

La androginia psicológica y la reconstrucción de la masculinidad-feminidad: ¿cuantos más rasgos, mejor?

Muchas personas piensan en la masculinidad y la feminidad como extremos opuestos de un continuo. Las personas tienden a asumir que cuanto más masculina es una persona, menos femenina es o debe ser, y viceversa. Así que un hombre que muestra rasgos estereotípicos femeninos de cuidado, cariño y emociones es a menudo considerado menos masculino que otros hombres. Las mujeres que compiten con los hombres en los negocios son consideradas no solo más masculinas, sino también menos femeninas que otras mujeres.

Algunos investigadores, como Sandra Bem (1993), argumentan que masculinidad y feminidad comprenden dimensiones independientes de personalidad. Una persona que es fuertemente masculina, sea hombre o mujer, puede también poseer rasgos femeninos, y viceversa. Las personas que exhiben seguridad «masculina» y destrezas instrumentales (destrezas en las ciencias y en los negocios, por ejemplo), junto con cuidado «femenino» y cooperación, se ajustan a ambos estereotipos de rol de género masculino y femenino. Se dice de ellos que muestran **androginia psicológica**. Seguridad y destrezas instrumentales son consistentes con el estereotipo masculino. Cuidado y cooperación son consistentes con el estereotipo femenino. Las personas que muestran rasgos poco marcados en los estereotipos masculinos y femeninos son «indiferenciadas», según los estereotipos de rol de género que esta autora propone.

Las personas que son psicológicamente andróginas pueden ser capaces de reunir un rango más amplio de rasgos masculinos y femeninos para enfrentarse a varias situaciones y expresar sus deseos y talentos. Los investigadores, por ejemplo, han encontrado personas psicológicamente andróginas de ambos géneros que muestran independencia «masculina» para adaptarse a las presiones de grupo y cuidado «femenino» en las interacciones con un gatito o un bebé (Bem, 1975; Bem *et al.*, 1976). Los adolescentes psicológicamente andróginos se muestran más reacios a calificar una tarea como masculina o femenina (Kulik, 2000).

Muchas personas que se oponen a las limitaciones de los roles de género tradicionales pueden ver la androginia psicológica como un objetivo deseable. Sin embargo, algunas escritoras feministas critican la androginia psicológica basándose en que el concepto se define en términos de masculinidad y feminidad, y así perpetúa la creencia de que existen roles de género masculinos y femeninos (Lott, 1985).

Otros críticos sugieren que los llamados beneficios de la androginia psicológica pueden confundirse con los de la masculinidad. La evidencia de la investigación muestra que las personas psicológicamente andróginas tienden a tener una autoestima más alta y estar, por lo general, mejor adaptadas psicológicamente que las personas que son femeninas o indiferenciadas (Whitley, 1983; Williams & D'Alessandro, 1994). Es decir, los rasgos masculinos como la seguridad y la independencia pueden relacionarse con el bienestar psicológico, estén o no combinados con los rasgos femeninos de calidez, cuidado y cooperación.

El psicólogo Richard Lippa (2001), de la California State University, de Fullerton, encuentra el modelo de la androginia simplista. Su investigación está basada en estudios de rasgos de personalidad e intereses vocacionales. Por ejemplo, en términos de intereses vocacionales, encuentra que las medidas tradicionales de «masculinidad» tienden a estar positivamente relacionadas con el interés en el trabajo con «objetos», mientras que la «feminidad» está más relacionada con el trabajo con personas. En términos de rasgos de personalidad, la masculinidad está más relacionada con la instrumentalidad: con hacer que

Androginia psicológica Estado caracterizado por la posesión de rasgos de ambos estereotipos, masculino y femenino.

las cosas funcionen. La feminidad está más relacionada con la expresividad: con experimentar y expresar aspectos de la vida emocional. Hay hallazgos subordinados pero interesantes. Por ejemplo, la masculinidad se relaciona también con una orientación heterosexual, dominancia social y prejuicios en los hombres. La feminidad se relaciona con conductas que tienden a favorecer la unión en las relaciones interpersonales. El lector debe tener en cuenta —de nuevo— que no todos los varones son extremadamente «masculinos» y no todas las mujeres son abrumadoramente «femeninas». Lippa, como otros muchos investigadores, ha intentado definir la naturaleza y las implicaciones de los conceptos culturales tradicionales (también llamados *constructos*) de masculinidad y feminidad. Quizás sea una fortuna que pocos de nosotros seamos totalmente masculinos o femeninos, a pesar de nuestro sexo anatómico.

En este capítulo hemos explorado lo que significa ser mujer o ser hombre dentro de una estructura cultural como la nuestra. En el capítulo siguiente consideraremos cómo los sentimientos de atracción y amor se desarrollan entre personas de distinto sexo o personas del mismo sexo.

APORTACIÓN DE AUTORES ESPAÑOLES

SEXUALIDAD E IDENTIDAD DE GÉNERO

ESTHER BARBERÁ

Universidad de Valencia

ESPERANZA NAVARRO

Universidad de Alicante

En el estudio de la actividad psíquica, la sexualidad representa un verdadero observatorio de análisis de comportamientos diferenciados entre mujeres y varones, así como un espacio en el que las asimetrías de género se manifiestan con nitidez. Las divergencias más extremas entre los sexos se presentan en aquellas relaciones en las que la práctica sexual se desvincula del afecto, de la ternura y de la comunicación íntima, como, por ejemplo, la prostitución, la violación o el acoso sexual, comportamientos todos ellos marcados por la jerarquía de poder. Si se parte, además, de la convicción de que el desarrollo de la sexualidad es fundamental en la elaboración de la subjetividad, habrá que concluir, sin ningún atisbo de duda, que para la perspectiva de género resulta imprescindible aproximarse a su conocimiento.

En general, la psicología ha reconocido la importancia de la sexualidad en el estudio del comportamiento humano, pero se ha interesado más por describir conductas y actividades sexuales que por conocer el carácter multicomponencial de sus motivaciones. La reproducción de la especie, la búsqueda del placer o una forma singular de satisfacer el vínculo social y la necesidad de afecto han sido algunas de las propuestas sobre los objetivos que parecen guiar la sexualidad humana. El desarrollo sexual depende de la interacción de múltiples factores, entre los que cabe tomar en consideración componentes fisiológicos, afectivos, ambientales, de aprendizaje social y culturales. Es la confluencia de todos o de algunos de estos componentes la que posibilita afirmar que la conducta sexual, a veces, se realiza con

la finalidad de procrear; otras veces se busca para obtener placer o por satisfacer un deseo, y en ocasiones se presenta como un medio para lograr riqueza o poder. Pero, en cualquiera de estos casos, la vivencia de la sexualidad va a repercutir de forma directa sobre la construcción de la identidad psíquica, afectando tanto al desarrollo del auto-concepto como a la auto-estima. Y, como es bien sabido, sigue siendo dominante la tendencia a que las mujeres y los varones elaboren identidades diferenciadas, femeninas o masculinas, a pesar de que la variabilidad interindividual es enorme y del reconocimiento de que cada persona es única y sólo idéntica a sí misma.

La participación de las mujeres en la vida pública, y especialmente en el mercado laboral, constituye un fenómeno generalizado, si bien queda restringido a los países desarrollados, y sus múltiples repercusiones se dejan sentir en cualquier ámbito: personal, familiar o social. En España resultan evidentes las transformaciones acontecidas durante las últimas décadas en la estructura familiar o en los roles estereotipados de género, por no citar más que dos ejemplos muy claros. También las conductas sexuales de chicas y chicos se han ido aproximando en bastantes aspectos. Existe una mayor permisividad con respecto a las chicas en el calendario de iniciación sexual, una mayor convergencia en la exhibición de comportamientos sexuales o en el lenguaje que unos y otras utilizan. El miedo al VIH / SIDA, por otro lado, ha contribuido también al acercamiento en los modelos comportamentales, al favorecer que muchos chicos extremen las precauciones antes de iniciar una relación sexual y

que, a veces, se decanten por el «sexo seguro» (Navarro, Barberá y Reig, 2003). El fenómeno que en la década de 1970 se etiquetó como *la revolución sexual*, cuyo desarrollo no fue ajeno a la popularidad de los métodos anticonceptivos, ha ido derivando hacia una cierta democratización de las relaciones afectivo-sexuales concibiéndose éstas como el espacio en el que cada cual, sea mujer o varón, debe inventarse a sí mismo y construir sus deseos eróticos definiendo un nuevo código de normas de gestión de las relaciones sexuales (Weeks, 1998).

Sin embargo, esta mayor convergencia en los comportamientos sexuales de mujeres y varones no supone, en modo alguno, una desaparición de las diferencias de género, que siguen siendo muchas, ni tampoco una simetría en los significados que unas y otros atribuyen a una misma conducta sexual. Es frecuente escuchar entre adolescentes una escena en la que un chico y una chica que pasean al atardecer por un parque cogidos de la mano se paran en un momento determinado y se dan un beso apasionado en la boca. Pero mientras la chica tiende a interpretarlo, con una visión romántica, como el inicio de un posible vínculo amoroso, el chico piensa en cuál debe ser su avance en la aproximación física para incrementar las posibilidades de tener un ligue. Estos distintos significados, estrechamente vinculados con la sanción social marcada por el género y con el doble estándar de la normativa moral, favorecen desarrollos sexuales asimétricos y contribuyen a la configuración de subjetividades desintegradas, ya sean masculinas o femeninas. Ejemplos como éste ponen de relieve que la democratización de las relaciones intersexuales no se genera sin ciertas resistencias, tensiones y desfases que mantienen bien arraigada la creencia estereotipada de que «a los hombres les motiva el sexo y a las mujeres el amor».

Un estudio realizado a finales de la década de 1990 con adolescentes españoles de 13 y 14 años, a los que se les interrogaba acerca de cuáles eran los temas que más les interesaban sobre la sexualidad (Barberá y Navarro, 2000), presentó unos resultados claramente significativos en el sentido opuesto a la convergencia esperada. Los intereses, las preocupaciones y los temores de chicas y chicos ante la sexualidad hablaban claramente de dos significados bien distintos para unas y otros. La masturbación, el coito y el tamaño de los genitales masculinos resultaron ser los tres temas centrales de los chicos. La atención de las chicas, por el contrario, se centraba en el temor a quedarse embarazadas, a cómo usar los tampones o a la «primera vez» que se tiene una relación afectivo-sexual. Junto a estas diferencias relativas a los intereses masculinos y femeninos sobre la sexualidad, se observaron también otras diferencias significativas. Mientras los chicos tomaban como referente central de la sexualidad el placer inherente a la actividad física, las chicas se preocupaban fundamentalmente por el displacer, el dolor o el peligro que puede implicar la interacción sexual.

Resultados como éste evidencian cómo la sexualidad, a comienzos del siglo XXI y a pesar de los avances previamente enunciados, se elabora de forma distinta y adquiere significaciones específicas para cada sexo. Esta diferencia no se reduce a una cuestión anatómica ni fisiológica, sino que remite invariablemente a los comportamientos, las expectativas sociales y las normas asimétricas de género que siguen vigentes en las socie-

dades patriarcales. Mientras a las chicas, por lo general, se les educa en la «incapacidad» y se les repite machaconamente aquello que no van a poder conseguir, los varones interiorizan más fácilmente el «sentido del deber» y, por tanto, lo que no se debe hacer.

La asimetría de significados deriva, entre otros factores, del diferente papel que se asigna a la sexualidad en el desarrollo de la masculinidad o de la feminidad. La masculinidad, vinculada a la creencia en la hipersexualidad de los hombres, incide en el potencial erótico de la sexualidad, favoreciendo las manifestaciones auto-eróticas (masturbación) y hetero-eróticas (primeras experiencias). Así, las motivaciones sexuales masculinas se orientan hacia la búsqueda del placer a través de múltiples experiencias sexuales. La sexualidad femenina, por el contrario, alertada ante los posibles temores y peligros que la práctica sexual entraña, es proclive a des-erotizar el propio cuerpo y a convertirlo en un objeto de placer para los demás, pero no en fuente de satisfacción propia. Al des-erotizar el cuerpo, la sexualidad femenina tiende a vincular el placer con la existencia del otro a través del establecimiento de una relación amorosa (Barberá y Navarro, 2002).

Esta significación de la sexualidad femenina potencia el desarrollo de una estructura psíquica de *carácter relacional* que prioriza los aspectos grupales del comportamiento humano como, por ejemplo, la atención y el cuidado de los demás, el interés por establecer relaciones de afecto y amistad o el fomento de las habilidades comunicativas. La significación de la sexualidad masculina potencia, por el contrario, el desarrollo de una *estructura psíquica individual* en la que se priorizan componentes como el logro personal, el afán por destacar, por marcar la diferencia con los otros y el control del medio.

El desarrollo integral humano precisa tanto de los aspectos individuales como de los grupales de la personalidad. Los significados asimétricos que promueven la sexualidad masculina y la femenina contribuyen a parcelar el psiquismo, dificultando con ello el libre albedrío para incorporar la diversidad de rasgos y potencialidades inherentes a los dos aspectos que mejor humanizan a nuestra especie. Por un lado, la construcción de la identidad individual como sujetos únicos e irrepetibles, pero, por otro lado, la posibilidad de ejercitar lo que como humanos mejor nos constituye: la sociabilidad. Urge, pues, renovar la educación sexual favoreciendo relaciones simétricas entre iguales y no basadas en jerarquías de poder. Solo sobre la libertad de elección se moldea el desarrollo integrador del psiquismo humano.

BIBLIOGRAFÍA

- BARBERÁ, E., y NAVARRO, E. (2000): «La construcción de la sexualidad en la adolescencia». *Revista de Psicología Social*, 15 (1). Pp. 63-75.
- BARBERÁ, E., y NAVARRO, E. (2002): «Motivación sexual, feminidad y masculinidad». En *Libro de Actas del II Simposio de Motivación y Emoción*. Salamanca. Universidad de Salamanca.
- NAVARRO, E.; BARBERÁ, E., y REIG, A. (2003): «Diferencias de género en motivación sexual». *Psicothema*, 15 (3). Pp. 395-400.
- WEEKS, J. (1998): *Sexualidad*. Méjico. Paidós.

LA NECESIDAD DEL HOMBRE NUEVO O, MEJOR AÚN, ¿SU DESAPARICIÓN?

JULIÁN FERNÁNDEZ

Sociedad Sexológica Madrileña

EL PERFIL ERÓTICO DEL HOMBRE VIEJO PATRIARCAL

Para hablar del «hombre nuevo», en primer lugar tenemos que reflejar el perfil del «hombre viejo» a partir del cual ha surgido, para algunos autores, la necesidad de hablar del primero como cambio, evolución o alternativa del segundo. El «hombre viejo» es el hombre construido por el género, es decir, es el hombre masculino, producto de un sistema de relaciones humanas instalado en la mayoría de las culturas humanas (no en todas) a lo largo de muchos siglos, y que llamamos el patriarcado. Teniendo en cuenta que éste es un libro acerca de la sexualidad humana, no entraremos en las complejas y múltiples características laborales, políticas, culturales, militares, etc., que componen el perfil del hombre masculino, sino que nos circunscribiremos a los elementos que componen su comportamiento erótico.

La construcción de la sexualidad masculina es dependiente de dos factores importantes: primero, la desigual evolución anatómica y fisiológica de su aparato sexo-reproductor, producida por el bipedismo en machos y hembras, tal como muestran los estudios etológicos y paleoantropológicos recogidos por Mary Jane Sherffey, Desmond Morris y otros autores, que implica en los machos homínidos una pulsión copulatoria reproductora más anclada en las respuestas instintivas biológicas y menos evolucionada que en las hembras homínidas. Segundo, la creación del patriarcado como estructura de poder de los hombres sobre las mujeres y, por tanto, la conversión del comportamiento sexual masculino como único referente de socialización de la sexualidad humana, anulando el comportamiento sexual femenino como valor y convirtiendo la sexualidad femenina en inexistente (mujer decente asexualada), viciosa (mujer endemoniada, ninfómana o prostituta) y, en ambos casos, un simple objeto sexual que el varón utiliza para su propio disfrute o desahogo.

La influencia de estos dos factores permite hablar de una sexualidad masculina de género que se caracteriza por los siguientes componentes:

1. El celo permanente de la hembra humana la convierte en una persona con un atractivo erótico permanente y eso hace que el macho humano la perciba como objeto erótico prioritario por encima de otras consideraciones. Esta percepción prioritaria genera un estado de tensión sexual que puede llegar a convertir la expectativa de descarga en una idea obsesiva. Lo mismo puede ocurrir cuando el objeto erótico es homosexual, pues la cosificación como objeto prioritario de deseo es la misma.
2. Aparece entonces un deseo obsesivo de descargar la tensión sexual con el objeto erótico mediante un coito rápido que lleve a una eyaculación relajante. Las relaciones quedarán mediatizadas por ese objetivo obsesivo y todo el comportamiento del varón estará en función de su empeño (lo que diga, lo que haga, serán

recursos para seducir o dominar con el fin de que se preste a satisfacer su deseo).

3. Aplicando el principio de que el fin justifica los medios, el varón intentará seducir mediante la manipulación, el engaño, el chantaje emocional, etc. Las relaciones entre las personas se verán dificultadas por estas actitudes de engaño y manipulación, y la desconfianza mutua establecerá un juego de poder que aumentará el narcisismo del poderoso y generará complejos de inferioridad en la vencida, con los consiguientes sentimientos de envidia, rencor, rechazo, aislamiento, etc.
4. Cosificada la otra como objeto erótico y justificado el fin y los medios, si los recursos anteriores no fueran suficientes, puede recurrir a la fuerza para conseguir lo que se propone, bien mediante el uso de la fuerza física, en el caso de la violación, bien mediante el uso de la fuerza económica, en el caso de la prostitución. Es evidente que el uso de la violencia en las relaciones eróticas es rechazable como recurso para las relaciones humanas, pero no aparece tan socialmente claro el rechazo a la mercantilización de la erótica si tenemos en cuenta la abundancia de la prostitución y de la mercadotecnia erótica, tanto abierta como enmascarada.
5. La necesidad de expresión afectiva que siente el varón, tanto en el sentido de amar como de ser amado, queda relegada a un segundo plano, en forma de deseo insatisfecho. La imposibilidad de tratar a la otra como una persona igual a él impide la comunicación (que nunca se puede llevar a cabo entre desiguales), así como la expresión de ternura (que supone reconocer sus debilidades y pedir afecto en lugar de imponer el coito).
6. También las relaciones entre los varones queda dificultada, al considerarlos como competidores en la conquista de la otra, manejando un discurso competitivo, de exhibición de sus conquistas, de alarde de sus habilidades como conquistador y de desprecio hacia los varones fracasados.
7. La única comunicación afectiva que se permiten entre varones es la camaradería, como compañeros de conquistas, luchas y trabajos, lo que expresan con gestos rudos (palmadas, abrazos fuertes, cachetes y empujones).
8. La pareja estable la conciben como una rendición y pérdida de libertad, motivada por el deseo socializado de acceder al estatus del padre (que le supone reconocimiento social y perpetuación del linaje). Así, las famosas despedidas de soltero se convierten en un duelo a la pérdida de libertad, un homenaje a la promiscuidad perdida (con chicas en ropa ligera incluidas) y un canto al desmadre alcohólico.

9. Concebir la pareja estable como rendición les lleva a muchos a una actitud de rebeldía que expresan persiguiendo las relaciones extra-pareja de forma fraudulenta (engañando a la pareja) y comentando con los demás varones de forma jocosa las concesiones a las que se ven sometidos para mantener la armonía de la relación. Se hacen abundantes chistes sobre el asunto, en los que los cuernos y los celos son la expresión de una actitud vivida.
10. Todo esto les lleva a ser incapaces de compartir los afectos y las caricias en un plano de igualdad y amistad, percibiendo a la otra como sujeto y no como objeto. Consideran que estas relaciones son cosa de afeminados e impropias de la masculinidad («entre un hombre y una mujer no es posible la amistad, sino la cama»).

LA NECESIDAD DEL HOMBRE NUEVO POSTPATRIARCAL

En las últimas tres décadas, algunos colectivos de hombres comenzaron a cuestionarse su masculinidad y a reflexionar sobre las duras condiciones de la cultura de género. La primera alternativa al machismo tradicional surge en Estados Unidos con el nombre de «la nueva masculinidad», movimiento que se desarrolla a partir de los escritos y las actividades desarrolladas por Robert Bly (Iron John), auténtico gurú del mismo. La obra *Ser Hombre* (Editorial Kairós, 1992) muestra una recopilación de textos que intentan reflejar las ideas fuerza de esta nueva masculinidad. En la mejor tradición de las minorías norteamericanas (*black power*, orgullo gay, etc.), esta alternativa se basa en la defensa del género masculino como hecho determinante y diferenciador del género femenino, en la autocritica de las manifestaciones más brutales y primitivas del machismo masculino (violencia, dureza afectiva, dominio) y en el fomento de las cualidades masculinas positivas que alimentan el orgullo de ser hombre. El nuevo machismo edulcorado reniega de la brutalidad y la violencia, pero considera que el perfil del nuevo hombre está repleto de cualidades específicamente masculinas, como el valor, la fuerza, la independencia, el sentido de la eficacia, el llevar al límite las propias capacidades, la creatividad, la fecundidad productiva, el ser generador, atento, protector y compasivo. Resulta evidente que si éstas son cualidades masculinas, las mujeres serían el negativo del perfil, es decir, cobardes, débiles, dependientes, ineficaces, rutinarias, protegidas, etc. El movimiento se estructura en torno a rituales iniciáticos en los que se intenta recuperar al «viejo hombre natural» y se le da mucha importancia al consejo y guía de un anciano varón como maestro. Perciben a la mujer liberada como enemiga y critican al movimiento feminista por sus críticas generalizadas a los varones machistas. Así, Richard Haddad dice: «Estoy indignado por el cuerpo y el espíritu destrozado del buen hombre que se pasa la vida en una danza mortal, movida por compulsiones que no comprende, presa del miedo de no alcanzar el ideal masculino, abofeteado por las expectativas frecuentemente contradictorias de las mujeres cuya aprobación necesita desesperadamente», y en otro texto define que «el movimiento de los hombres en el cual estoy involucrado no ha de tener nada que

ver con el sinsentido de las mujeres oprimidas y victimizadas, ni responsabilidad ninguna ante la condición de la mujer, cualquiera que sea esa condición, ni nada que ver con la culpabilidad o el autodesprecio que se utiliza tradicionalmente para mantener a los hombres uncidos al trabajo».

El «hombre nuevo» de la *nueva masculinidad* sigue siendo un hombre de género masculino, al que intentan quitarle las aristas más agresivas de la «vieja masculinidad», y su sexualidad se modifica en función de los nuevos parámetros: así, asume que la mujer también tiene sexualidad y es bueno que la tenga (ya no es viciosa o ninfómana o prostituta por ello), admite que la sexualidad se aprende y está a favor de la educación sexual mixta y de las relaciones sexuales adolescentes como medio de aprendizaje para hombres y mujeres, con el fin de conseguir el mayor ajuste sexual en el matrimonio. A partir de los estudios de Masters y Johnson, reconoce que la mujer es multiorgásmica, necesita juegos previos de caricias para excitarse porque es más lenta y sus orgasmos son producidos principalmente por la habilidad del varón para excitarla, por la potencia de su pene erecto y la capacidad de retrasar la eyaculación el tiempo necesario para que ella alcance el clímax. Tiene muy claro que «no hay mujer frígida sino hombre inexperto», lo que lleva a convertir la relación sexual en una demostración de sus habilidades, con un gran sentido de la responsabilidad y fuertes dosis de ansiedad por el miedo a no dar la talla o no estar a la altura. En la relación amorosa se muestra afectivo, tierno y dialogante. Considera a su mujer un sujeto en igualdad de derechos y deberes con él y es firme partidario de la negociación y la comunicación en las relaciones, abomina de la violencia de género y apoya el divorcio como recurso civilizado cuando no hay entendimiento. Sin embargo, sigue considerando que las mujeres y los hombres son diferentes por naturaleza, que ellas tienen unas cualidades y defectos que son distintos de las cualidades y defectos masculinos, y propugna un entendimiento entre los dos géneros para evitar la «guerra de los sexos». Sus grandes temores sexuales tienen que ver con la incompetencia en las relaciones y son firmes candidatos a las disfunciones psicosociales (erectiva, eyaculación precoz o retardada, deseo sexual inhibido por estrés), ya que siguen midiendo su masculinidad en términos de rendimiento sexual.

LA VARIANTE METROSEXUAL

Una variante moderna de la *nueva masculinidad*, generada por la influencia de la sociedad de consumo, es el llamado «hombre metrosexual». Construido a partir de los mensajes publicitarios y del fomento del consumo en las modas vestimentarias y cosméticas y en las actividades de ocio mercantilizado, el «metrosexual» es un hombre que se cuida obsesivamente para mantener un atractivo físico considerado fundamental para el éxito de sus relaciones. Así, se machaca en el gimnasio, practica deportes, se depila regularmente, usa cremas para la piel, perfumes varoniles, cuida su peinado a la moda y desarrolla un gusto exquisito por la vestimenta (marcas, colores, combinaciones, etc.). Con las mujeres es detallista, tierno, amable, amante de la cocina y de la decoración, y le encanta ir de compras. Su comportamiento sexual es el mismo ya descrito para

«el hombre nuevo», con especial atención en la demostración de sus emociones y una sensibilidad no vergonzante que le permite llorar sin reparos mientras contempla una película o una telenovela. Le apasiona viajar y, sobre todo, consumir toda la tecnología de comunicación (móviles, cámaras digitales, compactos, ordenadores, etc.).

MEJOR QUE SER HOMBRE, SER PERSONA

Frente a esta nueva versión de la mística de la masculinidad, otros hombres vienen reflexionando sobre la condición de género, aprendiendo con humildad de las reflexiones feministas y planteando que la cultura de género sigue manteniéndose como una superestructura ideológica para justificar la división clasista y las estructuras del poder. Afirman que no se puede hablar ya de características específicamente masculinas o femeninas que no hayan sido construidas culturalmente y que las diferencias físicas heredadas filogenéticamente por nuestra condición de machos y hembras reproductores tienen cada vez menos importancia en el conjunto de nuestras vidas y están siendo modificadas por la creatividad de la inteligencia humana. La dignidad humana implica que actualmente varones y mujeres nacemos como sujetos iguales en derechos y deberes, podemos desarrollar las mismas capacidades y habilidades, realizar las mismas tareas productivas y participar paritariamente en el desarrollo de la democracia económica, política y doméstica, sin otras diferencias que las que provienen de nuestra individualidad. Las diferencias de género y clasistas que todavía existen, se mantienen por el interés de los poderosos, que no renuncian a seguir manipulándonos y explotándonos en función de su exclusivo beneficio. Otro mundo es posible y la humanidad tendrá que alumbrar una sociedad de personas sin género ni clases sociales, es decir, sin poder, para que la libertad, la igualdad y la fraternidad sean realizables. Estos varones llevan las dos últimas décadas reflexionando en los llamados *grupos de hombres*, colectivos minoritarios que se reúnen regularmente para cuestionarse la mística de la masculinidad y generar cambios personales y sociales con el objetivo de dejar de ser hombres masculinos y convertirse en personas. Esta actividad, en España, ha producido obras de indudable interés, escritas por Luis Bonino, Joseph Vicent Marqués, José Ángel Lozoya, Fernando Barragán y Julián Fernández de Quero, entre otros. En general, sus propuestas en el campo de la sexualidad y de las relaciones humanas se concretan en:

- 1.^a Promover roles de género más flexibles hasta su desaparición, incorporando para ello a la educación:
 - 1.1. Disociar la masculinidad de la dureza, el honor, el control, el dominio, la agresión o la competitividad (lo malo no es ser competente, sino competitivo).
 - 1.2. Explicar que ser hombre no impide ser dulce, sensible, cariñoso, etc. (Sigue estando peor visto que dos niños se besen a que se peleen o levanten las faldas a las niñas.)
 - 1.3. Enseñar a los niños a atender sus necesidades domésticas y a compartir responsabilidades en el

hogar (a cuidar y no solo a proteger a los y las demás).

- 1.4. Ayudarles a reconocer el dolor y las angustias, a expresar los sentimientos y pedir ayuda, buscando activamente apoyo o consejo (el comportamiento de los chavales que tienden a ignorar los problemas suele ser de agresividad y de dificultades).
 - 1.5. Aclararles que no necesitan demostrar que son fuertes, valientes, etc., y que tampoco es realmente importante no serlo demasiado.
 - 1.6. Decirles que la heterosexualidad no es sinónimo de masculinidad ni motivo de orgullo, ya que, en el mejor de los casos, solo es la expresión de la orientación del deseo sexual.
 - 1.7. Insistirles en que hay que pedir permiso para tener contactos sexuales y aceptar las negativas. Porque no es cierto que un *no* es un *quizás* y un *quizás* un *sí*, si insisten.
- 2.^a Implicar a los hombres en la crianza de los hijos e hijas, porque con ello:
 - 2.1. Aprenden a cuidar y cuidarse, así como a ponerse en el lugar del otro para poder satisfacer sus necesidades.
 - 2.2. Tienen una oportunidad inigualable de desarrollar los sentimientos y su expresión, al tiempo que les sirve para ir perdiendo el miedo al ridículo ante criaturas que son esponjas afectivas y muy agradecidas.
 - 2.3. Descubren que paternidad responsable significa el establecimiento de relaciones igualitarias dentro del hogar.
 - 3.^a Garantizar una atención sanitaria adecuada a los hombres, ya que su ausencia no es ajena al estado y evolución de su salud, promoviendo programas:
 - 3.1. De educación afectivo-sexual desde la infancia (no de heterosexualización).
 - 3.2. De responsabilidad anticonceptiva y profiláctica. (Los programas de planificación familiar y salud reproductiva se centran en la mujer, pese a la importancia de las ETS y el SIDA, la patología de la próstata o el aumento en la demanda de vasectomías.)
 - 3.3. De preparación para asumir la llegada de los bebés, para ayudar a la mujer durante el embarazo y el parto y tener los conocimientos necesarios.
 - 3.4. De apoyo a hombres en crisis: separados, parados, jubilados, etc.
 - 3.5. De prevención de la violencia masculina contra las mujeres, orientados a niños de núcleos violentos, que con frecuencia reproducen los modelos aprendidos a partir de la adolescencia, y a jóvenes con síntomas de poder llegar a ser violentos (los que piensan que hay mujeres que, a veces, merecen una paliza).

- 3.6. Terapéuticos, para hombres violentos (a ser posible, antes de que haya motivos para que medie una denuncia). No trabajar con ellos es como quitarles responsabilidades en la solución del problema, además de no pensar en las próximas mujeres que sean sus parejas.
- 3.7. Para víctimas de actos de violencia conyugal, que, aunque son muy pocos, viven angustiados y merecen ayuda adaptada a sus necesidades.
- 4.^a Asumir la paridad en todas las organizaciones sociales y públicas, porque eso nos ayuda a:
 - 4.1. Vivir la experiencia gratificante de compartir, corresponsabilizarse y escuchar lo que tiene que decir la otra mitad de la especie humana.
 - 4.2. Aprender que no somos indispensables, que el mundo y la sociedad no se hundan aunque su gobierno esté en otras manos que no sean las nuestras.
 - 4.3. Satisfacer la curiosidad de ver cómo gestionan la cosa social y pública las mujeres. Seamos amables y demos una oportunidad; los hombres llevamos siglos gobernando y lo hemos hecho fatal, por cómo están las cosas.
 - 4.4. Ganar en tiempo libre, en el placer de la privacidad, en las relaciones compartidas y no competitivas.
 - 4.5. Borrar el fantasma del *poder* de nuestras vidas: es mejor cooperar que dominar, repartir que acumular y confraternizar que sobresalir. El *poder*, la *fama* y la *riqueza* son metas neuróticas que nos neurotizan.
- 5.^a Cambios relativos a la sexualidad y las relaciones amorosas:
 - 5.1. En el ámbito de la erotofilia, la educación sexual y afectiva incidiría en el desarrollo de las capacidades de autocontrol para evitar comportamientos inducidos por las pulsiones copulatoria y reproductiva. Estereotipos como «follar es una necesidad biológica» o «la maternidad es el fin sublime de la mujer» dejarían de tener sentido en una sociedad en la que tanto las relaciones eróticas como las reproductivas partirían de la consciente y voluntaria decisión de las personas y no como impulsos irracionales imposibles de controlar.
 - 5.2. Las relaciones humanas se organizan dando prioridad a las empatías psíquicas como punto de partida de las vinculaciones afectivas y las demostraciones de afecto. Esto no anula la capacidad de relación que surge a partir de la atracción física, pero la incluye como un elemento más, sin darle más importancia ni relevancia que la que tiene. La relación sujeto-objeto erótico desaparece porque es más importante la simpatía que la belleza, querer que poseer. Lo importante es amar y ser amado, no desear y ser deseado.
 - 5.3. El clima afectivo fomenta la autoestima y permite que las relaciones se establezcan desde la sinceridad, la autonomía, el cooperar y compartir, y no desde la seducción engañosa, la apariencia histriónica, la dependencia afectiva y la manipulación del poder. La sinceridad y la honestidad fomentan la estabilidad de las relaciones y el logro de vinculaciones afectivas duraderas.
 - 5.4. Cuando una persona madura se siente atraída eróticamente por otra, pide sin tapujos (lo que no está reñido con la seducción sincera, la amabilidad y la poesía) y acepta las negativas sin frustración, porque tiene en cuenta la libertad de la otra para decidir la aceptación o el rechazo y porque es consciente de que su deseo sólo puede verse cumplido si coincide con el deseo de la otra; es decir, si hay mutuo acuerdo en las propuestas, única forma de que la relación sea de sujeto a sujeto y no de sujeto a objeto.
 - 5.5. La pareja estable se concibe como una forma no exclusiva de satisfacer el deseo de vinculación afectiva, recuperando las vinculaciones de apego familiar, y, por ello, como una forma de crecimiento personal. Por lo tanto, no cabe la añoranza por etapas anteriores vividas como mejores ni sentir la pareja como una pérdida de libertad, sino todo lo contrario, como el acceso a una etapa vital de mayor libertad, mayor seguridad afectiva y mayor capacidad de proyectos compartidos que antes no se tenían.
 - 5.6. Desde la consideración de que las relaciones sexuales tienen una función de comunicación afectiva y placer compartido entre sujetos, la tensión sexual generada por la afluencia de estímulos externos o fantaseados, tan abundantes en una sociedad que comercializa con el sexo, se descarga habitualmente mediante el autoerotismo, que genera estados de placidez y bienestar personal que ayudan a las personas a desarrollar actitudes pacíficas, comunicativas y respetuosas, permitiendo que las relaciones con los demás se planteen sin obsesiones de posesión ni urgencias de descarga. La masturbación es la alternativa para superar la pulsión copulatoria y debería ser rehabilitada como comportamiento erótico humano e incluida en los programas de educación sexual con especial énfasis.
 - 5.7. El fomento de la empatía, definida como la capacidad natural de ponerse en el lugar de las otras personas, desarrolla sentimientos altruistas que permiten la cooperación y el reparto, la solidaridad y el apoyo mutuo. En las relaciones de pareja, este desarrollo empático es imprescindible para cultivar la comunicación y la negociación pacífica de los conflictos que surgen de la idiosincrasia individual de cada sujeto y permite que las relaciones vayan tiñéndose de complicidad y apego, elementos imprescindibles para la estabilidad de la pareja.

- 5.8. La empatía y el altruismo sólo son positivos desde una personalidad madura, es decir, que se siente capacitada para la autogestión, la autoestima y la creatividad. Una persona segura de sí misma, con un nivel de amor propio adecuado y una buena autoimagen, es la que puede establecer relaciones eróticas y afectivas con las demás desde la empatía y el altruismo y no desde la subordinación cognitiva, la dependencia afectiva y la sumisión conductual
- 5.9. Las relaciones eróticas se convierten en holísticas y hedonistas, el placer y el afecto se pueden compartir de múltiples maneras, desde una forma de bailar, una comida compartida, un paseo a la luz de la luna, una lluvia de besos, una masaje sensual, caricias bucogenitales, heteromasturbación, coito anal y vaginal, pseudocoito, etc. En el marco de este erotismo global, el coito se integra como una técnica erótica más, ni más ni menos importante que las demás, que puede estar presente en

una relación sexual o no estarlo, sin ansiedades, ni miedos al desempeño, ni imposiciones.

La evolución de la sociedad y de la cultura ha generado la necesidad de un «hombre nuevo» que limara las obsoletas y agresivas manifestaciones del patriarcado y del machismo. Lo que los *grupos de hombres* plantean es la necesidad de abolir la masculinidad y la feminidad como construcciones de género y comenzar a hablar de personas, con las implicaciones lingüísticas, culturales, políticas y sexuales que la asunción del paradigma comportan.

BIBLIOGRAFÍA

- BONINO MÉNDEZ, L. (1993): *Cómo ser hombre (sin morir ni matar en el intento)*. Madrid. 3.^a Jornadas de Cultura de la Salud.
- FERNÁNDEZ DE QUERO, J. (2000): *Hombres sin temor al cambio*. Salamanca. Ediciones Amarú.
- GILMORE, D. D. (1994): *Hacerse hombre*. Barcelona. Paidós.
- KEEN, S. (1999): *Ser hombre*. Madrid. Gaia Ediciones.
- MIEDZIAN, M. (1995): *Chicos son, hombres serán*. Madrid. Ed. Horas y Horas.

Atracción y amor, fuerzas vinculantes



La atracción: ¿una fuerza vinculante?

El atractivo físico: ¿cuál es la importancia del aspecto?

Un mundo de diversidad. Los ojos como platos, y... ¿la belleza?

Un mundo de diversidad. Diferencias sexuales en las preferencias sobre las parejas en 37 culturas

La hipótesis del emparejamiento: ¿quién es perfecto para ti?

Las actitudes: ¿«Los opuestos se atraen» o «Dios los cría y ellos se juntan»?

La sexualidad humana en el nuevo milenio. «La cercanía (electrónica) a ti»

La reciprocidad: si te gusto, debes tener un criterio excelente

El amor

La herencia griega

El amor romántico en la cultura occidental contemporánea

Autoevaluación. ¿Eres romántico o realista? La Escala de Actitudes ante el Amor

Los modelos contemporáneos de amor: ¿se atreve la ciencia a inmiscuirse?

Autoevaluación. La escala amorosa triangular de Sternberg

La atracción: ¿una fuerza vinculante?

Los investigadores definen los sentimientos de atracción como fuerzas psicológicas que atraen a las personas. Muchos factores influyen en la atracción personal. El primero que consideraremos es la apariencia física.

El atractivo físico: ¿cuál es la importancia del aspecto?

Nos gustaría pensar de nosotros mismos que somos tan reflexivos y profundos que el atractivo físico no nos condiciona. Nos gustaría afirmar que la sensibilidad, la calidez y la inteligencia son más importantes para nosotros. Sin embargo, podemos no llegar a conocer nada de la personalidad de otra persona si no responde a nuestros estándares mínimos de atractivo físico.

Pregunta: *¿Es el atractivo físico una consideración importante en la atracción interpersonal?* La investigación muestra que el atractivo físico es determinante en la atracción interpersonal y sexual (Langlois *et al.*, 2000; Sangrador & Yela, 2000; Strassberg & Holty, 2003). Algunos investigadores, de hecho, afirman que la apariencia física es el factor clave en la elección de las parejas para las citas, el sexo y para una larga relación (Hatfield & Sprecher, 1986).

¿Está la belleza en la mirada del espectador? ¿Son nuestros criterios completamente subjetivos o está ampliamente aceptado lo que es atractivo? Los estudios transculturales de las sociedades preliterarias han encontrado que las personas universalmente desean parejas físicamente atractivas (Ford & Beach, 1951). Sin embargo, ¿lo que se considera atractivo en una cultura, se considera repulsivo en otra?

En ciertas tribus africanas, los cuellos largos y los labios circulares en forma de disco son signos de belleza femenina. Así que las mujeres se estiran el cuello y los labios para ser más atractivas. Las mujeres de la tribu Nama estiran de manera persistente sus labios mayores para hacerlos «bellos», es decir, prominentes y alargados (Ford & Beach, 1951).

En nuestra cultura, los hombres más altos son considerados más atractivos por parte de las mujeres (Pawlowski & Koziel, 2002). Las estudiantes universitarias prefieren que sus parejas en las citas sean quince centímetros más altos que ellas. Los estudiantes universitarios prefieren, de media, mujeres que sean diez centímetros más bajas que ellos (Gillis & Avis, 1980). Las mujeres altas no son vistas tan positivamente. Ser una persona baja, sin embargo, se considera una carga para ambos, hombres y mujeres (Jackson & Ervin, 1992).

Algunas mujeres altas se encuentran con que muchos hombres más bajos no se atreven a pedirles salir con ellas. Algunas caminan un poco encorvadas para disminuir su altura. Una vecina de los autores, muy alta, se refiere a ella misma diciendo que mide un metro sesenta y 26 cm.

La orondez femenina es valorada en muchas —quizás la mayoría— de las sociedades preliterarias (Anderson *et al.*, 1992; Frayser, 1985). Caderas y pelvis anchas son ampliamente reconocidas como sexualmente atractivas. En nuestra cultura, sin embargo, la delgadez está de moda. Algunas mujeres jóvenes sufren un trastorno alimenticio llamado **anorexia nerviosa**, que las hace literalmente morir de hambre para adaptarse al ideal de belleza contemporáneo. Ambos, mujeres y hombres, encuentran la esbeltez (aunque no la delgadez anoréxica) atractiva, especialmente para las mujeres (Fallon & Rozin, 1985; Franzi & Herzog, 1987; Rozin & Fallon, 1988).

La figura del reloj de arena es popular en Estados Unidos. En un estudio, 87 estudiantes universitarios afroamericanos —hombres y mujeres— puntuaron a las mujeres de peso medio, con una *ratio* cintura-cadera de 0,7 a 0,8, como más atractivas y deseables para

Anorexia nerviosa

Desorden alimenticio que puede poner en peligro la vida y que se caracteriza por el rechazo a mantener un peso corporal saludable, un intenso miedo a coger sobrepeso, una imagen del cuerpo distorsionada y, en las mujeres, ausencia de la menstruación (amenorrea).

una relación a largo plazo (Singh, 1994a; Streeter & McBurney, 2003). Ni las mujeres muy delgadas ni las obesas fueron consideradas atractivas, sin tener en cuenta su *ratio* cintura-cadera. Se encontraron resultados similares en una muestra de 188 estudiantes europeos americanos (Singh, 1994b).

Cohen y Tannenbaum (2001) dirigieron un estudio en Internet en el cual enviaban varias fotos de mujer y preguntaban a mujeres lesbianas y bisexuales cuáles eran más atractivas sexualmente para ellas. Respondieron al estudio 209 mujeres que se identificaban como lesbianas y 141 mujeres que se identificaban como bisexuales. Las mujeres, como los hombres heterosexuales, encontraron más atractivas sexualmente a las mujeres con una *ratio* cintura-cadera de 0,7. Sin embargo, diferían de los hombres en que su primera elección era para mujeres fuertes, con cierto peso, con una *ratio* cintura-cadera de 0,7 y grandes pechos. Su segunda elección era para mujeres fuertes, con cierto peso, con la misma *ratio* cintura-pecho pero con pechos pequeños. Los autores sugieren que las mujeres en este estudio estaban rechazando lo que consideraban como un énfasis social en la excesiva delgadez.

¿Idealizan los hombres el póster central de la revista *Penthouse*? ¿Qué tamaño de pechos prefieren los hombres? En un estudio, los investigadores mostraron a hombres y mujeres jóvenes una serie continua de figuras femeninas que diferían solo en el tamaño del busto (Thompson & Tantleff, 1992). Los hombres prefirieron a las mujeres con el busto grande, pero no tan grande como esas mismas mujeres pensaban que ellos las preferirían.

Ambos, mujeres y hombres, encuentran poco atractivas a las personas obesas (Goode, 2000; Wade *et al.*, 2000), pero existen diferencias sexuales en cuanto a los valores estéticos del cuerpo. Por término medio, los universitarios piensan que sus cuerpos actuales están cerca del ideal atractivo para las mujeres (Fallon & Rozin, 1985). Las universitarias, por lo general, se ven a sí mismas mucho más gordas que el tipo que puede resultar más atractivo para los hombres, y más gordas incluso que la figura que ellas perciben como el tipo ideal femenino. La verdad es que ambos están equivocados acerca de las preferencias del otro sexo.

Sin embargo, en general, las personas que son atractivas lo saben. En un estudio, hombres y mujeres se puntuaron unos a otros por su atractivo y también se puntuaron a ellos mismos (Marcus & Miller, 2003). Por lo general, las autopuntuaciones individuales encajan con las de los demás en hombres y mujeres. Los juicios de las mujeres se aproximaron más a cómo las percibían los hombres, lo que sugiere que ellas estaban reflejando las opiniones de los hombres acerca de ellas, más que las de las mujeres.

De qué manera la conducta afecta a la percepción del atractivo físico. Pregunta: ¿Qué otros factores, además del aspecto físico, contribuyen al atractivo? Las expectativas de rol de género pueden afectar a la percepción del atractivo. Por ejemplo, las mujeres se sienten más atraídas por los hombres socialmente influyentes que los hombres atraídos por mujeres socialmente influyentes (Buunk *et al.*, 2002).

Por otra parte, mujeres a las que se mostraron vídeos con posibles candidatos a una cita, encontraron a los hombres extrovertidos y expresivos más atractivos que los hombres más pasivos (Riggio & Woll, 1984). Otro estudio encontró que las mujeres más femeninas se sienten más atraídas por los hombres del tipo «macho» dominante que las mujeres menos femeninas (Maybach & Gold, 1994). Sin embargo, los hombres que vieron los vídeos del estudio de Riggio y Woll (1984) encontraban poco atractivo el comportamiento extrovertido y expresivo de las mujeres. Aún más, en otro estudio las mujeres puntuaron los vídeos de hombres dominantes universitarios (definidos en este estudio como personas con control social en una interacción conflictiva con un instructor) como más atractivos que los de los hombres sumisos. De nuevo, los hombres encontraron poco atractivas a las mujeres que eran dominantes como ellos (Sadalla *et al.*, 1987). Los hombres suelen estar

Un mundo de diversidad

Los ojos como platos, y... ¿la belleza?

Algunos aspectos de la belleza parecen ser en gran medida transculturales. La investigación sugiere que los europeos americanos, los afroamericanos, los asiáticos americanos y los latinoamericanos tienden a estar de acuerdo en las características faciales que encuentran atractivas (Cunningham *et al.*, 1995). Todos ellos prefieren los rostros femeninos con los ojos grandes, mayor distancia entre los ojos, nariz pequeña, cara estrecha con mentón pequeño, cejas altas y expresivas, gruesos labios inferiores y una melena exuberante.

Consideremos la metodología de un estudio que comparó las preferencias faciales de personas en Japón y Gran Bretaña. Perrett (1994) creó retratos robot por ordenador de sesenta mujeres. La imagen A de la Figura 6.1 es un retrato robot de las quince mujeres que fueron calificadas más atractivas. Entonces utilizó las herramientas del ordenador para exagerar las diferencias entre el retrato robot de las sesenta —es decir, el rostro medio— y el retrato robot

de las quince más atractivas. Encontró que ambos, hombres japoneses y británicos consideraban a las mujeres con los ojos grandes, mejillas elevadas y barbilla estrecha como las más atractivas (Perrett, 1994). Las exageraciones por ordenador produjeron la imagen B de la Figura 6.1. El retrato robot modificado tiene las mejillas aún más elevadas y la barbilla más estrecha que la imagen A. La imagen B fue calificada como más atractiva. Resultados similares se encontraron para la imagen de una mujer japonesa.

Cunningham y sus colegas (1995) informaron de anécdotas históricas que sugieren que las preferencias faciales de personas tan diversas como europeos, negros africanos, nativos americanos, indios y chinos son bastante coincidentes. Citaron del tratado de Charles Darwin de 1871, *La descendencia del hombre y la selección en relación con el sexo*:

Mr. Winwood Reade..., que ha tenido muchas oportunidades para la observación de negros africanos,

que nunca han tenido relación con europeos, está convencido de que sus ideas de belleza son, en gran medida, las mismas que las nuestras; y el Dr. Rohlf me escribe la misma impresión con respecto a Borneo y los países habitados por las tribus Pullo... El capitán Burton cree que una mujer que consideremos bella será admirada en todo el mundo.

Darwin pensaba que nuestras preferencias físicas eran en gran medida innatas y estaban relacionadas con la supervivencia de nuestra especie. ¿Tú qué opinas? ¿Crees que «sus ideales de belleza son, en general, los mismos que los nuestros»? ¿O crees que la investigación no ha sonsacado todavía diferencias culturales o étnicas significativas que podrían existir? Si hay coherencia étnica en estas preferencias, ¿cómo podrías justificarlas? Por ejemplo, ¿crees...

- que son una coincidencia?
- que ha habido un mayor intercambio de ideas entre las culturas de lo que se ha pensado?
- que hay algo instintivo en ello?



Figura 6.1. ¿Qué características contribuyen al atractivo del rostro? Para ambos, británicos y japoneses, características como ojos grandes, mejillas elevadas y barbilla estrecha contribuyen a la percepción del atractivo de una mujer. La imagen A es un retrato robot de los rostros de quince mujeres calificadas como más atractivas entre un grupo de sesenta. La imagen B es un retrato robot que exagera las características de estas quince mujeres. Es decir, se han modificado en el sentido de diferenciarlas de las características medias de todo el grupo.

celosos de los hombres socialmente influyentes, mientras que las mujeres suelen estar celosas de las mujeres atractivas físicamente (Dijkstra & Buunk, 2002).

¿Qué buscas para una relación significativa a largo plazo? Aunque las cualidades personales pueden tener un rol más importante en la determinación de las preferencias por una pareja en las relaciones a largo plazo, el atractivo físico probablemente juega un papel de filtro. A menos que una eventual cita reúna unos mínimos criterios físicos, no buscaremos bajo la superficie rasgos «más significativos».

Los resultados de Nevid se han replicado en estudios sobre la atracción y la elección de pareja. Las mujeres dan más importancia a rasgos como el estatus profesional, los ingresos, la expresividad, la amabilidad, la consideración, la confianza y el cariño por los niños. Los hombres dan más importancia a la juventud, el atractivo físico, la habilidad para cocinar y la frugalidad (Howard *et al.*, 1987; Sprecher *et al.*, 1994). Por lo que respecta a la selección de pareja, las mujeres, en una muestra de estudiantes de Alemania y los Países Bajos, también destacan las posibilidades financieras y el estatus de una pareja potencial, mientras que los hombres destacan la importancia del atractivo físico (De Raad & Dodema-Winsemius, 1992). Un estudio entre más de 200 estudiantes universitarios coreanos encontró que en la selección de pareja, las mujeres, más que los hombres, sitúan en un lugar importante la educación, el trabajo y la familia de origen de la pareja (Brown, 1994). Los hombres dieron relativamente más importancia al atractivo físico y al afecto. (Sí, los hombres fueron más «románticos». Las mujeres fueron más pragmáticas.)

Susan Sprecher y sus colegas (1994) hicieron una encuesta entre una muestra aleatoria de 13 017 personas de habla inglesa o hispana, mayores de 19 años, que vivían en hogares de Estados Unidos. En una sección de su cuestionario preguntaban si estarían dispuestas a casarse con: una persona mayor, más joven, con una religión diferente, sin trabajo fijo, poco atractiva, etc. Cada ítem seguía de una escala de 1 a 7, en la cual 1 significaba «totalmente en desacuerdo» y 7 significaba «totalmente de acuerdo». Como se muestra en la Tabla 6.1, las mujeres estaban más dispuestas a casarse con una persona poco atractiva, pero menos dispuestas a casarse con alguien sin trabajo fijo.

TABLA 6.1

Diferencias sexuales en las preferencias de pareja

¿Estarías dispuesto a casarte con alguien que. . .	Hombres	Mujeres
• no sea «atractivo»?	3,41	4,42**
• sea mayor que tú cinco o más años?	4,15	5,29**
• sea más joven que tú cinco o más años?	4,54	2,80**
• no tenga un trabajo fijo?	2,73	1,62**
• gane mucho menos que tú?	4,60	3,76**
• gane mucho más que tú?	5,19	5,93**
• tenga más formación académica que tú?	5,22	5,82**
• tenga menos formación académica que tú?	4,67	4,08**
• haya estado casado antes?	3,35	3,44
• tenga hijos?	2,84	3,11*
• practique una religión diferente?	4,24	4,31
• sea de una etnia diferente?	3,08	2,84**

Fuente: basado en información de Susan Sprecher, Quintin Sullivan & Elaine Hatfield (1994). Mate Selection Preferences: Gender Differences Examined in a National Sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66 (6), 1074-1080.

* Diferencia estadísticamente significativa en un 0,01 nivel de confianza.

** Diferencia estadísticamente significativa en un 0,001 nivel de confianza.

Un mundo de diversidad

Diferencias sexuales en las preferencias sobre las parejas en 37 culturas

¿Qué afinidades tienen los hombres de Nigeria, Japón, Brasil, Canadá y Estados Unidos? Una de ellas es que los hombres de estos países dicen que prefieren parejas que sean más jóvenes que ellos. Buss (1994) reseñó la evidencia de un estudio acerca de la diferencia de edad preferida entre uno y su pareja en 37 culturas (representando 33 países) en Europa, África, Asia, Australia, Nueva Zelanda y Norte y Sur de América. En todas las culturas los hombres preferían parejas más jóvenes (el rango iba desde 0,38 años a 6,45 años). Las mujeres, sin embargo, preferían parejas mayores (el rango iba desde 1,82 años a 5,1 años).

Las diferencias sexuales en la edad preferida de las parejas eran paralelas a las diferencias en la edad de hombres y mujeres en el matrimonio. Los hombres eran, como media, entre dos y cinco años mayores que sus esposas. La diferencia media más baja, 2,1 años, se encontró en Polonia, y la diferencia media más alta, 4,92 años, en Grecia. En Estados

Unidos, los hombres eran, de media, 2,71 años mayores que sus esposas; en Canadá, los hombres eran, de media, 2,51 años mayores que sus parejas.

Buss encontró que en todas estas 37 culturas, los hombres, más que las mujeres, daban mucha importancia a que sus eventuales parejas tuvieran «buen aspecto». Por otro lado, las mujeres de 36 de las 37 culturas valoraban la «buena capacidad económica» de las posibles parejas.

La consistencia de los hallazgos de Buss da crédito a la idea de que hay grandes diferencias sexuales en las preferencias con respecto a la edad, las características físicas y el estado financiero de las posibles parejas. En general, los hombres valoran más el atractivo físico y la relativa juventud de sus posibles parejas, mientras que las mujeres dan más valor a la capacidad económica de sus posibles parejas. Buss interpretó las preferencias de las mujeres por los hombres algo mayores como una evidencia adicional de que éstas valoran a sus futuras parejas sobre la

base de su capacidad para mantener una esposa y una familia, porque la edad y los ingresos suelen estar relacionados en los hombres.

A pesar de estas diferencias sexuales en las preferencias por las parejas, Buss encontró que ambos, hombres y mujeres, daban más peso a las cualidades personales que al aspecto o los ingresos económicos de las posibles parejas. En *todas* las 37 culturas, las características «cariñoso, comprensivo» e «inteligente» eran mejor puntuadas que el poder económico o el atractivo físico.



¿Son hereditarias las preferencias relacionadas con el atractivo? Aparentemente, las diferencias sexuales en la percepción del atractivo parecen insoportablemente sexistas, y quizás lo sean. Sin embargo, algunos psicólogos evolucionistas creen que las fuerzas evolucionistas actúan en favor de la continuación de las diferencias sexuales en las preferencias por las parejas, porque ciertos rasgos preferidos proporcionan ventajas reproductoras (Bjrkund & Kipp, 1996; Fisher, 2000). Algunas características físicas, como la pulcritud, la buena complexión, los ojos claros, una buena dentadura, una buena melena, buen tono muscular, el caminar firme, son universalmente atractivas para ambos, mujeres y hombres (Ford & Beach, 1951). Quizás son señales de potencial reproductor (Symons, 1995). La edad y la salud pueden ser relativamente más importantes en el atractivo de una mujer, porque estas características



Belleza y cultura. ¿Puedes encontrar al hombre o a la mujer perfecta entre estas personas? ¿Están basados tus juicios de belleza física en criterios universales o en experiencias culturales? El psicólogo evolucionista David Buss encontró criterios de belleza casi universales en este estudio de 37 culturas.

tienden a estar asociadas con la capacidad reproductora: el «reloj biológico» limita su potencial reproductivo. Las características físicas de una mujer asociadas con la juventud, como la piel suave, el tono muscular firme, el pelo lustroso, pueden así haberse ido relacionando con el atractivo femenino (Buss, 1994). El valor reproductivo de un hombre, sin embargo, puede depender más de su capacidad para mantener una familia que de su edad o de su atractivo físico. Así, el valor de los hombres como reproductores está más relacionado con factores que contribuyen a crear un entorno estable para la crianza de los niños, como el estatus económico y la formalidad. Los psicólogos evolucionistas argumentan que estas diferencias sexuales en las preferencias de las parejas pueden haberse transmitido a través de las generaciones como parte de nuestra herencia genética (Buss, 1994; Symons, 1995).

El interés de los hombres por las mujeres jóvenes ocurre en ambas sociedades, las pre-literarias y las industrializadas (Buss, 1994). Los celos femeninos por las mujeres más jóvenes están extendidos por las diferentes culturas. La competición sexual, según Margaret Mead, generalmente implica

la lucha entre hombres mayores más fuertes y hombres jóvenes más débiles o entre mujeres jóvenes más atractivas y mujeres mayores más experimentadas. (Mead, 1967, p. 198)

El punto de vista evolucionista de las diferencias sexuales en las preferencias por las parejas es en gran medida una especulación y no totalmente concordante con la evidencia. A pesar de las diferencias sexuales, hombres y mujeres informan que dan más peso a las características personales que a las características físicas a la hora de juzgar las posibles parejas (Buss, 1994). Muchas mujeres, como los hombres, prefieren parejas físicamente atractivas (Bixler, 1989). Las mujeres también tienden a casarse con hombres similares a ellas mismas en atractivo físico y en nivel socioeconómico. Este autor hace notar también que los hombres mayores tienen una mayor probabilidad de morir de causas naturales que los hombres jóvenes. Desde la postura de las ventajas reproductoras, las mujeres podrían tener más éxito casándose con hombres jóvenes (que sobrevivirán durante los años de crianza de los niños) que casándose con hombres mayores, de más alto estatus. Más aún, las influencias culturales similares, más que las disposiciones heredadas, pueden explicar aspectos comunes transculturales en las diferencias sexuales sobre las preferencias de las parejas. Por ejemplo, en las sociedades en las cuales las mujeres son dependientes económicamente de los hombres, el atractivo de un hombre puede depender más de sus recursos financieros que de su atractivo físico.

La hipótesis del emparejamiento: ¿quién es perfecto para ti?

No desesperes si eres más bien feo en apariencia, ya que la mayoría de nosotros somos meros mortales. Existe una teoría, la hipótesis del emparejamiento, que puede salvarte de tus miedos.

Pregunta: ¿Qué es la hipótesis del emparejamiento? La hipótesis del emparejamiento sostiene que los individuos tienden a desarrollar relaciones románticas con personas que son similares a ellos en atractivo físico, más que con las personas de su entorno parecidas a Antonio Banderas o Penélope Cruz, por poner un ejemplo.

Los investigadores han encontrado que las personas implicadas en una relación a largo plazo tienden a coincidir en atractivo físico (Kalick, 1988). Las parejas jóvenes incluso tienden a coincidir en el peso (Schafer & Keith, 1990). El motivo central para buscar parejas «coincidentes» parece ser el temor al rechazo por parte de personas más atractivas (Bernstein *et al.*, 1983).

Hay excepciones a la hipótesis del emparejamiento. De vez en cuando encontramos una mujer atractiva relacionada con un hombre poco atractivo, incluso feo, o viceversa. ¿Cómo podemos explicar esto? Después de todo, ¿qué puede ver ella en él? Según un estudio (Bar-Tal & Saxe, 1976), las personas que juzgan a una pareja que «no pega» tienden a atribuir salud, inteligencia o éxito al menos atractivo. Buscamos un factor no visible que equilibre la diferencia de atractivo en la pareja. Para algunas parejas que «no pegan», actitudes y personalidades similares pueden equilibrar las diferencias en el atractivo físico.

Más que belleza. El emparejamiento se aplica no solo al atractivo físico. Nuestras parejas sexuales y maritales tienden a ser como nosotros en etnia, edad, nivel de educación y religión. Considera algunos hallazgos del estudio NHSLS (Michael *et al.*, 1994):

Hipótesis del emparejamiento

Concepto de que las personas desarrollan relaciones románticas con personas similares a ellas en atractivo.



¿Quién es perfecto para ti? La investigación muestra que las personas tienden a emparejarse con otras similares en características y rasgos de personalidad.

- Las parejas sexuales de cerca del 94 por ciento de los solteros americanos de origen europeo son mujeres americanas de origen europeo. Cerca del 2 por ciento de los solteros americanos de origen europeo salen con mujeres latinoamericanas, el 2 por ciento con americanas de origen asiático y menos del 1 por ciento con mujeres afroamericanas.
- Las parejas sexuales de cerca del 82 por ciento de los hombres afroamericanos son mujeres afroamericanas. Cerca del 8 por ciento de los hombres afroamericanos salen con mujeres americanas de origen europeo. Menos del 5 por ciento salen con mujeres latinas americanas.
- Cerca del 83 por ciento de las mujeres y los hombres en el estudio eligieron parejas de su edad \pm 5 años y de la misma o similar religión.
- De todas las mujeres del estudio, ninguna con una licenciatura tenía pareja que no hubiera terminado el bachillerato.
- Los hombres con una licenciatura casi nunca tenían relaciones sexuales con mujeres con mucha más o mucha menos formación académica que ellos.

Las actitudes: ¿«Los opuestos se atraen» o «Dios los cría y ellos se juntan»?

Pregunta: ¿«Los opuestos se atraen» o «Dios los cría y ellos se juntan»? ¿Por qué la gran mayoría de nosotros tiene parejas de nuestro mismo origen? Una razón es que los matrimonios y otras relaciones a largo plazo se hacen en la vecindad y no en las nubes (Michael *et al.*, 1994). Es decir, tendemos a vivir entre personas que tienen nuestros mismos orígenes y de ese modo entramos en contacto con ellas. Otra razón es que nos sentimos atraídos por personas que son similares a nosotros en sus actitudes. Las personas con orígenes similares también suelen coincidir en sus actitudes. La similitud en actitudes y gustos es una contribución clave para la atracción, la amistad y las relaciones amorosas (Cappella & Palmer, 1990; Griffin & Sparks, 1990; Laumann *et al.*, 1994).

Destaquemos también una diferencia sexual. La evidencia muestra que las mujeres dan más peso a las actitudes similares como determinantes para sentirse atraídas por un extraño de otro sexo de lo que lo hacen los hombres, mientras que los hombres valoran más el atractivo físico (Feingold, 1991).

La
sexualidad
humana
en el
nuevo
milenio

«La cercanía (electrónica) a ti»

La cercanía física, o proximidad, ha sido siempre un factor en la atracción interpersonal. Las personas siempre se han sentido atraídas por el chico o la chica de la puerta de al lado (¿o de la cueva de al lado?). Las personas tienden a concebir relaciones románticas con las personas que conocen en el vecindario, en la escuela, en su comunidad religiosa o en el trabajo.

En la edad de la electrónica, la proximidad está más cerca; sin embargo, también puede quedar más lejos. Está tan cerca como el monitor frente a tus ojos, mientras navegas por la Red. Así puedes mantener correspondencia con, y quizás sentirte atraído hacia, una persona que está a miles de kilómetros de distancia.

Cuando conoces a alguien en persona, inmediatamente observas su aspecto, escuchas su voz y —según varios investigadores— quizás respieres algunas de sus feromonas. Pero cuando conoces a alguien en un *chat* o en un juego por ordenador en red, las señales que podrían hacer saltar las chispas del interés son diferentes. Mantovani (2001) hace notar que en el caso de relaciones *online*, el uso de los lenguajes escritos (teclados) se torna más importante, los momentos y la velocidad de escritura para responder son cruciales y la puntuación y las caras sonrientes (emociones) pueden marcar la diferencia. Pero la frecuencia

del contacto en el mundo virtual, como en el mundo real, juega su papel (Levine, 2000; Montovani, 2001). Por ejemplo, visitar el mismo *chat* repetidamente permite el conocimiento mutuo para desarrollar y sugerir intereses parecidos.

Deb Levine (2000) destaca que las personas suelen revelar información íntima en Internet, quizás porque la distancia real (o desconocida) entre los participantes proporciona una sensación de seguridad. De manera similar, otras personas se muestran dispuestas a corresponder de modo muy personal. Levine destaca que el flirteo y la actividad erótica en Internet pueden ser extremadamente excitantes, pero también pueden formar expectativas poco realistas e inhabilitar a los participantes para las relaciones en el mundo físico. (¿Querías tener una relación en el mundo real con alguien que rápidamente te introduce en un diálogo sexual *online*?)

Ambos, Levine y Mantovani, advierten que las expresiones de parecido son fácilmente fingidas en la Red. Levine (2000) advierte contra el hecho de enredarse con personas que se muestran reacias a intercambiar archivos de sonido o fotografías. Y añade que tiene sentido conocerse en el mundo real, en un mes o así, para cotejar la exactitud de las impresiones mediatizadas por el ordenador (preferiblemente en un lugar seguro y público).



«¿Navegar ciega?». ¿Qué «reglas» de la atracción interpersonal se aplican cuando las personas se conocen en la Red? Ellos no se pueden ver ni oír directamente, así que, ¿qué señales cuentan para determinar si hay adecuación? ¿Qué ocurre cuando una persona quiere ver, escuchar o conocer al otro?

También tendemos a asumir que las personas que encontramos atractivas comparten nuestras actitudes (Dawes, 1989; Marks *et al.*, 1981). La atracción física entre Candy y Stretch les llevó a pretender que sus preferencias, gustos y opiniones coincidían. Llegaron así a un acuerdo sin palabras para no discutir sus diferencias religiosas. Cuando la atracción sexual es fuerte, quizás queremos pensar que podemos limar todas las dificultades en la relación. Aunque el parecido puede ser importante en la determinación inicial de la atracción, la compatibilidad parece ser un predictor más fuerte para el mantenimiento de una relación íntima (Vinacke *et al.*, 1988).

La reciprocidad: si te gusto, debes tener un criterio excelente

¿Te ha dicho alguien que eres atractivo, brillante y maduro emocionalmente? ¿Que tu estilo es elegante? ¡Ah, qué criterio más excelente!

Cuando nos sentimos admirados y halagados, tendemos a devolver estos sentimientos y conductas. Esto se llama **reciprocidad**.

Pregunta: ¿Cuál es el papel de la reciprocidad en la atracción interpersonal? La reciprocidad es un potente determinante de la atracción (Condon & Crano, 1988). Tendemos a ser mucho más cálidos, solícitos y sinceros cuando estamos con desconocidos que creemos que son como nosotros (Clark *et al.*, 1989; Curtis & Miller, 1986). Tendemos incluso a recibir con agrado comentarios positivos de otros, cuando sabemos que son inexactos (Swann *et al.*, 1987).

Quizás el poder de la reciprocidad ha permitido a muchas parejas ser felices el uno con el otro y estar razonablemente bien ajustados. A través de acciones y palabras positivas recíprocas, quizás se pueden hacer crecer sentimientos neutrales o leves, convirtiéndolos en robustos, en verdaderos sentimientos de atracción.

La atracción puede llevar a los sentimientos amorosos. Volvamos al más fascinante tópico.

El amor

Durante cientos de años, los poetas han buscado capturar el amor en palabras. Un poeta del siglo XVII escribió que el amor era como «una roja, rosa roja». En la novela de Sinclair Lewis *Elmer Gantry*, el amor es «la mañana y la estrella de la tarde». El amor es hermoso y esquivo; reluce, brillante y celestialmente. La pasión y el amor romántico son también desinhibidos y sensuales, rebosantes de deseo sexual.

El amor romántico no es patrimonio único de nuestra cultura. Los investigadores han encontrado evidencias de él en 147 de las 166 diferentes culturas que estudiaron en una comparación transcultural reciente (Jankowiak & Fisher, 1992). El amor romántico aparece incluso en las sociedades más primitivas.

La herencia griega

El concepto de amor puede remontarse al menos hasta la época clásica griega.

Pregunta: ¿Qué conceptos de amor conocían los griegos? Distinguían cuatro conceptos relacionados con el moderno significado de amor: *storge*, *agape*, *filia* y *eros*.

Storge es el apego, la profunda amistad o el afecto no sexual. Es la emoción que une a los amigos y a los padres con sus hijos. Algunos especialistas creen que incluso el amor romántico es una forma de relación que es similar a las relaciones que los niños sienten por sus madres (Moore & Leung, 2002; Stephan & Bachman, 1999; Tucker & Anders, 1999).

Agape es similar a la generosidad y la caridad. Implica el deseo de compartir la generosidad propia y se refleja, por ejemplo, por donaciones anónimas de dinero. En las relaciones,

Reciprocidad

Intercambio mutuo de alabanzas.

Storge Relación amorosa y afecto no sexual; el tipo de sentimiento que une a los padres con los hijos.

se caracteriza por dar desinteresadamente. Agape, según el investigador Lee, es el tipo de amor menos frecuente encontrado entre los adultos comprometidos en una relación.

Filia es la más cercana en significado a la amistad. Se basa en la relación y el respeto más que en el deseo sexual. Implica el deseo de hacer y disfrutar cosas con la otra persona y verle o verla cuando uno está solo o aburrido.

Eros es lo más cercano a nuestro concepto de pasión. Eros era un personaje de la mitología griega (transformado en la mitología romana en Cupido) que lanzaba flechas a personas que no sospechaban nada y que se enamoraban perdidamente de la persona que tenían más cerca. El amor erótico abarca el deseo apasionado repentino: el «amor a primera vista» y «enamorarse perdidamente». Los estudiantes universitarios más jóvenes suelen creer en el amor a primera vista y que «el amor lo puede todo» más que los estudiantes universitarios mayores (¿también más sabios?) (Knox *et al.*, 1999a). La pasión puede ser tan fascinante que uno está convencido de que la vida ha cambiado para siempre. Este sentimiento de transformación repentina fue capturado por el poeta italiano Dante Alighieri (1265-1321), que exclamaba al observar a su querida Beatriz: «Incipit vita nova» (Comienza una vida nueva). El amor romántico puede ser también desinhibido y erótico. De hecho, la excitación y el deseo sexual pueden ser los componentes más fuertes del amor romántico o apasionado. Comienza con una poderosa atracción física (o sentimientos de pasión) que está asociada con una fuerte excitación psicológica.

A diferencia de los griegos, nosotros tendemos a utilizar la palabra amor para describir todo, desde los sentimientos de afecto hacia otro hasta el ardor romántico de la relación sexual («hacer el amor»). Sin embargo, hay diferentes tipos o estilos de amor en nuestra propia cultura, como veremos.

El amor romántico en la cultura occidental contemporánea

La experiencia del amor romántico, como oposición a la relación amorosa o la excitación sexual *per se*, ocurre en un contexto cultural en el cual el concepto es idealizado (Berscheid, 2003; Hatfield & Rapson, 2002; Hendrick & Hendrick, 2003).

Pregunta: *¿Cómo encaja el concepto de amor romántico en la cultura occidental?* La cultura occidental tiene una larga tradición de idealización del concepto de amor romántico, representado, por ejemplo, por los cuentos de hadas románticos que nos han llegado a través de generaciones. De hecho, nuestra exposición del amor romántico podría empezar por escuchar los cuentos de hadas de *La bella durmiente*, *Cenicienta* y *Blancanieves* —junto con sus príncipes encantadores—. Posteriormente, el concepto de amor romántico florece en las novelas románticas, la televisión y las películas, y las historias fuertes y llenas de conflictos entre amigos y familiares.

Durante la adolescencia, la fuerte excitación sexual, junto con una imagen idealizada del objeto de nuestros deseos, nos lleva a etiquetar nuestros sentimientos de amor. En efecto, podemos aprender a hablar de «amor» más que de «lujuria», porque el deseo sexual en la ausencia de una relación de compromiso podría verse como primitivo o animal. Estar «enamorado» ennoblece la atracción y la excitación sexual, no solo para la sociedad, sino también para uno mismo. A diferencia de la lujuria, el amor puede ser tema de conversación incluso en la mesa del comedor. Si otros piensan que somos demasiado jóvenes para experimentar «lo verdadero» —que presumiblemente incluye el conocimiento y el respeto por los rasgos de la personalidad de la otra persona—, nuestros sentimientos pueden ser calificados de «amor adolescente» o de «estar colado por alguien».

La sociedad occidental conserva, en gran medida, el doble criterio o la doble moral sobre la sexualidad. Así, de las mujeres se espera que justifiquen sus experiencias sexuales

Agape Amor desinteresado; tipo de amor que es similar a la generosidad y la caridad.

Filia Amor amistoso, que está basado en la relación y el respeto más que en el deseo sexual.

Eros Tipo de amor que es lo más cercano al concepto actual de pasión.

relacionándose con alguien que amen. Los hombres jóvenes normalmente no necesitan atribuir las urgencias sexuales al amor. Así, los hombres están más dispuestos a considerar el amor como un concepto «sensiblero». La inmensa mayoría de las personas, en Estados Unidos, por ejemplo, a pesar de todo, creen que el amor romántico es un prerrequisito para el matrimonio u otro tipo de relación permanente a largo plazo. El amor romántico es calificado por los jóvenes como la razón más importante para el matrimonio (Roper Organization, 1985).

Si lo deseas, puedes averiguar tu propia actitud, si eres romántico o realista, completando la Escala de Actitudes ante el Amor (véase la página 166).

Cuando es recíproco, el amor romántico es normalmente una fuente de profunda satisfacción y éxtasis (Hatfield & Rapson, 2002). ¡Qué maravilloso cuando el amor conoce a su pareja! Cuando el amor no es correspondido, sin embargo, puede llevar al vacío, la ansiedad o la desesperación. El amor romántico puede así vacilar entre estados de éxtasis y miseria. Quizás ninguna otra característica de nuestras vidas nos pueda elevar o derrumbar tanto como el amor romántico.

Encaprichamiento versus «amor verdadero»: ¿El tiempo lo dirá? Quizás vuestras miradas se cruzaron en una habitación atestada, como los enamorados en *West Side Story*. O quizás lo conociste cuando ambos fuisteis asignados al mismo lugar del laboratorio de química —menos romántico pero más cercano a la llama—. Sin embargo, ocurrió; en el momento del encuentro sentiste como una descarga eléctrica que atravesó todo tu cuerpo y no podías quitártelo (o quitártela) de la cabeza. Pero, ¿estabas verdaderamente enamorado o fue un mero encaprichamiento pasajero? ¿Fue un encaprichamiento o «amor verdadero», un «verdadero», duradero y mutuo amor? ¿Cómo los distingues?

Quizás no puedas, al menos no al principio. El **encaprichamiento** es un estado de intensa absorción o focalización en otra persona. Normalmente se acompaña por deseo sexual, euforia y excitación psicológica o emoción. Algunos se refieren a la pasión como encaprichamiento; otros la describen como «estar colado por alguien». Ambos sugieren que es un capricho pasajero. Durante el encaprichamiento, tu corazón puede latir con fuerza siempre que la otra persona se acerque o entre en tus fantasías.

Durante el primer mes, o dos, el encaprichamiento y las formas de amor romántico más duraderas son difíciles de diferenciar. Al principio, ambos pueden caracterizarse por una focalización fascinada en el otro o una absorción intensa. Las personas encaprichadas pueden volverse absortas hasta el punto de no poder dormir, trabajar o realizar las tareas rutinarias del hogar. La lógica y la razón son desechadas (Hatfield & Rapson, 2002). Las personas encaprichadas idealizan a sus objetos de amor y pasan por



¿Encaprichamiento o «amor verdadero»? El encaprichamiento es un estado de intensa absorción por otra persona. Se caracteriza por gran un deseo sexual y excitación general. El encaprichamiento se identifica a menudo con la pasión o con «estar colado por alguien». Se asume que el encaprichamiento se desvanece cuando se desarrolla la relación.

Encaprichamiento

Estado de intensa absorción o focalización en otra persona, que normalmente se acompaña por deseo sexual, euforia y excitación psicológica general; pasión.

Autoevaluación

¿Eres romántico o realista? La Escala de Actitudes ante el Amor

David Knox, de la Universidad de Carolina del Este, contrasta el amor romántico con el amor realista —el tipo de amor que se mantiene a través de los años—. Las parejas que comparten un amor realista tienen las anteojeras quitadas. Se aceptan y se celebran el uno al otro, con todos sus defectos.

Knox (1983) desarrolló la Escala de Actitudes ante el Amor para evaluar el grado en que una persona es romántica o realista ante el amor. ¿Cuál es tu caso? ¿Eres realista o romántico en lo que se refiere al amor? Para averiguarlo, completa la escala y después cotéjala con la plantilla de puntuación en el Apéndice.

Instrucciones: Rodea el número que mejor representa tu opinión en cada ítem de acuerdo con el siguiente código. Suma tus puntuaciones para obtener el resultado total.

- 1 = Totalmente de acuerdo (TA)
- 2 = Ligeramente de acuerdo (LA)
- 3 = Indeciso (I)
- 4 = Ligeramente en desacuerdo (LD)
- 5 = Totalmente en desacuerdo (TD)

- | | |
|---|-----------|
| 1. El amor no tiene sentido. Es lo que es y nada más. | 1 2 3 4 5 |
| 2. Cuando te enamoras perdidamente, seguro que es amor verdadero. | 1 2 3 4 5 |
| 3. Cuando te enamoras de alguien y te gustaría casarte pero no puedes, es una tragedia. | 1 2 3 4 5 |
| 4. Cuando golpea el amor, lo sabes. | 1 2 3 4 5 |
| 5. Los intereses comunes no son realmente importantes; si estáis enamorados, os arreglaréis. | 1 2 3 4 5 |
| 6. No importa si te casas después de haber conocido a tu pareja hace poco tiempo, estáis enamorados. | 1 2 3 4 5 |
| 7. Si vas a enamorarte de una persona, lo «sabrás» al poco tiempo. | 1 2 3 4 5 |
| 8. Siempre que dos personas se quieren, las diferencias en su formación académica no importan. | 1 2 3 4 5 |
| 9. Puedes amar a alguien aunque no te caigan bien ninguno de sus amigos. | 1 2 3 4 5 |
| 10. Cuando estás enamorado, normalmente estás aturdido. | 1 2 3 4 5 |
| 11. El amor «a primera vista» es a menudo el más profundo y el tipo más duradero de amor. | 1 2 3 4 5 |
| 12. Cuando estás enamorado, no importa lo que haga tu pareja porque lo amarás o la amarás de cualquier manera. | 1 2 3 4 5 |
| 13. Siempre que ames realmente a una persona, serás capaz de solucionar los problemas que tienes con esa persona. | 1 2 3 4 5 |
| 14. Normalmente puedes amar de verdad y ser feliz solo con una o dos personas en el mundo. | 1 2 3 4 5 |
| 15. Sin hacer caso de otros factores, si verdaderamente amas a una persona, esa es una buena razón para casarte con esa persona. | 1 2 3 4 5 |
| 16. Es necesario estar enamorado de la persona con la que te casas para ser feliz. | 1 2 3 4 5 |
| 17. El amor es más un sentimiento que una relación. | 1 2 3 4 5 |
| 18. Las personas no deberían casarse a menos que estuvieran enamoradas. | 1 2 3 4 5 |
| 19. Muchas personas aman de verdad solo una vez en su vida. | 1 2 3 4 5 |
| 20. En algún lugar existe la pareja ideal para cada persona. | 1 2 3 4 5 |
| 21. En la mayoría de los casos, sabrás, cuando la conozcas, que es la pareja perfecta. | 1 2 3 4 5 |
| 22. Normalmente, los celos varían proporcionalmente con el amor; es decir, cuanto más enamorado estés, mayor será tu tendencia a estar celoso. | 1 2 3 4 5 |
| 23. Cuando estás enamorado, estás más motivado por lo que sientes que por lo que piensas. | 1 2 3 4 5 |
| 24. El amor se describe mejor como un excitante que como un calmante. | 1 2 3 4 5 |
| 25. La mayoría de los divorcios se producen probablemente por la desaparición del amor más que por una falta de compatibilidad. | 1 2 3 4 5 |
| 26. Cuando estás enamorado, normalmente tu juicio no está demasiado claro. | 1 2 3 4 5 |
| 27. A menudo el amor aparece sólo una vez en la vida. | 1 2 3 4 5 |
| 28. A menudo el amor es una emoción violenta e incontrolable. | 1 2 3 4 5 |
| 29. Cuando eliges una pareja para el matrimonio, las diferencias en la clase social y la religión son de poca importancia comparadas con el amor. | 1 2 3 4 5 |
| 30. No importa lo que diga nadie, el amor no se puede entender. | 1 2 3 4 5 |
| Puntuación total de la escala de actitudes ante el amor: | _____ |

Fuente: Knox, D. (1983): *The Love Attitudes Inventory* (rev. ed.). Saluda, N. C.: *Family Life Publications*. Reimpreso con permiso.

alto sus faltas. La prudencia puede ser lanzada al viento. En algunos casos, las parejas, en medio del encaprichamiento, corren al altar, solo para darse cuenta, unas pocas semanas o meses más tarde, de que no están hechos el uno para el otro.

A medida que el tiempo pasa, los signos que distinguen el encaprichamiento de un amor romántico duradero empiezan a emerger. Los miembros de la pareja empiezan a verse el uno al otro de una manera más realista y deciden si la relación debería continuar o no. Aunque la tendencia a idealizar nuestro amor es más fuerte al comienzo de la relación, deberíamos advertir que una denominada «ilusión positiva» con el otro tiende a persistir en las relaciones (Martz *et al.*, 1998). Es decir, mantenemos una cierta tendencia a diferenciar positivamente nuestras parejas de la media y también a diferenciar el valor de nuestras relaciones de la media.

El encaprichamiento se basa en sentimientos de pasión, pero no en profundos sentimientos de cariño y cuidado, que caracterizan un amor mutuo más duradero (Hatfield & Rapson, 2002). Aunque el encaprichamiento puede ser una moda pasajera, puede ser sustituido con el tiempo por los más profundos sentimientos de cariño y cuidado que caracterizan las relaciones amorosas duraderas.

Debe tenerse en cuenta, también, que el encaprichamiento no es necesariamente el primer paso en el sendero hacia un amor mutuo duradero. Algunas parejas desarrollan profundos sentimientos de amor sin haber experimentado los fuegos artificiales del encaprichamiento (Barnes & Sternberg, 1997). O, en otras ocasiones, un miembro de la pareja se encapricha, mientras el otro puede mantenerse al margen.

Los modelos contemporáneos de amor: ¿se atreve la ciencia a inmiscuirse?

A pesar de la importancia del amor, los científicos le han prestado poca atención hasta tiempos recientes. Incluso algunas personas creen que el amor no puede ser analizado científicamente. El amor, sostienen, debería dejarse a los poetas, los filósofos y los teólogos. No obstante, en la actualidad, los investigadores están aplicando el método científico a su estudio. Reconocen que el amor es un concepto complejo, que implica muchas áreas de la experiencia —emocional, cognitiva, y motivacional (Berscheid, 2003)—. Por otra parte, los estudios han reforzado el punto de vista de los griegos de que existen diferentes tipos y estilos de amor. Consideremos algunas de las visiones del amor que han propuesto investigadores recientes.

El amor como una valoración de la excitación. Pregunta: ¿Cuál es el modelo de amor propuesto por Berscheid y Walster? Las psicólogas sociales Ellen Berscheid y Elaine Hatfield (Berscheid, 2003; Berscheid & Walster, 1978; Hatfield & Rapson, 2002) definen el **amor romántico** en términos de un estado de intensa excitación psicológica y valoración cognitiva de esa excitación como amor. La excitación psicológica puede experimentarse como palpitaciones del corazón, manos sudorosas y mariposas en el estómago cuando uno está en presencia del amado o está pensando en él. La valoración cognitiva de la excitación significa atribuirle a alguna causa, como el temor o el amor. La percepción de que uno se ha enamorado deriva así de varios eventos simultáneos: (1) un estado de intensa excitación psicológica que se relaciona con un objeto amoroso apropiado (es decir, una persona, no un evento como un concierto de rock); (2) un entorno cultural que idealiza el amor romántico, y (3) la atribución de la excitación a los sentimientos de amor hacia la persona.

Estilos de amor. Pregunta: ¿Cuáles son los modelos de amor? Algunos psicólogos hablan en términos de «modelos o tipos de amor». Susan y Clyde Hendrick (2002) describen el amor como una emoción positiva que contribuye a la felicidad, a los sentimientos de bienestar

Amor romántico Un tipo de amor caracterizado por sentimientos de pasión e intimidad.

psicológico y al optimismo acerca del futuro (2002). Los Hendricks (2003) desarrollaron una Escala de Actitud ante el Amor que sugiere la existencia de seis modelos de amor. A continuación tienes un listado de estos tipos de amor. Cada uno es ejemplificado por ítems o afirmaciones similares a los de la escala original. Como puedes ver, los modelos están en deuda con los griegos:

1. Amor romántico (*eros*): «Mi amado es mi tipo ideal.» «Mi amado y yo nos sentimos atraídos el uno por el otro inmediatamente.»
2. Amor lúdico (*ludus*): «Mantengo a mi amado en el aire, acerca de mi compromiso.» «Tengo aventuras amorosas con mucha facilidad.»
3. La amistad (*storge, filia*): «El mejor amor surge de una amistad duradera.»
4. Amor razonado (*pragma*): «Considero lo que me ofrece un amante en la vida, antes de comprometerme.» «Considero si mi amado será un buen padre.»
5. Amor excitante, posesivo (*mania*): «Estoy tan excitado con mi amado que no puedo dormir.» «Cuando mi amado me ignora, me pongo malo.»
6. Amor desinteresado (*agape*): «Haría cualquier cosa por ayudar a mi amado.» «Las necesidades y los deseos de mi amado son más importantes que los míos.»

La mayoría de las personas «enamoradas» experimentan alguno de estos modelos, pero los Hendricks (1986) encontraron algunas diferencias sexuales importantes en los modelos de amor. Los universitarios masculinos participan del modelo de amor lúdico más que del amor romántico, en comparación con las universitarias. Éstas tienen más capacidad que los universitarios varones para desarrollar modelos de amor posesivos, lógicos y amistosos. (No había diferencias sexuales en el amor desinteresado.)

Los Hendricks (2003) también han encontrado que las parejas románticas tienden a experimentar los mismos tipos de modelos de amor. También encuentran evidencia de que las parejas que viven modelos de amor romántico y desinteresado tienen una mayor probabilidad de permanecer juntos. Sin embargo, un modelo de amor lúdico lleva a la infelicidad y es una razón frecuente de que las relaciones se terminen.

Teoría triangular del amor de Sternberg. Pregunta: ¿Qué es la teoría triangular del amor de Sternberg? El psicólogo Robert Sternberg (1986, 1988) ofrece una «teoría triangular» del amor que permite organizar las relaciones entre los tipos de amor propuestos de forma yuxtapuesta por muchos teóricos, incluyendo el amor apasionado, el amor romántico y el amor de pareja (Hatfield & Rapson, 2002; Hendrick & Hendrick, 2003). Los tres bloques constructivos, o componentes de las experiencias amorosas, incluyen:

1. *Intimidad*: Experiencia de afecto hacia otra persona que surge por los sentimientos de cercanía, vínculo afectivo y relación con el otro. La intimidad también implica el deseo de dar y recibir apoyo emocional y de compartir los pensamientos más íntimos con el otro.
2. *Pasión*: Intenso deseo sexual o romántico por otra persona, que está acompañado de excitación psicológica.
3. *Compromiso*: Un componente del amor que implica *compromiso* para mantener la relación en los buenos y en los malos momentos.

El modelo de Sternberg es triangular, de manera que los tipos de amor pueden conceptualizarse en términos de un triángulo en el que cada vértice representa uno de los bloques que permite esta construcción (véase la Figura 6.2). La fuerza de cada componente puede representarse por la forma del triángulo. Por ejemplo, un amor en el que los tres componentes estén igualmente balanceados —como en el amor consumado— podría representarse por un triángulo equilátero, como en la Figura 6.2.

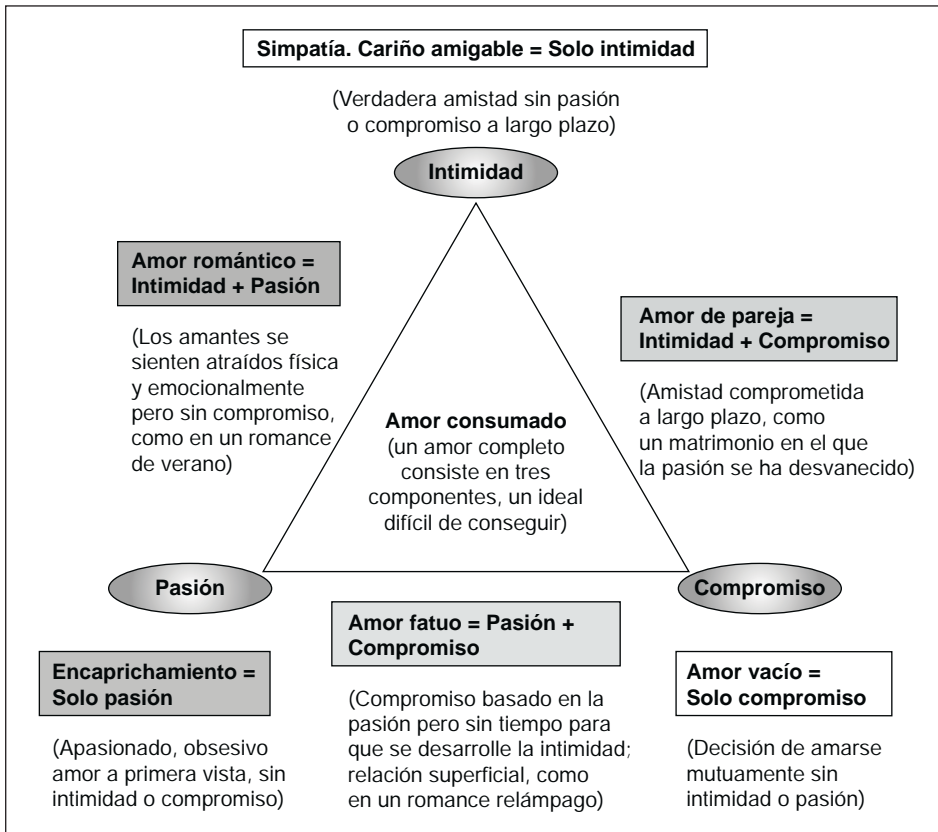


Figura 6.2. Modelo triangular del amor. Según el psicólogo Robert Sternberg, el amor consiste en tres componentes, como se muestra por los vértices de este triángulo. Los diferentes tipos de amor consisten en las diferentes combinaciones de estos componentes. El amor romántico, por ejemplo, consta de pasión e intimidad. El amor consumado—el ideal cultural—consta de los tres.

Los Hendricks (2003) advirtieron que las parejas en una relación romántica tienden a compartir modelos de amor similares. En términos del modelo de Sternberg, las parejas están bien compenetradas si poseen niveles de compromiso, intimidad y pasión que se corresponden (Drigotas *et al.*, 1999; Sternberg, 1988). La compatibilidad se puede representar visualmente en términos de la congruencia de los triángulos del amor. La Figura 6.3 (A) muestra un ajuste perfecto, en el que los triángulos son congruentes. La Figura 6.3 (B) representa un buen ajuste; las parejas son similares en los tres bloques constructores del amor. La Figura 6.3 (C) muestra un desajuste; entre los componentes de la pareja existen

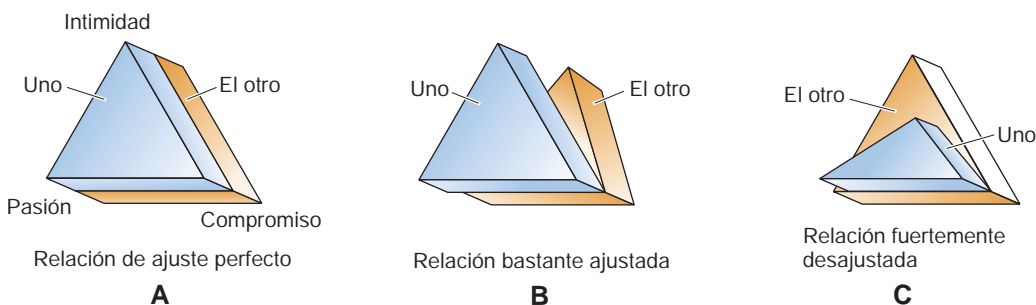


Figura 6.3. Compatibilidad e incompatibilidad, según el modelo triangular del amor. La compatibilidad en términos de los tipos de amor de Sternberg se puede representar como triángulos. La parte A muestra un ajuste perfecto en el cual los triángulos son congruentes. La parte B representa un buen ajuste; los miembros de la pareja son similares según las tres dimensiones. La parte C muestra un desajuste. Existen diferencias muy importantes entre los miembros de la pareja en los tres componentes.

Autoevaluación

La escala amorosa triangular de Sternberg

¿Cuáles son los componentes más fuertes de tu relación amorosa? ¿La intimidad? ¿La pasión? ¿El compromiso? ¿Los tres? ¿Dos de ellos?

Para completar la siguiente escala, completa los espacios vacíos con el nombre de una persona a la que ames o te importe profundamente. Después evalúa tu acuerdo con cada uno de los ítems utilizando una escala de 9 puntos en la cual 1 = «en absoluto», 5 = «moderadamente» y 9 = «extremadamente». Utiliza puntuaciones intermedias para indicar niveles intermedios de acuerdo entre estos valores. Después consulta la plantilla de puntuación en el Apéndice.

Componente de intimidad

- ___ 1. Yo, de manera activa, doy apoyo al bienestar de _____.
- ___ 2. Tengo una relación cálida con _____.
- ___ 3. Soy capaz de contar con _____ en momentos de necesidad.
- ___ 4. _____ es capaz de contar conmigo en momentos de necesidad.
- ___ 5. Estoy dispuesto/a a compartir mi persona y mis posesiones con _____.
- ___ 6. Recibo apoyo emocional considerable de _____.
- ___ 7. Doy apoyo emocional considerable a _____.
- ___ 8. Me comunico bien con _____.
- ___ 9. Valoro mucho a _____ en mi vida.
- ___ 10. Me siento muy cercano/a a _____.
- ___ 11. Tengo una agradable relación con _____.
- ___ 12. Siento que realmente entiendo a _____.
- ___ 13. Siento que _____ realmente me entiende.
- ___ 14. Siento que puedo realmente confiar en _____.
- ___ 15. Comparto profundamente información personal acerca de mí con _____.

Componente pasional

- ___ 16. Solo ver a _____ me excita.
- ___ 17. Me encuentro a mí mismo/a pensando en _____ frecuentemente durante el día.
- ___ 18. Mi relación con _____ es muy romántica.
- ___ 19. Encuentro a _____ que es personalmente muy atractivo/a.
- ___ 20. Idealizo a _____.

- ___ 21. No puedo imaginar a otra persona haciéndome tan feliz como me hace _____.
- ___ 22. Quiero estar con _____ más que con ninguna otra persona.
- ___ 23. No hay nada más importante para mí que mi relación con _____.
- ___ 24. Me gusta especialmente el contacto físico con _____.
- ___ 25. Hay algo casi «mágico» en mi relación con _____.
- ___ 26. Adoro a _____.
- ___ 27. No me puedo imaginar la vida sin _____.
- ___ 28. Mi relación con _____ es apasionada.
- ___ 29. Cuando veo películas románticas y leo novelas de amor, pienso en _____.
- ___ 30. Tengo fantasías con _____.

Componente de compromiso

- ___ 31. Sé que cuido de _____.
- ___ 32. Estoy comprometido/a a mantener mi relación con _____.
- ___ 33. Por mi compromiso con _____, no dejo que otras personas se interpongan entre nosotros.
- ___ 34. Tengo confianza en la estabilidad de mi relación con _____.
- ___ 35. No dejaría que nada se interpusiera en el camino de mi relación con _____.
- ___ 36. Espero que mi amor por _____ dure el resto de mi vida.
- ___ 37. Siempre sentiré una fuerte responsabilidad por _____.
- ___ 38. Veo mi relación con _____ muy sólida.
- ___ 39. No puedo imaginar terminar mi relación con _____.
- ___ 40. Estoy muy seguro/a de mi amor por _____.
- ___ 41. Veo mi relación con _____ como permanente.
- ___ 42. Veo mi relación con _____ como una buena decisión.
- ___ 43. Siento responsabilidad hacia _____.
- ___ 44. Tengo la intención de continuar mi relación con _____.
- ___ 45. Incluso cuando es difícil tratar a _____, sigo comprometido en nuestra relación.

Fuente: Sternberg, 1988. Reimpreso con permiso de Basic Books, Inc., Publishers, Nueva York.

diferencias muy importantes en los tres componentes. Las relaciones encallan cuando las parejas no encajan. Una relación puede apagarse, más que encenderse, cuando un miembro de la pareja experimenta más pasión que el otro, o cuando uno quiere un compromiso a largo plazo, mientras la idea del otro del compromiso es pasar la noche.

Según el modelo de Sternberg, varias combinaciones de los tres elementos del amor caracterizan diferentes tipos de relaciones amorosas (véase la Figura 6.2 y la Tabla 6.2). Por ejemplo, el encaprichamiento (amor apasionado) se tipifica por un fuerte deseo sexual, pero no por intimidad y compromiso. Los componentes de la pareja pueden sentir amor apasionado mutuo, o, como en el caso de Tom, esos sentimientos pueden no ser correspondidos:

Tom se sentó detrás de Lisa en clase de física. Tom odiaba la física, pero no podía decir lo mismo de Lisa. Una mirada hacia ella fue suficiente para cambiar su vida. Había caído, estaba locamente enamorado por ella. En lugar de escuchar al profesor o mirar a la pizarra, contemplaba a Lisa durante toda la clase. Lisa era consciente de esto y no le agradaba en absoluto. Ella no se preocupaba demasiado de Tom, y cuando él intentaba empezar una conversación con ella, ella se escapaba tan rápido como podía. El protagonismo de Tom y su torpeza, cuando se dirigía a ella, le hacían sentirse incómoda. Tom, por otro lado, podía pensar en poco más, aparte de Lisa, por lo que sus notas empezaron a resentirse, mientras dedicaba el tiempo para hacer sus tareas escolares en casa a pensar en Lisa. Era un chico obsesionado. La obsesión podía haber durado algún tiempo más, pero Tom y Lisa se graduaron y fueron a diferentes universidades. Tom nunca volvió a ver a Lisa, y después de algunas cartas de amor no respondidas, finalmente se olvidó de ella. (Sternberg, 1988, p. 123)

TABLA 6.2

Tipos de amor, según el modelo triangular de Sternberg

- | | |
|---------------------|--|
| 1. Ausencia de amor | Relación en la cual los tres componentes del amor están ausentes. La mayoría de nuestras relaciones son de este tipo: interacciones casuales o de conocimiento que no implican elementos amorosos. |
| 2. Simpatía/amistad | Experiencia amorosa con otra persona o una amistad en la cual la intimidad está presente, pero no hay pasión ni compromiso. |
| 3. Encaprichamiento | Tipo de «amor a primera vista» en el cual uno experimenta deseos apasionados por otra persona, en ausencia de los componentes de intimidad y compromiso. |
| 4. Amor vacío | Tipo de amor caracterizado por el compromiso (para mantener la relación) en ausencia de pasión e intimidad. Son de este tipo las relaciones estancadas que ya no implican la intimidad emocional ni la atracción física que una vez las caracterizaron. |
| 5. Amor romántico | Experiencia amorosa caracterizada por la combinación de pasión e intimidad pero sin compromiso. |
| 6. Amor de pareja | Tipo de amor que deriva de la combinación de los componentes del amor intimidad y compromiso. Este tipo de amor a menudo ocurre en relaciones a largo plazo en las cuales la atracción apasionada entre los miembros de la pareja ha muerto y ha sido reemplazada por un tipo de amistad comprometida. |
| 7. Amor fatuo | Tipo de amor asociado con romances relámpago y «matrimonios precipitados» en los cuales los componentes del amor pasión y compromiso están presentes, pero la intimidad no lo está. |
| 8. Amor consumado | Medida completa del amor que implica la combinación de pasión, intimidad y compromiso. La mayoría de nosotros nos esforzamos por conseguir este tipo de amor completo en nuestras relaciones románticas. Mantener el amor consumado puede ser más duro que conseguirlo. |

La simpatía es la base de la amistad. Consiste en sentimientos de cercanía y calidez emocional sin pasión o compromiso. La simpatía no se siente hacia los conocidos pasajeros. Se reserva para las personas de las cuales uno se siente lo suficientemente cercano como para compartir los sentimientos y pensamientos más íntimos. Sin embargo, a veces desarrollamos estas relaciones íntimas sin hacer el compromiso de mantener una relación a largo plazo, que tipifica otros tipos de amor. Pero la simpatía puede evolucionar hasta amor apasionado o hacia una forma de amor más comprometida, llamada amor de pareja por muchos autores, incluidos Sternberg (1988), Clyde y Susan Hendrick (2003) y Elaine Hatfield (Hatfield & Rapson, 2002).

Deberían los amantes ser amigos, ¿o son los amantes y los amigos polos opuestos que nunca se encuentran? La relación de Candy y Stretch adolece de la cualidad más a menudo asociada con la verdadera amistad: la buena voluntad de compartir confidencias. A pesar de su intimidad física, su relación permanecía tan superficial que ni siquiera podían compartir la información acerca de sus antecedentes religiosos.

Candy y Stretch estaban «enamorado», aunque estaban lejos de la amistad. La amistad y el amor apasionado no necesariamente tienen que solaparse. Sin embargo, no hay nada que impida a las personas enamoradas ser buenos amigos, quizás incluso los mejores amigos. El modelo de Sternberg reconoce que la intimidad que encontramos en la verdadera amistad y la pasión que encontramos en el amor están mezcladas en dos formas de amor: amor romántico y amor consumado. Sin embargo, estos tipos de amor difieren en la dimensión de compromiso.

El amor romántico tiene ambas, pasión e intimidad, pero carece de compromiso. El amor romántico puede arder con intensidad y después apagarse. O se puede desarrollar en un amor más completo, llamado amor consumado, en el cual florecen los tres componentes. El deseo está acompañado por una intimidad y compromiso más profundos. Las llamas de la pasión se pueden alimentar a lo largo de los años, aunque no ardan con tanta intensidad como lo hicieron una vez. El amor consumado es lo más especial y, ciertamente, el ideal hacia el cual desean llegar los occidentales.

En el amor vacío, por contraste, no hay nada sino compromiso. No existen ni la calidez emocional del abrazo de la intimidad ni la llama de la pasión. En el amor vacío, el amado es una persona a la cual uno tolera y conserva por un sentido del deber. Una relación carente de amor se mantiene, a menudo, únicamente por obligación personal y social (Cox *et al.*, 1997). La prescripción personal se basa en la creencia de que uno debería continuar en la relación. La prescripción social se basa en la creencia de los amigos o los miembros de la familia, que consideran que lo correcto es continuar en la relación.

A veces una relación amorosa tiene ambos componentes, pasión y compromiso, pero carece de intimidad. Sternberg la llama amor fatuo (insensato). El amor fatuo se asocia con los romances relámpago, que arden con intensidad, mientras los miembros de la pareja se dan cuenta de que no encajan. La intimidad se puede desarrollar en esas relaciones, pero las parejas que se lanzan precipitadamente al compromiso del matrimonio, sin intimidad, a menudo descubren que la relación no cumple sus expectativas.

En el amor de pareja, la intimidad y el compromiso son fuertes, pero la pasión está ausente. Esta forma de amor tipifica las relaciones a largo plazo (llamadas platónicas) y los matrimonios en los que la pasión ha menguado, pero en los que hay una amistad profunda por aquellas personas con las cuales nuestras vidas están entrelazadas (Hatfield & Rapson, 2002; Hendrick & Hendrick, 2003).

El balance entre los tres componentes del amor de Sternberg suele cambiar a lo largo del curso de una relación. Una fuerte dosis de los tres componentes —encontrados en el amor consumado— caracteriza, para la mayoría de nosotros, una relación ideal. Al

comienzo de una relación, las pasiones pueden ser fuertes, pero débilmente íntimas. Las parejas primero solo pueden conocer bien sus pensamientos y sentimientos más íntimos. Sin embargo, el tiempo por sí solo no hace que se desarrollen la intimidad y el compromiso. Algunas parejas son capaces de mirarse con ojos de miope el uno al otro y comprometerse significativamente en estadios relativamente tempranos de sus relaciones. Por otra parte, las parejas que han estado juntas durante muchos años pueden permanecer distantes o dudar de sus compromisos. Algunas parejas experimentan solo un pálido atisbo de pasión temprana en su relación, que después se extingue rápidamente. Para algunos, las llamas de la pasión arden siempre con más intensidad. Sin embargo, la mayoría de las parejas encuentran que la pasión tiende a desvanecerse, mientras que la intimidad y el compromiso crecen más fuertes.

El conocimiento de estos componentes del amor puede ayudar a las parejas a evitar los escollos. Las parejas que reconozcan que la pasión ejerce una fuerte presión al principio de la relación estarán más dispuestas a dejar que la pasión les lleve hacia una relación legal a largo plazo. Las parejas que reconozcan que es normal que las pasiones se desvanezcan, pueden evitar creer que su relación amorosa se está terminando y ser capaces de pensar que está evolucionando hacia una forma de amor más profunda, más íntima y comprometida. Este conocimiento puede animar a las parejas para que se centren en la manera de volver a encender las ascuas del amor, más que en buscar la huida ante las primeras señales de que las ascuas se han enfriado.

En este capítulo hemos discutido la atracción interpersonal, la fuerza que inicia el contacto social. En el siguiente capítulo seguiremos el desarrollo de los contactos en las relaciones íntimas.

Relaciones y comunicación



El ABC de las relaciones románticas

Una charla no tan breve: una prueba para construir una relación

Los saludos: ¿cómo haces que las cosas comiencen?

La autorrevelación: dime y te diré... con cuidado

La intimidad: compartir los pensamientos y los sentimientos más íntimos

La sexualidad humana en el nuevo milenio. En un romance moderno por correo electrónico, la «papelera» está a la distancia de un golpe de clic

Los celos: ¿es el mundo en la vida real *La Isla de la Tentación?*

La sexualidad humana en el nuevo milenio. Un romance a larga distancia, disponible en la web

De cerca. Consejos para las mujeres jóvenes: cómo prepararse para la vida de casadas

Respuestas para el deterioro de una relación

La ruptura, romper resulta (a menudo) difícil

La soledad: «¿De dónde salen todos los solitarios?»

Las causas de la soledad

Enfrentarse a la soledad

La satisfacción en las relaciones: la comunicación es clave

La investigación de Gottman sobre la satisfacción en las relaciones

Habilidades comunicativas para mejorar las relaciones sexuales: cómo conseguirlo

De cerca. La polémica de la escucha activa

El ABC de las relaciones románticas

Pregunta: ¿Cómo evolucionan las relaciones románticas? Éstas, como las personas, pasan por varias etapas en su evolución. Según la **teoría de intercambio social**, esta evolución pone en evidencia los intercambios sociales, los cuales implican recompensas y costes tanto por mantener la relación como por oponerse a disolverla. Durante cada etapa, los factores positivos influyen en los miembros de la pareja para mantener y mejorar la relación, mientras que los factores negativos les influyen para dejarla y para que se deteriore.

Muchos han sido los investigadores que han descrito el desarrollo de las relaciones románticas en términos de fases o etapas (Berscheid & Reis, 1998; Dindia & Timmerman, 2003; Hendrick & Hendrick, 2000; Honeycutt & Cantrill, 2001; Levinger, 1980). A partir de estos trabajos, podemos construir un modelo de las **relaciones románticas** en cinco etapas: (1) *atracción*, (2) *construcción*, (3) *continuación*, (4) *deterioro* y (5) *terminación* o *finalización*.

La *atracción* ocurre cuando dos personas se interesan el uno por el otro y se encuentran atractivos y seductores. Nos podemos sentir atraídos hacia una persona encantadora en «una habitación llena de gente», en un despacho cerca del nuestro o en una nueva clase. Podemos conocer gente en citas a ciegas, siendo presentados por amigos mutuos, por ordenador o por «accidente». En el estudio NHSL (Michael *et al.*, 1994), las personas casadas han conocido a sus parejas a través de amigos mutuos (35 por ciento) o autopresentaciones (32 por ciento) (véase la Figura 7.1). Otras formas de encontrarse llegan a través de los miembros de la familia (15 por ciento) y los compañeros del trabajo o de clase, o de los vecinos (13 por ciento). Las parejas que no están casadas también dicen haber conocido a sus parejas a través de amigos mutuos y autopresentaciones (Michael *et al.*, 1994).

Estar de buen humor aparentemente eleva la capacidad de atracción. George Levinger y sus colegas (Forgas *et al.*, 1994) expusieron a 128 espectadores masculinos y femeninos a una película divertida y a otra triste. Los que vieron la película divertida dijeron haberse sentido más positivos hacia sus parejas y sus relaciones. (Piénsate dos veces la película que vas a ver con tu pareja.)

Los factores que nos motivan para construir una relación incluyen un atractivo físico semejante, actitudes semejantes y atracción mutua. Los factores que disuaden de construir una relación son la falta de atractivo físico, actitudes diferentes y falta de atracción mutua.

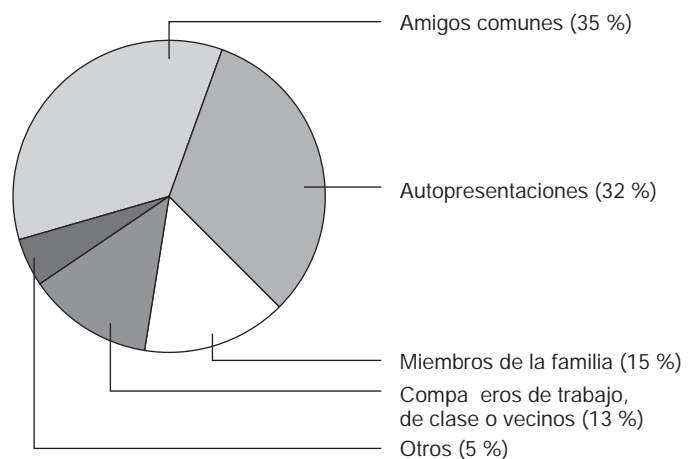
Muchos estudios muestran que los hombres tienden a ser más «románticos» (en el sentido de «apasionados») que las mujeres a la hora de construir una relación. Por ejemplo,

Teoría del intercambio social

Punto de vista de que la evolución de una relación pone de manifiesto los intercambios sociales, es decir, las recompensas y los costes de mantener la relación como oposición a darla por terminada.

Modelo ABC (del inglés *Attraction, Building, Continuation...*). Punto de vista de que las relaciones románticas comprenden cinco etapas o fases: atracción, construcción, continuación, deterioro y finalización.

Figura 7.1. *Cómo conocen las personas a sus parejas. Según el estudio NHSL (Michael et al., 1994), dos tercios de las personas casadas conocieron a sus parejas a través de amigos mutuos o autopresentaciones. Éstas también fueron las principales formas de conocerse las parejas en las relaciones comprometidas.*



tres estudios alemanes encontraron que los hombres, más que las mujeres, se centran en el sexo y en la diversión, mientras que aquéllas dan más importancia a aspectos como la habilidad comunicativa y la reciprocidad (Hassebrauck, 2003). Así, en las relaciones entre hombres, ambos miembros de la pareja están dispuestos a considerar la relación sexual relativamente pronto, mientras que en las relaciones entre mujeres, ambas suelen mostrarse cautas, a menos que se rebelen contra los estereotipos femeninos. Los hallazgos del estudio alemán también encajan con el punto de vista evolucionista, que defiende que el hombre suele ser quien toma la iniciativa en la relación sexual mientras la mujer probablemente se fije más en si la otra persona es digna de confianza.

Una charla no tan breve: una prueba para construir una relación

Pregunta: *¿Cuál es el papel de una breve charla en la construcción de una relación?* Una breve charla permite a las personas evaluarse el uno al otro durante las etapas más tempranas de la construcción de una relación. Ayuda a las personas a encontrar aspectos comunes —actitudes e intereses que coinciden— y poner a prueba sus sentimientos de atracción (Knapp & Vangelista, 2000). Las charlas breves hacen hincapié en tópicos, más que las discusiones profundas. Entablar una breve charla puede parecer «una tontería», pero es un tanteo legítimo para una eventual relación.

Los saludos: ¿cómo haces que las cosas comiencen?

Pregunta: *¿Cuál es el papel de los saludos en la construcción de una relación?* Un tipo de charla breve es el saludo. Normalmente antepone el contacto visual y decidimos intentar hablar si el contacto visual es recíproco. Evitar el contacto visual puede significar que la persona es tímida, pero también puede significar ausencia de interés. Si estás interesado en alguien, intenta una sonrisa y el contacto visual. Si el contacto visual es recíproco, intenta un saludo. Éstos incluyen:

Saludos verbales, como «Buenos días».

Preguntas personales, como «¿Qué estás haciendo?».

Cumplidos, como «Me gusta tu traje».

Referencias a vuestros entornos mutuos, como «¿Qué opinas de esa pintura?» o «Este es un bonito apartamento, ¿verdad?».

Referencias a personas o eventos del entorno inmediato, como «¿Has seguido al equipo local?».

Referencias a la conducta de la otra persona, como «No pude evitar notar que estabas sentado solo» o «Te veo cada sábado por la mañana».

Referencias a vuestra propia conducta o a ti mismo, como «Hola, mi nombre es Julia» (si lo prefieres, puedes utilizar tu propio nombre).

Intercambiar el «nombre, rango y número de serie». Los primeros intercambios suelen incluir el nombre, la ocupación profesional, el estado marital y el lugar de nacimiento. Una especie de intercambio de «nombre, rango y número de serie» con la otra persona. Cada persona busca descubrir antecedentes comunes en el perfil sociológico del otro que puedan proporcionar una base para la conversación. Parece actuar una regla no escrita: «Si te proporciono información sobre mí mismo, tendrás que actuar de manera recíproca y darme una cantidad igual de información acerca de ti mismo. O... te diré dónde nací si tú me dices dónde naciste» (Knapp & Vangelista, 2000). Si la otra persona se muestra indiferente, puede no sentirse atraída por ti. Pero puedes provocar una situación embarazosa o hacer que la otra persona pierda interés si revelas mucho de ti mismo al principio.

Charla breve Tipo de conversación superficial que permite el intercambio de información, pero que recurre a temas tópicos, más que una discusión profunda.

La autorrevelación: dime y te diré... con cuidado

Pregunta: *¿Cuál es el papel de la autorrevelación en la construcción de una relación?* La autorrevelación, o la actitud de sincerarse con alguien, ocupa un lugar central en la construcción de relaciones íntimas (Ben Ze'ev, 2003; Dindia & Timmerman, 2003). Pero, ¿qué tipo de información es conveniente revelar cuando conoces a alguien? Si evitas ir más allá del nombre, el rango y el número de serie, puedes parecer poco interesante o que quisieras ocultar algunas cosas. Pero si dices que tienes un doloroso sarpullido en el muslo puedes haber contado demasiado o demasiado pronto.

Las investigaciones sugieren que deberíamos abstenernos de revelar información íntima demasiado pronto. En un experimento clásico, cómplices de los investigadores (Wortman *et al.*, 1976) mantuvieron conversaciones de diez minutos con los participantes en el estudio. Algunos cómplices revelaron su intimidad rápidamente; los otros revelaron información íntima solo hacia el final de la conversación. En ambos casos la información revelada era idéntica. Después, los participantes en el estudio calificaron a sus interlocutores. Los que habían revelado datos íntimos rápidamente fueron calificados como menos maduros, menos estables, peor adaptados y menos genuinos que los que habían revelado la misma información al final de la conversación.

Por otro lado, una rápida autorrevelación parece ser una nueva norma cuando alguien se conoce en el ciberespacio (Ben-Ze'ev, 2003). El ciberespacio permite el relativo anonimato y posibilita a las personas controlar lo que quieren revelar, para salvaguardar su privacidad incluso cuando incrementan su cercanía y su apertura emocional. La naturaleza de la privacidad cambia en el ciberespacio, porque las materias que normalmente se ocultan en el mundo real aquí frecuentemente se discuten.

Si el **contacto superficial** proporcionado por una breve charla y una autorrevelación inicial ha sido mutuamente recompensado, los miembros de la pareja en una relación tienden a desarrollar sentimientos de atracción mutua (Collins & Miller, 1994). La autorrevelación puede construirse en el curso de una relación, cuando los miembros de la pareja confían el uno en el otro lo suficiente como para compartir sentimientos íntimos.

Diferencias sexuales en la autorrevelación. Una mujer se queja a una amiga: «Nunca se abre a mí. Es como vivir con un muro de piedra». Por lo común, las mujeres manifiestan que los hombres son reacios a expresar sus sentimientos. Los investigadores encuentran que los individuos del tipo masculino, sean hombres o mujeres, tienden a mostrarse menos dispuestos a revelar sus sentimientos, quizás por cumplimiento del tradicional estereotipo masculino de «fortaleza y silencio» (Basow & Rubenfeld, 2003). Un estudio de Susan Basow y Kimberly Rubenfeld (2003) encontró que los individuos del tipo femenino suelen ser más empáticos y escuchan más los problemas de otras personas que los individuos del tipo masculino, independientemente de su sexo anatómico.

Los factores que fomentan la continuación de las relaciones incluyen la búsqueda de vías para introducir variedad y mantener el interés (como intentar nuevas prácticas sexuales y actividades sociales), mostrar pruebas de preocupación y evaluación positiva (como felicitar el día del cumpleaños o el día de San Valentín), confiar en la pareja, percibir justicia en la relación y experimentar sentimientos de satisfacción general. Uno de los éxitos en una relación continuada es la **«mutualidad»**, que lleva a una pareja a considerarse a ellos mismos como «nosotros», no como dos «yo» que están en el mismo lugar al mismo tiempo (Neff & Harter, 2003). La mutualidad favorece la continuación y la profundización en la relación e implica la interdependencia cognitiva. Planear el futuro en los pequeños asuntos (¿qué haré este fin de semana?) y en los grandes asuntos (¿qué haré con

Autorrevelación

Revelación de información personal, quizás íntima.

Contacto superficial

Fase de prueba en la construcción de una relación en la cual las personas buscan antecedentes comunes y comprueban si existen sentimientos de atracción.

Mutualidad

Fase en la construcción de una relación en la cual los miembros de una pareja pasan a considerarse a sí mismos como «nosotros», y no más como dos «yo» que están en el mismo lugar al mismo tiempo.

mi educación y mi carrera?) incluye la consideración de las necesidades y los deseos de la pareja. La interdependencia cognitiva está relacionada con la intimidad, como veremos en el siguiente epígrafe.

La intimidad: compartir los pensamientos y los sentimientos más íntimos

Pregunta: ¿Qué es la intimidad? La **intimidad** consiste en sentimientos de conexión emocional con otra persona y el deseo de compartir los pensamientos y sentimientos más íntimos. Los miembros de una pareja que sienten amor romántico normalmente quieren revelarlo todo y conocer todo el uno del otro (Peven & Shulman, 1999). Junto con el sexo, la intimidad es uno de los ingredientes clave en las relaciones apasionadas (Love & Brown, 1999). Los sentimientos de intimidad y afecto tienden a crecer cuando se desarrollan las relaciones románticas (Nieder & Sieffge-Krenke, 2001). Las relaciones también pasan de ser informales y superficiales a ser relativamente comprometidas (Nieder & Sieffge-Krenke, 2001). Las relaciones íntimas también se caracterizan por la confianza, la preocupación y la aceptación.

La teoría triangular del amor de Sternberg (2003) (véase el Capítulo 6) considera que la intimidad es un componente básico del amor romántico. Pero las personas pueden ser íntimas y no estar enamoradas, al menos no románticamente enamoradas. Los amigos íntimos y los miembros de la familia llegan a ser emocionalmente íntimos cuando cuidan los unos de los otros y comparten sus sentimientos y experiencias.

La intimidad es importante no solo en las relaciones interpersonales, sino también para la salud personal. Los investigadores han encontrado que la intimidad fomenta el bienestar y que su ausencia puede ser psicológicamente y físicamente perjudicial (Driver *et al.*, 2003).

Intimidad y autoestima. Algunos científicos sociales sugieren que conocerse y gustarse uno mismo es un paso inicial hacia la intimidad con los demás. Por el conocimiento y la valoración de ti mismo, identificas tus propios sentimientos y necesidades y desarrollas la seguridad para compartirlas. La investigación sugiere que los miembros de la pareja con baja autoestima tienden a albergar sentimientos de poca seguridad en sí mismos que pueden interferir en el desarrollo y el mantenimiento de relaciones románticas (Murray & Holmes, 2000). Por ejemplo, los experimentos muestran que cuando su pareja está de «mal humor», las personas con baja autoestima tienden a sentirse más responsables por ese mal humor, a sentirse más rechazados y, en consecuencia, a comportarse de una manera más hostil (Bellavia & Murray, 2003). No obstante, las personas con alta autoestima suelen utilizar la aceptación y la aprobación de sus parejas como una manera de mantener sus autoestima cuando se sienten poco seguras de sí mismas (Murray *et al.*, 2001). Es decir, incluso cuando nos sentimos bastante bien con nosotros mismos, podemos confiar en las impresiones que tienen nuestras parejas acerca de nosotros mismos.

Demasiada autoestima puede también ir en detrimento de una relación si toma la forma de narcisismo, o estar uno enamorado de sí mismo. La investigación muestra que el narcisista tiende a jugar con sus parejas, se muestra menos comprometido y tiende a tener alternativas a mano, si la relación no funciona (Campbell *et al.*, 2002). Los mismos investigadores encontraron que la autoestima, como opuesta al narcisismo, estaba positivamente relacionada con el amor romántico.

Otros dos ingredientes de una relación íntima son la confianza y la preocupación. La confianza permite a los miembros de la pareja sentirse confiados en que revelar sentimientos

Intimidad Sentimientos de cercanía y conectividad que están marcados por compartir los pensamientos y sentimientos más íntimos.

La
sexualidad
humana
en el
nuevo
milenio

En un romance moderno por correo electrónico, la «papelera» está a la distancia de un golpe de clic

Una noche de verano, Jason Kellogg, un asistente de publicidad de 24 años, salió de un bar en Brooklyn después de pasar un buen rato hablando con una chica que había conocido esa tarde. Cuando dejó el bar, sus amigos le hicieron las preguntas de rigor: «¿Qué edad tiene?», «¿Vive cerca de aquí?», «¿Tiene alguna amiga guapa?». Y, lo más importante: «¿Te ha dado su número de teléfono?».

Jason vaciló en la última pregunta. «Bueno, no exactamente», contestó. «Me dio su dirección de correo electrónico.»

Era la primera vez que a Jason le habían dado una dirección de correo electrónico en parecidas circunstancias. Le envió un mensaje de correo electrónico unos días más tarde, aunque nunca recibió respuesta. «Supongo que ha sido mejor que un rechazo en el apartamento», dijo. «Probablemente perdió el interés por mi mala ortografía.»

El correo electrónico, que se ha convertido en una herramienta indispensable en el trabajo, está empezando a influir en las relaciones románticas. Con un número creciente de personas que pasan muchas horas frente al ordenador en el trabajo y en casa, el correo electrónico está cambiando la manera de conocerse las personas, el flirteo y las rupturas.

«Han cambiado todos los aspectos de una cita», decía Sherry Amatenstein, una experta en citas del *iVillage online network* (www.ivillage.com) y autora de *The Q & A Dating Book* (Adams Media, 2000). «Las nuevas tecnologías son a la vez una bendición y una maldición para las citas modernas.»



¿Cómo se lo quitará de encima? Quizás le dé una dirección falsa de correo electrónico. Hoy en día algunas mujeres utilizan el correo electrónico como un método para evitar a aquellas personas con las que no tienen ninguna intención de tener una cita. También pueden dar su dirección correcta de correo electrónico pero no responder nunca, o dar direcciones erróneas o que se utilizan raramente. Es el equivalente de dar un número de teléfono equivocado. ¡Hasta nunca!

Una buena razón para pasar de pedir un número de teléfono a pedir una dirección de correo electrónico es la comodidad, en especial para las mujeres. «Es más seguro que un número de teléfono», opinaba Brenda Ross, anunciante de citas en About.com y creadora del *Dating Advice* en el *Geeks Web site* (www.geekcheck.com). «Con unos pocos correos electrónicos puedes conseguir bastantes detalles, averiguar lo que le gusta a un chico, y

íntimos no provoca el ridículo o el rechazo. La confianza normalmente se construye gradualmente, cuando los miembros de la pareja aprenden que es seguro compartir confidencias.

Un estudio realizado en Alemania con 72 adolescentes a los que se hizo un seguimiento entre los 14 y los 20 años de edad encontró que la calidad de las relaciones con sus padres contribuía a su habilidad para confiar en sus parejas románticas (Seiffge-Krenke & Kuehnmund, 2001). La investigación también muestra que las personas confían en sus parejas cuando ven que han hecho inversiones sinceras en la relación, como evidencia, por ejemplo, hacer sacrificios para estar juntos o manifestar la desaprobación de su familia (Rusbult & Van Lange, 2003; Wieselquist *et al.*, 1999). En una relación, el compromiso y la confianza pueden verse como una evolución de acuerdo con un modelo de **crecimiento cíclico mutuo**:

- Sentir que uno necesita a su pareja promueve el compromiso y la dependencia en la relación.
- El compromiso en la relación anima a los miembros de la pareja a hacer cosas que son buenas para la relación (es decir, a realizar «actos prorrelación»).

Crecimiento cíclico mutuo Punto de vista de que la necesidad de una pareja favorece el compromiso; el compromiso promueve actos que mejoran la relación, y estos actos construyen la confianza, incrementando el compromiso de la pareja en la relación.

después decidir si quieres salir con él. Evita un montón de presión.»

Son bastantes las mujeres que utilizan el correo electrónico como una manera de evitar a las personas con las que no tienen ninguna intención de salir. En muchos casos, decía Ross, ocurre que una mujer no quiere dar su número de teléfono pero tampoco quiere que le dé la lata toda la noche un libidinoso Neandertal. Solución: dale tu dirección de correo electrónico y nunca le respondas, o dale una dirección que ya no utilices, es una actualización del viejo truco de dar un número de teléfono falso. Seguramente cogerá la idea, y enviar a la papelera un correo electrónico es más fácil que eludir una llamada telefónica.

Muchos solteros han descubierto que un correo electrónico puede ser la solución a otro viejo problema: ¿cuándo llamar? Ellen Lavery, una mujer de Manhattan de 25 años, se encontró en esa tesitura hace unos meses, la mañana después de una fiesta en la que había intercambiado el número de teléfono y la dirección de correo con un hombre. «Al día siguiente consideraba una llamada telefónica demasiado precipitada, demasiado desesperada», decía. «Una evidente violación de la regla de los tres días. Así que le envié un breve "Podríamos quedar algún día" en un mensaje de correo electrónico. Parecía más aceptable y menos amenazador.»

Tradicionalmente, la primera llamada telefónica puede resultar un trance más angustioso que transportar armas nucleares sobre un puente colgante. Tienes que mantenerte alerta: ser divertido pero no odioso, encantador pero no bobo, profundo pero no psicótico, todo en su sitio. Sin embargo, un mensaje de correo electrónico puede ser el

resultado de varios borradores; las palabras y el tono pueden ser concienzudamente pensados, revisados y editados, y si aún no estás lo bastante seguro, puedes presentarlo a comité. «Siempre muestro mis mensajes de correo electrónico a los amigos antes de enviarlos», decía Drew Brooks, una mujer de Manhattan de 25 años. «Implicar a otras personas es divertido.»

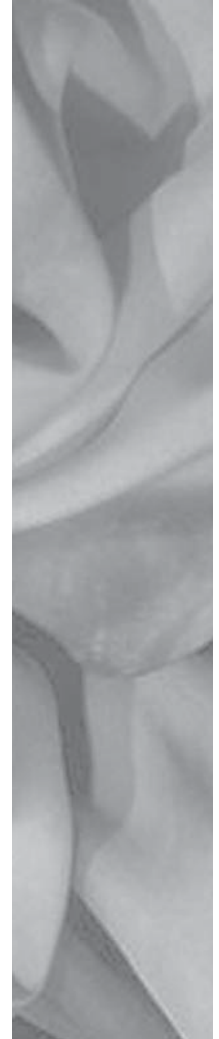
Los solteros que conciertan citas a partir del correo electrónico encuentran que las embarazosas primeras etapas de una relación pueden resultar más sencillas *online*.

Una razón por la que las relaciones llegan más lejos y más rápido por Internet es la naturaleza solitaria del correo electrónico. «Cuando estás utilizando el correo electrónico estás en casa, calentito, en pijama», decía Amatenstein. «Es tan psicológicamente apetecible, que las personas dicen cosas que normalmente no dirían.»

Cada vez más, las personas encuentran que el distanciamiento del correo electrónico simplifica uno de los asuntos potencialmente más complicados en una relación: la ruptura. «El correo electrónico presenta una gran ventaja», decía Brooks. «Cortar con alguien no es nada complicado.»

Sin embargo, no todo el mundo piensa de esa manera. Brenda Ross, cuyo novio formal rompió con ella vía correo electrónico después de haberle hablado de la posibilidad del matrimonio, decía que era lo peor que podía hacer una persona. «El correo electrónico es una gran manera de cortar con alguien», decía, «si eres un cobarde».

Fuente: Reimpreso de Ed Boland (19 de octubre de 2000). «In modern e-mail romance "trash" is just a click away». *The New York Times online*.



- La pareja de uno percibe los actos prorrelación.
- La percepción de los actos prorrelación aumentan la confianza de uno de los miembros de la pareja en el otro y en la relación.
- Los sentimientos de confianza incrementan la buena disposición de los miembros de la pareja para depender de la relación.

La preocupación es un vínculo emocional que permite que se desarrolle la intimidad. La preocupación significa que cada miembro de la pareja intenta satisfacer las necesidades del otro, satisfacer los intereses mutuos y, si es necesario, hacer sacrificios. La investigación muestra que la disposición al sacrificio se relaciona con el compromiso en la relación, con el nivel de satisfacción en la relación y, curiosamente, con escasas alternativas a la relación (Van Lange *et al.*, 1997). En otras palabras, puede resultar difícil encontrar pareja si uno no se sacrifica por las relaciones. ¿Es, por tanto, el autosacrificio un autoservicio (Finkenauer & Meeus, 2000)?

Porque la intimidad implica compartir los más íntimos pensamientos y sentimientos, la honestidad es una característica central de la intimidad. Sin embargo, una persona no necesita ser un «libro abierto» para desarrollar y mantener la intimidad. Algunos aspectos

de la experiencia están mejor guardados, incluso para nuestra más íntima pareja, especialmente cuando pueden resultar embarazosos u ofensivos (Finkenauer & Hazam, 2000). Por ejemplo, no deberíamos esperar que nuestra pareja nos revele cada fantasía sexual que se le pase por la cabeza. Y no sería razonable esperar de nuestras parejas íntimas que nos contaran los detalles de experiencias sexuales pasadas. La honestidad significa comunicar lo que consideramos significativo, no proporcionar detalles hirientes. La intimidad no se establece con la franqueza ni con la crítica brutal, aunque sea honesta.

Comprometerse. Las personas, a veces, pueden abrirse a los extraños en aviones o en trenes, o a los profesionales de la salud, y sin embargo encuentran difícil hablar abiertamente con las personas más cercanas. No obstante, sabemos que no veremos a los extraños de nuevo, o que los profesionales de la salud guardarán el secreto de nuestros asuntos personales. Las verdaderas relaciones íntimas están marcadas por el compromiso de mantener la relación a las duras y a las maduras (Drigotas *et al.*, 1999).

Numerosos estudios encuentran que los hombres tienden a ser más reacios que las mujeres a comprometerse. David Popenoe, codirector del *National Marriage Project*, de la Rutgers University, en New Jersey, dirigió un estudio con 60 hombres heterosexuales solteros y encontró que la popularización de la cohabitación es una de las razones por las que son reacios a comprometerse. En la cohabitación, el sexo —tradicionalmente una razón clave para que los hombres se casen— es fácil de conseguir. Popenoe (citado en Hussain, 2002) advierte que «en cierto sentido, con la cohabitación el hombre consigue una cuasi-esposa sin adquirir un compromiso».

En las relaciones comprometidas existe un delicado balance entre la individualidad y la mutualidad. En las uniones saludables, un fuerte sentido de unión no erradica la individualidad. En dichas relaciones, los miembros de la pareja se sienten libres para ser ellos mismos. Ninguno domina o se confunde en la personalidad del otro. Cada miembro de la pareja mantiene intereses, gustos y disgustos, necesidades y objetivos individuales.

Entre los factores que pueden llevar una relación hacia una espiral decreciente está el aburrimiento, como caer en la rutina en las actividades del ocio o del sexo. No obstante, el tedio no siempre provoca el fin de las relaciones. Por ejemplo, un estudio con doce varones que admitieron experimentar aburrimiento sexual en relaciones heterosexuales a largo plazo (Tunariu & Reavey, 2003): no se sentían contentos con el tedio sexual, particularmente en una cultura en la que los varones son considerados como intensamente sexuales y el amor romántico se supone que siempre es apasionado. Por otro lado, ellos veían su tedio como un equilibrio normal entre el llamado amor verdadero y las relaciones a largo plazo.

Otros factores que contribuyen a la interrupción de una relación incluyen la evidencia de una valoración negativa (como las peleas, olvidar los aniversarios y otras fechas importantes o pretender que no existen), la ausencia de justicia en la relación (como cuando un miembro de la pareja siempre decide cómo pasarán su tiempo libre), los celos y la insatisfacción general.

Los celos: ¿es el mundo en la vida real *La Isla de la Tentación*?

¡Oh!, guárdate, mi señor, de los celos;
son un monstruo de ojos verdes...

William Shakespeare, *Otelo*

Pregunta: ¿Cómo afectan los celos a las relaciones? Así era Otelo, el Moro de Venecia, prevenida del riesgo de los celos en la obra de Shakespeare que lleva su nombre. No obstante, Otelo no pudo controlar sus sentimientos y asesinó a su amada, Desdémona. El poeta



¿Cómo se sienten las parejas cuando sus amantes son seducidos por rivales como los que viven en La Isla de la Tentación? ¿La oportunidad de espiar los celos de otra persona contribuye a la popularidad de un concurso-espectáculo como La Isla de la Tentación? ¿Cómo explicamos el sentimiento de los celos? ¿Qué efectos tienen los celos sobre las relaciones íntimas?

británico John Dryden etiquetó los celos como «el tirano de la mente». Los antropólogos encuentran evidencia de los celos en todas las culturas, aunque pueden variar en cantidad e intensidad a través de las mismas. Parecen ser más comunes entre las culturas con una tradición machista más fuerte, en la que se espera que los hombres manifiesten su virilidad. Son también más fuertes en las culturas en las que los hombres consideran la infidelidad de la mujer como una amenaza a su honor.

La emoción de los celos es en parte responsable de la popularidad del concurso-espectáculo de la televisión estadounidense *La Isla de la Tentación*. En este concurso, personas que tienen una relación comprometida se exponen a la seducción de otras personas atractivas, y la audiencia se muestra aparentemente intrigada por saber hasta qué punto el concursante va a vencer a la tentación. Sin duda, los miembros de la audiencia también especulan acerca de qué harían ellos mismos en esa situación.

Los celos sexuales se excitan cuando sospechamos que una relación íntima está amenazada por un rival. Los amantes pueden volverse celosos cuando otros muestran interés sexual por sus parejas o cuando sus parejas muestran un interés (incluso un interés casual o no sexual) por otra persona. Los celos pueden conducir a la pérdida de los sentimientos de afecto, a sentimientos de inseguridad y de rechazo, a sufrir ansiedad y pérdida de autoestima y a sentimientos de desconfianza en la pareja y en los rivales potenciales. Los celos son una de las causas más frecuentemente mencionadas del fracaso de una relación. Los sentimientos de posesión relacionados con los celos también añaden estrés a una relación. En casos extremos, los celos pueden provocar depresión o llevar a abusos sobre el cónyuge, al suicidio o, como en Otelo, al asesinato (Puente & Cohen, 2003; Vandello & Cohen, 2003). Pero las formas más leves de los celos no son necesariamente destructivas en una relación e incluso pueden servir positivamente para mostrar cuánto queremos a nuestra pareja.

Por esta razón, algunos investigadores distinguen entre los «celos normales», que reflejan inseguridades ocasionales y la creencia de que la pareja de uno es atractiva, y los «celos obsesivos», en los cuales los individuos, como Otelo, se consumen por sus temores de interferencia en la relación (Marazziti *et al.*, 2003).

¿Qué provoca los celos? La experiencia y la personalidad variable juegan sus papeles. Las personas pueden volverse desconfiadas de sus parejas porque otras parejas anteriores les han engañado. Las personas con baja autoestima pueden experimentar celos sexuales porque se vuelven demasiado dependientes de sus parejas. Pueden temer que no serán capaces de encontrar otra pareja si sus parejas actuales les dejan.

La
sexualidad
humana
en el
nuevo
milenio

Un romance a larga distancia, disponible en la *web*

Al menos, eso es lo que han hecho Simon Wong, un ingeniero de California, y Chiunwei Shu, una estudiante de Arizona, para poder verse viviendo en diferentes Estados. Wong y Shu, que se conocieron en una visita de Shu a California, dice que pasan al menos dos horas todas las noches con sus *webcams* enfocadas en sus dormitorios.

«Es estupendo», decía Wong. «Estaré en casa viendo la tele —no podemos salir porque ella no está allí— y ella estará en casa haciendo sus cosas, leyendo un libro, y puedo ver lo que está haciendo.»

Shu añadía: «Si estoy estudiando, no me molesta, pero podemos echarnos un vistazo y sonreírnos el uno al otro.»

Las nuevas tecnologías de la comunicación no sólo proporcionan al comercio electrónico un mercado global o a los adolescentes que jueguen a dispararse de manera virtual a través de la ciudad o todo el país; herramientas como los *chats*, los programas de videoconferencia, los teléfonos *web* y las comunicaciones inalámbricas están haciendo más fácil mantener vivo el amor en las relaciones a larga distancia.

Wong y Shu utilizan NetMeeting, un programa de videoconferencia de Microsoft, para poder contemplarse el uno al otro por Internet mientras hablan. También se mantienen en contacto con los *chats* y mensajes diarios de correo electrónico, normalmente con fotos. Shu decía que se hacía una foto y se la enviaba a Wong cada día, así que éste podía ver si parecía feliz, triste o estresada. Pero junto con ese sustituto analógico, el teléfono, la videoconferencia es su medio de comunicación favorito.

«Si no fuera por Internet», decía Wong, «no podríamos pasar tantas horas al día comunicándonos: sencillamente, no puedes estar hablando por teléfono todo el tiempo. Pero

resulta fácil pasar dos horas con NetMeeting. Parece como si saliéramos todo el tiempo.» Además tiene una ventaja, añadía Wong riendo: «Si el teléfono suena a su lado, puedo jugar al novio celoso.» «Oye, ¿quién te está llamando?» O si estamos hablando puedo ver su expresión. Si parece aburrida, puedo decirle: «¿De verdad te apetece que sigamos hablando de esto?»

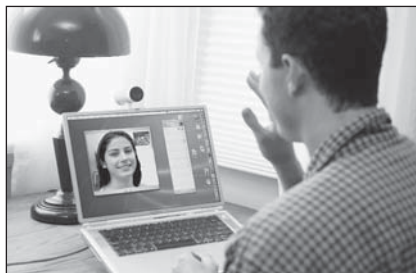
DESDE CALIFORNIA A COSTA RICA Y A BEIJING

Prentice Welch y Erika Lam, ambos de 24 años, son viejos usuarios de la tecnología para mantenerse en contacto mientras están separados. Son novios desde el instituto, pero en 1997 Lam se mudó a Costa Rica para un curso en la universidad mientras Welch se quedaba en Davis, California. «Eso fue antes de que conociéramos los *chats*», decía Lam.

Los dos se mantenían en contacto enviándose correos electrónicos casi todos los días. Lam utilizaba una floristería *online* para enviar flores a Welch, y él le enviaba a ella la dirección *web* de la liga de baloncesto para que pudiera seguir los resultados. (Pero ella no la consultaba: «Tardaba demasiado tiempo en cargarse la página», explicaba.)

Dos años más tarde, Welch se mudó a Beijing para el curso escolar, mientras Lam permanecía en San Francisco. En esta ocasión los *chats* se hicieron más populares y empezaron a utilizarlos enseguida. «Era increíble poder charlar en vivo», decía Welch, ahora informático en San Francisco, donde él y Lam compartían una casa. «Podíamos organizar citas cuando quedábamos *online* cada dos días. Y a veces podíamos estar conectados, sentados en un café en Beijing, y nos encontrábamos por casualidad. Era estupendo.»

Lam y Welch opinaban que aunque los *chats* les habían ayudado a permanecer en contacto, las nuevas tecnologías de la comunicación también podían hacer las cosas más difíciles.



Mantenerse en contacto, al menos en contacto electrónico. Cuando las parejas de hoy en día deben permanecer separadas, muchas de ellas se mantienen en contacto gracias a herramientas como los chats, los programas de videoconferencia, los teléfonos web y las comunicaciones inalámbricas. Algunas parejas enfocan sus cámaras web en el dormitorio, no necesariamente con propósitos sexuales, sino para mantener un tipo de intimidad.

Los celos y la teoría evolucionista. Las diferencias sexuales en los celos parecen apoyar la teoría evolucionista. Los varones parecen estar más preocupados por la infidelidad sexual y las mujeres por la infidelidad emocional (Shackelford *et al.*, 2002). Es decir, los varones se sienten más inseguros y enfadados cuando sus parejas tienen relaciones sexuales con otro. Las mujeres se sienten más inseguras y enfadadas cuando sus parejas se encariñan sentimentalmente con otra. ¿Por qué? La teoría evolucionista propone la hipótesis de que

¿QUIÉN GANA LA DISCUSIÓN? EL QUE TECLEA MÁS RÁPIDO

Lam decía que le resultaba difícil enfrentarse a un conflicto apoyándose en las líneas de datos internacionales. «Una discusión en el ciberespacio es lo peor, nunca tienes la sensación de que se haya resuelto.»

Welch estaba de acuerdo. «Y cuando nos peleábamos —en la medida en que te puedes pelear mientras tecleas rápidamente el uno al otro— ella siempre ganaba porque tecleaba más rápido.»

Los límites de la tecnología también podían resultar frustrantes. «A veces me daban ganas de llorar, y no podía tocarle a través de la pantalla.»

Ambos estaban de acuerdo en que aunque se habían sentido el uno con el otro cuando estaban conectados, se habían sentido solos tan pronto como habían desconectado el ordenador. «Podía estar en cualquier Internet café lleno de humo», Welch decía con melancolía. «Y yo podía estar solo en mi habitación a oscuras», decía Lam estremecido.

Resolvieron ese problema cuando Lam se mudó a Beijing para estar con Welch después de una separación de cinco meses. La pareja estaba esperando su primer hijo para octubre y decidieron que sus días de conexión por Internet habían quedado atrás. «La próxima vez que nos mudemos», decía Welch mientras tomaba la mano de Lam, «iremos juntos.»

DAR POR TERMINADA UNA RELACIÓN

Para algunas personas, el problema no es mantener una relación, sino terminarla. Eso le sucedió a Sun Kim, una investigadora asociada de 24 años en un laboratorio de cardiología en San Francisco; cuando su novio se mudó a Corea el pasado diciembre para un trabajo, los dos decidieron no salir a distancia, pero seguir siendo amigos.

Sin embargo, eso resultó ser más difícil de lo que parecía. «Mientras salíamos juntos», decía Kim, «era realmente bueno con el correo electrónico. Trabajaba en una empresa de comercio por Internet, se sentaba en un cubículo y me enviaba correos electrónicos todos los días. Me enviaba mensajes, cosas que encontraba en Internet, y era el rey de los saludos por Internet». (Egreetins.com es un servicio *online* de tarjetas de felicitación.) Cuando se fue a Corea no cambió nada.

«No era muy apropiado, porque se suponía que habíamos roto», decía Kim, «pero seguía enviándome correos electrónicos sugerentes y utilizaba el servicio Net Phone para llamarme gratis desde Corea continuamente». «Geográficamente», afirmaba Kim, «la relación había cambiado, pero en gran medida seguía siendo la misma por culpa de la tecnología. Era como antes, solo que nunca la veía. Era como: “Solo somos amigos, pero voy a seguir siendo tu novio virtual”.»

ROMPER SIGUE SIENDO DIFÍCIL

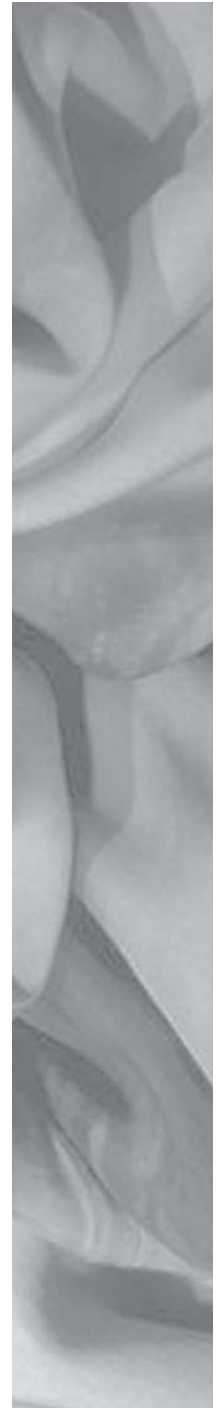
«Los frecuentes *chats* hicieron que la relación se alargara durante meses», decía Kim, «incluso estando en continentes diferentes». «Seis meses después de que se fuera, estaba preparada para salir con otras personas. Se lo dije y me soltó lo de “define la relación” en una discusión por *chat*.» Los tiempos de espera entre réplicas dieron paso a la confusión. «Podía preguntarle algo y él no respondía al momento y yo me preguntaba: ¿se habrá ofendido?, ¿habrá desconectado el ordenador?, ¿estará trabajando?».

Sin embargo, Kim sospechaba que su ex novio prefería los *chats* (a pesar de los retrasos) a la discusión cara a cara. «En un punto de esta extraña discusión de ruptura por *chat* le dije: “Probablemente te sientes aliviado de que hagamos esto por *chat*”, y me respondió: “Sí, lo estoy”.»

«Finalmente le dije: “Creo que sería una buena idea que no nos comunicáramos de esta manera nunca más. Llámame por teléfono o no te pongas en contacto conmigo”. No hubo respuesta, así que abandoné la sesión. Me llamó unos días más tarde y no había recibido el mensaje. Su Yahoo Messenger había estado iniciando la sesión y cortándola, así que nunca recibió el mensaje. Él pensaba que todo iba bien.»

Kim añadía: «Resulta difícil expresar emociones por *chat*. Si estás loco por alguien, es difícil expresarlo; sencillamente no puedes escribir “estoy loco por ti”, el efecto no es el mismo». «En general, las nuevas tecnologías hacen difícil romper a la antigua, donde nunca vuelves a ver o hablar con el otro. Echo de menos las antiguas rupturas.»

Fuente: Reimpreso de Sally McGrane (31 de agosto de 2000). «Long-distance romance, Web enabled». *The New York Times online*.



los celos sexuales cobraron forma por la selección natural como un método de asegurar a los machos que la descendencia de sus parejas femeninas era realmente suya y para asegurar a las hembras que sus parejas masculinas continuarían proporcionando recursos para facilitar la crianza de los niños (Buss, 2003; Harris, 2003).

Curiosamente, la hipótesis de las diferencias sexuales en las reacciones a la infidelidad desaparecen cuando la pareja tiene una aventura con alguien de su mismo sexo (Sagarin

De
cerca

Consejos para las mujeres jóvenes: cómo prepararse para la vida de casadas

Muchos correos electrónicos de humor hacen un largo recorrido por la Red, así que ahora los ves... y los vuelves a ver de nuevo más tarde. La cuarta o quinta vez que recibimos este correo electrónico anónimo decidimos compartirlo contigo. En él se comparan consejos de un (igenuino!) libro de economía doméstica de la década de los cincuenta con los consejos, algo diferentes, que una mujer podría encontrar útiles hoy en día. En ellos queda patente cómo han cambiado los tiempos, ¡y mucho!

¿Qué consejo podemos darle a esta joven pareja? ¿Podemos sugerirles que organicen una deliciosa comida cuando él llega a casa después de un duro día de trabajo? ¿Que ella le reciba con un lazo en el pelo y un aspecto lo más fresco posible? ¿Que recoja la casa antes de que él llegue para que su hogar parezca su refugio? (¡Quizás no en los países del Primer Mundo del nuevo milenio!).



	Del texto de economía doméstica: cómo prepararse para la vida de casada, estilo de la década de los cincuenta	La versión actualizada para la mujer joven del nuevo milenio
1. Ten la cena preparada.	Planifícalo con antelación, incluso la noche antes, para tener a tiempo una deliciosa comida. Ésta es una manera de hacerle saber que has estado pensando en él y que te preocupas de sus necesidades. La mayoría de los hombres están hambrientos cuando llegan a casa, y la perspectiva de una buena comida forma parte de la cálida bienvenida necesaria.	Realiza la reserva con tiempo. Si tienes un día frenético, es suficiente que le dejes un mensaje de voz que haga referencia de dónde te gustaría comer y a qué hora. Esto le hace saber que has tenido un día horrible y le das una oportunidad para cambiar tu estado de humor.
2. Prepárate.	Tómate quince minutos para descansar y estar fresca cuando él llegue. Retócate el maquillaje, ponte un lazo en el pelo y ten un aspecto espléndido. Ha pasado el día con un montón de obreros agotadores. Muéstrate alegre e interesante. Su aburrido día puede necesitar un estímulo.	Una parada rápida en el salón de belleza de camino a casa hará maravillas con tu aspecto y evitará que te irrites cada vez que abra la boca. (No olvides utilizar su tarjeta de crédito.)
3. Evita el desorden.	Haz un último repaso por las zonas principales de la casa justo antes de que llegue tu marido, recoge los libros de los niños, los juguetes, los papeles, etc. Después pasa una bayeta por las mesas. Tu marido sentirá que ha llegado a un refugio de descanso y orden, y eso te alegrará a ti también.	Llama a la asistenta (o asistente) y dile que algunos trastos que han dejado los niños por el suelo se pueden colocar en el garaje.

et al., 2003). ¿Es porque la aventura no implica riesgo de embarazo? (¿un punto de vista que podría ser consistente con la teoría evolucionista?) ¿O es porque la víctima se consuela a sí misma pensando que no compete en igualdad de condiciones con el intruso? ¿Son posibles ambas explicaciones u otras?

Y después hay algunos estudios que fracasan al intentar apoyar la teoría evolucionista (Harris, 2000; DeSteno *et al.*, 2002). Sin embargo, la validez de estos estudios también ha sido cuestionada. Hoy por hoy, la teoría evolucionista es la que mejor explica los celos y (posiblemente) sus diferencias sexuales.

	Del texto de economía doméstica: cómo prepararse para la vida de casada, estilo de la década de los cincuenta	La versión actualizada para la mujer joven del nuevo milenio
4. Prepara a los niños.	Dedica unos pocos minutos a la cara y las manos de los niños si son pequeños, péinalos y (si es necesario) cámbiales de ropa. Son pequeños tesoros, y a él le gustará disfrutar de ellos.	Manda a los niños a sus habitaciones a ver la televisión o jugar con la consola. Después de todo, son de su anterior matrimonio.
5. Reduce el ruido.	Cuando esté a punto de llegar, elimina todo el ruido de lavadora, secadora o aspiradora. Intenta que los niños estén callados. Recíbelo con una cálida sonrisa y muéstrate contenta de verle.	Si vas a estar en casa cuando llegue, apáñatelas para estar en el baño con la puerta cerrada.
6. Algunos «no».	No le recibas con problemas o quejas. No te quejes si llega tarde a cenar. Considera esto un inconveniente menor comparado con lo que ha pasado durante todo el día.	No le recibas con problemas y quejas. Déjale que hable primero, y después tus quejas llamarán más la atención y estarán más recientes en su cabeza durante la cena. No te quejes si llega tarde a cenar, simplemente recuérdale que las sobras están en la nevera y que has dejado los platos para que los friegue.
7. Ponle cómodo.	Haz que se siente en una silla confortable o sugiérole que se eche un rato en el dormitorio. Ten preparado para él un refresco o una bebida caliente. Arrégale la almohada y ofrécele quitarle los zapatos. Háblale con un tono de voz bajo, suave, tranquilizador y agradable. Permite que se relaje y serene.	Dile dónde puede encontrar una manta si tiene frío. Esto sin duda le mostrará que te preocupas por él.
8. Escúchale.	Puedes tener una docena de cosas que decirle, pero el momento de su llegada no es oportuno. Déjale hablar primero.	Nunca le dejes decir la última palabra.
9. Haz la tarde suya.	Nunca te quejes si no te lleva a cenar o a otros lugares de entretenimiento. En lugar de ello, intenta entender su mundo de tensión y presión y su necesidad de estar en casa y relajarse.	Nunca te quejes si no te lleva a cenar o a otros lugares de entretenimiento; sal con una amiga o ve de compras. (Utiliza su tarjeta de crédito.) Familiarízale con la frase «Las chicas también salen de juerga».
10. El objetivo.	Intenta hacer de tu hogar un lugar de paz y orden donde tu marido se pueda relajar.	Intenta mantener las cosas amistosamente sin recordarle que él solo piensa que el mundo gira a su alrededor. Obviamente, está equivocado.

Una perspectiva cognitiva. En años recientes, la teoría cognitiva ha ganado importancia en muchas áreas de las ciencias conductuales y los celos sexuales no son una excepción. En dos estudios, Stacie Bauerle y sus colegas (2002) presentaron a 156 estudiantes universitarios y a 128 miembros de la población general varios escenarios en los cuales sus parejas eran infieles. Por lo general, los celos se incrementaban cuando los individuos atribuían la infidelidad de sus parejas a causas *internas*, como una clara elección personal. Cuando atribuían la infidelidad a causas *externas*, como el alcohol o la presión social, los individuos del estudio informaban de sentimientos significativamente menos celosos. («No me culpes; fue el alcohol.»)

Muchos amantes —incluyendo muchos estudiantes universitarios— juegan a dar celos. Permiten que sus parejas sepan que se sienten atraídos hacia otras personas. Flirtean abiertamente o inventan historias para hacer que sus parejas les presten más atención, para poner a prueba la relación, para infligir dolor o para vengarse por una deslealtad de la pareja.

Respuestas para el deterioro de una relación

Pregunta: ¿Qué pueden hacer los miembros de la pareja cuando una relación empieza a deteriorarse? Una relación empieza a fracasar cuando comienza a ser menos gratificante de lo que era. Las parejas pueden responder al deterioro de una manera *activa* o *pasiva*. La respuesta *activa* incluye hacer algo que puede mejorar la relación (como trabajar en mejorar las destrezas comunicativas, negociar las diferencias o buscar ayuda profesional) o decidir dar por terminada la relación. La respuesta *pasiva* significa meramente esperar que ocurra algo, haciendo poco o nada. Los implicados se pueden sentar y esperar que la relación mejore por sí sola (ocasionalmente lo hace) o que la relación se deteriore hasta el punto en que se acaba. («Estas cosas pasan.»)

Es irracional (y perjudicial para una relación) asumir que las buenas relaciones no requieren inversión de tiempo y esfuerzo. No existen dos personas que se ajusten perfectamente. Cuando aparecen los problemas, es mejor trabajar para resolverlos que actuar como si no existieran y esperar que desaparezcan por sí solos.

La ruptura. Romper resulta (a menudo) difícil

Según la teoría del intercambio social, las relaciones terminan cuando los miembros de la pareja encuentran poca satisfacción en la afiliación, cuando las barreras para dejar la relación son bajas (es decir, las limitaciones sociales, religiosas y financieras son manejables), y especialmente cuando están disponibles parejas alternativas. Los celos y la falta de comunicación son razones comunes para terminar una relación. La disponibilidad de alternativas disminuye el compromiso personal en una relación (Knox *et al.*, 1997a; Rusbult *et al.*, 1998). Este hecho ha sido ampliamente reconocido a través de los tiempos, lo cual explica por qué las culturas patriarcales prefieren tener a sus mujeres encerradas —o, en el Oriente Medio, literalmente «tapadas»— tanto como sea posible.

Romper, como dice la canción, puede resultar difícil (para ambos), para quien da por terminada la relación y para la otra parte. Por esta razón, como se advierte en la sección *La sexualidad humana en el nuevo milenio* bajo el título «En un romance moderno por correo electrónico, la “papelera” está a la distancia de un golpe de clic», algunas personas rompen vía correo electrónico más que en persona o por teléfono.

Algunas personas, obviamente, aceptan la ruptura de una relación mejor que otras. Un estudio entre más de 5 000 personas, que respondieron a una encuesta en Internet, encontró que las personas ansiosas solían estar intensamente preocupadas por la pareja perdida, sufrir más estrés emocional y físico, intentar restablecer la relación y mostrarse enfadadas y vengativas (Davis *et al.*, 2003). Los individuos emocionalmente seguros solían buscar apoyo social entre sus amigos y sus familias. Los individuos inseguros solían darse al alcohol y las drogas. Un estudio entre 92 estudiantes universitarios encontró que muchos creían que maduraban con la experiencia de la ruptura (Tashiro & Frazier, 2003). Los «estilos de atribución» de los individuos entraron en escena: las personas que se culpaban a sí mismos de la ruptura experimentaban más estrés que aquellas que culpaban a factores externos, como la situación.

La ruptura es seguida, a veces, por el acecho u otras «conductas de acoso no deseadas», como llamadas telefónicas o correos electrónicos molestos, preguntar a terceros sobre la persona que disolvió la relación, y también la persecución, las amenazas o el ataque a esa

persona o a las nuevas parejas de esa persona (Davis *et al.*, 2002; Langhinrichsen-Rohling *et al.*, 2002). Los celos, los abusos y la violencia física en las relaciones son predictores clave de acoso (Puente & Cohen, 2003). Los individuos acechantes y violentos también tienden a tener una necesidad fuerte de controlar a los otros (Dye & Davis, 2003). Veremos en el capítulo sobre la coerción sexual que la necesidad de controlar a otras personas está también relacionada con el crimen violento de la violación.

Varios factores pueden evitar que se acabe una relación que se está deteriorando. Por ejemplo, las personas que siguen buscando algunas fuentes de satisfacción, que están comprometidas en mantener la relación, o quienes creen que eventualmente serán capaces de superar sus problemas, suelen invertir lo que deben para prevenir el desplome.

El canto del cisne de una relación no siempre es algo malo. Cuando dos personas son fuertemente incompatibles y cuando los intentos genuinos de preservar la relación han fracasado, dar por terminada la relación puede ofrecer a cada miembro de la pareja una oportunidad para encontrar la felicidad con otra persona.

La soledad: «¿De dónde salen todos los solitarios?»

Muchas personas comienzan una relación para evitar la soledad.

Pregunta: ¿Qué es la soledad? La soledad y estar a solas no son sinónimos. La soledad es un estado de aislamiento doloroso o un sentimiento de estar separado de los demás (Long *et al.*, 2003). Estar a solas, sin embargo, puede ser bastante positivo. Estar a solas interiormente puede hacernos encontrar nuestra espiritualidad o permitirnos reinterpretarnos en el mundo que nos rodea. Estar a solas es normalmente una elección, la soledad no lo es.

Las personas solitarias tienden a pasar mucho tiempo solas: cenar solas, pasan solas el fin de semana y participan en pocas actividades sociales. Es improbable que tengan una cita. Algunas personas solitarias dicen tener muchos amigos, pero un análisis más de cerca sugiere que estas «amistades» son superficiales. Las personas solitarias no suelen compartir confidencias. La soledad tiende a aparecer durante la adolescencia, cuando las relaciones con los compañeros sustituyen a los lazos familiares. Un estudio con 90 adolescentes entre los 16 y los 18 años encontró que los sentimientos de soledad estaban relacionados con baja seguridad en uno mismo, introversión, infelicidad e inestabilidad emocional (Cheng & Furnham, 2002). La soledad está también relacionada con sentimientos de depresión. Un estudio entre 101 parejas, con una media de edad de 21 años, encontró que las malas relaciones contribuían a sentimientos de soledad y depresión, incluso aunque los individuos tuvieran pareja (Segrin *et al.*, 2003).

La soledad está relacionada con problemas de salud física, así como con problemas psicológicos como la depresión. Un estudio, por ejemplo, encontró que las personas solitarias tenían la presión arterial más alta que las personas que no eran solitarias (Hawkey *et al.*, 2003). Las personas solitarias también encontraban las experiencias estresantes más turbadoras, una observación que sugiere el valor del apoyo social cuando estamos sometidos a estrés (Hawkey *et al.*, 2003). El aislamiento social también ha demostrado estar relacionado con una mayor incidencia de cáncer, enfermedades cardiovasculares, otras enfermedades y una tasa más alta de mortalidad (Hawkey & Cacioppo, 2003). Parece que la relación casual entre la soledad y la enfermedad está mediatizada por el estrés. El estrés afecta al funcionamiento del sistema inmunológico, y las personas solitarias perciben el estrés como algo más molesto (Cacioppo *et al.*, 2003).

Pregunta: ¿Cuáles son las causas de la soledad?

¿Está solo o está a solas? Estar a solas puede ser una experiencia positiva, que nos permite pensar, leer o escribir. Pero la soledad es un aislamiento social doloroso que puede ir en detrimento de nuestra salud psicológica y física.



Las causas de la soledad

Las causas de la soledad son muchas y complejas. Las personas solitarias tienden a mostrar varias de las siguientes características:

1. Carencia de habilidades sociales. Las personas solitarias a menudo carecen de las habilidades interpersonales para hacer amigos o para enfrentarse con las desavenencias.
2. Falta de interés por otras personas.
3. Falta de empatía. La empatía es un aspecto clave en la satisfacción en las relaciones románticas (Cramer, 2003).
4. Temor al rechazo.
5. Fracaso para revelar información personal a potenciales amigos (Solano *et al.*, 1982).
6. Cinismo sobre la naturaleza humana (por ejemplo, pensar que las personas solo piensan en sí mismas).
7. Pedir demasiado, demasiado pronto. Los solitarios perciben a las otras personas como frías y poco amigables en los primeros estadios de una relación.
8. Pesimismo general. Cuando esperamos lo peor, a menudo lo conseguimos... Lo suponías.
9. Alto lugar de control externo. Es decir, las personas solitarias no se ven a sí mismas capaces de controlar sus vidas y alcanzar sus objetivos.

Enfrentarse a la soledad

Los consejos profesionales animan a las personas solitarias a desarrollar maneras de pensar y comportarse más adaptativas. Las personas solitarias a menudo tienen una visión distorsionada de los demás. Pueden tener una o dos experiencias desafortunadas y llegar a la conclusión de que las personas, por lo general, son egoístas y que no merece la pena el esfuerzo de relacionarse. Sí, algunas personas sólo piensan en sí mismas, pero creer que todo el mundo es egoísta puede perpetuar nuestra soledad al hacernos evitar a los otros.

Pregunta: *¿Qué puedes hacer para enfrentarte con la soledad en tu propia vida?* Aquí presentamos algunas sugerencias:

1. *Desafía tus sentimientos de pesimismo.* Adopta la actitud de que las cosas suceden cuando tú haces que sucedan.
2. *Desafía tu cinismo sobre la naturaleza humana.* Sí, muchas personas son egoístas y no merece la pena conocerlas, pero si asumes que todas las personas son así, puedes condenarte a una vida de soledad. Tu tarea es encontrar personas que posean las cualidades que tú valoras.
3. *Rechaza la idea de que el fracaso en las relaciones sociales es insuperable y convéncete de que es posible que las relaciones vayan bien.* Seguro, el rechazo social puede ser doloroso, pero a menos que seas George Clooney o Angelina Jolie, no vas a ser atractivo para todo el mundo. Todos debemos aprender a vivir con algo de rechazo. Pero sigue buscando personas que posean las cualidades que tú valoras y que encuentran los mismos valores en ti.
4. *Sal entre la gente.* Siéntate en una mesa con gente en la cafetería, no solo en una esquina. Sonríe y saluda a las personas que te interesan. Practica saludos para diferentes ocasiones y unas pocas frases que puedas decir después. Ensaya delante del espejo.
5. *Haz numerosos contactos sociales.* Únete a comités de actividades para estudiantes. Practica deportes en la universidad. Únete a grupos de acción social, como grupos de conservación del medio ambiente y grupos de mejora de la comunidad. Únete al club de fotografía o de esquí. Participa en el equipo de redacción de la revista de la facultad.
6. *Confía en ti mismo.* Expresa tus opiniones sinceras.
7. *Sé un buen oyente.* Pregunta a los demás qué están haciendo. Pregúntales por sus opiniones sobre las clases, la política o los sucesos que han ocurrido en la facultad durante el día. Después escucha lo que tienen que decir. Sé tolerante con las opiniones diversas; recuerda que ninguno de nosotros tenemos idénticos puntos de vista. Mantén contacto visual. Que tu expresión sea amigable. (No por ello tienes que permanecer neutral y amigable si alguien insulta a un grupo religioso o étnico.)
8. *Da a las personas la oportunidad de conocerte.* Intercambia opiniones y habla acerca de tus intereses. Sí, algunos perderán el interés por ti —¿quién no lo hace?—, pero, ¿de qué otro modo averiguarás si tú y esa persona tenéis cosas en común?
9. *Discute con seguridad.* Inevitablemente, los amigos te decepcionarán en algún aspecto y querrás hablarles de ello. Hazlo, pero con seguridad. Puedes empezar por preguntarles si creen que está bien ser partidario de algo. Entonces dices: «Me molesta porque...». Puedes preguntar a tu amigo si él o ella se ha dado cuenta de que esa conducta te molesta. Intentar trabajar juntos es una manera de evitar que vuelva a suceder. Termina agradeciéndole a tu amigo la ayuda que te ha prestado para resolver el problema.
10. *Recuerda que tus amigos merecen la pena.* Es cierto, con todos sus defectos. Ninguno de nosotros es perfecto. Todos somos únicos, pero puedes conectar con más personas de las que imaginas. Dales una oportunidad a los demás.
11. *Haz uso del servicio de asesoría psicológica de tu facultad.* Muchos miles de estudiantes se sienten solos, pero tú no sabes cómo resolverlo. Otros simplemente no se atreven a acercarse a los demás. Los centros de asesoría psicológica de las facultades están familiarizados con los problemas de la soledad, y deberías considerarlos un recurso a tener en cuenta. Podrías incluso preguntar si hay un grupo en el centro para estudiantes que busquen mejorar sus habilidades sociales.

¿Verdad? ¿Ficción?

Es cierto que muchas personas permanecen solas porque temen el rechazo. Este temor se relaciona a menudo con autocrítica de sus habilidades sociales y con expectativas de fracaso en la relación con otros (Vorauer et al., 2003).

La satisfacción en las relaciones: la comunicación es clave

Algunas relaciones funcionan, otras no. En la cultura occidental, donde las personas tienden a tener más de una relación en su vida, quizás la mayoría de las relaciones están destinadas a terminar. Dar por terminada una relación, como advertimos antes, no es necesariamente malo. Cuando las personas comparten su tiempo, descubren si encajan o no como pareja. La mayoría también aprenden cómo comprometerse para construir una relación y cómo aproximarse al otro para resolver conflictos de una manera constructiva.

La investigación de Gottman sobre la satisfacción en las relaciones

Pregunta: ¿Qué factores contribuyen a la satisfacción en una relación? John Mordechai Gottman y sus colegas (Driver *et al.*, 2003; Gottman & Levenson, 1999; Gottman *et al.*, 1998, 1999; Pasupathi *et al.*, 1999) han estudiado de manera extensiva los factores que prevén la satisfacción en una relación o su deterioro y finalización. Gottman se centró principalmente en las parejas casadas, en particular en las recién casadas, pero sus conclusiones parece que pueden aplicarse a las parejas que no están casadas pero que están comprometidas en una relación, y quizás también a las parejas de gays y lesbianas.

En un estudio, Gottman pidió a las parejas que resolvieran un conflicto en su relación y les grabó en vídeo mientras lo hacían. También monitorizó sus respuestas fisiológicas, incluyendo sus ritmos cardíacos, sudoración y movimientos motores, mientras discutían la situación. Encontró que el deterioro de la satisfacción en la relación podía preverse por las medidas fisiológicas, en particular por parte del varón. Cuanto más calmadas eran sus respuestas corporales, más mejoraba su relación con el tiempo. Por otra parte, las parejas cuyos ritmos cardíacos eran más elevados, que sudaban más y que se movían de manera más agitada, tenían una relación que se deterioraba en los siguientes tres años.

Gottman también encontró que no era el conflicto en sí mismo —incluso un «conflicto grave»— lo que dañaba la relación, aunque la pareja pareciera incómoda durante el esfuerzo de resolverlo. Gottman encontró que las parejas que permanecían dialogantes y calmadas durante el conflicto tendían a mejorar su satisfacción. Las parejas que se mantenían a la defensiva y esquivas sufrían el deterioro de su relación. Un rasgo notable que contribuía al deterioro era la «actitud a la defensiva» por parte del varón. Esta actitud significa que hay pocos movimientos de cabeza, pocos, si es que hay algún asentimiento, y pocos asentimientos verbales durante la discusión. El deterioro de la relación se puede prever cuando hay excesiva simpatía, conducta complaciente por parte de la mujer o verbalización de sentimientos de menosprecio. Las expresiones faciales predecían deterioro, especialmente las expresiones que sugerían disgusto por parte de la mujer, temor en la expresión del hombre y después sonrisas mezquinas por ambas partes. Estos comportamientos no verbales estaban acompañados por un comportamiento defensivo, excusas y rechazo de responsabilidad.

Las personas a la defensiva sufren no solo en sus relaciones. Estar siempre a la defensiva prevé soledad después de que la relación termine, y la soledad, por su parte, está relacionada con el deterioro de la salud.

Un buen desenlace en la relación también podía preverse por las actitudes positivas durante el conflicto, como las manifestaciones de buen humor, empatía y afecto; por el esfuerzo mutuo para resolver los problemas, y por la determinación de escuchar a la pareja

sin estar a la defensiva. Estas actitudes positivas también mantenían las respuestas fisiológicas bajo control.

Otros investigadores han encontrado evidencias que apoyan las conclusiones de Gottman sobre las parejas en conflicto. Por ejemplo, Holman y Jarvis (2003) también han encontrado que la manera en que las parejas se comunican para resolver los conflictos es la clave para la supervivencia o el término de una relación. Las parejas que valoran los sentimientos de cada uno de una manera respetuosa y atenta se encontraban más satisfechas en sus relaciones. Las parejas que eran más hostiles o explosivas, o que intentaban evitar el conflicto, estaban menos satisfechas en sus relaciones.

Hemos encontrado ciertos obstáculos en los intentos para resolver los conflictos (¡o en el intento por evitar resolverlos!).

Habilidades comunicativas para mejorar las relaciones sexuales: cómo conseguirlo

Pregunta: *¿Cómo pueden las parejas desarrollar sus habilidades comunicativas para aproximarse a la resolución de un conflicto de una manera constructiva?*

Los terapeutas de pareja y los terapeutas sexuales tendrían menos trabajo si más parejas se comunicaran de manera efectiva sobre sus sentimientos sexuales. Desafortunadamente, cuando se refiere al sexo, *hablar* suele ser una molestia que se evita.

Muchas parejas sufren durante años porque uno o ambos miembros de la pareja no están dispuestos a hablar. O los problemas surgen cuando uno malinterpreta al otro. Una comunicación clara puede evitar las conjeturas en las relaciones, prevenir malentendidos, desahogar resentimientos y frustraciones y aumentar la satisfacción sexual y general en la relación.

Obstáculos para la comunicación sexual. ¿Por qué es tan difícil para las parejas hablar del sexo? Existen varias razones.

Algunas parejas piensan que hablar de sexo es vulgar. Pero la vulgaridad, como la belleza, está, en cierta medida, en el ojo del espectador. La vulgaridad de una pareja puede ser una manera muy amorosa de hablar para otra. Algunas personas pueden mantener la actitud victoriana de que una conversación sobre sexo no es adecuada para el compañero o compañera del otro sexo, incluso entre los miembros de la pareja. Es decir, el sexo es algo que puedes practicar, pero no de lo que puedes hablar. Otras parejas pueden estar dispuestas, en principio, a hablar de sexo, pero de hecho encuentran dificultades para hacerlo porque carecen de un lenguaje común.

Por ejemplo, ¿cómo pueden hacer referencia a sus genitales o a las actividades sexuales? Un miembro de la pareja puede preferir utilizar términos más vulgares para referirse a ellos. El otro puede preferir términos más clínicos. El que utiliza términos vulgares puede ser considerado vulgar o degradante por el otro. El que emplea términos clínicos, como *felación* o *coito*, puede ser considerado como, digamos, un profesional. Algunas parejas intentan encontrar un lenguaje verbal común que no sea vulgar, por un lado, ni profesional, por el otro. Podrían hablar, por ejemplo, de «hacerlo» mejor que de «tener relaciones sexuales». (El título del musical de Eddie Cantor de la década de los años treinta sugiere que algunas personas una vez hablaron de «darse una alegría».) O podrían hablar de «besar-me aquí abajo» más que de practicar una *felación* o un *cunnilingus*.

También algunas parejas albergan creencias irracionales acerca de las relaciones y el sexo, como que las personas deberían saber de alguna manera lo que desean sus parejas, sin tener que preguntárselo. La creencia equivocada, muy común, de que las personas

¿Cierto? ¿Falso?

No es cierto que el conflicto sea destructivo en una relación. Lo importante es la manera en que la pareja intente resolverlo.

¿Verdad? ¿Ficción?

El amor no es todo lo que necesitas. También necesitas comunicación. Las parejas aprenden acerca de los deseos y las necesidades del otro a través de la comunicación. De otra manera, este conocimiento sigue siendo un misterio.

deberían saber lo que resulta agradable para sus parejas echa a perder la comunicación. Los hombres, en particular, cargan con el estereotipo de que deberían ser unos expertos en el sexo de manera natural. Las mujeres podrían ser consideradas «poco señoritas» si hablaran abiertamente sobre sus necesidades y sentimientos sexuales. Ambos miembros de la pareja pueden mantener la noción del ideal romántico, de que «el amor es todo lo que necesitas» para alcanzar la felicidad sexual.

Una creencia irracional relacionada es que si nuestras parejas nos quieren de verdad, deberían de alguna manera «leer nuestras mentes» y saber qué tipos de estimulación sexual deseamos. Desafortunadamente, o afortunadamente, los otros no pueden leer nuestra mente. Debemos asumir la responsabilidad de comunicar nuestras preferencias.

Algunas personas se comunican de manera más efectiva que otras, quizás porque son más sensibles a las necesidades de los otros o porque sus padres fueron buenos modelos como comunicadores. Pero las habilidades comunicativas pueden adquirirse en cualquier momento. Aprender lleva tiempo y esfuerzo, pero las siguientes líneas maestras deberían servir de ayuda si quieres mejorar tus habilidades comunicativas. Estas habilidades también pueden mejorar la comunicación en otras áreas de la intimidad, además de la sexual.

Empezar. ¿Cómo mencionas los temas más conflictivos? Aquí tienes algunas ideas.

Puedes empezar *hablando acerca de hablar*. Puedes informar a tu pareja de que te resulta difícil hablar acerca de los problemas y conflictos: «¿Sabes?, siempre me ha parecido embarazoso encontrar una manera de sacar a colación un tema», o «¿Sabes?, creo que otras personas tienen menos dificultades que yo cuando se trata de hablar acerca de algunos temas». Puedes hacer referencia a los problemas que tuviste en el pasado, cuando intentabas resolver conflictos. Esta aproximación anima a tu pareja para que te invite a seguir.

Mencionar el tema del sexo puede resultar difícil. Parejas que no paran de hablar de las finanzas, los niños y el trabajo, pueden negarse a hablar de sexo. Así que puede resultar de ayuda, en primer lugar, ponerse de acuerdo para hablar de sexo. Puedes admitir que es difícil hablar sobre sexo. Puedes decir que tu relación sexual es importante para ti y que quieres hacer todo lo posible para mejorarla. Delicadamente prueba la disposición de tu pareja para sacar tiempo para hablar de sexo, preferiblemente en un momento en que puedas bajar la intensidad de las luces y evitar interrupciones.

El «momento perfecto» puede ser cuando ambos estéis relajados, descansados y sin presión por la hora. El «lugar perfecto» puede ser cualquiera en el que podáis tener intimidad y hablar sin ser molestados. Hablar de sexo no tiene por qué estar limitado al dormitorio. Las parejas pueden sentirse más cómodas hablando de sexo durante la cena, abrazados en el sofá o relajándose juntos.

Otra posibilidad es pedir permiso para sacar un tema. Puedes decir algo como esto: «Hay algo que me ronda por la cabeza. ¿Tienes unos minutos? ¿Es éste un buen momento para hablarte de ello?». O puedes decir: «Hay algo sobre lo que tenemos que hablar, pero no estoy seguro de cómo hacerlo. ¿Puedes ayudarme?».

También puedes decirle a tu pareja que no hay ningún problema en mencionar algunos aspectos para ser mejor amante. Por ejemplo, puedes decir: «Sé que no quieres herir mis sentimientos, pero me pregunto si hay algo que preferirías que no hiciera».

Escuchar. La escucha efectiva implica habilidades como la escucha activa, parafrasear, el uso o reforzamiento, y valorar a tu pareja incluso cuando los dos estéis en desacuerdo. Para escuchar activamente más que pasivamente, en primer lugar adopta la actitud de que puedes

aprender algo —o percibir cosas desde otra perspectiva— escuchando. Puedes aprender más acerca de la escucha activa —¡y la polémica que rodea el procedimiento!— en la sección *De cerca*.

Incluso cuando no estés de acuerdo con lo que está diciendo tu pareja, puedes mantener buenas relaciones y los canales de comunicación abiertos diciendo algo como: «Te agradezco el tiempo que te estás tomando para convencerme de ello» o «Espero que pienses que no hay nada malo en que no vea las cosas exactamente como tú, pero estoy encantado con que tengamos la oportunidad de hablar acerca de ello».

Cuando no estés de acuerdo con tu pareja, hazlo de una manera que muestre que la aprecias como persona. En otras palabras, di algo como: «Te quiero mucho, pero me molesta cuando tú...», más que: «Eres despreciable por hacer...». De esta manera animas a tu pareja a revelar «material delicado» sin riesgo de atacarte o perder su amor o su apoyo.

Aprender acerca de las necesidades de tu pareja. Escuchar es básico para aprender acerca de las necesidades de otras personas, pero a veces resulta de ayuda ir un poco más lejos. Puedes hacer preguntas abiertas que permitan una exploración más amplia de las necesidades de tu pareja, como:

- «¿Qué es lo que más te gusta cuando hacemos el amor?»
- «¿Crees que hago cosas para molestarte?»
- «¿Te molesta que me acueste antes que tú?»
- «¿Te molesta algo de nuestra relación?»
- «¿Crees que hago cosas desconsideradas cuando estás estudiando para un examen?»

Las preguntas cerradas que tienen un rango limitado de respuestas son más útiles cuando buscas respuestas del tipo sí-no: «¿Te importa hacer el amor sin la música puesta?».

La sinceridad es esencial para desarrollar la intimidad. También puedes utilizar la autorrevelación para aprender más acerca de las necesidades de tu pareja, porque comunicar tus propios sentimientos e ideas invita a la reciprocidad. Por ejemplo, podrías decir: «Hay ocasiones en que siento que te molesto cuando hacemos el amor. ¿Debería probar algo diferente?».

Puedes pedir a tu pareja que se ponga a tu nivel en un tema fastidioso. Puedes decir que reconoces que podría ser embarazoso discutirlo, pero que intentarás escuchar conscientemente y no distraerte. También podéis limitaros a una cuestión difícil por conversación, porque, de lo contrario, si el «embalse emocional» reventara, la tarea de «recoger el agua» sería inabarcable.

Proporcionar información. Hay maneras hábiles de comunicar información, incluyendo «acentuar lo positivo» y utilizar pistas verbales y no verbales. Es irracional esperar que tu pareja lea tus pensamientos. Él o ella pueden decir cuándo tienes cara malhumorada, pero tu expresión no proporciona mucha información acerca de tus sentimientos específicos. Cuando tu pareja pregunta: «¿Qué te apetecería que hiciera?», no respondas: «Bien, creo que puedes imaginarte lo que quiero» o «Tan solo haz lo que creas que es lo mejor». Solo tú sabes lo que te agrada.

Deja que tu pareja sepa cuándo está haciendo algo bien. Díselo o encuentra otro modo de expresar tu apreciación. Acentuar lo positivo es gratificante y también informa a tu pareja acerca de lo que te agrada. En otras palabras, ¡no esperes hasta que tu pareja cometa un error y entonces aproveches la oportunidad para quejarte!

La actividad sexual proporciona una excelente oportunidad para la comunicación directa. Puedes decir algo como: «Oh, ¡eso está bien!» o «¡No pares!». O puedes pedir una retroalimentación, como: «¿Cómo te sientes con ...?».

La polémica de la escucha activa

Durante décadas, las parejas han situado los problemas de comunicación como una de las principales causas de insatisfacción en sus relaciones. Parte del problema —se han lamentado— es que sus parejas, simplemente, no las escuchan.

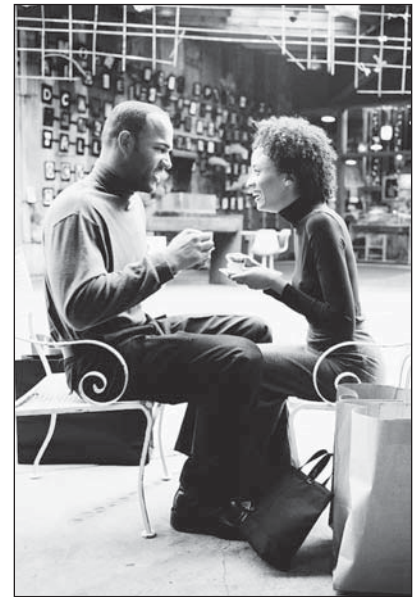
Por esta razón, los terapeutas de pareja han sugerido que las parejas utilicen una técnica que ellos mismos usan cuando atienden a sus clientes: la escucha activa. Ésta implica reconocer que, cuando tu pareja está hablando, resulta de gran ayuda hacer algo más que sentarse pasivamente. Sentarse pasivamente puede confundirse con una actitud a la defensiva, que es uno de los patrones de conducta que pueden conducir al final de una relación (Driver *et al.*, 2003; Gottman & Levenson, 1999; Gottman *et al.*, 1998, 1999; Pasupathi *et al.*, 1999).

En otras palabras, no resulta de ayuda mirar fijamente investigando el espacio, mientras tu pareja está hablando, o murmurar a regañadientes «mm...» de vez

en cuando, solo para ser amable. En lugar de eso, puedes escuchar activamente manteniendo contacto visual y modificando tus expresiones faciales para

¿Es una buena idea escuchar activamente a tu pareja? Podría parecer que la respuesta obvia es «sí», porque la comunicación efectiva requiere conocer los puntos de vista de la otra persona. Pero ten en cuenta que John Gottman y sus colegas encontraron algunas evidencias de que la forma de escuchar específica que los terapeutas llaman escucha activa puede ser interpretada como una confrontación. Los miembros de la pareja pueden escuchar activamente manteniendo el contacto visual y modificando la expresión de su cara para mostrar que comprenden los sentimientos y las ideas de sus parejas. Pueden preguntar amablemente cuestiones que no supongan un enfrentamiento, como: «¿Te molesto cuando...?». El tono de voz y la sinceridad son importantes.

mostrar que entiendes sus sentimientos e ideas (Cole & Cole, 1999). Por ejemplo, asiente con la cabeza cuando sea apropiado.



La retroalimentación proporciona una guía directa de lo que es agradable. Los miembros de la pareja también pueden hacer preguntas y sugerencias específicas.

La comunicación sexual también existe sin palabras. Las expresiones faciales y el lenguaje corporal son capaces de comunicar gustos y disgustos. Nuestras parejas pueden acercarse o alejarse de nosotros cuando les tocamos, se pueden relajar o ponerse tensos. En cualquier caso, lo dicen todo en silencio. Los siguientes ejercicios pueden ayudar a las parejas a utilizar las pistas no verbales para comunicar sus gustos y disgustos sexuales.

1. Turnaos con las caricias. Hacerse las caricias por turnos puede ayudar a los miembros de la pareja a aprender lo que agrada a uno y a otro. Cada miembro de la pareja se turna en acariciar al otro, parando frecuentemente, lo bastante como para recibir retroalimentación haciendo preguntas como: «¿Cómo te sientes con....?». El receptor proporciona la retroalimentación, que se puede expresar verbalmente («Sí, eso es. Sí, justo así» o «No, un poco más suave») o no verbalmente, haciendo sonidos apreciativos o desaprobatorios. El conocimiento adquirido a través de este ejercicio puede incorporarse al patrón regular de la actividad sexual de la pareja.
2. Dirige la mano de tu pareja. Suavemente guía la mano de tu pareja —para mostrar a tu pareja dónde y cómo te gusta que te toquen—; es una manera más directa de

Escuchar activamente también implica hacer preguntas que puedan resultar de ayuda, como: «¿Podrías ponerme un ejemplo?» o «¿Eso era bueno para ti?».

Un oyente activo no escucha simplemente lo que está diciendo la otra persona, sino que también se concentra atentamente en las palabras y en los gestos de quien habla, para comprender su significado. Las pistas no verbales pueden revelar más de los sentimientos íntimos de quien habla que sus palabras. Los buenos oyentes no interrumpen ni se alejan cuando sus parejas están hablando.

Parafrasear es otra forma de escucha activa que muestra que entiendes lo que tu pareja intenta decirte. Al parafrasear, refundes o repites las palabras de tu pareja para confirmar tu comprensión. Por ejemplo, si tu pareja dice: «Casi nunca dices nada cuando estamos haciendo el amor. No quiero que grites o emitas gemidos de compromiso o hagas tonterías, pero alguna vez me pregunto si estoy haciendo el amor con una pared»; puedes parafrasear esto diciendo algo como: «Así que resulta difícil para ti saber si estoy disfrutando».

Todo esto es de sentido común y es consecuente con lo que los terapeutas saben desde hace décadas. Pero entonces, en 1998, John M. Gottman y sus colegas publicaron un polémico estudio que estaba basado en observaciones de las maneras en que 130 parejas de recién casados intentaban resolver conflictos. Gottman y sus colegas encontraron que podían prever qué parejas permanecerían y cuáles romperían, basándose en sus respuestas corporales mientras «discutían» sus diferencias y lo que decían y hacían. El grupo de Gottman llegó a la conclusión de que, contrariamente a la opinión popular (entre los profesionales de ayuda), la escucha activa no ayudaba a las parejas a resolver conflictos y permanecer juntos. En lugar de ello, a menudo era percibida como una confrontación y perjudicial para la relación. El grupo de Gottman también llegó a la conclusión de que la expresión de enfado no era necesariamente perjudicial y —en una sugerencia que indignó a las feministas— que las mujeres deberían tratar los asuntos con delicadeza, para no herir el ego masculino. Por otra parte, el grupo de Gottman encontró apoyo para animar a los hombres a

mostrarse abiertos (no agresivos) ante las sugerencias de las mujeres.

El grupo de Gottman recibió duras críticas. Algunas se referían a los errores metodológicos en su estudio, como el hecho de que las parejas no se seleccionaron aleatoriamente entre la población general y que los investigadores llegaron a conclusiones sobre la causa y el efecto con datos que estaban correlacionados (Stanley *et al.*, 2000). Otros críticos advirtieron que la escucha activa, cuando se hace correctamente, no parece suponer una confrontación, y que las parejas en terapia podrían beneficiarse de un entrenamiento más cuidadoso en la utilización del método (Cole & Cole, 1999; Hafen & Crane, 2003).

¿Es peligroso expresar enfado cuando se intenta resolver un conflicto? Quizás la respuesta esté en cómo se expresa este enfado. Cuando éste conduce a una actitud evasiva, una actitud de desprestigio o una confrontación física, quizás todos los terapeutas estarían de acuerdo en que es destructivo. Pero si la discusión se mantiene en un tono civilizado, puede resultar útil usar las emociones —incluso las negativas, como el enfado— para lo que están.

comunicar tus gustos sexuales. Las mujeres pueden mostrar a sus parejas cómo quieren que les acaricien los pechos o el clítoris. Y los hombres pueden tomar las manos de su pareja para mostrarles cómo desean que les acaricien el pene o los testículos.

3. Haz señales. Las parejas pueden utilizar pistas no verbales de conformidad para señalar placer sexual. Por ejemplo, una pareja puede acariciar al otro de una determinada manera, o dar un golpecito al otro, para señalar que algo se está haciendo bien. El receptor de la señal toma nota mentalmente e incorpora la estimulación placentera en la forma habitual de hacer el amor. Éste es un tipo de técnica de «prueba y error», pero incluso los «cuasi errores» pueden ser placenteros.

Hacer peticiones. Un aspecto básico de la mejora de las relaciones o de hacer el amor es pedir a las parejas que cambien su conducta —hacer algo diferente o dejar de hacer algo que hace daño o no es agradable—. La habilidad de hacer peticiones cobra ahora toda la importancia.

Sé específico en la petición de los cambios. Decir a tu pareja algo como «Me gustaría que fueras más amable conmigo» puede conseguir poco. Tu pareja puede no saber que su conducta no es amable y puede no entender cómo ser «más amable». Es mejor decir algo como: «Agradecería que te hicieras el café tú solo, o al menos me lo pidas de una forma más agradable» o «Lo paso realmente mal con la manera en que me hablas delante de tus amigos.

Es como si intentaras demostrarles que tienes control sobre mí o algo así». De igual manera, puede ser menos efectivo decir: «Me gustaría que fueras más cariñoso», que decir: «Cuando hacemos el amor, me gustaría que me besaras más y me dijeras cómo me quieres».

Por supuesto, puedes preceder tus peticiones específicas con frases como: «Algo me ronda por la cabeza. ¿Es un buen momento para hablar contigo?».

Es más probable conseguir resultados deseables haciendo las preguntas en primera persona que colmando de críticas a tu pareja. Por ejemplo: «Me gustaría que pasáramos más tiempo abrazándonos después del sexo», es preferible a: «Parece que no me quieres lo suficiente como para abrazarme después de hacer el amor». Decir: «Me resulta muy doloroso cuando utilizas un tono desagradable conmigo» es probablemente más efectivo que: «A veces los sentimientos de las personas se sienten dolidos cuando sus novios (novias) les hablan de manera desagradable delante de sus amigos o familiares».

Puedes intentar hablar en primera persona delante del espejo, o con un cómplice, antes de hacerlo con tu pareja. De esta manera puedes ver si tu expresión facial y tono de voz son coherentes con lo que estás diciendo. Los amigos pueden proporcionar una retroalimentación constructiva.

Realizar críticas. Realizar críticas de manera efectiva es una habilidad. Requiere concentrar la atención de la pareja en el problema sin inducir al resentimiento, culpa o miedo.

En primer lugar, sopesa tus objetivos con franqueza. ¿Es tu principal intención hacer daño a tu pareja o estás más interesado en ganar su cooperación? Si tu objetivo es hacer daño, puedes también ser grosero y despreciativo, pero entonces debes esperar represalias. Sin embargo, si tu objetivo es mejorar la relación, tendrás que tener en cuenta una aproximación discreta.

Haz las críticas en privado, no delante de los amigos o la familia. Tu pareja tiene derecho a sentirse molesta cuando le criticas en público. Ventilar los asuntos privados en público provoca indignación y corta la comunicación.

Sé específico acerca de la conducta que te molesta, de manera que evites la trampa de menospreciar la personalidad de tu pareja o sus motivos. Por ejemplo, puedes resultar más efectivo diciendo: «Podría perder este trabajo, porque no tomaste nota del mensaje» que diciendo: «Eres completamente irresponsable» o «Eres un completo desastre». De manera similar, puedes conseguir mejores resultados diciendo: «El cuarto de baño parece sucio y huele mal cuando dejas tu ropa interior tirada por el suelo», que: «Eres un cerdo asqueroso». Quéjate de conductas específicas y modificables, más que intentar hacer una revisión de la personalidad completa del otro.

Tu pareja se sentirá menos amenazada si expresas disgusto en términos de tus propios sentimientos que atacando directamente su propia personalidad. El ataque a menudo provoca una conducta defensiva, y a veces represalias. Cuando hables con tu pareja por no mostrar sensibilidad hacia tus necesidades sexuales cuando hacéis el amor, puede ser más efectivo decir: «Sabes, de veras me molesta que no parece que tengas en cuenta mis sentimientos cuando hacemos el amor», que decir: «Estás tan absorto contigo mismo que nunca piensas en nadie más».

Mantén las críticas y las quejas en el presente. Piensa cuántas veces has estado presente en una discusión y escuchado esto: «¡Nunca me has querido!» o «¡El verano pasado hiciste lo mismo!». Retrotraerse al pasado confunde los asuntos actuales y aumenta el resentimiento. Cuando tu pareja olvida tomar nota de un mensaje telefónico, resulta más útil advertir que «Era una llamada muy importante» que «Hace tres semanas no me avisaste de la llamada de Cristina y me perdí *Terminator 17*». Es mejor olvidar quién algo hizo a quién el año pasado (o incluso la semana pasada).

Evita las críticas contundentes o los ataques personales y sugiere alternativas constructivas. Evita decir: «Eres un pésimo amante». En lugar de eso, puedes decir: «¿Puedo tomar tu mano y mostrarte lo que me gusta?».

Cuando sea posible, expresa las críticas positivamente y combínalo con una petición concreta. Cuando comentes con tu pareja su aparente falta de afecto mientras hacéis el amor, dile: «Me gusta que me beses. Por favor, bésame más», mejor que: «Nunca me besas cuando estamos en la cama y eso me pone enfermo».

Recibir las críticas

Encajar una crítica es difícil, especialmente si viene de un familiar, un amigo, un conocido o un extraño.

Franklin P. Jones

Hacer críticas puede resultar complicado, especialmente cuando quieres inspirar cooperación. Recibir una crítica puede resultar incluso más complicado. No obstante, las siguientes sugerencias ofrecen algo de ayuda.

Cuando escuches: «Es hora de que hagas algo acerca de...», es comprensible que se ericen los pelos de los antebrazos. Después de todo, es un desafío directo. Cuando se nos enfrentan con dureza, solemos ponernos a la defensiva y pensamos responder. Pero si tu objetivo es mejorar la relación, tómate unos momentos para reflexionar. Para resolver conflictos necesitamos aprender acerca de lo que concierne a la otra persona: mantén las líneas de comunicación abiertas, y encuentra caminos para cambiar la conducta problemática.

Así que cuando tu pareja diga: «Es hora de que hagas algo en el cuarto de baño», para y piénsatelo antes de tomar fuerzas para decir con tu voz más amenazante: «¿Qué demonios se supone que quieres decir?». Pregúntate qué es lo que quieres descubrir.

Tan importante como ser específico, cuando realices una crítica, será que animes a la otra persona para que sea específica cuando tú seas el receptor de la crítica. En el ejemplo de la queja acerca del cuarto de baño, puedes ayudar a tu pareja a ser específica y, quizás, evitar lo peor, haciendo preguntas clarificadoras, como: «¿Puedes decirme exactamente qué quieres decir?» o «¿El cuarto de baño?».

Considera una situación en la cual un amante dice algo como: «Eres una de las personas más irritantes que conozco». Más que tomar represalias y dañar aún más la relación, puedes decir algo como: «¿Qué tal si renuncias a la campaña de desprestigio y me dices qué hice que te molestó?». Esta respuesta pide acabar con los insultos y pedir a tu pareja que sea específica.

Incluso cuando no estés de acuerdo con una crítica, puedes mantener abiertas las líneas de comunicación y mostrar respeto por los sentimientos de tu pareja, reconociendo y parafraseando la crítica.

Por otro lado, si eres culpable, puedes admitirlo. Por ejemplo, puedes decir: «Tienes razón. Era mi día de limpiar el baño y se me pasó por completo» o «Estuve demasiado ocupado, de veras no pude hacerlo». Ahora los dos podríais buscar una solución al problema. Cuando reconoces la crítica, das pie a tu pareja para retroceder y buscar un camino para mejorar la situación. Qué hacer si entonces tu pareja abusa de la situación y dice algo como: «¿Así que admites tu culpa?». Entonces podrías intentar un poco de educación en la resolución del conflicto. Podrías decir: «Admito que tuve la culpa. Si estás dispuesto a trabajar conmigo para encontrar una manera de solucionarlo, estupendo; pero no voy a dejar que me pongas contra las cuerdas».

Ahora, si crees que no fue culpa tuya, expresa tus sentimientos en primera persona y sé específico. No aproveches la oportunidad para llamar la atención sobre los errores de tu pareja. Haciendo eso puedes cerrar las vías de comunicación.

Negociar las diferencias. Negocia tus diferencias si sientes que hay razón en ambas partes de la discusión. Puedes querer decir algo como: «¿Ayudaría que...?». Y si tu obligación de limpiar el baño es una tarea que te supera, quizás tú y tu pareja podéis llegar a un acuerdo: es decir, serás relevado de limpiar el baño a cambio de abordar una tarea que tu pareja encuentra igualmente odiosa.

Si ninguna de estas aproximaciones ayuda a resolver el conflicto, quizás tu pareja esté utilizando el comentario acerca del cuarto de baño para expresar enfado por otros asuntos. Puedes intentar averiguarlo diciendo algo como: «He estado intentando encontrar una manera de resolver este asunto, pero nada parece servir de ayuda. ¿Todo esto es por el cuarto de baño, o hay otras cosas en tu cabeza?».

Cuando la comunicación no es suficiente: manejando los puntos muertos. La comunicación ayuda a construir y mantener las relaciones, pero a veces los miembros de la pareja tienen desacuerdos profundos y sustanciales. De hecho, es normal estar en desacuerdo de vez en cuando. Incluso cuando sus habilidades comunicativas están totalmente en sintonía, los miembros de la pareja, de vez en cuando, llegan a un punto muerto. Entonces estas sugerencias pueden resultar de gran ayuda.

La investigación muestra que ver las cosas desde el punto de vista de la pareja, durante una disputa, tiene como resultado unos sentimientos más positivos acerca de la relación y una mayor disposición para responder de una manera constructiva (Arriaga & Rusbult, 1998; Driver *et al.*, 2003). Así que, si se llega a un punto muerto, los malos sentimientos pueden resolverse (honestamente) diciendo algo como: «Aún estoy en desacuerdo contigo, pero puedo entender por qué te mantienes en tu posición». Pero si no sigues la lógica de tu pareja, puedes decir algo como: «Por favor: estoy intentando mirar esto desde tu punto de vista, pero no puedo seguir tu razonamiento. ¿Podrías intentar ayudarme a entender tu punto de vista?».

A veces, cuando se llega a un punto muerto sin encontrar la solución, resulta de ayuda dejar que el problema «repose» durante un tiempo. Si tú y tu pareja dejáis el asunto de lado por un tiempo, quizás se os ocurra una solución más tarde.

Aunque tendemos a establecer relaciones con personas con las que compartimos actitudes similares, no siempre existe una perfecta sintonía. Un miembro de la pareja que pretenda ser un clon tuyo seguramente será un aburrimiento. Asumir que, en general, tu relación es gratificante y placentera te puede ayudar a tolerar algunas diferencias. Forma parte del respeto hacia otras personas el hecho de permitirles que sean como son. Cuando tenemos un sentido sólido de quiénes somos, como individuos, y lo que aguantamos, conseguimos ser más aptos para tolerar las diferencias en nuestras parejas.

Cuando todo lo demás falla, puedes estar de acuerdo para estar en desacuerdo en varios temas. Tú y tu pareja podéis ser individuos sólidos y respetados aunque estéis en desacuerdo de vez en cuando.

Recuerda que el desacuerdo en sí mismo no es necesariamente destructivo en una relación —a menos que estés convencido de que debe ser así—. No es posible que dos personas vean todo de la misma manera. El fracaso para manifestar el desacuerdo nunca podrá evitar que al menos un miembro de la pareja se sienta frustrado de vez en cuando. El conflicto es casi inevitable en una relación. La clave de la satisfacción con la relación está en cómo la pareja intenta resolver el conflicto.

APORTACIÓN DE AUTORES ESPAÑOLES

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN RELACIONES DE INTIMIDAD

ESPERANZA NAVARRO
Universidad de Alicante

ESTHER BARBERÁ
Universidad de Valencia

Uno de los suyos, de los de siempre, ha sido abandonado por la novia tras ocho años de relación. Reunido el grupo de amigos íntimos, y en una conversación de apenas dos minutos en la que se trata de analizar la situación del amigo despechado y las posibles actuaciones para resolver su situación, deciden organizar un equipo de fútbol y disputar la liguilla del barrio. Ello le permitirá ganar algo, que es lo que se necesita para superar una crisis de autoestima, según el ideólogo del grupo. Esta escena, de una película de gran éxito en España, condensa, entre tópicos y cómicos, una de las características de las relaciones de amistad entre varones que mayor contraste empírico ha recibido: los varones, a diferencia de las mujeres, experimentan la intimidad con sus amigos a través de hacer cosas juntos, pasar tiempo juntos, comprometidos y de forma significativa. El nivel de intimidad es una medida del grado de implicación en las actividades que se comparten y la diferenciación respecto de otros grupos, y no una medida de la profundidad y revelación de las conversaciones que se mantienen, como ocurre en las mujeres. ¿O cómo nos imaginamos esa misma escena en el caso de que las protagonistas hubieran sido chicas? Efectivamente... hablando, discutiendo, profundizando, confesándose, llorando, interpretando y analizando los hechos, desmenuzando los precedentes, antecedentes y consecuentes... El consuelo a través de la palabra. Pero a ellos, a los chicos, les sobran dos palabras y mucha acción. Y es que hombres y mujeres expresamos nuestra necesidad de intimidad de forma bien distinta. Pero, ¿se trata realmente de una cuestión de expresión? ¿O estamos ante una diferencia más fundamental, una diferencia en las necesidades y capacidades de varones y mujeres?

La psicología se ha interesado por dos aspectos de la intimidad bien diferenciados. Por un lado, por la intimidad como motivación o disposición personal, y por otro, por la intimidad en tanto que característica de una relación, normalmente diádica. La intimidad como motivación es definida como la capacidad de aproximar al otro el *yo* más profundo y la percepción de sentirse aceptado por el otro de forma incondicional. Una relación de intimidad se diferencia de otras relaciones en el grado de comunicación emocional, confianza y exclusividad que se alcanza a compartir, así como en el nivel de bienestar emocional que se percibe a través de esta relación. Igualmente, se entiende la intimidad como el espacio vital que no es accesible a cualquier persona, sólo a unas pocas o a una persona (para una revisión, véase Hendrick & Hendrick, 2000).

En todas estas líneas de investigación encontramos interés por las diferencias de género y resultados de gran relevancia

para la psicología del género. Un repaso general de los estudios más recientes concluye que cuando se analizan las interacciones pasadas o actuales se observa que las mujeres establecen relaciones de mayor intimidad que los varones, pero cuando se analizan las diferencias de género en motivación de intimidad las diferencias de género son mucho menores (Prager, 2000). No puede sorprendernos, en tanto la intimidad es una necesidad fundamental del individuo, como la alimentación o el cobijo. Cuestión diferente es cómo expresamos esta necesidad, cómo se va construyendo en el desarrollo de la vida. Diferentes autores consideran la existencia de un patrón de afiliación masculino, más habitual en los varones, y un patrón de afiliación femenino, más común en las mujeres.

Los estudios sobre el desarrollo de la sociabilidad muestran que hacia los cuatro o seis años ya se da una preferencia por las personas del propio sexo para compartir actividades y establecer relaciones de amistad. Esta homosociabilidad se va a mantener a lo largo de toda la vida, especialmente en cuanto a la selección de la mejor amiga o el mejor amigo, de las personas con las que las relaciones de amistad sean más estrechas. Configurados los grupos de niñas y los de niños, y a pesar de que tanto unos como otras participan de numerosas actividades en común, se aprecian diferencias tanto en la configuración del grupo como en el tipo de actividades. Así, los grupos de las niñas suelen estar formados por tres o cuatro niñas y es más fácil que integren algún niño, mientras que los grupos de los niños son más numerosos y es menos común la presencia de chicas en ellos. Por otro lado, las actividades más comunes de las niñas favorecen la comunicación verbal —por ejemplo, los juegos de roles— y la relación interpersonal, mientras que gran parte de los juegos más habituales en los grupos de chicos incluyen la actividad física —por ejemplo, el fútbol (Maccoby, 1998)—.

Posteriormente, durante la entrada en la adolescencia, las amistades de los chicos y de las chicas se irán transformando, y las diferencias en las actividades y el uso del tiempo en común se aminoran. No obstante, todavía al inicio de la adolescencia prevalece este doble patrón de afiliación: los grupos de las chicas suelen ser menos numerosos que los grupos de amigos de los chicos y la comunicación acerca de las cuestiones relacionales y personales tiene mayor presencia en las amistades de las chicas que en las amistades de los chicos. Además, se ha observado que chicos y chicas describen de forma desigual sus relaciones más íntimas. Para las chicas, la intensidad de una relación entre dos amigas tiene que ver con cuestiones como compartir secretos, poder confiar y sentirse comprendidas, mientras que entre los varones adolescentes la intensidad de una relación de amistad la describe la cantidad de actividades que comparten,

el tiempo que pasan juntos y lo que se divierten con lo que hacen cuando están juntos. Un dato especialmente relevante es que la mejor amiga de la chica —normalmente amiga— surge antes en el tiempo que el mejor amigo del chico.

Esta diferencia en el patrón de afiliación habitual de niñas y niños y de adolescentes podría guardar una estrecha relación con las diferencias en los modos de experimentar las relaciones de intimidad durante la vida adulta. Ésta es la propuesta de una interesante línea de investigación que ha analizado el impacto de las relaciones de amistad durante la infancia en las experiencias amorosas de la adolescencia y juventud (Fering, 1999). Una de las conclusiones más relevantes es que el aprendizaje de las formas de experiencia íntima es anterior en las chicas que en los chicos, a través de la experiencia de la intimidad amistosa. La amistad permite aprender habilidades de comunicación y destrezas comunes a las relaciones diádicas, elicitando emociones y sentimientos que van a estar también presentes en las relaciones románticas adultas. Como han demostrado diferentes investigaciones, la mayor intensidad de las relaciones de amistad durante la infancia predice la intensidad de las relaciones amorosas durante la adolescencia (para una revisión, véase Navarro Pertusa, 2004). Esta ventaja en el aprendizaje se relaciona también con la mayor capacidad que exhiben muchas mujeres para comprender y describir emociones, entre otras cuestiones vinculadas a la experiencia de intimidad relacional.

Al menos dos cuestiones pueden favorecer este aprendizaje precoz en las niñas. Por un lado, la configuración del grupo y el tipo de actividad de los grupos de chicas facilitan el intercambio de información, lo que va a ser característico de las relaciones íntimas, junto con la complicidad y la confianza. Mientras que los grupos de los chicos son más numerosos, las posibilidades de intercambio «personalmente significativo» son menores —sin duda las diferencias en el desarrollo del lenguaje pueden tener un valor altamente significativo en lo que respecta a la infancia—. Por otro lado, la imitación de los comportamientos de los progenitores.

Efectivamente. Si bien los estudios sobre relaciones de intimidad con población adulta ya no son tan concluyentes, se aprecia la pervivencia de una diferencia notable en cuanto a los estilos de comunicación emocional de hombres y de mujeres. Las mujeres comparten mucha más información sensible, personal y emocional con sus seres queridos. Los hombres, en mayor medida que las mujeres, gustan menos de hablar de sus estados emocionales y, en general, muestran más resistencia a la expresión emocional —excepto la agresividad—, tanto en expresiones verbales como no verbales. Son muy numerosos los estudios que confirman que los hombres tienden menos a compartir sus reflexiones acerca de ellos mismos y a menudo escogen a una mujer de su entorno para este fin. En la misma línea, son muchos los estudios que confirman que las mujeres tienen más conciencia de las relaciones, recuerdan las cuestiones relevantes y disponen de una mayor pluralidad de pensamientos a la hora de describir sus relaciones románticas (Prager, 2000). Como sabemos, en el ámbito de las relaciones sexuales, la comunicación emocional es un aspecto destacado por las mujeres (Navarro-Pertusa, Barberá y Reig, 2003).

No obstante, y como comentamos al inicio, la intimidad cumple funciones muy similares en los varones que en las mujeres. Tanto sentirse apoyado, poder confiar, poder hablar de las cosas personales, como pasarlo bien juntos y compartir actividades, son elementos que caracterizan la relación de un hombre o de una mujer con su mejor amigo o amiga. De igual forma, las relaciones románticas cumplen funciones muy similares para los varones que para las mujeres. Por tanto, y según los resultados de la investigación de los que disponemos hasta el momento, la necesidad de intimidad no es diferente en unos y en otras. Pero la comunicación de dicha necesidad privilegia de alguna forma a las mujeres. ¿Podemos confirmar, entonces, que *el sexto sentido* existe y que es más fácil encontrarlo en las mujeres? No disponemos de una explicación única en psicología.

Desde el punto de vista de los modelos teóricos más biologicistas, ésta sería una diferencia más de carácter, provocada por las diferentes necesidades adaptativas de varones y mujeres, una consecuencia de las distintas proyecciones que hombres y mujeres hacen de su capacidad de socialización: los varones tendrían una socialización tribal, mientras que en las mujeres sería diádica. La configuración tribal podría haberse mantenido en la especie humana para competir con otros grupos con mayor efectividad, aportando garantías a la supervivencia del propio, mientras que la mayor competencia diádica permitiría a la mujer incrementar sus habilidades en el cuidado de los bebés, entre otras funciones, lo que garantizaría la supervivencia de las crías.

Desde el punto de vista de los modelos cognitivistas, podría tratarse de dos modos de construir el *self* (Cross y Madson, 1997). Extrapolando al género los conceptos de colectivismo e individualismo desarrollados por Markus y Kitayama para dar cuenta de las diferencias en las mentalidades de Oriente y Occidente, este modelo propone que los hombres son educados para desarrollar un *self* autónomo e independiente —individualista—, en el que las relaciones interpersonales son fundamentalmente un medio para la comparación, un recurso para mostrar poder y asertividad, o para desarrollar cualquier otra área que confiera significado a ese yo individualista, mientras que las mujeres han sido educadas en un *yo* relacional —colectivista— en el que las relaciones interpersonales son un medio para la confirmación de la propia identidad a través de la pertenencia y fusión con los demás. El interés por la intimidad es similar en ambos sexos, si bien cada uno de ellos se expresará en esferas diferentes, aquellas a las que tradicionalmente se ha vinculado el desarrollo de los roles específicos para cada sexo: la esfera de lo privado en las mujeres, la esfera de lo público en los varones. La formación de grupos más pequeños, diádas de alta intimidad, favorece las relaciones de igualdad frente a las relaciones de poder y de diferente estatus que, necesariamente, se forman en los grupos extensos, característicos de las preferencias de los varones.

Pero aquello que ambos tratan de satisfacer es la misma necesidad: la de pertenencia. Como afirmó Morgenthau, en el pasado siglo: «El poder es a los hombres lo que el amor es a las mujeres: dos motivaciones que surgen de un mismo principio, la soledad» (1962).

BIBLIOGRAFÍA

- CROSS, S. E., y MADSON, L. (1997): «Models of the self: Self construal and gender». *Psychological Bulletin*, 122 (1). Pp. 5-37.
- FEIRING, C. (1999): «Other-sex friendship networks and the development of romantic relationships in adolescence». *Journal of Youth and Adolescence*, 28 (4). Pp. 495-512.
- MACCOBY, E. E. (1998): *The two sexes: Growing up apart, coming together*. Cambridge, MA. Harvard University Press.
- NAVARRO-PERTUSA, E., (2004): *Género y relaciones de intimidad*. En E. Barberá e I. Martínez- Belloch (Comps.). *Psicología del Género*. Madrid.
- NAVARRO-PERTUSA, E.; BARBERÁ, E., y REIG, A. (2003): «Diferencias de género en motivación sexual». *Psicothema*, 15 (3). Pp. 395-400.
- PRAGER, K. J. (2000): *Intimacy in personal relationships*. En C. Hendrick y S. S. Hendrick (Comps.). *Close relationships. A sourcebook*. California. Sage Publications. Pp. 229-244.
-

Técnicas sexuales y patrones de conducta

CAPÍTULO

8



La conducta sexual en solitario

La masturbación

De cerca. La tecnología del orgasmo: «histeria», el vibrador y la satisfacción sexual de la mujer

Un mundo de diversidad. Factores socioculturales y masturbación

Las fantasías

La conducta sexual con los demás

Los prolegómenos

Besarse

Tocarse

La estimulación de los pechos

La estimulación genital-oral

Un mundo de diversidad. Factores socioculturales y sexo oral

El acto sexual: posiciones y técnicas

La conducta sexual en solitario

Existen varias formas de expresión sexual que no requieren una pareja o se practican, por lo general, en ausencia de una pareja. La masturbación es una de estas formas de expresión sexual en solitario.

Pregunta: ¿Qué es la masturbación? La masturbación implica la estimulación directa de los genitales. Otras formas de experiencia sexual individual, como las fantasías sexuales, pueden estar acompañadas o no de estimulación genital.

La masturbación

En solitario se contamina, y con su propia mano arruina todo su porvenir para ambos mundos, éste y el siguiente. Incluso después de haber sido seriamente avisado, a menudo continuará esta práctica peor que horrible, renunciando deliberadamente a su derecho a la salud y la felicidad por un momento de enloquecida sensualidad.

J. H. Kellogg, M. D., *Plain Facts for Old and Young*, 1888

La palabra *masturbación* deriva del latín *masturbari*, de las raíces «mano» y «profanar». Estas raíces nos proporcionan pistas de las actitudes culturales históricas hacia esta práctica. La **masturbación** puede practicarse estimulando manualmente los genitales, y también con la ayuda de estimulación artificial, como un vibrador. Se puede emplear un objeto, como una almohada o un **consolador**, para tocar los genitales. Incluso antes de que concibamos las relaciones sexuales con otras personas, podemos aprender en nuestra niñez más temprana que tocar nuestros genitales puede producirnos placer.

Obtener placer no es la única razón por la que las personas se masturban. La Tabla 8.1 muestra algunos motivos para la masturbación, según los hallazgos de un estudio de la NHSLS.

Pregunta: ¿Cómo se ha visto la masturbación en nuestra cultura? En la tradición judeocristiana, la masturbación ha sido fuertemente condenada como un pecado (Bullough, 2002). Las actitudes de los primeros judeocristianos hacia la masturbación reflejaban la censura que se aplicaba a los actos sexuales no reproductores. En la tradición judeocristiana se referían a la masturbación como «onanismo», nombre que tiene su origen en la historia bíblica de Onán. Según el libro del Génesis (38: 9-11), Onán era el segundo hijo

TABLA 8.1

Motivos para la masturbación (en porcentajes de respuestas entre quienes dieron un motivo), según el estudio de la NHSLS

Motivos para la masturbación	Hombres (%)	Mujeres (%)
Relajarse	26	32
Aliviar la tensión sexual	73	63
No disponer de pareja	32	32
La pareja no quiere tener relaciones sexuales	16	6
Aburrimiento	11	5
Obtener placer sexual	40	42
Para poder dormir	16	12
Temor al SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual	7	5
Otras razones	5	5

Fuente: Adaptado de Laumann, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T., & Michaels, S. (1994): *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago. University of Chicago Press. Tabla 3.3, p. 86.

Masturbación

Autoestimulación sexual.

Consolador Objeto en forma de pene que se utiliza en actividades sexuales.

De
cerca

La tecnología del orgasmo: «histeria», el vibrador y la satisfacción sexual de la mujer

Rachel Maines iba a escribir un libro sobre la técnica del bordado a finales del siglo XIX y principios del XX. En el curso de su investigación encontró anuncios de vibradores. Su atención dio un giro hacia el significado y el uso de los vibradores en la historia de Estados Unidos y acabó por escribir un libro titulado *The Technology of Orgasm: «Hysteria», the Vibrator, and Women's Sexual Satisfaction* (1999)¹.

Resultó que el masaje genital hasta llegar al orgasmo —a menudo utilizando un vibrador— fue un tratamiento común para la «histeria», un problema de salud que se consideraba común en las mujeres. El tratamiento era recomendado habitualmente por un médico o una comadrona. El masaje genital podría utilizarse para llevar a la mujer al «paroxismo histérico» (es decir, el orgasmo). La introducción del vibrador hacia 1880 hizo el tratamiento más eficiente.

¿Qué es la histeria? Antiguamente el diagnóstico de la histeria se hacía basándose en síntomas como ansiedad, irritabilidad, nerviosismo, hinchazón de la pelvis, pesadez del abdomen (hinchazón)

y mareos, así como otros síntomas que incluían las fantasías sexuales y la lubricación vaginal. La palabra «histeria» deriva de la palabra griega *uterus*. Los médicos creían que el útero provocaba estos síntomas para castigar al paciente por su privación de sexo. El embarazo podía ayudar, así como el coito. Se animaba a las mujeres solteras para que se casaran y a las mujeres casadas para que se quedaran embarazadas. Las mujeres que no disponían de un hombre para estos menesteres podían montar a caballo, utilizar mecedoras (sí, mecedoras) o procurarse un masaje genital. Maines no encontró evidencia de que los médicos disfrutaran del asunto. Más bien delegaban en las comadronas cuando podían. A las mujeres, por cierto, no se las animaba a masturbarse como una manera de conseguir el «paroxismo histérico». La masturbación se consideraba una desviación insana. El uso del vibrador en manos del médico o la comadrona era un tratamiento médico, no un acto sexual (Heiman, 2000). Y un orgasmo era una «crisis histérica», no un orgasmo.

Resulta obvio que los «síntomas de la histeria» están relacionados con la

menstruación. Hoy reconocemos que los síntomas menstruales y premenstruales están relacionados con la secreción de hormonas sexuales, pero incluso en tiempos tan recientes como mediados del siglo XX, los profesionales de la salud atribuían una amplia variedad de trastornos mentales a la histeria. Así, las conductas relacionadas con estos trastornos —por ejemplo, el desarrollo de síntomas físicos como respuesta al estrés— se esperaban de las mujeres, pero no de los hombres.

La psicóloga Julia Heiman (2000) cree que el contenido y las fuentes citadas por Maines merecen una mayor atención por parte de otros expertos. Es sorprendente que esta pieza de la historia haya permanecido relativamente oculta hasta ahora. Si no fuera porque el libro presenta una sólida lista de referencias, junto con ilustraciones de los vibradores y tablas de tratamientos, podría parecer que la práctica descrita por Maines es producto de la imaginación. Lo que sigue siendo un misterio es lo extendido de este tratamiento.

¹ *La tecnología del orgasmo: «histeria», el vibrador y la satisfacción sexual de la mujer.*

de Judá. Er, el primogénito de Judá, había muerto sin dejar heredero. La ley bíblica establecía que si un hombre moría sin heredero, su hermano debía tomar a la viuda como esposa (una unión llamada «matrimonio impuesto») y criar a su primer hijo como el heredero de su hermano. Así, Judá ordenó a Onán: «Ve con la mujer de tu hermano, y cumple el deber del hermano de su marido con ella, y planta la semilla de tu hermano». Pero Onán «desperdió su semilla sobre el suelo» en sus relaciones con la mujer de su hermano fallecido y Dios lo fulminó por sus obras.

Aunque el «onanismo» se ha relacionado con la condena judeocristiana de la masturbación, el acto de Onán era el **coitus interruptus**, no de masturbación. Ambos actos, sin embargo, implican sexo no procreador (desperdiar la semilla). Más aún, el castigo de Onán parece tener más relación con no cumplir la ley que con el hecho de desperdiar la semilla. Sea cual sea su origen bíblico, la masturbación está prohibida en la ley judía. San Agustín estuvo influido por las creencias de la antigua Persia, que condenaban todas las

Coitus interruptus

Práctica que consiste en retirar el pene antes de la eyaculación durante el coito.

actividades sexuales no procreadoras como pecaminosas (Bullough, 2002). Los historiadores sospechan que en la antigüedad se condenaban las prácticas sexuales que no conducían a la procreación por la necesidad de incrementar la población. La necesidad de la progenie también se relaciona con el punto de vista, muy extendido, de que el coito en el matrimonio es la única vía moralmente aceptable para la expresión sexual.

La masturbación en la historia desde el punto de vista médico. El punto de vista de San Agustín llegó a la medicina en el siglo XVIII, y los profesionales médicos «tradujeron» pecado por trastorno. Así que, hasta tiempos recientes, la masturbación se ha considerado física y mentalmente dañina, así como degradante. Benjamin Rush, médico del siglo XVIII y firmante de la Declaración de Independencia, creía que la masturbación provocaba tuberculosis, «trastornos nerviosos», pérdida de visión y de memoria, y epilepsia.

Muchas autoridades eclesiásticas y médicas del siglo XIX estaban convencidas de que ciertos alimentos ejercían un efecto estimulante sobre los órganos sexuales. Así que aconsejaban a los padres modificar la dieta de sus hijos para eliminarlos, especialmente la carne, el café, el té y el chocolate. Éstos podían sustituirse por alimentos «no estimulantes», muy especialmente los cereales. En la década de los años 1830, el reverendo Sylvester Graham creó una galleta salada, desde entonces llamada «galleta Graham», para ayudar a las personas a controlar sus impulsos sexuales.

Otro nombre muy conocido se relaciona con la marca de un alimento sin sal que pretendía controlar los impulsos sexuales, especialmente en los jóvenes. Uno de los médicos más influyentes del siglo XIX fue el director del Sanatorio Battle Creek, en Michigan, el doctor J. H. Kellogg (1852-1943), más conocido hoy en día como el creador de los cereales para el desayuno. Kellogg identificó 39 «efectos de masturbación», incluyendo acné, palidez, palpitaciones, hombros caídos, espalda débil y convulsiones. Kellogg, como Graham, pensaba que el deseo sexual se podía controlar con una dieta de alimentos simples, especialmente cereales, incluyendo los copos de maíz que han recibido su nombre desde entonces. (Nos preguntamos cómo reaccionaría Kellogg ante los cereales azucarados energéticos que ahora llevan su nombre.)

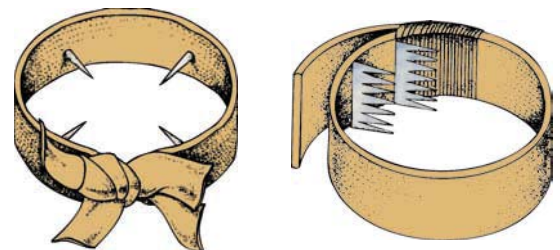
Muchos médicos del siglo XIX también recomendaban a los padres que tomaran medidas para evitar que sus hijos se masturbaran. Kellogg sugería que los padres vendaran o cubrieran los genitales de sus hijos, o les ataran las manos (véase la Figura 8.1).

Varios estudiosos de la sexualidad del siglo XIX se unieron a la cruzada contra la masturbación. Richard von Krafft-Ebing (en *Psychopathia Sexualis*, 1886) y Havelock Ellis (en *Studies in the Psychology of Sex*, 1900) condenaban la masturbación por ser psicológicamente peligrosa. Krafft-Ebing relacionaba la masturbación con la orientación sexual. La masturbación masculina —así lo creía erróneamente— detenía el desarrollo de los instintos eróticos normales y conducía a la **impotencia** con las mujeres. De modo que fomentaba la actividad sexual entre hombres.

Pregunta: ¿Es perjudicial la masturbación? A pesar de esta historia, no existe evidencia científica de que la masturbación sea perjudicial. La masturbación no produce demencia,

Impotencia Dificultad recurrente para conseguir o mantener una erección suficiente para tener relaciones sexuales con éxito. (El término ha sido reemplazado por los términos «desorden eréctil masculino» y «disfunción eréctil», como se verá en el Capítulo 12.)

Figura 8.1. Dispositivos diseñados para frenar la masturbación. Debido a la creencia tan extendida de que la masturbación era perjudicial, en el siglo XIX se introdujeron varios artilugios para evitar que los niños la practicaran. Algunos de ellos eran bárbaros, como los que mostramos aquí.



Un mundo de diversidad

Factores socioculturales y masturbación

Pocas actividades «prohibidas» están tan extendidas como la masturbación. Casi todos los hombres adultos y cerca de dos tercios de las mujeres adultas, en los estudios clásicos de Kinsey (Kinsey *et al.*, 1948, 1953), manifestaron que se habían masturbado alguna vez. El estudio de la NHSLS también encontró una diferencia relacionada con el género en la frecuencia de masturbación (Lauermann *et al.*, 1994). La Tabla 8.2 muestra la frecuencia de masturbación de

los participantes en el estudio: «en los doce meses previos», según el sexo, la edad, el estado marital, el nivel de formación académica, la religión y la raza o etnia.

En total, el 37 por ciento de los varones y el 58 por ciento de las mujeres preguntados dijeron que no se habían masturbado durante el año precedente. En todas las categorías sociales, los hombres dijeron haberse masturbado más frecuentemente que las mujeres. A pesar de la revo-

lución sexual, puede que las mujeres encuentren la masturbación menos aceptable que los hombres (Dantzker & Eisenman, 2003). Las mujeres tradicionales pueden estar aún sujetas a las presiones sociales que enseñan que el placer del sexo por el sexo es un tabú para las mujeres más que para los varones (Dantzker & Eisenman, 2003). Quizás por ello, también las mujeres, más que los hombres, prefieran las relaciones sexuales en el contexto de una relación.

ni crecimiento de vello en las manos, ni produce verrugas o cualquiera de las otras enfermedades psicológicas y físicas que se le atribuyeron alguna vez, salvo alguna herida en los genitales debida a una eventual estimulación violenta. La masturbación, por sí misma, no es psicológicamente perjudicial, aunque puede ser indicio de un problema de adaptación si se emplea como la única válvula de escape sexual, cuando se tienen oportunidades de relaciones sexuales. Los terapeutas sexuales incluso han encontrado usos terapéuticos para la masturbación. Se ha demostrado útil como tratamiento para individuos con bajo deseo sexual y para mujeres que tienen dificultad para alcanzar el orgasmo (Coleman, 2002; Zamboni & Crawford, 2002; véase el Capítulo 12).

Por supuesto, las personas que consideran la masturbación mala, perjudicial o pecaminosa pueden experimentar ansiedad o culpabilidad (Kontula & Haavio-Mannila, 2002).

En la sociedad india, por ejemplo, es una creencia común que la masturbación conduce a la impotencia sexual (Chakrabarti *et al.*, 2002). Por tanto, muchos hombres indios experimentan ansiedad extrema y temor como resultado de la masturbación, lo cual conduce, a veces, a la ausencia de respuesta sexual, a la que tienen pánico. Pero estas reacciones negativas están relacionadas con sus creencias sobre la masturbación, no con la masturbación *per se*.

Pregunta: ¿Quién se masturba? A pesar de la continua condena de la masturbación, los estudios indican que muchas personas en nuestra sociedad se masturban de vez en cuando. Una diferencia desde los tiempos de Kinsey es que ahora los individuos se masturban a edades más tempranas (Dekker & Schmidt, 2002). Por lo general, la incidencia de la masturbación ha sido, y sigue siendo, mayor entre los varones que entre las mujeres. En la sección *Un mundo de diversidad* puedes ver cómo es la masturbación en diferentes grupos.

El estudio mostraba que las personas casadas se masturbaron menos durante los doce meses previos a la investigación que las personas que nunca estuvieron casadas y que las que estuvieron casadas anteriormente. No obstante, el 43 por ciento de los hombres casados y el 63 por ciento de las mujeres casadas dijeron que no se habían masturbado en absoluto durante el año previo.

TABLA 8.2

Factores socioculturales y frecuencia de masturbación durante los doce meses previos, encontrados en el estudio de la NHSLS

CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES	Frecuencia de masturbación (%)			
	No en absoluto		Al menos una vez a la semana	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Población total	36,7	58,3	26,7	7,6
Edad				
18–24	41,2	64,4	29,2	9,4
25–29	28,9	58,3	32,7	9,9
30–34	27,6	51,1	34,6	8,6
35–39	38,5	52,3	20,8	6,6
40–44	34,5	49,8	28,7	8,7
45–49	35,2	55,6	27,2	8,6
50–54	52,5	71,8	13,9	2,3
55–59	51,7	77,6	10,3	2,4
Estado marital				
Nunca casados (sin cohabitación)	31,8	51,8	41,3	12,3
Casados	42,6	62,9	16,5	4,7
Anteriormente casados (sin cohabitación)	30,2	52,7	34,9	9,6
Formación académica				
Menos que Enseñanza Secundaria	54,8	75,1	19,2	7,6
Graduado en Enseñanza Secundaria	45,1	68,4	20,0	5,6
Estudios univesitarios	33,2	51,3	30,8	6,9
Graduado en la universidad	24,2	47,7	33,2	10,2
Doctorado en la universidad	18,6	41,2	33,6	13,7
Religión				
Ninguna	32,6	41,4	37,6	13,8
Liberal o protestante moderado	28,9	55,1	28,2	7,4
Protestante conservador	48,4	67,3	19,5	5,8
Católico	34,0	57,3	24,9	6,6
Raza/Etnia				
Euroamericano	33,4	55,7	28,3	7,3
Afroamericano	60,3	67,8	16,9	10,7
Latino americano	33,1	65,5	24,4	4,7
Asiático americano	38,7	—*	31,3	—*
Nativo americano	—*	—*	—*	—*

Fuente: Adaptado de Laumann, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T., & Michael, S. (1994): *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago. University of Chicago Press. Tabla 3.1, p. 82.

* El tamaño de la muestra es demasiado pequeño para aportar resultados.

Las personas con más formación académica —mujeres y hombres— dijeron que se habían masturbado más frecuentemente. Quizás las personas con más formación académica aprenden que la masturbación por sí misma no es perjudicial o están menos dispuestos a seguir las restricciones sociales tradicionales. Las creencias religiosas tradicionales parecen reprimir la masturbación: los protestantes conservadores parece que se masturbaban menos que los protestantes moderados y liberales.

Parece existir una relación entre la masturbación y el orgasmo con conducta sexual con otras personas (Coleman, 2002). Kinsey y sus colegas creían en la existencia de una relación entre la masturbación adolescente y la satisfacción sexual en la edad adulta.

Sin embargo, el hecho de que pueda encontrarse una correlación no sugiere que los adolescentes deban ser animados a masturbarse para fomentar su plenitud sexual en la edad adulta. Un sesgo puede explicar esta relación (véase la Figura 8.2). Es decir, las personas que se masturban a edad temprana pueden estar, por lo general, más dispuestas a explorar su sexualidad. Estas actitudes podrían perdurar hasta la edad adulta y aumentar la probabilidad de que las mujeres buscaran la estimulación sexual necesaria para alcanzar la gratificación sexual. La masturbación adolescente puede también crear el contexto que favorece la satisfacción sexual en la edad adulta al proporcionar información acerca del tipo de estimulación que conduce a la gratificación sexual.

Después de nuestros esfuerzos por corregir la falta de información acerca de la masturbación, permítasenos decir que no hay nada malo en la decisión de no masturbarse. Aunque todos somos capaces de experimentar placer a partir de la autoestimulación (Pinker et al., 2003a), nuestra biología no define nuestro destino. Os animamos a que toméis vuestras propias decisiones a partir de vuestros propios valores.

Técnicas de masturbación utilizadas por los varones

El sexo es como el mus: si no tienes una buena pareja, es mejor tener una buena mano.

Pintadas en los servicios

Pregunta: ¿Cómo se masturban los hombres? Aunque las técnicas de masturbación varían ampliamente, muchos hombres informan que se masturban con la manipulación del pene (véase la Figura 8.3). Kinsey y sus colegas (1948) comunicaron que cuando los hombres se masturbaban, típicamente, tardaban uno o dos minutos en alcanzar el orgasmo. Los hombres tienden a sujetar el pene con una mano, sacudiéndoselo arriba y abajo en un movimiento como de ordeño. Algunos hombres mueven toda la mano arriba y abajo sobre el pene, mientras que otros utilizan solo dos dedos, por lo general el pulgar y el índice. Normalmente pasan desde una suave frotación durante el estado de flacidez o semierección hasta un movimiento más vigoroso, como de ordeño, una vez que la erección se ha producido. Los hombres también suelen acariciarse ligeramente el glande y el frenillo al principio, pero su presión se hace más fuerte y sus movimientos se aceleran a medida que se

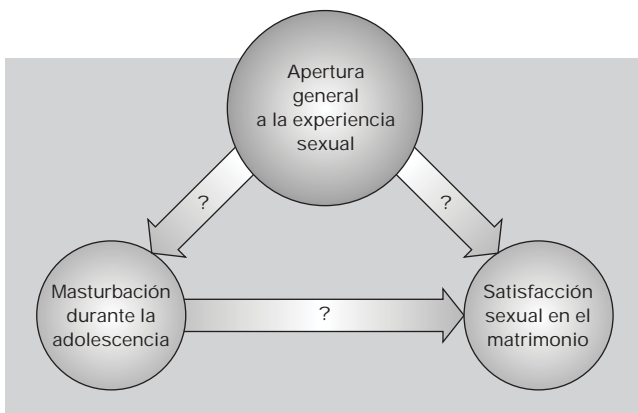


Figura 8.2. ¿Cuáles son las relaciones entre la masturbación durante la adolescencia y la satisfacción sexual en el matrimonio? Existe una correlación positiva entre la masturbación durante la adolescencia y la satisfacción sexual en el matrimonio. ¿Qué hipótesis podemos hacer acerca de las relaciones causales? ¿La experiencia con la masturbación hace que las personas aprendan acerca de sus necesidades sexuales de manera que consiguen una estimulación sexual adecuada en el matrimonio? ¿Las personas que se masturban a edad temprana son por lo general más abiertas para explorar su sexualidad y aprender acerca del tipo de estimulación que les excita? Dichas actitudes también podrían hacer que las personas buscaran la estimulación coital necesaria para conseguir la gratificación sexual en el matrimonio.

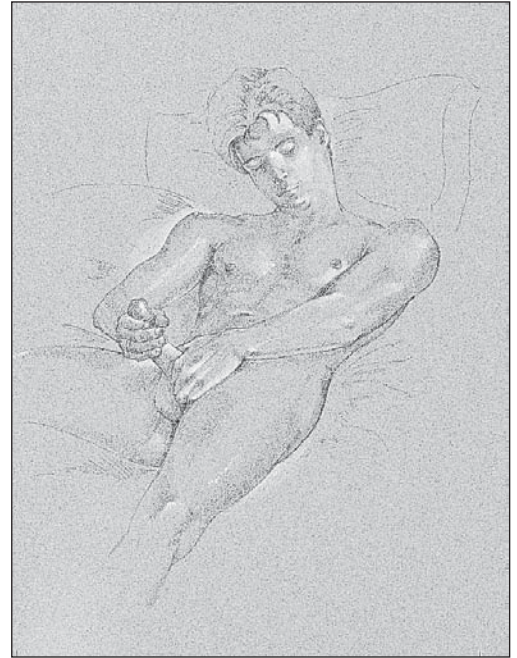


Figura 8.3. Masturbación masculina. Las técnicas de masturbación varían ampliamente, pero la mayoría de los hombres dicen que se masturban manipulándose el pene. Tienden a sujetar el pene con una mano y deslizarla arriba y abajo en un movimiento como de ordeño.

aproxima el orgasmo. Durante el orgasmo, el pene se puede agarrar con fuerza, pero el glande se ha vuelto sensible y suele evitarse el contacto sobre él. (Por lo mismo, las mujeres suelen evitar la estimulación directa del clítoris durante el orgasmo, por el incremento de sensibilidad.)

Algunos hombres utilizan la espuma del jabón (que puede ser irritante) como lubricante para la masturbación durante el baño o la ducha. Otros lubricantes, como los geles grasos o acuosos, son menos irritantes y más efectivos para reducir la fricción e imitar las condiciones de humedad del coito.

Algunos hombres prefieren masturbarse frotándose el pene y los testículos contra la ropa o las sábanas (Kinsey *et al.*, 1948), y otros pocos gustan de frotar sus genitales contra muñecas hinchables que venden en los *sex-shops*. Estas muñecas pueden incorporar bocas o vaginas artificiales que se pueden llenar con agua templada para simular las sensaciones del coito. También se pueden encontrar, en estos comercios, vaginas artificiales.

Algunos hombres se sujetan un vibrador en el dorso de la mano. Estos dispositivos ahorran esfuerzos, pero no producen el tipo de estimulación con movimientos de vaivén que ellos prefieren. Por ello, no se utilizan con mucha frecuencia. La mayoría de los hombres dependen de fantasías, fotos o vídeos eróticos, pero no utilizan artefactos de los *sex-shops*.

Técnicas de masturbación utilizadas por las mujeres. Pregunta: ¿Cómo se masturban las mujeres? Las técnicas de masturbación femenina también varían ampliamente. De hecho, Masters y Johnson nunca observaron a dos mujeres masturbarse de la misma manera. Incluso cuando la técnica general era similar, ellas variaban el ritmo y el estilo de sus caricias. Pero se pueden advertir algunas tendencias generales. La mayoría se masturban dándose un masaje en el monte de Venus, los labios menores y la región clitoridiana, con movimientos circulares o delante-atrás (Kinsey *et al.*, 1953). También pueden acariciarse el clítoris con los dedos, más el cuerpo del clítoris que el glande (véase la Figura 8.4). Éste puede tocarse ligeramente durante los primeros momentos de la excitación, pero, por su extremada sensibilidad, se acaricia raramente durante la masturbación. Típicamente las mujeres alcanzan

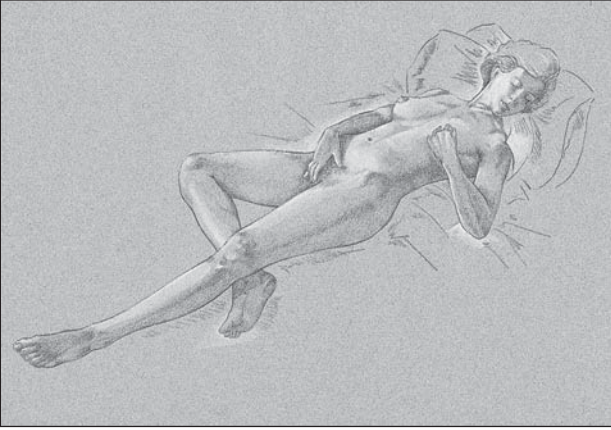


Figura 8.4. Masturbación femenina. Las técnicas de la masturbación femenina varían tan ampliamente que Masters y Johnson nunca observaron dos mujeres masturbarse de la misma manera. Sin embargo, la mayoría de las mujeres se masturbaban masajeándose el monte de Venus, los labios menores y la región clitoridiana con movimientos circulares o de vaivén.

la estimulación clitoridiana acariciándose o rozando el cuerpo de clítoris, o dándose ligeros tironcitos de los labios vaginales. Algunas mujeres también se masajean otras áreas sensibles con la mano que tienen libre, como los pechos o los pezones. Como los varones, muchas mujeres fantasean mientras se masturban (Leitenberg & Henning, 1995).

Kinsey y sus colegas (1953) encontraron que solo una de cada cinco mujeres se introducían objetos en la vagina durante la masturbación. Algunas experimentaron con la inserción vaginal, pero lo dejaron cuando se familiarizaron con su anatomía sexual y sus capacidades de manipulación. Otras practicaban esta técnica porque sus parejas masculinas encontraban sexualmente estimulante observarlas mientras lo hacían. Aun así, algunas mujeres dijeron haber sentido placer erótico provocado por la penetración vaginal.

Incluso cuando las mujeres practican la inserción vaginal, la preceden o la combinan con estimulación clitoridiana. En los *sex-shops* se venden consoladores, que las mujeres pueden utilizar frotándolos contra la vulva o insertándolos en la vagina. Los vibradores en forma de pene se utilizan de manera similar (McCaughey & French, 2001). Muchas mujeres se masturban durante el baño, y algunas dirigen el chorro de agua de la ducha hacia sus genitales.

Los vibradores eléctricos manuales (véase la Figura 8.5) proporcionan una acción de masaje constante en los genitales. Para muchas mujeres este tipo de estimulación resulta demasiado intensa y prefieren los vibradores que se sujetan en el dorso de la mano y que hacen que los dedos vibren durante la estimulación manual de los genitales, aunque este



Figura 8.5. Vibradores eléctricos y otros juguetes sexuales. Mujeres y hombres utilizan artilugios como éstos en lugar de penes reales, para aumentar el volumen del pene o para otras finalidades sexuales. Si después de todo van a utilizarse, debería hacerse con extrema precaución.

tipo de vibración puede llegar a entumecer la mano que está unida al vibrador. Las mujeres pueden experimentar con diferentes vibradores, hasta encontrar uno con la forma y la intensidad de vibración que se ajuste a ellas.

Las fantasías

Pregunta: ¿Cuál es el papel de las fantasías en la conducta sexual en solitario? Las personas pueden tener fantasías sexuales cuando están solas o para incrementar la excitación sexual con una pareja (Eggers, 2000; Leitenberg & Henning, 1995). Algunas parejas encuentran sexualmente excitante compartir fantasías o representarlas. Éstas pueden experimentarse sin conducta sexual, como en los sueños eróticos o en las ensoñaciones. Las personas que se masturban, a menudo necesitan alguna forma de estimulación cognitiva, como una fantasía, o leer o ver algún tipo de material erótico, con el fin de incrementar su excitación hasta alcanzar el orgasmo.

Existen muchas teorías sobre las fantasías sexuales. Un punto de vista, que aparentemente tiene poco —si es que tiene alguno— respaldo de la investigación, es que las personas que fantasean sobre el sexo suelen tener una vida sexual menos agradable. Es decir, las fantasías podrían acupar el lugar de la actividad sexual real. Pero, por otro lado, las fantasías también pueden incrementar la excitación sexual, proporcionando un placer mayor.

Pregunta: ¿Es normal tener fantasías sexuales? Las investigaciones sugieren que tener fantasías sexuales es normal en la mayoría de las personas que las tienen, incluso durante la actividad sexual en compañía. Estas personas tienen fantasías tanto para su propio beneficio como para incrementar la excitación sexual durante la actividad con sus parejas (Leitenberg & Henning, 1995). Los hombres parecen tener fantasías sexuales más frecuentemente que las mujeres, pero la mayoría de las mujeres también las tienen, al menos en nuestra cultura. Un estudio realizado entre 349 estudiantes y trabajadores universitarios, con edades comprendidas entre los 18 y los 70 años, que mantenían relaciones heterosexuales con compromiso, encontró que la gran mayoría (el 98 por ciento de los hombres y el 80 por ciento de las mujeres) decían haber tenido fantasías sexuales con *otro* que no era su pareja sexual (Hicks & Leitenberg, 2001). Estas fantasías eran más comunes entre aquellos que llevaban más tiempo en su relación, quizás como una manera de proporcionar una chispa de novedad sexual. Las mujeres eran más propensas que los hombres a fantasear acerca de parejas sexuales anteriores, lo que sugiere, quizás, que tenían menos necesidad de apartarse de relaciones que les resultaban familiares. Según una encuesta de *The New York Times*, los hombres son, de alguna manera, más propensos que las mujeres (el 52 por ciento frente al 40 por ciento) a pensar que es aceptable fantasear acerca del sexo con otra persona que no sea su pareja (Eggers, 2000).

Pregunta: ¿Qué tiene que decir la teoría evolucionista sobre las fantasías sexuales? Los teóricos evolucionistas conjeturan que las mujeres son más propensas a fantasear con imágenes de amores que les son conocidos porque el éxito reproductivo femenino en tiempos ancestrales solía depender de la cercanía emocional, una relación protectora con una pareja de confianza (Symons, 1995). Las mujeres pueden dar a luz y criar relativamente pocos hijos, así que deberían hacer una inversión genética relativamente mayor que los hombres en cada oportunidad reproductora.

En lo que se refiere a los estereotipos de rol de género, los estudios también encontraron que los hombres son más propensos a fantasear con conductas de coerción sexual sobre las mujeres. Las mujeres están más dispuestas a fantasear con el hecho de ser las víctimas (Donnelly & Fraser, 1998).

Los investigadores, por cierto, utilizan la frecuencia y la variedad de las fantasías sexuales como una medida del impulso sexual (Baumeister *et al.*, 2001). El impulso sexual y la frecuencia de las fantasías sexuales están relacionados con los niveles de testosterona en los varones y en las mujeres. Durante un estudio, se realizó una encuesta sobre la frecuencia de la actividad sexual y las fantasías sexuales entre mujeres que habían sufrido ooforectomía e histerectomía (Shifren *et al.*, 2000). A estas mujeres se les administraron diferentes dosis de testosterona, o un placebo, mediante parches cutáneos. Las que recibieron dosis de testosterona más altas doblaron o triplicaron su incidencia de fantasías sexuales, masturbación y relaciones sexuales.

Los estudios sugieren que la mayoría de nosotros consideramos normales las fantasías sexuales. Durante un estudio se hizo una encuesta entre 178 estudiantes universitarios y personal docente, y se encontró que el 84 por ciento decían haber tenido fantasías sexuales al menos ocasionalmente durante sus relaciones sexuales (Cado & Leitenberg, 1990). La mayoría de estos individuos dijeron que creían que dichas fantasías eran comunes, normales, moral y socialmente aceptables, y más beneficiosas que perjudiciales. Sin embargo, cerca de una cuarta parte de la muestra dijeron sentirse culpables por estas fantasías. Entre estas personas, aquellas que sentían mayor culpabilidad también eran más propensas a experimentar insatisfacción sexual y problemas en su vida real.

También existen fantasías sexuales «desviadas», como las fantasías de violación sádica. La evidencia de la investigación con el MMPI, un test de personalidad utilizado habitualmente, sugiere que los hombres que frecuentemente tienen fantasías sexuales desviadas son más propensos a estar socialmente aislados y ser emocionalmente inestables (Curnoe & Langevin, 2002). Aunque existe una conexión entre nuestras fantasías y nuestra vida real, generalizar esto, hasta decir que las fantasías sexuales desviadas contribuyen a los crímenes que implican sexo y agresión, no está del todo claro. No obstante, muchos profesionales trabajan con hombres que tienen fantasías sexuales desviadas con la esperanza de que, si cambian sus fantasías, estarán menos dispuestos a cometer crímenes violentos (Leitenberg & Henning, 1995). Y en lo que se refiere a las fantasías acerca de ser víctima, Nancy Friday (1973) aporta el siguiente testimonio de una mujer a la que entrevistó:

Mis fantasías son muy personales, y el placer que consigo con ellas se debe, creo, al hecho de que son privadas y están encerradas bajo llave en mi imaginación, que no podría soñar siquiera en intentar hacerlas realidad... Pero, ¿exteriorizar mis fantasías? ¿Hacerlas realidad? No, rotundamente no. Mi vida real no es lo que ellas representan; no quiero que esas cosas me sucedan realmente, simplemente quiero imaginar cómo sería. Así que ahí es donde permanecerán. (Friday, p. 288)

La conducta sexual con los demás

Los sentimientos mutuos de la pareja y la calidad de su relación pueden ser factores determinantes más importantes de su excitación y respuesta sexual que las técnicas que emplean. Los miembros de la pareja experimentan relaciones sexuales mutuamente más agradables cuando son sensibles a las necesidades sexuales del otro e incorporan técnicas con las cuales ambos se sienten cómodos. Como en otros aspectos de una relación, la comunicación es la «técnica sexual» más importante. Comencemos nuestro análisis del sexo con los demás describiendo cómo comienzan muchos episodios sexuales: con un análisis de los prolegómenos.

Pregunta: ¿Qué son los prolegómenos?

Los prolegómenos

Varias formas de sexo no coital, como abrazarse, besarse, acariciarse y el contacto oral-genital, se utilizan como **prolegómenos**. El patrón y la duración de los prolegómenos varían ampliamente dentro de una cultura y entre culturas. Broude y Greene (1976) encontraron que los prolegómenos prolongados eran lo normal en cerca de la mitad de las sociedades de su muestra transcultural. Los prolegómenos eran mínimos en una de cada diez sociedades y estaban virtualmente ausentes en cerca de un tercio de ellas.

En Estados Unidos, por ejemplo, existe una diferencia de género en la cantidad de prolegómenos que desea cada miembro de la pareja. Un estudio entre estudiantes universitarios reveló que las mujeres deseaban prolegómenos más prolongados (con caricias, también después del acto sexual) que los hombres (Denny *et al.*, 1984). Esto puede ser porque normalmente las mujeres durante el sexo con una pareja requieren un periodo de estimulación más prolongado para alcanzar el orgasmo, así que aumentar la duración de los prolegómenos puede incrementar la sensibilidad coital femenina.

Los prolegómenos no se limitan a la especie humana. Virtualmente todas las especies de mamíferos, desde los caballos y las ovejas hasta los perros y los chimpancés, practican algún tipo de prolegómenos. Dependiendo de las especies, las parejas durante el apareamiento pueden rozarse, mordisquearse alegremente, lamerse o acariciarse mutuamente con el hocico los genitales, durante minutos u horas, precediendo al coito (Geer *et al.*, 1984).

Besarse, tocarse los genitales y el contacto oral-genital pueden experimentarse también como un fin en sí mismo, no como un prelude del coito. Sin embargo, algunas personas objetan que acariciarse por acariciarse, lo mismo que la masturbación, es una forma de actividad sexual sin «producto». Muchas personas se comportan como si todos los contactos sexuales debieran conducir al coito, quizás por la importancia que le damos en nuestra cultura.

Besarse

Pregunta: ¿Cuál es el papel del beso? El beso es casi universal en nuestra cultura, pero se produce menos frecuentemente en otras culturas que la estimulación manual u oral de los genitales (Frayser, 1985). El beso es desconocido en algunas culturas, como entre los tonga de África y los siriono de Bolivia. También existen variaciones en las maneras de besarse entre las culturas (Ford & Beach, 1951). El beso se practica ahora en Japón por la influencia de la cultura occidental, pero antes era desconocido allí. En lugar de besarse, los balineses del Pacífico Sur acercan sus caras lo bastante para oler su perfume y sentir el calor de la piel del otro. Esta práctica ha sido traducida erróneamente por los europeos como «frotarse las narices». Entre algunas sociedades preliterarias, besarse consiste en chupar los labios y la lengua de la pareja y permitir que la saliva pase de la boca de uno a la del otro.

Las parejas pueden besarse por el propio placer del beso o como prelude de la relación sexual, en cuyo caso forma parte de los prolegómenos. En el *beso simple*, los miembros de la pareja mantienen su boca cerrada. El beso simple puede desembocar en caricias de los labios con la lengua o en mordisqueos del labio inferior. En lo que Kinsey llamó *beso profundo*, que también se llama beso francés o beso apasionado, los miembros de la pareja separan los labios e introducen la lengua en la boca del otro. Unos prefieren separar los labios ligeramente; otros abren la boca ampliamente.

Besarse puede ser también un gesto afectuoso sin significado erótico, como en los besos de buenas noches. Algunas personas acostumbran a besar a los miembros de su familia y

Prolegómenos

Interacciones físicas que son sexualmente estimulantes y preparan el contexto para la relación.

amigos íntimos con un beso en los labios, otros se limitan a besarse en la mejilla. Pero el beso sostenido en los labios y el beso apasionado son casi siempre gestos eróticos.

El beso no está limitado a la boca de la pareja. Kinsey encontró que más de nueve maridos de cada diez besaban los pechos de sus esposas. Por lo general, las mujeres prefieren varios minutos de contacto corporal y caricias suaves antes de desear que sus parejas les besen en los pechos o les chupen o pasen la lengua por sus pezones. A las mujeres, normalmente, tampoco les gusta que les chupen los pezones intensamente a menos que estén muy excitadas. Muchas mujeres son reacias a decirles a sus parejas que les duele la succión porque no quieren interferir con el placer de su pareja.

Otras partes del cuerpo también se besan a menudo, incluyendo las manos y los pies, el cuello y los lóbulos de las orejas, la parte interior de los muslos y los genitales. Cuando nos besamos, nos tocamos el uno al otro con los labios.

Pregunta: ¿Cuál es el papel de tocarse?

Tocarse

Tocarse o acariciarse las zonas erógenas con las manos o con otras partes del cuerpo puede ser muy excitante. Incluso simplemente cogerse de la mano puede ser sexualmente estimulante para las parejas que se atraen mutuamente. La piel de las manos contiene una elevada concentración de terminaciones nerviosas.

Tocar es una forma común de prolegómenos. Por lo general, tanto los hombres como las mujeres prefieren la estimulación manual u oral genital como prelude de la relación sexual. Las mujeres suelen preferir que las caricias directas de los genitales se centren alrededor del clítoris, pero no directamente sobre el glande clitoridiano, que es extremadamente sensible. Los hombres, a veces, asumen (a menudo erróneamente) que sus parejas quieren que ellos les introduzcan un dedo o varios en la vagina como una forma de prolegómenos, pero no a todas las mujeres les gusta esta forma de estimulación. Algunas mujeres lo aceptan porque es lo que quieren sus parejas o al menos es lo que ellas piensan. Irónicamente, los hombres pueden hacerlo porque asumen que a sus parejas les gusta. Cuando



¿Cómo tocar? Tocarse es una forma común de prolegómenos. A la mayoría de las personas les gusta la estimulación manual u oral de los órganos genitales como prelude de la relación sexual.

existan dudas, no debería herir a nadie *preguntar*. Si no estás seguro de qué decir, siempre puedes culparnos: «Escucha, leí esto en un libro de sexualidad humana y me preguntaba...».

Masters y Johnson (1979) advirtieron diferencias sexuales con respecto a las preferencias en los prolegómenos. Los hombres típicamente prefieren que sus parejas les acaricien directamente los genitales desde los primeros momentos de la relación sexual. Sin embargo, las mujeres suelen preferir que sus parejas les acaricien los genitales después de un periodo de contacto corporal general que incluye sujetarse, abrazarse y masajes no genitales. Ésta no es una norma estricta, pero es consecuente con otras observaciones que confirman que los hombres tienden a ser más genitales que las mujeres. Ellas están más dispuestas a ver el sexo en un contexto más amplio de afecto y amor.

Técnicas de estimulación manual de los genitales. Aquí, de nuevo, la variabilidad en las técnicas es la norma, así que las parejas necesitarán comunicarse sus preferencias. La pareja del hombre puede emplear las dos manos para estimular los genitales de él. Con una puede tocar el escroto, pellizcando suavemente la piel entre los dedos (teniendo cuidado de no aplicar presión sobre los testículos). Con la otra mano puede trazar círculos alrededor del borde de la corona del pene y acariciarlo suavemente, para seguir con movimientos hacia arriba y hacia abajo, más vigorosos a medida que él se vaya excitando.

El pene también se puede masajear haciéndolo rodar entre las palmas de las manos, como si se intentara moldear una salchicha a partir de una bola de arcilla, incrementando la presión a medida que aumenta la excitación. Ten en cuenta que los hombres que están muy excitados o que acaban de tener un orgasmo pueden encontrar dolorosa la estimulación directa del glande.

Las mujeres suelen preferir que sus parejas se aproximen a la estimulación genital de forma gradual, después de la estimulación de otras partes del cuerpo. La estimulación genital puede comenzar con suaves caricias de la parte interior de los muslos para seguir con los labios vaginales y el área clitoridiana. Ellas pueden encontrar agradable la presión contra el monte púbico con el talón de la mano, o la estimulación táctil de los labios, que son sensibles a las caricias. La estimulación clitoridiana puede centrarse en el cuerpo clitoridiano o en la región que lo rodea, más que en el clítoris en sí, por la extrema sensibilidad que éste tiene al tacto.

Más aún, el clítoris no debería acariciarse si no está lubricado, a fin de que no se irrite. Como no produce lubricación por sí mismo, se puede introducir un dedo en la parte exterior de la vagina para aplicar un poco de lubricación a la región clitoridiana.

A algunas mujeres, pero no a todas, les gusta tener un dedo introducido en la vagina, con el cual pueden acariciar las paredes vaginales o simular los movimientos del pene. Por lo general, la inserción vaginal no es bien recibida, si es que lo es, hasta que ella está muy excitada. Muchas mujeres desean que sus parejas las acaricien de manera discontinua mientras están experimentando el orgasmo, pero otras desean una estimulación continua. Hombres y mujeres pueden guiar físicamente la mano de su pareja o expresar su preferencia acerca del tipo de caricias que encuentran más agradables.

Si se va a introducir un dedo en la vagina, este debe estar limpio, y las uñas deben estar bien cortadas. Introducir en la vagina un dedo que antes ha estado en el ano es peligroso. Los dedos pueden transportar bacterias desde el tracto digestivo de la mujer, donde no son dañinas, hasta el tracto reproductor femenino, donde pueden provocar serias infecciones.

Algunos individuos practican el llamado «fisting». El *fisting* consiste en la introducción del puño o de la mano en el recto, normalmente después de que el intestino grueso se ha evacuado con un enema. El *fisting* es más común entre las parejas formadas por dos

hombres que entre las parejas formadas por un hombre y una mujer, e implica riesgo de infección o daño en el recto o en el ano. Un estudio realizado en Australia entre 75 hombres homosexuales encontró que el *fisting* solía practicarse con guantes, aunque no la introducción de los dedos (Richters *et al.*, 2003).

La estimulación de los pechos

Pregunta: ¿Cuál es el papel de la estimulación de los pechos? Los hombres están más dispuestos a estimular los pechos de las mujeres que a que les acaricien los suyos, incluso aunque los pechos (y especialmente los pezones) son sensibles eróticamente en ambos sexos. La mayoría de las mujeres, pero no todas, disfrutaban con la estimulación de los pechos. Masters y Johnson informan de que algunas mujeres son capaces de alcanzar el orgasmo solo con este tipo de estimulación.

Los pechos y los pezones se pueden estimular con las manos y con la boca. Debido a que el tipo y la intensidad de la estimulación deseada de los pechos varían de una persona a otra, las parejas necesitan comunicar sus preferencias.

Pregunta: ¿Cómo usan la estimulación de los pechos los hombres gays y las lesbianas? Aparentemente, los hombres gays practican más la estimulación de los pezones de sus parejas que las mujeres heterosexuales. Las parejas de hombres gays tienden a participar en actividades sexuales como los besos, los abrazos, las caricias, la masturbación mutua, la felación y la relación anal. Las observaciones en laboratorio de Masters y Johnson (1979) de relaciones sexuales entre hombres gays mostraron que éstos pasaban una buena parte del tiempo acariciando el cuerpo de su pareja antes de acercarse a los genitales (véase la Figura 8.6).



Figura 8.6. *Hombres gays abrazándose.* Las observaciones de Masters y Johnson sugieren que los hombres gays suelen pasar más tiempo que los hombres heterosexuales abrazando a su pareja. Los hombres gays también suelen desear más que los hombres heterosexuales que les acaricien los pezones.

Después de abrazarse y besarse, 31 de 42 parejas de hombres gays, observados por Masters y Jonson, realizaban la estimulación oral o manual de los pezones.

Aunque algunos hombres heterosexuales disfrutan cuando sus parejas les estimulan los pechos y los pezones, gran parte de ellos —quizás la mayoría— no lo hacen. Muchos no son conscientes de que sus pechos son sensibles eróticamente. Otros pueden sentirse incómodos al recibir una forma de estimulación que han aprendido a asociar con el estereotipo del rol sexual femenino.

Las técnicas sexuales practicadas por las lesbianas varían. Éstas implican los besos, la estimulación manual y oral de los pechos y la estimulación manual y oral de los genitales (Kinsey *et al.*, 1953). La estimulación manual genital es la más común y frecuente en la actividad sexual entre las parejas de lesbianas (Bell & Weinberg, 1978). La mayoría de estas parejas también practican la aposición genital. Es decir, se colocan de tal manera que pueden rozarse mutuamente los genitales de manera rítmica (Kinsey *et al.*, 1953). Como las parejas de hombres gays, las lesbianas pasan mucho tiempo sujetándose, besándose y acariciándose el cuerpo mutuamente antes de abordar los pechos y los genitales (Figura 8.7). Por contraste, los hombres heterosexuales tienden a dirigirse rápidamente a estimular los pechos de sus parejas o comienzan directamente con la estimulación genital (Masters & Johnson, 1979).

Como las mujeres heterosexuales, las lesbianas son menos genitales y tienen menos fijación por el orgasmo que los hombres. Éstas, por lo general, comienzan acariciando a sus parejas con una estimulación genital general más que una estimulación directamente clitoridiana, mientras que los hombres heterosexuales, a menudo, comienzan estimulando el clítoris (Masters & Johnson, 1979). Las lesbianas no suelen recurrir a la penetración profunda de la vagina con los dedos. Más bien suelen realizar una penetración vaginal poco profunda, centrada en la estimulación de la entrada y los labios vaginales.



Figura 8.7. Lesbianas sujetándose la una a la otra. Esta posición permite a las lesbianas abrazarse la una a la otra y alcanzar los genitales de la otra. Si la pareja se acerca un poco más, pueden rozarse los genitales mutuamente.

La estimulación genital-oral

Pregunta: ¿Qué es la estimulación genital-oral? La estimulación oral de los genitales masculinos es la **felación**, en lenguaje vulgar «chuparla». La estimulación oral de los genitales femeninos es el **cunnilingus**, en lenguaje vulgar «comerla» (a una mujer).

Pregunta: ¿Quién practica la estimulación genital-oral? La popularidad de la estimulación genital-oral ha aumentado enormemente desde los días de Kinsey, especialmente entre las parejas casadas jóvenes. Kinsey y sus colegas (1948, 1953) encontraron que al menos el 60 por ciento de las parejas casadas universitarias habían experimentado el contacto genital-oral, pero solo un 20 por ciento de las parejas con educación secundaria dijeron haberlas experimentado, y tan solo un 10 por ciento de las parejas con educación primaria.

Según el estudio de la NHSLs, la incidencia del sexo oral es más alta en la actualidad (Laumann *et al.*, 1994). Cerca de tres de cada cuatro hombres (77 por ciento) y dos de cada tres mujeres (68 por ciento) dijeron haber tenido un papel activo en el sexo oral en algún momento de su vida. Cerca de cuatro de cada cinco hombres (79 por ciento) y tres de cada cuatro mujeres (73 por ciento) dijeron haber sido receptoras de sexo genital-oral en algún momento de su vida. Entre las parejas casadas, el 80 por ciento de los hombres y el 71 por ciento de las mujeres habían recibido sexo oral. Éstos suponen unos incrementos espectaculares desde los días de Kinsey. Entre las mujeres europeas y americanas (con edades entre los 18 y los 36 años) en la muestra de Kinsey, solo un 48 por ciento dijeron haber practicado la felación y solo el 50 por ciento de sus parejas habían practicado el cunnilingus.

Como los tocamientos, la estimulación genital-oral puede utilizarse como preludeo de la relación sexual o como un fin en sí misma. Si el orgasmo se alcanza a través de la estimulación genital-oral, la pareja pueden estar preocupada por probar o tragarse la eyacuación. No existe evidencia de que tragarse el semen sea nocivo para la salud, a menos que el hombre esté infectado con una enfermedad de transmisión sexual que se transmita por el semen. Pero el contacto genital-oral con los genitales de una pareja infectada, incluso sin contacto con el semen, puede transmitir organismos perjudiciales. Se aconseja que las parejas practiquen siempre «sexo seguro» (véase el Capítulo 13), a menos que estén seguros de que ellos y sus parejas están libres de enfermedades de transmisión sexual.

Técnicas de felación. Aunque la palabra «felación» deriva de la raíz latina que significa «chupar», por lo general chupar no resulta muy excitante. Los movimientos del pene hacia arriba y hacia abajo, dentro de la boca, y lamer el pene son, por lo general, lo más estimulante. Lamer suavemente el escroto también puede ser muy excitante.

La boca es estimulante para el pene porque contiene membranas mucosas húmedas y cálidas, como la vagina. Los músculos de la boca y de la mandíbula pueden variar la presión y los movimientos. La erección puede estimularse tirando suavemente del pene con la boca (teniendo cuidado de no rozar el pene con los dientes) y proporcionando simultáneamente estimulación manual.

Para aumentar la excitación sexual o llegar al orgasmo se puede meter y sacar el pene de la boca. Variar la velocidad de los movimientos y la estimulación manual cerca de la base del pene (rodeando firmemente la parte baja del pene o presionando detrás del escroto) pueden resultar estimulantes.

Algunas personas pueden tener arcadas mientras realizan una felación, un reflejo que se produce por la presión del pene contra la parte posterior de la lengua o contra la garganta. Estas arcadas se pueden evitar si la persona que hace la felación agarra el pene con una mano y controla la profundidad de la penetración. Atragantarse es menos probable si

Felación Estimulación oral de los genitales masculinos.

Cunnilingus Estimulación oral de los genitales femeninos.

Un mundo de diversidad

Factores socioculturales y sexo oral

La Tabla 8.3 muestra la incidencia del sexo oral entre hombres y mujeres con diferentes niveles de formación académica y con diferentes antecedentes étnicos en el estudio de la NHSLS. Como la masturbación, la incidencia del sexo oral está correlacionada con el nivel de formación académica. Es decir, cuanto mayor es ésta, los individuos están más dispuestos a practicar el sexo oral. ¿Por qué? Quizás la formación académica anima a la experimentación. Quizás disipa los mitos de que los patrones de conducta no con-

vencionales son necesariamente perjudiciales. Advierte también de que las mujeres y los hombres afroamericanos estaban menos dispuestos a practicar sexo oral que las personas con otros antecedentes étnicos. Éstos dijeron también haberse masturbado menos en los doce meses previos. Los afroamericanos parecen aferrarse más estrictamente a las ideas tradicionales acerca de los tipos de conducta sexual que son o no apropiados.

Los resultados de un estudio realizado en Estados Unidos entre más

de 3 000 hombres sexualmente activos, con edades entre los 20 y los 39 años, dirigido por el Battelle Human Affairs Research Center, en Seattle, son concordantes con los hallazgos de la NHSLS. El 75 por ciento dijeron haber recibido sexo oral (Billy *et al.*, 1993). Reflejando las diferencias raciales observadas por Laumann y sus colegas (1994), los hombres afroamericanos en el estudio de Battelle estaban menos dispuestos que los euroamericanos a dar o recibir sexo oral.

la persona que hace la felación está encima en lugar de debajo, o si ambos miembros de la pareja se ponen de acuerdo en la profundidad de penetración. También pueden evitarse las arcadas realizando la penetración sucesiva del pene en etapas, para permitir la relajación de los músculos de la garganta.

Técnicas de cunnilingus. Las mujeres pueden ser excitadas intensamente por la lengua de su pareja debido a su suavidad, calidez y buena lubricación. A diferencia de un dedo, la lengua difícilmente puede utilizarse con rudeza. Así, una mujer puede ser más receptiva al contacto clitoridiano directo con la lengua. El cunnilingus proporciona una estimulación tan intensa que muchas mujeres lo encuentran la mejor manera de alcanzar el orgasmo.

En la realización del cunnilingus, la pareja de la mujer puede comenzar por besar y lamer el abdomen y la parte interna de los muslos de ella, acercándose gradualmente a la vulva. Tirar suavemente de los labios menores o chuparlos puede resultar estimulante, pero la pareja debe tener cuidado para no hacer daño con los dientes. Muchas mujeres disfrutan si les pasan la lengua por la región clitoridiana y otras incluso por el mismo clítoris. La lengua puede introducirse también en la vagina, donde puede imitar los movimientos de empuje del pene.

«69». El término «sesenta y nueve» describe la estimulación simultánea genital-oral (véase la Figura 8.8). Las cifras 6 y 9 recuerdan a dos personas colocadas al revés y mirándose el uno al otro.

La posición del 69 tiene la característica, psicológicamente positiva, de permitir a las parejas experimentar la estimulación simultánea, pero puede resultar incómoda si las dos personas no son de tamaño similar. Algunas parejas evitan el 69 porque priva a cada uno de la oportunidad de centrarse totalmente en recibir o proporcionar placer sexual.

La técnica del 69 puede practicarse uno junto al otro o uno encima del otro. No existen reglas estrictas y las parejas pueden alternar sus posiciones.

TABLA 8.3

Porcentaje de los encuestados del estudio de la NHLS que dijeron haber experimentado con el sexo oral

	Realizaron sexo oral		Recibieron sexo oral	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Formación académica				
Menos que Secundaria	59,2	42,1	60,7	49,6
Graduado en Secundaria	75,3	59,6	76,6	67,1
Universitario	80,0	78,2	84,0	81,6
Licenciado universitario	83,7	78,9	84,6	83,1
Doctorado	80,5	79,0	81,4	81,9
Origen étnico				
Euroamericanos	81,4	75,3	81,4	78,9
Afroamericanos	50,5	34,4	66,3	48,9
Latinoamericanos	70,7	59,7	73,2	63,7
Americanos de origen asiático	63,6	—*	72,7	—*

Fuente: Adaptado de Laumann, E. O., Cagnon, J. H., Michael, R. T., & Michael, S. (1994): *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago. University of Chicago Press. Tabla 3.6, p. 98.

* No había suficientes mujeres americanas de origen asiático en la muestra para proporcionar resultados significativos.

Abstenerse del sexo oral. A pesar de la popularidad del sexo oral entre las parejas hoy en día, aquellos que deseen abstenerse no tienen motivo para considerarlo anormal.

Algunos proponen varias razones para abstenerse del sexo oral. Aunque los olores corporales pueden ser excitantes para algunas personas, otras se sienten molestas por éstos. Algunos objetan en términos de limpieza: consideran los genitales «sucios» por su proximidad a las aberturas urinarias y anales. En lo que concierne a los olores desagradables o la limpieza, puede solucionarse con un aseo minucioso de los genitales antes de la relación sexual.



Figura 8.8. Contacto genital-oral simultáneo. La posición del 69 permite a los miembros de la pareja participar de una estimulación genital-oral simultánea.

Algunas personas prefieren no probar o tragar el semen porque lo encuentran «sucio», pecaminoso o repulsivo. A otras les desagrada el sabor o la textura. El semen tiene un sabor salado y una textura similar a la clara de huevo. Si las parejas van a practicar el sexo oral sin protección, una conversación previa sobre las preferencias puede aumentar el placer y disminuir la ansiedad. Por ejemplo, se le puede decir a un hombre que avise o retire el pene de la boca de su pareja cuando se aproxime la eyaculación.

Disipemos un par de mitos sobre el semen. Uno, es imposible quedarse embarazada por tragarse el semen. Dos, el semen no engorda. La cantidad media de semen que se produce en una eyaculación contiene solo unas cinco calorías. Por otro lado, no es nuestra intención animar a tragarse el semen. Solo constatamos que tragarse el semen no tiene nada que ver con la preocupación de quedarse embarazada o engordar. Solo debe depender de las preferencias del individuo.

Una investigación entre estudiantes universitarios encontró que la timidez y la vergüenza eran las dos razones más frecuentes para no practicar sexo oral (Gagnon & Simon, 1987). En cierto sentido, el sexo oral es una de las maneras más íntimas de hacer el amor. Después de todo, proporciona una visión directa de las partes del cuerpo que hemos mantenido ocultas para todos los demás.

El acto sexual: posiciones y técnicas

El acto sexual, o «coito» (del latín *coire*, que significa «ir juntos»), es la actividad sexual en la cual el pene se introduce en la vagina.

Pregunta: ¿Qué posiciones y técnicas se emplean en el acto sexual? Cada posición del acto sexual debe permitir que los genitales estén alineados de manera que el pene penetre en la vagina. Además, para variar las posturas, las parejas también varían la profundidad y el ritmo de las penetraciones (movimientos de entrada y salida) y la estimulación sexual adicional.

Aunque el número de posturas coitales posibles es virtualmente infinita, nos centraremos en cuatro de las más comunes: la postura con el hombre encima, la postura con la mujer encima, la postura con entrada lateral y la postura con entrada posterior. También trataremos la relación anal, una técnica sexual utilizada tanto por las parejas de dos hombres como por las parejas de hombre y mujer.

Postura con el hombre encima. La postura con el hombre encima (esta posición superior del hombre es simplemente corporal, aunque a veces se ha interpretado como un símbolo de dominación) también se llama **postura del misionero**. En esta postura los miembros de la pareja se miran el uno al otro. El hombre descansa sobre la mujer, quizás sujetándose con las manos y las rodillas más que apoyando el peso del cuerpo sobre su pareja (véase la Figura 8.9). Con todo, el movimiento es más fácil para el hombre que para la mujer, lo que favorece que él sea el responsable de dirigir la actividad.

Muchos estudiantes de sexualidad humana sugieren que es preferible para la mujer guiar el pene hacia la vagina más que dejar que lo haga el hombre. La idea es que la mujer puede sentir la localización de la abertura vaginal y determinar el ángulo de entrada apropiado. Para conseguir esto, la mujer debe sentirse cómoda con «hacerse cargo» de la situación. Con la ruptura de los estereotipos tradicionales de la mujer como objeto pasivo de la relación, ésta se siente más cómoda interpretando este papel. Por otro lado, si la pareja prefiere que sea el hombre quien guíe su pene hacia la vagina de ella, la ligera pérdida de control no tiene por qué ser un problema, siempre que él se mueva de manera prudente para evitar hacer daño a su pareja.

La postura con el hombre encima tiene la ventaja de permitir a la pareja estar cara a cara, de forma que besarse es más sencillo. La mujer puede recorrer el cuerpo de su pareja

Postura del misionero Postura coital en la cual el hombre está encima.



Figura 8.9. Postura coital con el hombre encima. En esta postura los miembros de la pareja se dan la cara el uno al otro. El hombre se tiende sobre la mujer, quizás apoyándose en las manos y en las rodillas para no descansar todo su peso sobre su pareja. Esta postura también se llama del misionero.

con sus manos, acariciar sus nalgas y quizás llevar una mano a su escroto para aumentar la estimulación cuando alcance el orgasmo.

Pero la postura con el hombre encima dificulta a éste acariciar a su pareja mientras se apoya al mismo tiempo sobre sus manos. Por tanto, la postura no favorece a las mujeres a las que les gusta que su pareja les proporcione estimulación manual clitoridiana durante el coito. Esta postura puede ser muy estimulante para el hombre, lo que puede dificultar retrasar la eyaculación. La postura también limita la oportunidad para la mujer de controlar el ángulo, el ritmo y la profundidad de penetración. Por eso puede resultar más difícil para ella conseguir el tipo de estimulación que necesita para alcanzar el orgasmo, especialmente si prefiere combinar los movimientos del pene con la estimulación clitoridiana manual. Finalmente, esta postura no es aconsejable durante las últimas etapas del embarazo. En esos momentos el abdomen dilatado de la mujer forzaría al hombre a arquearse extremadamente sobre ella, a menos que aplicara una presión indebida sobre su abdomen.

Postura con la mujer encima En esta postura, los miembros de la pareja se dan la cara el uno al otro, con la mujer situada encima. Ésta se sienta a horcajadas sobre el hombre, controlando el ángulo y la profundidad de penetración del pene (véase la Figura 8.10). Algunas mujeres mantienen una posición sentada; otras se tienden sobre su pareja; muchas varían su postura.

En la postura con la mujer encima, ésta se sitúa psicológicamente, y en algún grado físicamente, con el control de la situación. Ella puede moverse tan rápido o tan lento como desee, con un pequeño esfuerzo, ajustando su cuerpo de manera que varíe el ángulo y la profundidad de penetración. Puede echarse hacia atrás para acariciar el escroto de su pareja o hacia delante para besar su cuerpo.

Como en la postura con el hombre encima, besarse es relativamente sencillo. Esta postura presenta ventajas adicionales. El hombre puede alcanzar fácilmente las nalgas o el clítoris de la mujer para proporcionarle estimulación manual. Suponiendo que ella sea más baja que él, es bastante fácil para él estimular sus pechos oralmente (una almohada

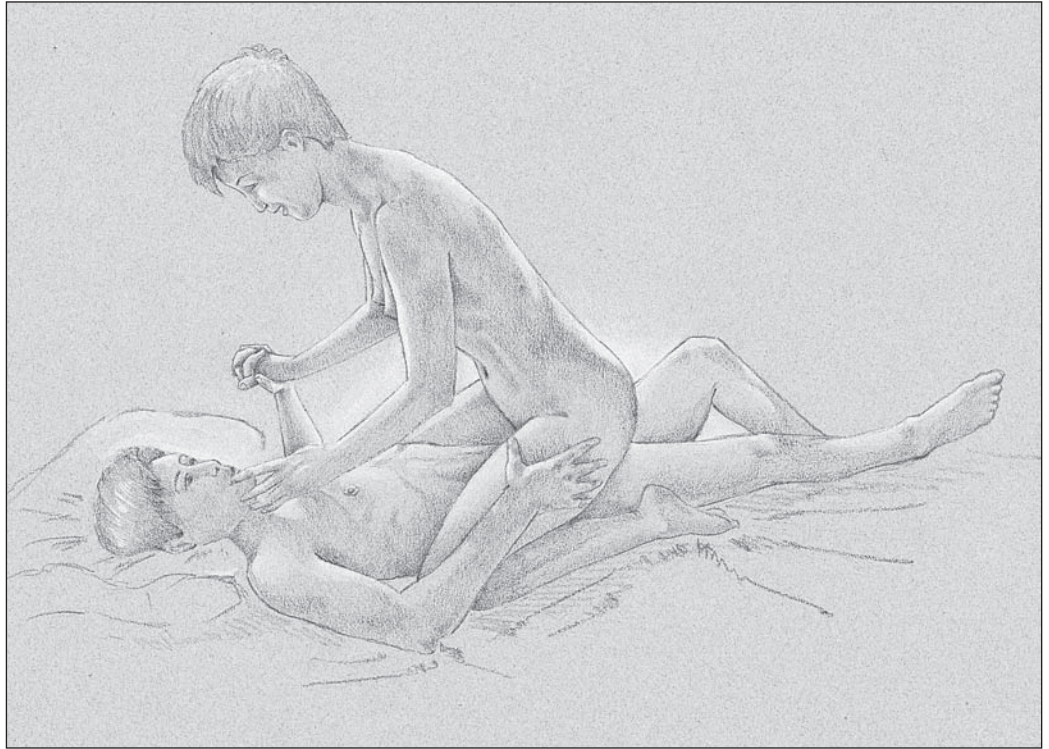


Figura 8.10. Postura coital con la mujer encima. La mujer se sienta a horcajadas sobre el hombre, controlando el ángulo de entrada del pene y la profundidad de penetración. La postura con la mujer encima sitúa a ésta psicológica y físicamente a cargo de la situación. De esta manera ella puede asegurarse de que recibe la estimulación clitoridiana adecuada, del pene o manualmente. Esta postura también tiende a ser menos estimulante para el hombre y así puede ayudarle a controlar la eyaculación.

colocada detrás de su cabeza puede ayudar). Como resultado, la mujer puede garantizar que recibe la estimulación clitoridiana adecuada, ya sea con el pene o manualmente, con su propia mano o con la de él. Así, esta postura facilita el orgasmo en la mujer. Como tiende a ser menos estimulante para el hombre, puede ayudarle a controlar la eyaculación. Por todas estas razones, esta postura se utiliza normalmente por las parejas que están aprendiendo a superar dificultades sexuales.

Postura con entrada lateral. En esta postura, el hombre y la mujer están echados uno junto al otro, dándose la cara (véase la Figura 8.11). Presenta las ventajas de permitir que los dos tengan libertad de movimientos y fácil acceso al otro. Ambos pueden besarse libremente y acariciar el cuerpo del otro con el brazo libre. La postura no es físicamente agotadora, porque ambos descansan cómodamente en la cama. Así que es una postura excelente para un coito prolongado o cuando ambos están cansados.

Advirtamos algunas desventajas de esta postura. Primero, introducir el pene en la vagina, mientras ambos están tumbados, uno junto al otro, puede resultar difícil; así que muchas parejas comienzan el coito en otra postura y después cambian a la postura de entrada lateral, a menudo porque desean prolongar el coito. Segundo, uno o ambos miembros de la pareja pueden tener un brazo debajo del cuerpo de su pareja y éste se les puede quedar dormido o entumecido por la presión sobre el riego sanguíneo. Tercero, en esta postura, las mujeres pueden no recibir la adecuada estimulación clitoridiana del pene. Por supuesto, dicha estimulación puede proporcionarse manualmente o cambiando a otra postura durante



Figura 8.11. Postura coital de entrada lateral. En esta postura, la pareja se mira el uno al otro. Cada uno tiene relativa libertad de movimiento y fácil acceso al otro. Como ambos descansan cómodamente sobre la cama, es una excelente postura para los coitos prolongados o cuando la pareja está cansada.

un rato. Cuarto, puede resultar difícil conseguir una penetración profunda del pene. La posición lateral es útil durante el embarazo (al menos hasta las últimas etapas del embarazo, cuando la dilatación del abdomen de la mujer puede dificultar la entrada lateral).

Postura de entrada posterior. En esta postura, el hombre mira hacia la espalda de la mujer. En una variación (véase la Figura 8.12), la mujer se apoya sobre las manos y las rodillas mientras el hombre se apoya sobre sus rodillas, penetrándola por detrás. En otra, la pareja descansa uno junto al otro y la mujer eleva una pierna, rodeando el muslo de su pareja. La última postura es particularmente útil durante las últimas etapas del embarazo.

La postura de entrada posterior puede resultar muy estimulante para ambos miembros de la pareja. Los hombres pueden disfrutar con la visión de las nalgas de su pareja y

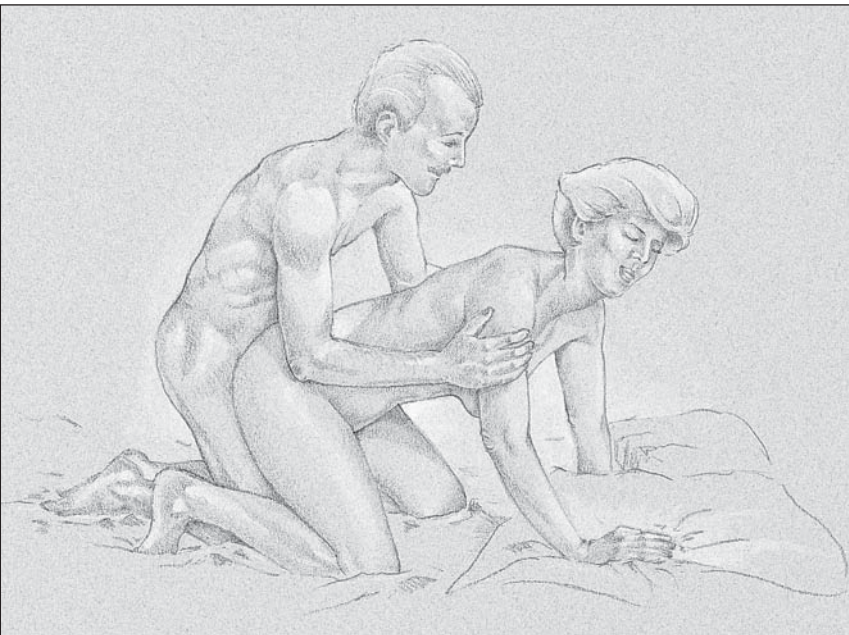


Figura 8.12. Postura con entrada posterior. Esta postura es muy erótica para los hombres, que disfrutan con la visión de las nalgas de su pareja y de la presión de su abdomen sobre ellas. Algunas parejas se sienten incómodas con esta postura por su asociación con los patrones de apareamiento animal. La postura también es impersonal debido a que ambos no se dan la cara el uno al otro. Más aún, a algunas parejas no les agrada el hecho de que el hombre esté psicológicamente al cargo de la situación, pues él puede verla a ella pero ella no puede verle fácilmente a él.

de la presión de su abdomen contra ellas. El hombre puede proporcionar una estimulación adicional del clítoris o los pechos y ella puede acariciar o agarrar los testículos de su pareja (si ella está apoyada sobre sus manos y rodillas).

Las desventajas potenciales de esta postura son las siguientes: primero, esta postura es la postura de apareamiento empleada por la mayoría de los mamíferos, motivo por el cual se llama *postura del perro*. Así, algunas parejas pueden sentirse incómodas al utilizar esta postura asociada con los patrones de apareamiento animal. También es impersonal, en el sentido de que los miembros de la pareja no se dan la cara, lo cual puede crear una sensación de distanciamiento emocional. Como el hombre está sobre la espalda de la mujer, la pareja puede sentir que él dirige mucho más la situación: él puede verla, pero ella no puede verle con facilidad.

Físicamente, el pene no proporciona estimulación adecuada al clítoris, y también puede producir, de vez en cuando, un ruido seco al salir de la vagina (un «pop»). Finalmente, el aire suele entrar en la vagina durante el coito de entrada posterior. Cuando este aire se expulsa, puede sonar como si la mujer hubiera producido una ventosidad —una situación más embarazosa que otra cosa—.

Fantasías durante el coito. Pregunta: ¿Cuál es el papel de las fantasías sexuales durante el acto sexual? Como en la masturbación, las excursiones mentales al mundo de la fantasía durante el coito pueden mejorar la excitación y la respuesta sexual (Bader, 2003; Boss & Maltz, 2001). Las fantasías durante el coito pueden ser para la pareja una inyección de variedad sexual, e incluso una aventura poco convencional en su actividad sexual, sin necesidad de ser infieles. Los investigadores encuentran que la mayoría de las personas casadas experimentan fantasías durante el coito (Bader, 2003; Boss & Maltz, 2001). En un estudio, el 71 por ciento de los hombres y el 72 por ciento de las mujeres dijeron tener fantasías durante el coito, para mejorar su excitación sexual (Zimmer *et al.*, 1983). Un estudio entre una muestra de 178 estudiantes, profesores y empleados de una facultad en Vermont encontró que el 84 por ciento decía fantasear, al menos ocasionalmente, durante la relación sexual (Cado & Leitenberg, 1990). No parece existir ninguna relación entre insatisfacción sexual en una relación y la utilización de fantasías durante el coito (Davidson & Hoffman, 1986), así que estas fantasías no son una forma de compensación por una relación sexual no gratificante.

Las fantasías durante el coito, como las fantasías en la masturbación, recorren una amplia gama de temas. Incluyen hacer el amor con otra pareja, sexo en grupo, orgías, imágenes de antiguos amantes o experiencias eróticas especiales, y hacer el amor en lugares fantásticos y maravillosos, entre otras.

Los miembros de la pareja pueden mostrarse reacios a compartir las fantasías que tienen durante el coito o incluso admitir que las tienen. Esto es especialmente cierto cuando la fantasía es acerca de otra persona que no sea la pareja. El que tiene la fantasía puede temer que lo acusen de albergar deseos extramaritales o de que la pareja interprete estas fantasías como un signo de rechazo: «¿Cuál es el problema, que ya no te excito?». Como advertimos en el Capítulo 7, uno puede ser honesto en una relación sin contar cada detalle de su pasado o sus fantasías sexuales.

Coito anal. Preguntas: ¿Qué es el coito anal? ¿Quién practica el coito anal? El coito anal lo pueden practicar tanto parejas formadas por un hombre y una mujer como por dos hombres. Implica la introducción del pene en el recto. Al recto llegan gran cantidad de terminaciones nerviosas y es, por ello, muy sensible a la estimulación sexual. El coito anal también se llama «sexo griego», debido a la bisexualidad de los hombres en la antigua

Grecia. También es el acto principal comprendido en la definición legal de sodomía. Tanto las mujeres como los hombres pueden alcanzar el orgasmo a través de la recepción y los movimientos del pene en el recto.

En el coito anal, el hombre que realiza la penetración se sitúa detrás de su pareja. (También puede descansar sobre o bajo su pareja, en una postura cara a cara.) La pareja receptora puede complementar la estimulación anal con estimulación manual de la región clitoridiana o del pene para alcanzar el orgasmo. Como el recto no produce lubricación natural, se recomienda utilizar un gel acuoso para la práctica del coito anal.

A menudo las mujeres dicen desear tener los dedos de su pareja en el ano en los momentos más pasionales o durante el orgasmo. Un dedo en el recto en el momento del orgasmo puede elevar la sensación sexual porque los esfínteres anales se contraen en ese momento. Aunque algunos hombres también pueden desear tener un dedo introducido en el ano, muchos se resisten porque asocian la penetración anal con el papel femenino o con la actividad sexual entre hombres. Sin embargo, el deseo de ser penetrado por la pareja no está relacionado necesariamente con la orientación sexual. La orientación sexual gay de un hombre o lesbiana de una mujer se refiere a la erotización de uno por los miembros del mismo sexo; no está relacionada con el deseo de penetrar o ser penetrado.

Muchas parejas rechazan la idea del coito anal. Lo consideran antinatural, inmoral o arriesgado. Sin embargo, otras encuentran el sexo anal una agradable variación sexual, aunque quizás no una práctica regular de su dieta sexual.

El estudio de la NHSLS encontró que un hombre de cada cuatro (el 26 por ciento) y una mujer de cada cinco (el 20 por ciento) decían haber practicado sexo anal alguna vez en su vida (Laumann *et al.*, 1994). Sin embargo, solo una persona de cada diez (el 10 por ciento de los hombres y el 9 por ciento de las mujeres) habían practicado sexo anal durante el año precedente. Como con el sexo oral, en el estudio de la NHSLS era más alta la incidencia de sexo anal entre las personas con más formación académica. Por ejemplo, cerca del 30 por ciento de los hombres licenciados universitarios habían practicado sexo anal, comparado con el 23 por ciento de los graduados en Educación Secundaria (Laumann *et al.*, 1994). La formación académica parece ser un factor liberador en la experimentación sexual. Cerca de uno de cada cinco hombres de una muestra dijeron haber tenido coito anal (Billy *et al.*, 1993). Como en el estudio de la NHSLS, el coito anal era más común entre los hombres con mayor formación académica.

La religión parece ser un factor restrictivo del sexo anal. Cerca del 34 por ciento de los hombres y el 36 por ciento de las mujeres en el estudio de la NHSLS, que declaraban no ser religiosos, decían haber practicado sexo anal alguna vez en su vida. Los porcentajes para los hombres cristianos estaban entre el 20 y el 29 por ciento, y para las mujeres cristianas entre el 15 y el 20 por ciento (Laumann *et al.*, 1994, p. 99). No había suficientes judíos en la muestra para sacar conclusiones significativas.

Muchas parejas se besan o se lamen el ano en sus prolegómenos. Esta práctica se llama **anilingus**. Sin embargo, el sexo oral-anal implica un riesgo de salud serio porque los microorganismos que provocan enfermedades intestinales y varias infecciones de transmisión sexual se pueden transmitir a través del contacto oral-anal.

Muchas parejas hoy en día dudan a la hora de practicar sexo anal por temor a contraer el virus del SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS). El VIH y los microorganismos que provocan ETS, como la gonorrea, la sífilis y la hepatitis, se pueden transmitir por el coito anal. Las células del recto son especialmente susceptibles a la infección por algunos organismos, y heridas pequeñas en los tejidos rectales pueden permitir a otros microbios penetrar en el sistema sanguíneo del receptor. Las mujeres también incurrir en un elevado riesgo de contraer VIH, el virus que causa el SIDA, más por el coito anal que

por la relación vaginal —del mismo modo que el hombre gay receptor del sexo anal corre un elevado riesgo de infección—. Sin embargo, las parejas en las que ambos están libres de infección no corren el riesgo de contraer ETS.

No todos los hombres gays disfrutan o practican el sexo anal. Entre aquellos que lo hacen, la mayoría alternan entre penetrar y ser penetrados. Entrevistas con 51 hombres homosexuales sugieren que, algunas veces, el rol de penetrador está asociado con fantasías de dominación y el rol de penetrado con fantasías de sumisión (Kippaz & Smith, 2001). Pero bastantes hombres gays que practicaban sexo anal negaron que el sexo tuviera algo que ver con el poder y con una dimensión de actividad-pasividad; el sexo era algo para compartir.

En este capítulo hemos observado muchas de las variaciones en la expresión del sexo humano. Ninguna otra especie muestra tanta diversidad en la conducta sexual. Las personas muestran diversidad no solo en la conducta sexual, sino en la orientación sexual, aspecto que centrará el siguiente capítulo.

La orientación sexual



Adquirir la orientación sexual

El problema de los términos

La orientación sexual y la identidad de género

Clasificación de la orientación sexual: ¿es suficiente un sí o un no?

La bisexualidad

Puntos de vista sobre las orientaciones sexuales gays masculina y lesbiana

Puntos de vista históricos

Un mundo de diversidad. Etnicidad y orientación sexual: un asunto de pertenencia

Puntos de vista transculturales

Puntos de vista entre las especies

Actitudes hacia la orientación sexual en la sociedad contemporánea

Puntos de vista de la biología

Puntos de vista de la psicología

La disconformidad de género

Adaptación de los hombres gays y de las lesbianas

Tratamiento de las orientaciones sexuales gays masculinas y lesbianas

Salir del armario: asumir ser gay

Reconocer la propia orientación sexual

Darlo a conocer a los demás

Los estilos de vida gay

Diferencias en los estilos de vida entre los hombres gays y las lesbianas

Variaciones en los estilos de vida gay

Adquirir la orientación sexual

La orientación sexual de una persona consiste en la atracción erótica y el interés por desarrollar relaciones románticas con personas del propio o del otro sexo.

Pregunta: ¿Cuántos tipos de orientación sexual existen? La **orientación heterosexual** es la atracción erótica y la preferencia por el desarrollo de relaciones románticas con personas del otro sexo. (Muchos homosexuales ven a los heterosexuales como que son *convencionales*.)

La **orientación homosexual** es la atracción erótica y el interés por mantener relaciones románticas con personas del propio sexo. El término «homosexualidad» denota interés sexual por los miembros del propio sexo anatómico y se aplica tanto a hombres como a mujeres. En el lenguaje coloquial, a los hombres homosexuales se les llama a menudo **hombres gays**, y a las mujeres homosexuales, **lesbianas**. Los hombres gays y las lesbianas también se llaman como colectivo «gays». El término **bisexualidad** describe una orientación en la cual uno se siente atraído sexualmente e interesado en mantener relaciones románticas con hombres y mujeres.

El problema de los términos

Ahora que hemos definido la homosexualidad, advirtamos que el término se ha convertido en algo polémico. Algunos gays le ponen reparos porque sienten que centra la atención en la conducta sexual. Más aún, el término implica un estigma social. Como advierte el American Psychological Association's (1991) Committee on Lesbian and Gay Concerns (Comisión de los Intereses de Gays y Lesbianas de la Asociación Psicológica Americana), la palabra «homosexual» se ha asociado históricamente a conceptos como desviación y enfermedad mental, y así perpetúa los estereotipos negativos de los gays. Por otro lado, el término se utiliza a menudo para referirse solo a los hombres, y las lesbianas se convierten así en invisibles. Por todo ello, muchas personas prefieren términos como *orientación sexual gay masculina* o *lesbiana*.

Además, también la palabra «homosexual» tiene un significado ambiguo. ¿Se refiere a la conducta sexual o a la orientación sexual? En este libro, los autores hablamos de conducta sexual entre un hombre y una mujer (no de conducta *heterosexual*), conducta sexual entre dos hombres y conducta sexual entre dos mujeres para ayudar a distinguir la conducta sexual de la orientación sexual.

La orientación sexual y la identidad de género

Pregunta: ¿Preferirían los homosexuales ser personas del otro sexo? Como las personas gays se sienten atraídas hacia las de su propio sexo, algunos creen que preferirían *ser* personas del otro sexo. Sin embargo, como los heterosexuales, la gran mayoría de las personas gays poseen una identidad de género que es coherente con su sexo anatómico. J. Michael Bailey (2003b) escribe que algunas personas «extremadamente gays» se vuelven transexuales, es decir, adoptan el estilo de vida de las personas del otro sexo en su cultura. Pero sentirse «atrapado» en un cuerpo con el sexo equivocado no forma parte de la definición de ser gay.

Cuando los heterosexuales piensan acerca de los homosexuales, tienden a centrarse casi exclusivamente en los aspectos sexuales de las relaciones entre dos hombres y entre dos mujeres. Pero las relaciones amorosas de los homosexuales, como las de los heterosexuales, implican más que sexo. Los homosexuales, como los heterosexuales, solo pasan una pequeña parte de su tiempo practicando el sexo. Un aspecto fundamental de la orientación

Orientación sexual

Dirección de los intereses sexuales de una persona —hacia las personas del mismo sexo, del otro sexo o de ambos—.

Orientación heterosexual

Atracción erótica y preferencia por desarrollar relaciones románticas con personas del otro sexo.

Orientación homosexual

Atracción erótica y preferencia por desarrollar relaciones románticas con personas del mismo sexo. (Del griego *homos*, que significa «mismo», no del latín *homo*, que significa «hombre».)

Hombres gay

Hombres que se sienten eróticamente atraídos y desean mantener relaciones románticas con otros hombres.

Lesbianas

Mujeres que se sienten eróticamente atraídas y desean mantener relaciones románticas con otras mujeres. (Por Lesbos, isla griega en la cual, según la mitología, se idealizaba la actividad sexual entre dos mujeres.)

Bisexualidad

Atracción erótica e interés por desarrollar relaciones románticas con hombres y mujeres.

sexual gay masculina o lesbiana es el mantener relaciones románticas con miembros del propio sexo. Estas relaciones, como las relaciones entre un hombre y una mujer, proporcionan un contexto para el amor y la intimidad. Aunque la actividad sexual y el amor son características comunes de las relaciones, ninguno de los dos es un prerrequisito *necesario* para una relación. Las orientaciones sexuales no se definen por la actividad sexual *per se*, sino más bien por la *dirección* de los intereses románticos y las atracciones románticas que uno siente.

Clasificación de la orientación sexual: ¿es suficiente un sí o un no?

Determinar la orientación sexual de una persona podría parecer una tarea sencilla. Algunas personas son exclusivamente gays y limitan sus actividades sexuales a parejas de su propio sexo. Otras son estrictamente heterosexuales y limitan sus actividades sexuales a parejas del otro sexo. Sin embargo, muchas personas están en una situación intermedia.

Preguntas: ¿Dónde está la frontera entre la orientación sexual gay masculina o lesbiana, por un lado, y la orientación heterosexual, por otro? ¿Dónde situamos la frontera entre estas orientaciones y la bisexualidad? Es posible —de hecho, no es inusual— que personas heterosexuales hayan tenido algunas experiencias sexuales con personas de su propio sexo. Eisenberg y Wechsler (2003) informaron de los resultados de un estudio entre más de 10 000 estudiantes universitarios de 119 facultades; el 6,1 por ciento dijeron haber tenido relaciones sexuales con personas de su propio sexo. Como veremos, el porcentaje del 6 por ciento es probablemente el doble del porcentaje de homosexuales que hay en la población. En ausencia de una válvula de escape heterosexual, los adolescentes y las poblaciones aisladas, como los internos de las cárceles, pueden tener relaciones sexuales con personas de su propio sexo, mientras mantienen su identidad de heterosexuales. También los hombres gays y las lesbianas pueden participar en actividades sexuales con un hombre y una mujer, mientras mantienen una orientación sexual gay. Algunos hombres gays y algunas lesbianas se casan con personas del otro sexo, pero albergan deseos frustrados por personas de su propio sexo. Otros son bisexuales, pero pueden no llegar a manifestar su atracción hacia las personas de su propio sexo (Edser & Shea, 2002).

La orientación sexual no necesariamente se expresa en la conducta sexual. Muchas personas se sienten gays o heterosexuales mucho antes de tener relaciones sexuales con personas de su propio sexo o del otro sexo (Diamond, 2003a; Savin-Williams & Diamond, 2000), y algunas personas, que parecen gays o heterosexuales, se mantienen célibes por motivos religiosos o ascéticos y se abstienen de tener relaciones sexuales.

Las fantasías y los intereses eróticos de las personas también pueden cambiar con el tiempo. Los hombres gays y las lesbianas pueden experimentar episodios esporádicos de interés **heteroerótico**, y los heterosexuales pueden tener ocasionales intereses **homoeróticos**. Aparentemente, las orientaciones sexuales de las mujeres son un poco más flexibles que las de los hombres, siendo éstas un poco más dependientes de la experiencia social (Bailey, 2003a; Diamond, 2000, 2002, 2003a). Un estudio clásico entre homosexuales encontró que cerca del 50 por ciento de las lesbianas decían que, a veces, se sentían atraídas por hombres (Bell & Weinberg, 1978). Lisa M. Diamond (2003b) dirigió un estudio entre mujeres lesbianas y bisexuales que implicaba tres entrevistas a lo largo de un periodo de cinco años. Encontró que más del 25 por ciento de las mujeres renunciaron a su orientación lesbiana o bisexual con el paso del tiempo. La mitad de ellas se declararon heterosexuales y la otra mitad renunciaron al esfuerzo de clasificarse. Por otro lado, algunos heterosexuales dicen tener fantasías acerca de realizar algún tipo de actividad sexual con personas de su propio sexo (*véase* el Capítulo 8). En su

Heteroerótico De naturaleza erótica e implicando personas del otro sexo.

Homoerótico De naturaleza erótica e implicando personas del propio sexo.

estudio clásico sobre los homosexuales, Masters y Jonhson (1979) encontraron que muchas personas gays decían tener fantasías acerca de llevar a cabo algún tipo de actividad sexual con personas del otro sexo.

Así, la atracción por personas del otro sexo o del mismo sexo no siempre es mutuamente excluyente. Las personas pueden sentir varios grados de interés sexual y tener experiencias sexuales con las personas de cada sexo. Kinsey y sus colegas reconocieron que las fronteras entre las orientaciones sexuales gays masculinas y lesbianas, por un lado, y la orientación heterosexual, por otro lado, son algunas veces confusas. Como Kinsey y sus colegas advirtieron:

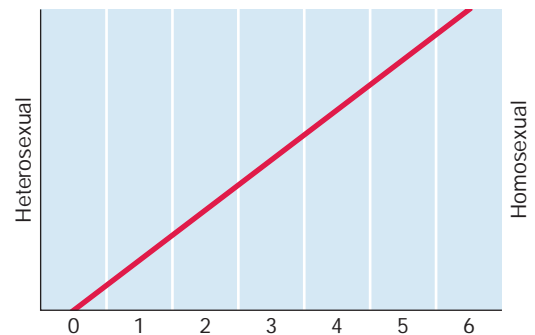
El mundo no se divide en ovejas y cabras... Solo la mente humana inventa categorías e intenta forzar los hechos en diferentes encasillamientos. El mundo vivo es un continuo en cada uno y en todos sus aspectos. (1984, p. 639)

Kinsey y sus colegas (1948, 1953) encontraron evidencias de la existencia de un continuo en la orientación sexual entre las personas que estudiaron, donde la bisexualidad representa un punto medio entre una orientación exclusivamente heterosexual y una orientación exclusivamente gay masculina o lesbiana. Concibieron un continuo heterosexual-homosexual en una escala de 7 puntos, como se muestra en la Figura 9.1. Las personas están localizadas en el continuo según sus patrones de atracción y conducta sexual. Las personas en la categoría 0 se consideran exclusivamente heterosexuales y las personas en la categoría 6 se consideran exclusivamente gays.

Pregunta: ¿Qué porcentaje de la población es gay? Kinsey y sus colegas informaron de que cerca del 4 por ciento de los hombres y entre el 1 y el 3 por ciento de las mujeres de sus muestras eran exclusivamente gays (punto 6 en la escala). Un mayor porcentaje de personas eran consideradas predominantemente gays (puntos 4 o 5 de la escala) o predominantemente heterosexuales (puntos 1 o 2 en la escala). En total, los datos de Kinsey sugerían que cerca del 10 por ciento de la población de Estados Unidos era gay o predominantemente gay, un número que excedía radicalmente las estimaciones del momento. Algunos eran clasificados como igualmente gays y heterosexuales en su orientación y podían considerarse bisexuales (punto 3 de la escala). La mayoría de las personas estaban clasificadas como exclusivamente heterosexuales (punto 0 de la escala).

Una encuesta de Louis Harris en 1993 encontró que el 4,4 por ciento de los hombres y el 3,6 por ciento de las mujeres dijeron haber mantenido algún tipo de actividad sexual con una persona de su propio sexo en los cinco años previos (Barringer, 1993b). June Reinish (1990), director del Instituto Kinsey, examinó las evidencias disponibles y estimó que más del 25 por ciento de los hombres en Estados Unidos habían tenido una experiencia sexual con otro hombre, durante su adolescencia o en la edad adulta.

Figura 9.1. El continuo de Kinsey. Kinsey y sus colegas concibieron un continuo heterosexual-homosexual de 7 puntos que clasificaba a las personas según su conducta sexual y la magnitud de su atracción hacia las personas de su mismo género. Las personas en la categoría 0, que fueron la mayoría de los participantes en el estudio de Kinsey, se consideraron exclusivamente heterosexuales, y las personas en la categoría 6, exclusivamente homosexuales.



Las estadísticas que se refieren a las pasadas actividades sexuales con personas del propio sexo pueden ser engañosas. Pueden representar un episodio aislado o un breve periodo de experimentación adolescente. La mitad de los hombres que dijeron haber tenido alguna experiencia sexual con otro hombre, en la muestra de Kinsey, la limitaban a edades entre los 12 y los 14 años. Otro tercio habían tenido alguna experiencia con otro hombre a la edad de 18 años, pero nunca más después.

La investigación de Kinsey también mostró que los patrones de conducta sexual pueden cambiar, a veces drásticamente. Las experiencias o los sentimientos sexuales que implican a personas del propio sexo son comunes, especialmente en la adolescencia, y no significa necesariamente que uno mantenga una actividad sexual exclusivamente con personas del propio sexo en la edad adulta (Diamond, 2003).

La polémica sobre cuántas personas son gays aún continúa. Por lo general, las estimaciones actuales encuentran porcentajes más bajos de personas gays en la población de los que encontró Kinsey. Considerando los datos obtenidos los estudios dirigidos en Estados Unidos, Asia y países de las Islas del Pacífico, Milton Diamond (1993) estima que solo cerca del 5 por ciento de los hombres y el 2 por ciento de las mujeres, en diferentes culturas, han mantenido algún tipo de actividad sexual con alguien de su propio sexo, al menos en una ocasión, desde la adolescencia. Diamond y otros investigadores también encuentran menos personas con una orientación bisexual que con una orientación sexual gay masculina o lesbiana.

La investigación en Estados Unidos, Gran Bretaña, Francia y Dinamarca encuentra que cerca del 3 por ciento de los hombres encuestados se *identifican* a sí mismos como gays (Hamer *et al.*, 1993; Laumann *et al.*, 1994). Cerca del 2 por ciento de las mujeres de Estados Unidos encuestadas se *identifican* a sí mismas como lesbianas (Laumann *et al.*, 1994). Las encuestas en Estados Unidos, Gran Bretaña y Francia encuentran que más hombres (entre el 5 por ciento y el 11 por ciento) y más mujeres (entre el 2 y el 4 por ciento) dicen *haber mantenido algún tipo de conducta sexual* con personas de su propio sexo en los cinco años previos (Sell *et al.*, 1995). Y las encuestas también muestran que aún más hombres (entre el 8 y el 9 por ciento) y más mujeres (entre el 8 por ciento y el 12 por ciento) dicen haber sentido *atracción sexual* hacia personas de su propio sexo, aunque no han mantenido una relación sexual con personas de su sexo, desde la edad de los 15 años (Sell *et al.*, 1995).

Ten en cuenta que los siguientes factores afectan a los resultados de las encuestas:

- La manera en que se plantean las preguntas (Por ejemplo: ¿investigan la identidad sexual, la conducta sexual o la atracción sexual, y a lo largo de qué periodo de tiempo?)
- La conveniencia social de la conducta declarada.
- El sexo del entrevistador.
- La manera en que fue dirigida la encuesta; por ejemplo, si fueron entrevistas personales, llamadas telefónicas o encuestas por escrito.
- La predisposición de los encuestados, es decir, si son voluntarios.

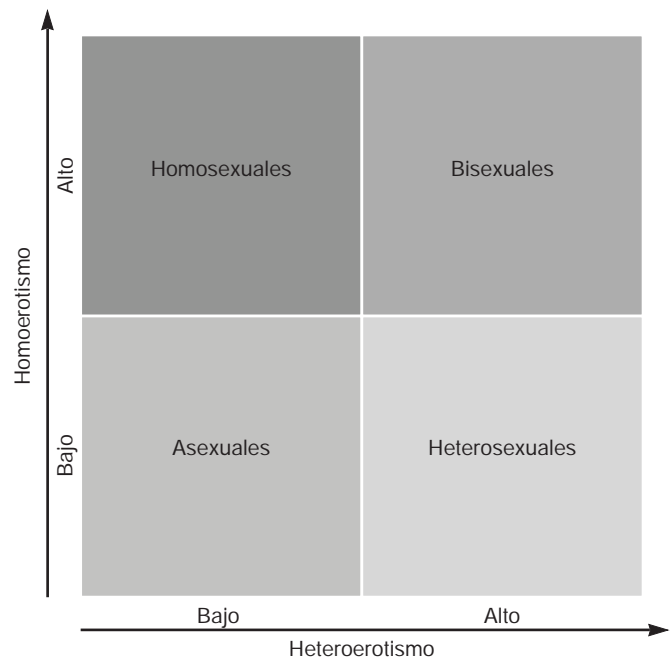
Cuestionamiento del continuo de Kinsey. Alfred Kinsey pensaba que las orientaciones sexuales exclusivamente heterosexuales y gays son polos opuestos de un continuo. Por tanto, cuanto más heterosexual es una persona, menos gay es, y viceversa. Considerar las orientaciones gay y heterosexual como polos opuestos de un continuo es parecido al punto de vista tradicional de que la masculinidad y la feminidad son polos opuestos de un continuo, de tal manera que cuanto más masculino es uno, menos femenino es, y viceversa. Considerar a los hombres y a las mujeres como opuestos ha llevado a malentendidos, incluso hostilidad, entre los sexos (Bem, 1993).

Pregunta: ¿Qué alternativas existen al continuo de Kinsey? También podemos considerar la masculinidad y la feminidad como dimensiones de personalidad independientes. De manera similar, considerar a las personas gays y a los heterosexuales como opuestos ha conducido a malentendidos y hostilidad. Sin embargo, puede ser que estas orientaciones sexuales sean de hecho dimensiones separadas, más que polos opuestos, al menos para las mujeres.

Utilizando la declaración del contenido de las fantasías eróticas como una indicación de la orientación sexual, el psicólogo Michael Storm (1980) encontró evidencias de que existen dimensiones separadas de sensibilidad a la estimulación sexual entre hombre y mujer (heteroerotismo) y la estimulación sexual que implica a alguien del mismo sexo (homoerotismo), como se muestra en la Figura 9.2. Según este modelo, los bisexuales se sitúan arriba en ambas dimensiones, mientras que las personas que están abajo en ambas son esencialmente asexuales. Según Kinsey, los individuos bisexuales serían menos sensibles a la estimulación por personas del otro sexo que las personas heterosexuales, pero más sensibles a la estimulación por personas de su propio sexo. Pero los modelos bidimensionales permiten a los individuos bisexuales ser tan sensibles a la estimulación por personas del otro sexo como lo son los heterosexuales, y tan sensibles a la estimulación por personas de su propio sexo como lo son los gays.

Sin embargo, utilizando tipos de medidas más complejos, Richard Lippa y Sara Arad (1997) encontraron que el modelo bidimensional es válido solo para las mujeres, si es que es válido, después de todo. Aplicaron varias medidas de personalidad a 148 hombres y 246 mujeres, estudiantes universitarios con una media de edad de 18 años. Estas medidas incluían la «instrumentalidad» masculina, la expresividad emocional «femenina» y otros rasgos de personalidad, como la extroversión, la simpatía, la atención, la neurosis (inestabilidad emocional) y la mentalidad abierta a nuevas experiencias. Los estudiantes también completaron un cuestionario sobre actitud y conducta sexual que les preguntaba acerca de su atracción sexual hacia los hombres y hacia las mujeres, su compromiso emocional en las relaciones sexuales, su impulso sexual y sus

Figura 9.2. Heterosexualidad y homosexualidad como dimensiones separadas. Según este modelo, la homosexualidad y la heterosexualidad son dimensiones independientes. Uno puede estar así en una posición alta o baja en ambas dimensiones al mismo tiempo. La mayoría de las personas se sitúan en una posición alta en una sola dimensión. Los bisexuales están en una posición alta en ambas dimensiones. Las personas situadas en una posición baja en ambas se consideran asexuales.



intereses en las fantasías sexuales y en los estímulos eróticos. Una técnica matemática de agrupamiento, llamada análisis factorial, encontró cuatro factores que caracterizaban las conductas y actitudes sexuales de los hombres y cuatro que caracterizaban las de las mujeres (véase la Tabla 9.1). Éstos se diferenciaban de manera importante. Quizás el más significativo sea que los hombres parecían ajustarse en gran medida al modelo de Kinsey en el sentido de que mostraban una orientación sexual «bipolar». Es decir, cuanto más excitados estaban por las mujeres, menos excitados estaban por los hombres, y viceversa. Las mujeres, por el contrario, mostraban factores tanto para la homosexualidad como para la heterosexualidad. Es decir, se excitaran o no por los hombres, podían, independientemente, sentirse atraídas por otras mujeres, y viceversa. Curiosamente, las actitudes y las conductas sexuales tenían poco que ver con las otras medidas de personalidad.

TABLA 9.1

Factores en las conductas y actitudes sexuales de los hombres y de las mujeres

Hombres	Mujeres
Orientación sexual bipolar	Homosexualidad
Compromiso emocional	Heterosexualidad
Impulso sexual	Compromiso emocional
Fantasia sexual	Impulso sexual

Fuente: Richard Lippa & Sara Arad (1997): «The structure of sexual orientation and its relation to masculinity, femininity, and gender diagnosticity: Different for men and women». *Sex Roles*. 37 (3-4). Pp. 187-208.

Los hallazgos de Lippa y Arad son coherentes con la investigación, que muestra que las orientaciones sexuales de las mujeres son más flexibles que las de los hombres y aparentemente están más interrelacionadas con su experiencia social (Bailey, 2003a; Diamond, 2000, 2002, 2003a). Cuando hablemos de **homofobia**, o del odio hacia los homosexuales, veremos que los hombres tienden a ser más homofóbicos que las mujeres. La homofobia está relacionada con las actitudes «rudas» tradicionales masculinas. Sin embargo, esta diferencia en la homofobia puede deberse a que los hombres heterosexuales tienen más dificultad que las mujeres heterosexuales para entender cómo un hombre puede sentirse atraído por una persona del mismo sexo.

La bisexualidad

Para mí, nunca sentí una atracción más fuerte hacia los hombres o hacia las mujeres. No tuve ningún problema en identificarme como gay, pero sabía que eso no era todo.

Un trabajador social de 29 años de Carolina del Norte que se enamoró de una mujer y después tuvo una relación sexual con su compañero de cuarto.

No me limito a un chico o a una chica. Cualquiera que entre en mi vida, si nos caemos bien, estupendo. Por lo que sé, eso sucede con un montón de gente. Dirán: «Me pregunto qué ocurrió la pasada noche». Es muy común.

Estudiante de Ciencias Políticas de 22 años.

Homofobia Conjunto de actitudes y sentimientos negativos hacia las personas gays, incluyendo intolerancia, odio y temor. (De las raíces griegas que significan «temor» [de los miembros del] «mismo» [sexo].)

Finalmente salió del armario y me dijo: «Mamá, hay una chica y es la chica más maravillosa que has visto nunca». Le pregunté: «¿Solo te van las chicas?». Y me contestó: «No, no solo las chicas. También puedo apreciar a un chico guapo».

*La madre de una chica de 19 años
que utiliza un tablón de anuncios
por ordenador para conocer a otros bisexuales.
(Adaptado de Gabriel, 1995b)*

Pregunta: ¿Qué es la bisexualidad? Las personas bisexuales se sienten atraídas sexualmente tanto por hombres como por mujeres. De los bisexuales se dice también que «conducen por los dos carriles». Sin embargo, muchos sienten una atracción más fuerte por un sexo que por el otro. De hecho, Weinrich & Klein (2002) dicen que los bisexuales se pueden clasificar en tres categorías: bi-gay, bi-hetero y bi-bi, lo que significa que algunos se sienten más atraídos hacia personas de su mismo sexo (bi-gays), otros se sienten más atraídos hacia personas del otro sexo (bi-hetero) y otros parecen sentirse atraídos igualmente por personas del propio y del otro sexo (bi-bi). Dependiendo de cómo defina uno la bisexualidad, quizás entre el 1 y el 4 por ciento de la población sea bisexual. Cerca del 1 por ciento de las personas (el 0,8 por ciento de los hombres y el 0,9 por ciento de las mujeres) encuestadas en el estudio de la NHLS (Laumann *et al.*, 1994) decían tener una identidad bisexual. Sin embargo, cerca del 4 por ciento decían sentirse atraídos sexualmente tanto por mujeres como por hombres.

Algunos gays (y algunos heterosexuales) creen que reivindicar ser bisexual es una manera de «rajarse» para no admitir ser gays. Quizás teman que les dejen sus cónyuges o «salir del armario» (declarando públicamente su orientación sexual gay masculina o lesbiana). Otros ven la bisexualidad como una forma de experimentación sexual con personas del propio sexo, por parte de personas que son esencialmente heterosexuales. Los estudios realizados entre más de 600 estudiantes universitarios confirman que la **bifobia**, o el odio a los bisexuales, se encuentra tanto en los colectivos heterosexuales como homosexuales (Mulick & Wright, 2002).

Pero muchas personas que se declaran bisexuales, así como muchos investigadores, afirman que los bisexuales pueden mantener intereses eróticos y relaciones románticas con personas de ambos sexos. Insisten en que la bisexualidad es una orientación sexual auténtica con sus propios patrones de desarrollo, no solo una «tapadera» para una orientación sexual gay masculina o lesbiana (Brown, 2002; Weinrich & Klein, 2002).

Algunos bisexuales llevan un estilo de vida que les permite satisfacer sus inclinaciones duales. Otros se sienten presionados por los heterosexuales y los gays para que se comprometan con un camino u otro (Edser & Shea, 2002). También algunos gays enmascaran su orientación sexual adoptando un estilo de vida bisexual. Es decir, se casan, pero mantienen, al mismo tiempo, relaciones sexuales clandestinas con personas de su propio sexo.

Sin embargo, parece que muchos hombres bisexuales se mantienen razonablemente cómodos en relaciones heterosexuales comprometidas, como el matrimonio. Un estudio realizado en profundidad, entre 20 hombres casados que puntuaron como bisexuales en la Escala de Kinsey, encontró que experimentaban alguna ansiedad, algunos sentimientos de culpa y alguna sensación de pérdida, pero no hasta el punto de sufrir estrés (Edser & Shea, 2002). Por lo general, los hombres se mantenían psicológicamente estables, y la mayoría de sus matrimonios estaban en lo que los autores llaman «relativamente buenas condiciones». Los autores concluyen que una relación comprometida a largo plazo es una «opción viable» para los hombres bisexuales. Con esta conclusión no pretendían ser moralistas, es decir, no estaban sugiriendo que los hombres bisexuales *deberían* buscar relaciones con mujeres. Simplemente apuntaban que dichas relaciones pueden funcionar.

Bifobia Actitudes y sentimientos negativos hacia las personas bisexuales, incluyendo intolerancia, odio y temor.

Puntos de vista sobre las orientaciones sexuales gays masculina y lesbiana

Las orientaciones sexuales gays masculina y lesbiana han existido a lo largo de la historia, y las actitudes hacia estas orientaciones han sido diversas. En algunas sociedades se han tolerado, han sido abiertamente alentadas en otras, pero condenadas en la mayoría. En este epígrafe analizaremos el punto de vista histórico y otros sobre las orientaciones sexuales gays masculina y lesbiana.

Pregunta: ¿Cómo se ha considerado la homosexualidad históricamente?

Puntos de vista históricos

En la cultura occidental, pocas prácticas sexuales han conocido una censura tan extendida como las actividades sexuales con miembros del propio sexo. Sin embargo, no ha ocurrido siempre así. En la antigua Grecia, por ejemplo, los hombres frecuentemente mantenían relaciones sexuales con adolescentes masculinos. «¿Cómo podemos saber algo sobre la vida sexual de los griegos que vivieron hace 2 500 años?», bromea J. Michael Bailey (2003b, p. 126). «Ya es bastante difícil saber algo de la vida sexual de los ciudadanos de hoy en día». Sin embargo, habiendo planteado la pregunta, Bailey describe dichas relaciones entre hombres adultos y adolescentes de barba incipiente. La principal actividad sexual que aparece decorando vasijas griegas es la del hombre adulto colocando su pene entre los muslos del chico (no en el ano) y moviéndose hasta la eyaculación.

Unos pocos siglos más tarde, continúa Bailey (2003b), los romanos describían hombres gays muy femeninos que se vestían de manera extravagante, mostraban vistosos estilos de peinado y amaneramiento y buscaban ligar en ciertos barrios. El apóstol Pablo mencionó esta conducta como la clave de la decadencia de Roma y la Iglesia cristiana asumió una actitud fuertemente negativa hacia la homosexualidad.

En el siglo XV, Florencia, una ciudad cristiana, tenía fama de acoger a numerosos «sodomitas». (Judíos y cristianos se han referido tradicionalmente a la actividad sexual entre hombres como el pecado de Sodoma; de ahí los orígenes del término sodomía, el cual, por lo general, hace alusión a la relación anal y, a veces, al contacto oral-genital. Según el Libro del Génesis, la ciudad de Sodoma fue destruida por Dios. No obstante, no está claro qué conducta incurrió en la cólera de Dios. Sin embargo, el Papa Gregorio III no fue ambiguo y en el siglo XVIII consideró la destrucción de la ciudad como un castigo por la actividad sexual con personas del mismo sexo.) La sodomía era tan común en Florencia, y (teóricamente) tan inquietante para los gobernadores de la ciudad, que crearon «el Ministerio de la Noche» en 1432, que permitió al pueblo acusar anónimamente a los individuos de sodomía. Durante los 70 años que funcionó el ministerio, unos 17 000 hombres fueron investigados como presuntos sodomitas, ¡cerca de la mitad de la población masculina a lo largo de este periodo! Sin embargo, menos de 3 000 fueron condenados; y fueron condenados a pagar una multa, en lugar de ser llevados a prisión (Bailey, 2003b).

El Libro del Levítico era claro en su condena:

Si un hombre yace con un hombre como con una mujer, ambos han cometido una abominación; serán conducidos a la muerte, su sangre caerá sobre ellos. (Levítico 20: 13)

La actividad sexual con personas del propio sexo no era el único acto sexual considerado un pecado por los primeros cristianos. Cualquier acto sexual no reproductor era

Un mundo de diversidad

Etnicidad y orientación sexual: un asunto de pertenencia

Las lesbianas y los hombres gays frecuentemente sufren las iras de una sociedad indignada. Debido a los prejuicios sociales, resulta difícil para muchas personas jóvenes asumir una orientación sexual gay masculina o lesbiana emergente. Se podría pensar que las personas que han estado sometidas a prejuicios y discriminación —miembros de minorías étnicas en Estados Unidos, por ejemplo— serían más tolerantes a una orientación sexual gay masculina o lesbiana.

En un artículo que aborda las experiencias de lesbianas y hombres gay, pertenecientes a grupos de minorías étnicas, Greene (1994) advierte que resulta difícil generalizar acerca de los grupos étnicos en Estados Unidos. Por ejemplo, los afroamericanos pueden tener sus orígenes culturales en las tribus de África occidental, pero también han

estado influidos por el cristianismo y las subculturas locales de sus pueblos y ciudades de América del Norte. Los nativos americanos representan cientos de grupos tribales, lenguas y culturas. Sin embargo, por lo general, la orientación sexual gay masculina o lesbiana es rechazada por los grupos de minorías étnicas en Estados Unidos. Las lesbianas y los hombres gays son presionados para mantener en secreto sus orientaciones sexuales o trasladarse a comunidades donde pueden vivir abiertamente sin miedo a las sanciones.

En la cultura tradicional latinoamericana, la familia es la unidad social primaria. De los hombres se espera que mantengan y defiendan a la familia, y de las mujeres, que sean sumisas, respetables y muestren deferencia hacia los hombres. Como de las mujeres se espera que perma-

nezcan vírgenes hasta el matrimonio, a veces los hombres mantienen relaciones sexuales entre ellos, sin que por ello se consideren a sí mismos gays (Greene, 1994). La cultura latinoamericana frecuentemente niega la sexualidad de las mujeres, así que las mujeres que se declaran lesbianas son doblemente condenadas: por ser lesbianas y por mostrar a los otros su sexualidad. Por último, como las lesbianas son independientes de los hombres, la mayoría de los heterosexuales latinoamericanos ven a las lesbianas latinoamericanas como una amenaza para la dominación tradicional masculina (Trujillo, 1991).

Las culturas asiático-americanas hacen hincapié en el respeto por los mayores, la obediencia a los padres y diferencias en los roles de género muy marcadas (Chan, 1992). Por lo general, el tema del sexo es tabú en

pecado, incluso dentro del matrimonio. Con la caída del Imperio Romano, la influencia del cristianismo se extiende a lo largo de Europa occidental, y las creencias cristianas fueron con frecuencia codificadas en leyes laicas. Hacia el final de la Edad Media, la mayoría de los códigos civiles de Europa occidental contenían penalizaciones para los actos sexuales no reproductores que implicaban la descarga de semen, incluyendo el sexo oral o anal, la masturbación, la conducta sexual entre hombres y el bestialismo. Las prácticas sexuales entre hombres y entre mujeres siguen siendo condenadas por la mayoría de las confesiones cristianas y judías, y por el Islam.

Nuestro sistema legal (el de Estados Unidos), basado en la tradición religiosa, mantiene penas criminales para las prácticas sexuales normalmente asociadas con el sexo entre hombres y el sexo entre mujeres, como el sexo anal y oral. Pero gran parte de la criminalización del sexo entre hombres y el sexo entre mujeres se ha dirigido directamente contra los hombres¹.

Pregunta: ¿Cómo se ha considerado la homosexualidad en otras culturas?

¹ N. del T.: En España, durante el periodo de nacionalcatolicismo de la dictadura del general Franco, había una Ley de Peligrosidad Social en la que se perseguía con cárcel la homosexualidad. Hoy esta ley está abolida.

la familia. Los asiático-americanos, como los latinoamericanos, tienden a pensar que el sexo no es importante para las mujeres. Las mujeres también son consideradas menos importantes que los hombres. La admisión abierta de una orientación sexual gay masculina o lesbiana se considera un rechazo a los roles culturales tradicionales y una amenaza a la continuidad de la línea familiar (Chan, 1992; Garnets & Kimmel, 1991). Por todas estas razones, no resulta sorprendente que los estudiantes universitarios asiático-americanos digan ser más homofóbicos que sus compañeros euro-americanos (Lippincott *et al.*, 2000).

Como muchos hombres afroamericanos han tenido dificultades para encontrar trabajo, los roles de género entre los afroamericanos han sido más flexibles que los encontrados entre los euro-americanos y la

mayoría de los otros grupos de minorías étnicas (Greene, 2000). No obstante, la comunidad afroamericana parece rechazar fuertemente a los hombres gays y a las lesbianas, presionándoles para que mantengan en secreto sus orientaciones sexuales (Gomez & Smith, 1990; Pous-saint, 1990). Greene (2000) elabora una hipótesis según la cual ciertos factores hacen que los afroamericanos se muestren hostiles hacia las lesbianas y los hombres gays. Uno es la fuerte obediencia a las creencias cristianas y las Sagradas Escrituras. Otra es la interiorización del estereotipo cultural dominante que presenta a los afroamericanos como seres muy sexuales. Es decir, muchos afroamericanos sienten la necesidad de afirmar su «normalidad» sexual.

Antes de la conquista europea, es posible que el sexo no fuera tema de conversación entre los nativos

americanos, pero éste se consideraba como una faceta natural de la vida. Los individuos que incorporaban tanto los estilos tradicionales femeninos como masculinos eran, por lo general, aceptados e incluso admirados. La influencia de las religiones de los colonos les llevó a un mayor rechazo hacia las lesbianas y los hombres gays, y éstos se sintieron presionados para abandonar las reservas y trasladarse a la gran ciudad (Greene, 1994). De este modo, las lesbianas y los hombres gays nativos americanos, como las lesbianas y los hombres gays asiático-americanos, a menudo se sintieron doblemente alejados de sus familias.

Si es posible hacer una generalización, ésta puede ser que las lesbianas y los hombres gays encuentran un sentido mayor de pertenencia a la comunidad gay que a sus respectivas comunidades étnicas.

Puntos de vista transculturales

La conducta sexual entre hombres se ha practicado en muchas sociedades preliterarias. En su revisión de la literatura sobre 76 sociedades preliterarias, Ford y Beach (1951) encontraron que en 49 de ellas (el 64 por ciento), las relaciones sexuales entre hombres eran vistas como normales y consideradas socialmente aceptables para algunos miembros del grupo. Las otras 27 sociedades (el 36 por ciento) aplicaban sanciones contra la conducta sexual entre hombres, que, no obstante, persistía. En otro análisis transcultural, Broude y Greene (1976) encontraron que la conducta sexual entre hombres estaba presente, pero no era común, en el 41 por ciento de una muestra de 70 sociedades del mundo no europeas, y era rara o estaba ausente en el 59 por ciento de estas sociedades. Broude y Greene también encontraron evidencia de desaprobación social y castigo de la actividad sexual entre hombres en el 41 por ciento de una muestra de 42 sociedades de las cuales había información disponible.

En algunas sociedades, las actividades sexuales entre hombres mayores y jóvenes, o entre adolescentes, son aceptables, pero no entre hombres adultos. Aún a finales del siglo xx, en el pueblo de los swans, del Norte de África, se esperaba de todos los varones jóvenes que tuvieran relaciones sexuales con hombres mayores que ellos: los padres eran los encargados de entregar a sus hijos solteros a hombres mayores. Casi todos los hombres decían

haber tenido dichas relaciones sexuales, cuando fueron jóvenes. Más tarde, entre los 16 y los 20 años, todos se casaron con mujeres.

Algunas veces, las actividades sexuales entre hombres se limitan a rituales iniciáticos que marcan el paso del joven a la edad adulta. En algunas sociedades preliterarias existe la creencia de que el semen incrementa la fuerza y la virilidad. Así, los hombres mayores transmiten su semen a los hombres más jóvenes a través de actividades sexuales orales o anales. Entre los sambianos de Nueva Guinea, un pueblo de belicosos cazadores de cabezas, los varones entre los 7 y los 10 años abandonan los hogares de sus padres y comparten vivienda con otros varones prepúberes y adolescentes. Allí participan en ritos sexuales de iniciación. Para adquirir la feroz masculinidad del cazador de cabezas, realizan felaciones a los hombres mayores y tragan su semen (Bailey, 2003b). Se les anima a que traguen tanto semen como puedan, como si fuera leche materna. Para ellos, la ingestión de semen da paso a la pubertad. Después de la pubertad, a los adolescentes les hacen felaciones los varones más jóvenes. Antes de llegar a los veinte años, o poco después, se espera que se echen novia y practiquen solo relaciones sexuales con mujeres.

Estas prácticas de la cultura sambiana parecerían sugerir que las orientaciones sexuales de los hombres son fluidas y maleables. Sin embargo, las prácticas implican *conducta*, y no *orientación sexual*. La conducta sexual entre hombres en los sambianos tiene lugar en un contexto cultural que tiene poca semejanza con la actividad sexual consensuada entre hombres en la sociedad occidental. El varón sambiano prepúber no busca relaciones sexuales con otros hombres, sino que hombres mayores lo sacan de su casa y lo empujan a encuentros sexuales entre hombres.

Poco se sabe acerca de la actividad sexual entre mujeres en las culturas no occidentales. Ford y Beach encontraron evidencia de conducta sexual entre mujeres en solo 17 de las 76 sociedades que estudiaron. Quizás la conducta sexual femenina en general, no solo la actividad sexual con otras mujeres, estaba más reprimida. Quizás las mujeres tienen menos tendencia que los hombres a desarrollar intereses sexuales o relaciones románticas con otras mujeres. Sean cuales sean las razones, esta evidencia transcultural es coherente con los datos de nuestra propia cultura. También entre nosotros, los hombres están más dispuestos que las mujeres a mostrar interés o a establecer relaciones románticas con personas de su propio sexo.

Puntos de vista entre las especies

Muchos de nosotros hemos observado en otros animales conductas sexuales que recuerdan los contactos sexuales entre hombres o entre mujeres en la especie humana, como montarse a otros de su mismo sexo.

Pregunta: ¿Qué significa la actividad sexual con miembros del mismo sexo en otras especies? Un babuino macho puede ofrecer su trasero y permitir que otro macho lo monte. Esta conducta puede recordar el coito anal entre hombres gays. Sin embargo, ¿está motivada esta conducta sexual? La conducta de montarse entre los babuinos macho puede representar un tipo de dominio ritual en el cual los machos de menor rango adoptan una postura sumisa (femenina) para evitar el ataque por parte de los machos dominantes (Nadler, 1990). (Algunos actos entre hombres también implican dominación, como en el caso de un preso dominante forzando a otro para someterle en un coito anal.) En otros casos, los machos babuinos pueden buscar favores o protección de los machos dominantes (Nadler, 1990). Entre los animales jóvenes, las conductas sexuales entre machos pueden ser una forma de juego. Las hembras también pueden intentar montar a otras hembras, pero, en este caso también, los motivos pueden no ser los mismos que entre los humanos.

La motivación sexual parece jugar un papel en algunas interacciones sexuales entre machos y entre hembras en los animales, pero no en todas. La felación y el coito anal hasta la eyaculación entre los jóvenes orangutanes machos pueden ser un ejemplo, como pueden serlo los contactos-empujes pélvicos entre dos gorilas macho adultos. Algunos encuentros entre machos en los monos rhesus también parecen estar motivados sexualmente. Sin embargo, los investigadores no han encontrado actividad sexual prolongada y exclusiva entre machos, en monos y simios, cuando existen oportunidades de relación sexual entre macho y hembra.

Actitudes hacia la orientación sexual en la sociedad contemporánea

Toni, una estudiante universitaria de 20 años, se mostraba incrédula acerca de que sus padres creyesen que ella había *elegido* su orientación sexual. Veían su lesbianismo como algo relacionado con la rebeldía que le había provocado ir a una escuela conocida por su imagen «radical». Toni estaba furiosa por el hecho de que ellos creyeran que «abandonaría» su orientación sexual lesbiana una vez decidiera aceptar las responsabilidades adultas.

Archivos de los autores

Históricamente hablando, las actitudes negativas hacia las personas gays han estado muy extendidas en nuestra sociedad. En el peor de los casos, la conducta sexual entre hombres y entre mujeres se ha considerado un crimen contra Dios o la «naturaleza».

Pregunta: *¿Qué actitudes hacia la homosexualidad encontramos en la sociedad americana contemporánea?* Un estudio realizado en Estados Unidos, entre varones con edades comprendidas entre los 15 y los 19 años, mostró que nueve de cada diez sentían que el sexo entre hombres era «repugnante». Tres de cada cinco ni siquiera se veían a sí mismos siendo amigos de un hombre gay (Marsiglio, 1993b). Los hombres jóvenes tienden a ser el grupo más intransigente en sus juicios sobre las personas gays. Una encuesta realizada en Estados Unidos en junio de 1998 encontró que el 59 por ciento de los adultos americanos creen que la homosexualidad es inmoral, comparado con el 35 por ciento que dicen que no es mala (Berke, 1998). (El 6 por ciento restante no respondían o decían que no sabían.)

Sin embargo, hay signos de que los americanos se han hecho más tolerantes hacia las personas gays en las pasadas décadas. Por ejemplo, una encuesta realizada en junio de 1977 encontró que el 56 por ciento de los americanos decían que las personas gays deberían tener iguales derechos en términos de oportunidades laborales (el 33 por ciento se manifestaban en contra). En noviembre de 1996, el 84 por ciento de los americanos aprobaban derechos iguales para las personas homosexuales, y solo el 12 por ciento se oponían (Berke, 1998).

Las «uniones civiles» entre los gays son algo que se plantea a menudo en las sociedades occidentales contemporáneas; por ejemplo, la Corte Suprema de Massachusetts ha legislado los matrimonios entre personas del mismo sexo en ese Estado. Sin embargo, una encuesta en *The New York Times* encontró que solo el 28 por ciento de los americanos estaban de acuerdo con que el «matrimonio entre dos personas del mismo sexo debería ser legal» (Eggers, 2000).

Una encuesta de Associated Press realizada en el mismo año encontró que apoyaban los matrimonios gays el 34 por ciento de los encuestados (Lester, 2000). Pero los americanos se están haciendo más liberales sobre este tema: mientras que solo el 13 por ciento de las personas mayores de 70 años, en el artículo de Eggers (2000), opinaban que dichas uniones deberían ser legales, el 42 por ciento de las menores de 30 años las respaldaban. La encuesta

de AP mostraba una discrepancia similar con la edad: el 54 por ciento de los encuestados con edades entre 18 y 34 años opinaban que las personas gays deberían tener el derecho a casarse, comparado con el 14 por ciento de los mayores de 65 (Lester, 2000).

La palabra *matrimonio* parece suponer una barrera más importante. La encuesta de Associated Press sobre una muestra de 1 012 adultos estadounidenses dividió esta muestra de manera que a una mitad se le preguntó si aprobaba que las personas gays se pudieran casar, mientras que a la otra mitad se le preguntó si aprobaban las «parejas de hecho» para que las parejas gays tuvieran los mismos derechos que las parejas casadas. Como puedes ver en la Tabla 9.2, más personas aprobaban las parejas de hecho que el matrimonio para las parejas gays. A pesar del hecho de que una mayoría de los encuestados no permitirían a las parejas gays formar parejas de hecho con los mismos derechos que las personas casadas, una mayoría permitirían a las parejas de hecho ciertos derechos, como se muestra en la Tabla 9.3. Es decir, los heterosexuales pueden mostrarse más desconfiados para dar certificados de matrimonio gays que para garantizar beneficios en temas de salud².

Comenzamos este epígrafe con el caso de Toni, cuyos padres asumían que cambiaría su orientación sexual una vez que «abandonara» su rebeldía. Los padres de Toni creían que había *elegido* ser gay, una creencia muy extendida. Como veremos en el epígrafe que recoge los puntos de vista de la biología, las evidencias de la investigación se están acumulando en el sentido de apoyar que los factores biológicos innatos juegan un papel importante en el desarrollo de la orientación sexual. Curiosamente, las personas que creen que la orientación sexual es innata y está determinada biológicamente son más tolerantes hacia las personas gays que las que ven la orientación sexual como resultado de la inmadurez u otros factores del entorno. En la últimas décadas eran más las personas que creían que la orientación sexual estaba determinada por factores del entorno (Berke,

TABLA 9.2

Efecto de la palabra en una encuesta sobre derechos de los gays

Pregunta	Porcentaje que responde «Debería»	Porcentaje que responde «No debería»	Porcentaje que responde «No sabe»	Porcentaje que no responde
En general, ¿cree que a los gays y a las lesbianas se les debería o no se les debería permitir casarse legalmente?	34	51	11	3
En general, ¿cree que a los gays y a las lesbianas se les debería o no se les debería permitir formar parejas de hecho con los mismos derechos y beneficios de las parejas casadas?	41	46	11	3

Fuente: Lester, W. (31 de mayo de 2000). Encuesta: *Americans back some gay rights*. The Associated Press online.

² *N. del editor español:* En España el rechazo a la homosexualidad es menor, y son más las personas que aceptan el matrimonio entre homosexuales e incluso la adopción. En todo caso, un número relativamente importante de españoles tiene menos claro el matrimonio entre homosexuales que las uniones de hecho u otras fórmulas jurídicas, y menos claro aún su derecho a la adopción.

Mientras revisamos esta edición, justo hoy, 30-12-2004, el Gobierno español ha aprobado el matrimonio entre homosexuales con los mismos derechos que los heterosexuales —herencia, pensión, adopción, etc.—, con lo que España pasa a ser uno de los pocos países que reconoce estos derechos a los homosexuales.

TABLA 9.3

Porcentaje de americanos que aprobarían ciertos derechos para las personas gays en las parejas de hecho

¿El encuestado aprobaría...	Porcentaje a favor	Porcentaje en contra	Porcentaje que dice «no saber»	Porcentaje que no contesta
proporcionar cobertura sanitaria a las parejas gays?	53	37	7	3
proporcionar los beneficios de la Seguridad Social a las parejas gays?	50	41	6	3
proporcionar derechos a la herencia a las parejas gays?	56	32	9	3

Fuente: Lester, W. (31 de mayo de 2000). Encuesta: *Americans back some gay rights*. The Associated Press online.

1998), pero la tendencia actual parece desplazarse hacia el punto de vista que considera su origen como biológico e innato.

Por ejemplo, una encuesta realizada en Estados Unidos en junio de 1977 encontró que solo el 13 por ciento de los estadounidenses creían que los gays «nacían» con su orientación sexual, comparado con el 56 por ciento que creían en condicionantes del entorno. En octubre de 1989, el 18 por ciento de los estadounidenses opinaban que los gays nacían con su orientación, comparado con el 48 por ciento que creían en una explicación del entorno. La encuesta de Associated Press, realizada en 2000, encontró que el 30 por ciento de los estadounidenses creen que los gays nacen de esa manera, comparado con el 46 por ciento que opinan que ellos «eligen» ser gays. Más personas empiezan a considerar que la orientación sexual es algo con lo que uno nace. Como consecuencia, menos personas están dispuestas a creer que los jóvenes pueden ser «seducidos» hacia una orientación sexual u otra.

La actitud negativa que encontramos hacia la homosexualidad se llama homofobia.

Pregunta: ¿Qué es la homofobia?



Manifestándose contra la homofobia. Los gays y las lesbianas son frecuentemente agredidos por su orientación sexual. El odio hacia los gays se llama homofobia, aunque las raíces de la palabra significan «temor hacia los gays». ¿Por qué tantas personas odian a los hombres gays y a las lesbianas? ¿Por qué el estudiante universitario Matthew Shepard fue asesinado por homófobos?

Homofobia. La homofobia toma varias formas, incluyendo:

- Uso de términos peyorativos (como *marica...*).
- Contar chistes de gays de manera despectiva.
- Dificultar el acceso a los gays para encontrar casa, empleo u oportunidades sociales.
- Mofarse (abuso verbal).
- Dar palizas a los gays (abuso físico).

La palabra «homofobia» deriva de las raíces que significan «temor hacia los homosexuales». Aunque la homofobia es más común entre los heterosexuales, los gays también pueden ser homófobos.

Aunque algunos psicólogos relacionan la homofobia con el temor hacia una orientación sexual gay masculina o lesbiana en uno mismo, las actitudes homófobas pueden estar relacionadas con un conjunto de actitudes de rol de género estereotipadas sobre la vida familiar (Cotten-Huston & Waite, 2000). Estas actitudes apoyan el dominio masculino y la creencia de que es natural y apropiado para las mujeres sacrificarse por su marido y por sus hijos (Cotten-Huston & Waite, 2000; Marsiglio, 1993b). Las personas que tienen mucho interés en mantener los roles de género estereotipados pueden sentirse amenazados más fácilmente por la existencia de una orientación sexual gay masculina o lesbiana, porque las personas gays parecen confundir o cambiar estos roles. Los hombres tienen un gran interés en mantener la tradición de la dominación masculina, así que quizás no resulta sorprendente que los estudiantes universitarios sean más intolerantes hacia los hombres gays que las estudiantes universitarias (Schellenberg *et al.*, 1999).

Las actitudes homófobas son más comunes entre los hombres que se identifican con un rol de género masculino tradicional y entre los que viven su religión de manera fundamentalista (Cotten-Huston & Waite, 2000; Marsiglio, 1993b). De manera similar, los investigadores encuentran que los estudiantes universitarios con ideología política conservadora tienden a aceptar actitudes negativas hacia las personas gays más que los estudiantes liberales (Cotten-Huston & Waite, 2000). Otros estudios con muestras universitarias encuentran que los estudiantes son más homófobos que las estudiantes (Kunkel & Temple, 1992; Schellenberg *et al.*, 1999). Por ejemplo, en una universidad canadiense, los estudiantes de empresariales y ciencias eran más intolerantes hacia las personas gays que los estudiantes de arte y ciencias sociales (Schellenberg *et al.*, 1999).

Los hombres heterosexuales se muestran menos tolerantes hacia las personas gays que las mujeres heterosexuales (Kerns & Fine, 1994; Seltzer, 1992; Whitley & Kite, 1995). Quizás algunos hombres heterosexuales se sientan amenazados por la posibilidad de descubrir impulsos sexuales gays masculinos en ellos mismos (Freiberg, 1995). Concordante con este punto de vista es que los hombres heterosexuales tienden a mantener más actitudes negativas hacia los hombres gays que hacia las lesbianas (Kite, 1992).

Al menos algunos hombres homófobos pueden sentir impulsos homoeróticos de los cuales son inconscientes. El rechazo de estos impulsos puede estar relacionado con su temor y desaprobación hacia los hombres gays. Henry Adams y sus colegas (1996) mostraron a un grupo de hombres vídeos de sexo explícito entre hombre y mujer y entre mujeres y entre hombres, y midieron su respuesta sexual mediante una pletismografía del pene. (La pletismografía mide el tamaño de la erección.) A los sujetos también se les pidió que dijeran cuál era su respuesta sexual ante los vídeos. Los hombres también fueron evaluados por sus actitudes hacia los hombres gays. Los que no eran homófobos se excitaban sexualmente, según la medida de la circunferencia de su pene, solo por los vídeos con actividad sexual entre hombre y mujer y entre mujeres. Los sujetos homófobos también se excitaban, en términos de la circunferencia de su pene, con los vídeos que mostraban actividad

sexual entre hombres. Sin embargo, no reconocieron haberse excitado con estas imágenes. ¿No se daban cuenta de su respuesta biológica o ésta era engañosa?

Puntos de vista de la biología

Preguntas: *¿Es la orientación sexual un rasgo innato que se transmite genéticamente, como el color de los ojos o la altura? ¿Es resultado de influencias hormonales?* Los puntos de vista de la biología se centran en los papeles posibles que desempeñan las influencias hormonales, genéticas y evolutivas en la definición de la orientación sexual.

El punto de vista evolucionista. Podría parecer extraño que los teóricos evolucionistas se hayan esforzado por explicar las orientaciones sexuales gays masculina y lesbiana. Después de todo, los hombres gays y las lesbianas no están motivados para mantener relaciones sexuales con miembros del otro sexo. Entonces, ¿cómo pueden las orientaciones sexuales gays masculina y lesbiana tener alguna ventaja evolutiva?

Para responder esta pregunta debemos considerar el grupo o la especie más que el individuo. Kirkpatrick (2000) sugiere que la conducta sexual entre hombres y entre mujeres es la consecuencia de la selección individual por *altruismo* recíproco. Es decir, las fuertes alianzas entre hombres y entre mujeres proporcionan ventajas para la supervivencia del grupo, en la medida en que unen a sus miembros mediante lazos emocionales. Esta hipótesis sigue siendo una especulación.

Genética y orientación sexual. Existen considerables evidencias de que las orientaciones sexuales gays masculinas y lesbianas se dan más en determinadas familias (Bailey *et al.*, 2000a; Dawood *et al.*, 2000; Kendler *et al.*, 2000; Rahman & Wilson, 2003). Los estudios con gemelos arrojan luz sobre el posible papel de la herencia (Bailey, 2003b). Los **gemelos monozigóticos**, o gemelos idénticos, se desarrollan a partir de un solo óvulo fertilizado y comparten el 100 por ciento de su herencia. Los **gemelos dizigóticos**, o mellizos, se desarrollan a partir de dos óvulos fertilizados y, como otros hermanos y hermanas, comparten solo el 50 por ciento de su herencia. Así que si la orientación sexual gay masculina o lesbiana se transmite genéticamente, deberían encontrarse el doble número de gays entre los gemelos idénticos que entre los mellizos. Como los gemelos idénticos y los mellizos que crecen juntos comparten las mismas influencias del entorno, las diferencias en el grado de concordancia, para un rasgo dado, entre los tipos de gemelos, son indicativas de origen genético. Varios estudios han identificado hombres gays que tenían, bien un gemelo idéntico o un hermano mellizo, para examinar la frecuencia de una orientación sexual gay masculina en sus hermanos gemelos. En uno de los estudios más cuidadosamente dirigidos, cerca del 52 por ciento de las parejas de gemelos idénticos resultaron ser «concordantes» (de acuerdo) con una orientación sexual gay masculina, comparado con el 22 por ciento de los mellizos y solo el 11 por ciento de los hermanos adoptivos (Bailey, 2003a; Bailey & Pillard, 1991). Pero hay que tener en cuenta que a los gemelos idénticos, más que a los mellizos, se les suele vestir del mismo modo y tratar de la misma manera. Así que su mayor concordancia para una orientación sexual gay puede, al menos en parte, reflejar factores del entorno (Kendler *et al.*, 2000).

Los investigadores han encontrado evidencias de que existe relación entre una región del cromosoma sexual X y una orientación sexual gay masculina (Bailey *et al.*, 1999). Un grupo de investigadores (Hamer *et al.*, 1993) encontraron que los hombres gays de una muestra de 114 hombres gays tendían a tener más familiares gays masculinos, por parte materna, que lo que podría esperarse según la frecuencia de la población general. Sin embargo, estos gays masculinos no tenían un mayor número de familiares gays por parte paterna.

Gemelos monozigóticos

Gemelos que se desarrollan a partir del mismo óvulo fertilizado. Gemelos idénticos.

Gemelos dizigóticos

Gemelos que se desarrollan a partir de diferentes óvulos fertilizados. Hermanos mellizos.

Este patrón de herencia es coincidente con otras características genéticas, como la hemofilia, que está relacionada con el cromosoma sexual X, que reciben los varones de sus madres.

Los investigadores entonces examinaron el cromosoma X en 40 parejas de hombres gays, hermanos no gemelos. En 33 de las parejas, los hermanos tenían marcadores idénticos de ADN en el extremo del cromosoma X. Para los hermanos en general, cerca de la mitad deberían haber heredado esta estructura cromosómica. Por tanto, se sospecha que esta región cromosómica puede contener un gen que predispone a los hombres hacia una orientación gay.

Pero los investigadores han pedido precaución porque no habían encontrado un gen particular relacionado con la orientación sexual, solo una región donde se podría encontrar ese gen. Los científicos tampoco saben de qué manera un gen, o combinación de genes, podrían participar en la orientación sexual. Quizás un gen en particular o un grupo de genes gobiernan el desarrollo de proteínas que esculpen ciertas partes del cerebro, de manera que favorecen el desarrollo de una orientación sexual gay masculina. Por otra parte, siete de las cuarenta parejas de hermanos gays *no* compartían el marcador cromosómico.

Influencias hormonales y orientación sexual. Las hormonas sexuales influyen fuertemente en la conducta de apareamiento de otras especies (Crews, 1994). Así, los investigadores han buscado posibles factores hormonales en la determinación de la orientación sexual en los humanos.

La testosterona es esencial para la diferenciación sexual masculina. Así que los niveles de testosterona, y sus productos derivados en la sangre y en la orina, se han estudiado como posibles factores en la orientación sexual. Las investigaciones no han tenido éxito al intentar relacionar la orientación sexual de cada sexo con diferencias en los niveles de hormonas sexuales masculinas o femeninas, respectivamente, en la edad adulta (Friedman & Downey, 1994). En la edad adulta, la testosterona parece tener un **papel activador**. Es decir, afecta a la intensidad del deseo sexual, pero no a la preferencia por parejas del mismo o del otro sexo (Whalen *et al.*, 1990).

¿Cuáles son los posibles efectos *prenatales* de las hormonas sexuales? En experimentos en los cuales se administraron antiandrógenos —que bloquean los efectos de la testosterona— a ratas preñadas, se vio que cuando les eran administrados durante periodos críticos, en los que los cerebros de los fetos desarrollaban su diferenciación sexual, los machos de la camada tendían a mostrar patrones de apareamiento femeninos en su edad adulta (Ellis & Ames, 1987). Los machos adultos se mostraban receptivos hacia los machos que intentaban montarlos, y no montaban a las hembras.

¿Juegan las hormonas sexuales un papel similar en la determinación de la orientación sexual en las personas? Existe una evidencia indicativa. Por ejemplo, Meyer-Bahlburg y sus colegas (1995) entrevistaron a grupos de mujeres expuestas prenatalmente al estrógeno sintético DES. Encontraron que entre estas mujeres había un porcentaje mayor de lesbianas o bisexuales que entre mujeres no expuestas a DES. Los genitales de las personas gay se diferencian prenatalmente de acuerdo con su cromosoma sexual. Sin embargo, puede ocurrir que desequilibrios en las hormonas sexuales prenatales puedan provocar que zonas del cerebro se desarrollen en un sentido, mientras que los genitales se diferencian en otro (Collaer & Hines, 1995). Más aún, como veremos más adelante, las lesbianas «más masculinas» pueden diferir de las lesbianas «más femeninas».

La estructura del cerebro. Las evidencias sugieren que existen diferencias estructurales entre los cerebros de los hombres heterosexuales y los de los gays. En 1991, Simon LeVay, un neurobiólogo del Salk Institute, en La Jolla, California, realizó autopsias de los cerebros de

Efectos activadores

Aquellos efectos de las hormonas sexuales que influyen sobre el nivel del impulso sexual, pero no determinan la orientación sexual.

35 víctimas de SIDA —19 hombres gays y 16 hombres (supuestamente) heterosexuales—. Encontró que un segmento del hipotálamo —específicamente, el tercer núcleo intersticial del hipotálamo anterior—, en los cerebros de los hombres gays, tenía menos de la mitad del tamaño que el mismo segmento de los hombres heterosexuales. Este segmento cerebral era mayor en los tejidos cerebrales de los hombres heterosexuales que en los tejidos cerebrales obtenidos de un grupo de comparación de seis mujeres supuestamente heterosexuales. Sin embargo, no se encontró ninguna diferencia significativa en tamaño entre los tejidos cerebrales de los hombres gays y las mujeres.

Los hallazgos de LeVay son intrigantes, pero preliminares. Por ejemplo, no sabemos si las diferencias estructurales encontradas por LeVay son innatas. Tampoco estos hallazgos prueban que la biología defina la conducta. Como Richard Nakamura, un científico del National Institute of Mental Health (Instituto Nacional de Salud Mental), comentó: «Éstos [los hallazgos de LeVay] no deberían interpretarse como que eres automáticamente [gay] si tienes una estructura de un tamaño, frente a una estructura de otro tamaño» (Angier, 1991).

La creencia de que la orientación sexual es innata tiene muchos adeptos, tanto entre los científicos como en la comunidad en general. Sin embargo, las evidencias que apoyan las posibles influencias de factores hormonales prenatales en la «escultura» del cerebro en una dirección masculina o femenina están basadas en gran medida en los estudios con animales. No existen evidencias directas con las personas. Por ello, debemos ser cautos a la hora de aplicar los resultados de otras especies a la nuestra.

Puntos de vista de la psicología

Preguntas: ¿Las relaciones familiares juegan un papel en los orígenes de la orientación sexual? ¿Cuáles son los efectos de las experiencias sexuales en la niñez? La teoría psicoanalítica y la teoría del aprendizaje proporcionan dos de las aproximaciones psicológicas más importantes para la comprensión de los orígenes de la orientación sexual.

Puntos de vista del psicoanálisis. Sigmund Freud, el creador de la teoría psicoanalítica, pensaba que los niños están abiertos, de forma natural, a todas las formas de estimulación sexual. Sin embargo, a través de la apropiada resolución del complejo de Edipo, un chico renunciará a los deseos incestuosos hacia su madre y se identificará con su padre. Como resultado, la atracción erótica por su madre se traslada a parejas femeninas más apropiadas. Una chica, a través de la apropiada resolución del complejo de Electra, se identificará con su madre y buscará la estimulación erótica de los hombres cuando alcance la madurez sexual.

Según el punto de vista de Freud, una orientación gay masculina o lesbiana resulta del fracaso en la resolución con éxito del complejo de Edipo y la identificación con el progenitor del mismo sexo. En los hombres, el fracaso en la resolución del complejo de Edipo suele desencadenar un llamado patrón clásico de «unión-cercana» emocional hacia la madre y un «distanciamiento-hostil» hacia el padre. Un chico criado en dicha familia puede llegar a identificarse con su madre e incluso a «transformarse en ella» (Freud, 1922/1959, p. 40). De este modo, puede mostrarse afeminado y desarrollar intereses sexuales por los hombres.

Freud pensaba que la **ansiedad de castración** no resuelta juega un papel en la orientación sexual gay masculina. Dada la época en la que actúa el complejo de Edipo, el chico habrá aprendido que puede obtener placer de su pene mediante la autoestimulación. En sus fantasías de juventud, asocia este placer con las imágenes mentales de su madre. De manera similar, probablemente habrá aprendido que las mujeres no poseen pene. La teoría del psicoanálisis afirma que, en algún momento, al chico se le habrá advertido de que se le

Ansiedad de

castración En la teoría del psicoanálisis, temor que siente un hombre a que le sean extirpados sus genitales. La ansiedad de castración es un elemento del complejo de Edipo y, según Freud, está implicada en la orientación de los intereses eróticos.

caerá el pene si juega con él. Por todo ello, puede llegar a la conclusión de que todas las mujeres —incluyendo a su madre— una vez tuvieron pene, pero lo perdieron.

En medio del proceso de Edipo, el chico, inconscientemente, comienza a temer que su padre, su rival en el amor por su madre, tome represalias privándole del órgano que ha asociado con el placer sexual. Su temor le provoca la represión del deseo sexual por su madre y la identificación con su potencial agresor, su padre. El chico supera así su ansiedad de castración y toma el camino hacia la heterosexualidad adulta.

Si el complejo de Edipo no se resuelve con éxito, la ansiedad de castración puede persistir. Cuando madure sexualmente, el hombre no será capaz de tolerar el sexo con mujeres, las cuales, debido a su carencia de pene, provocarán una ansiedad de castración inconsciente en él. El complejo de Electra en las niñas sigue un curso diferente. Freud pensaba que las niñas envidiaban los penes de los niños porque ellas no tenían el suyo. La envidia lleva a las niñas al resentimiento con sus madres, a las cuales culpan de su «defecto» anatómico, y a cambiar a sus madres por sus padres, como objetos sexuales. Ahora ellas desean poseer al padre, cuyo pene proporciona aquello de lo que ellas carecen. Pero los deseos incestuosos llevan a la chica a competir con su madre. Motivada por el temor a que su madre le retire su amor si los deseos persisten, normalmente la chica los reprime y se identifica con su madre. Sustituye su deseo infantil del pene por el deseo de casarse con un hombre y tener hijos. El niño, expulsado entre sus piernas, sirve como el último sustituto del pene.

Un problema constante de la teoría freudiana es que muchos de sus conceptos, como la ansiedad de castración y la envidia del pene, se cree que operan a un nivel inconsciente. Por tanto, se encuentran más allá del alcance de la observación y la posibilidad de evaluación científica. Más aún, como señala Friedman y Downey (2001), ver la sexualidad infantil desde la posición aventajada de la edad adulta, como ocurre en el psicoanálisis, puede proporcionar un punto de vista distorsionado de lo que realmente tiene lugar, especialmente cuando el psicoanalista está motivado para encontrar apoyo a su teoría.

Las evidencias de la investigación proporcionan otro punto de vista sobre las relaciones familiares de los hijos gays. Richard Pillard y sus colegas (Pillard & Weinrich, 1986; Pillard, 1990) encontraron en una muestra que los hombres gays se describían a sí mismos como más distantes de sus padres, durante su infancia, que los hombres heterosexuales de la muestra de control o que los propios hermanos heterosexuales de los hombres gays. Éstos también dijeron sentirse más cercanos a sus madres. Sin embargo, la distancia psicológica del padre hacia el hijo puede haber sido el reflejo de la lejanía del hijo hacia él, y no al contrario. Es decir, el hijo puede haber estado tan unido a su madre, o tan desinteresado por las actividades masculinas tradicionales, que haya rechazado los intentos para mantener con su padre actividades convencionales padre-hijo.

Teorías del aprendizaje. Las teorías del aprendizaje coinciden con Freud en que las experiencias tempranas juegan un papel importante en el desarrollo de la orientación sexual. Sin embargo, se centran en el papel del reforzamiento de los patrones tempranos de conducta sexual, más que en la resolución de conflictos inconscientes. Las personas, por lo general, repiten las actividades placenteras y dejan de hacer las dolorosas. Así que las personas pueden aprender a mantener relaciones sexuales con personas de su mismo sexo si la experimentación sexual infantil con ellas está relacionada con placer sexual.

Si la motivación sexual es alta, como suele ser durante la adolescencia, y las únicas válvulas de escape se encuentran con otras personas del mismo sexo, los adolescentes pueden experimentar la sexualidad con ellos. Si estos encuentros son placenteros y las experiencias heterosexuales son desagradables, se puede desarrollar una firme orientación sexual

gay masculina o lesbiana (Gagnon & Simon, 1973). Contrariamente, el dolor, la ansiedad o la desaprobación social pueden estar relacionados con contactos tempranos con personas del propio sexo. En esos casos, el niño puede aprender a inhibir los sentimientos de atracción hacia las personas de su sexo y desarrollar una firme orientación heterosexual.

Aunque el aprendizaje puede jugar un papel en el desarrollo de una orientación sexual gay masculina o lesbiana, los teóricos del aprendizaje no han identificado experiencias de aprendizaje específicas que conduzcan a estas orientaciones. Más aún, la mayoría de los encuentros adolescentes con personas del mismo sexo, incluso si son placenteros, no conducen a una orientación sexual adulta gay masculina o lesbiana. Muchas personas heterosexuales han tenido encuentros adolescentes con miembros de su propio sexo que no influyeron en sus orientaciones adultas. Esto es cierto incluso para las personas cuyas relaciones sexuales tempranas con el otro sexo fueron frustrantes. Más aún, la abrumadora mayoría de los hombres gays y de las lesbianas eran conscientes de su interés sexual por las personas de su propio sexo antes de haber tenido encuentros sexuales con ellos, placenteros o de otro tipo (Bell *et al.*, 1981; Savin-Williams & Diamond, 2000).

La disconformidad de género

Pregunta: ¿Qué es la disconformidad de género? La disconformidad de género consiste en no sentirse conforme con el estereotipo de rol de género que es coherente con el propio sexo anatómico. Como media, los hombres gays tienden a ser algo femeninos y las lesbianas algo masculinas, pero existe mucha variación en cada grupo (Bailey, 2003b; Bailey *et al.*, 1997; Dawood *et al.*, 2000). Así, parece que los estereotipos de los hombres gays afeminados y las lesbianas masculinas son exagerados. La disconformidad de género comienza en la infancia. Los hombres gays y las lesbianas, más que los heterosexuales, muestran durante la infancia conductas estereotípicas del otro sexo (Bailey & Zucker, 1995; Singh *et al.*, 1999). Muchos hombres gays y muchas lesbianas recuerdan actuar y sentirse «diferentes» de sus compañeros durante su infancia. Muchos hombres gays, en una gran variedad de grupos, como reclusos, pacientes psiquiátricos y miembros de organizaciones de derechos de los gays, dicen que evitaban participar en deportes competitivos cuando eran niños, temían más el dolor físico y evitaban participar en peleas, más que los hombres heterosexuales (Dawood *et al.*, 2000). Algunos hombres gays recuerdan sentirse diferentes a la temprana edad de tres o cuatro años. Los sentimientos de diferencia, a menudo, se vincularon con conductas estereotípicas del otro sexo.

Los hombres gays también recuerdan haber sido más sensibles que sus compañeros heterosexuales durante su infancia (Isay, 1990). Lloraban más a menudo, se sentían heridos en sus sentimientos más fácilmente, tenían más intereses artísticos, tenían menos amigos chicos y más amigas chicas. Los hombres gays, más que sus colegas heterosexuales, preferían juguetes «de chicas». Preferían jugar con las chicas a jugar con camiones y armas o participar en juegos violentos (Dawood *et al.*, 2000). A menudo, sus preferencias hacían que los llamaran «mariquitas». Los hombres gays también recuerdan vestirse de chica, más a menudo, durante su infancia. Preferían la compañía de las mujeres más que la de los hombres y en sus juegos sexuales infantiles preferían a otros niños más que a las niñas.

La disconformidad de género y las lesbianas «masculinas» y «femeninas». Existen evidencias de conducta de tipo masculino entre las lesbianas cuando eran niñas (Bailey & Zucker, 1995). Las lesbianas como colectivo, más que las mujeres heterosexuales, decían haber sido «marimachos». Preferían los juegos violentos a jugar con muñecas, y vestir ropa de chicos, más que «bonitos» vestidos.

Un importante estudio de Devendra Singh y sus colegas (1999) relaciona la disconformidad de género en las lesbianas de tipo «masculino» o «femenino» y los factores biológicos. Estos investigadores compararon a lesbianas que se identificaban como «masculinas» o «femeninas» tomando varias medidas biológicas, conductuales y de personalidad. Encontraron que las lesbianas «masculinas» recordaban preferencias conductuales atípicas durante su infancia. Éstas también mostraban mayor semejanza de cintura y cadera y niveles más altos de testosterona en su saliva, rasgos que son típicos en los hombres. El grupo de Singh sugiere que sus hallazgos apoyan la validez de la distinción entre lesbianas «masculinas» y «femeninas», y que esta diferencia puede estar provocada por diferencias en la exposición a andrógenos prenatales (hormonas sexuales masculinas).

El afeminamiento infantil y la orientación sexual gay masculina. ¿Cómo podría un afeminamiento extremo infantil conducir a una orientación sexual gay masculina? Aquellos que apoyan la influencia del entorno especulan que el distanciamiento de estos chicos de sus compañeros masculinos y de los modelos masculinos (especialmente los padres) crea fuertes y frustrados anhelos por afecto masculino. Y entonces este anhelo les conduce a buscar a los hombres, como parejas en sus relaciones amorosas y sexuales, durante la adolescencia y la edad adulta. Alan Bell, del Instituto Kinsey, piensa que la autopercepción de diferencia y distanciamiento social de otros varones durante la infancia conduce a estos chicos a desarrollar atracciones eróticas que difieren de las de otros chicos. Éstas son las atracciones eróticas hacia miembros de su propio sexo.

Por supuesto, existe otra posibilidad, como la sugerida por la investigación de J. Michael Bailey y sus colegas (Bailey *et al.*, 200; Dawood *et al.*, 2000): la disconformidad de género parece ser, de alguna manera, hereditaria. Más aún, si la tendencia hacia la homosexualidad es hereditaria, la disconformidad de género puede ser una expresión de esa tendencia.

Con todo, los orígenes de la orientación sexual gay masculina o lesbiana siguen siendo misteriosos y complejos, tan misteriosos como los orígenes de la heterosexualidad. En la revisión de las teorías y la investigación, nos quedamos con la impresión de que la orientación sexual no parece tener una única causa. La orientación sexual parece tener múltiples orígenes, incluyendo factores psicosociales y biológicos (Strickland, 1995). Los factores bioquímicos y genéticos (como los niveles hormonales) pueden afectar a la organización prenatal del cerebro. Estos factores pueden predisponer a las personas para una cierta orientación sexual. Pero puede ser que las experiencias tempranas de la socialización sean también necesarias para que se muestre una orientación sexual bisexual, heterosexual, lesbiana o gay masculina. Las interacciones y las influencias precisas de estos factores han eludido, hasta el momento, el esfuerzo de los investigadores.

Adaptación de los hombres gays y de las lesbianas

Pregunta: ¿Es la homosexualidad un trastorno mental? Hasta 1973, la orientación sexual gay masculina o lesbiana estaba considerada un trastorno mental por la Asociación Americana de Psiquiatría y aparecía como tal en su manual de diagnóstico. Pero ese año, los miembros de la asociación votaron eliminarla de su lista de trastornos mentales³, aunque se sigue manteniendo una categoría de diagnóstico para personas con estrés acentuado y persistente acerca de su orientación sexual (Asociación Americana de Psiquiatría, 2000).

³ Empleamos las palabras «mental» y «psicológico» indistintamente cuando hablamos de «salud mental» (o «salud psicológica») o «trastornos mentales» («trastornos psicológicos»).

Muchos miembros de la organización se opusieron al voto, argumentando que estaba motivado políticamente. ¿Podría la Asociación Americana de Psiquiatría votar la eliminación del cáncer como enfermedad física?, preguntaron. Aquellos que presentaron esta objeción mantienen la creencia de que la homosexualidad es un trastorno.

Pregunta: ¿Tienen los homosexuales más probabilidades que los heterosexuales de sufrir trastornos mentales? Durante algunos años, las evidencias de la investigación parecían sugerir que los hombres gays y las lesbianas no tenían más probabilidades que los heterosexuales de sufrir trastornos mentales como la ansiedad, la depresión y la esquizofrenia (Reiss, 1980). Algunos investigadores incluso apuntaban que, por lo general, los hombres gays y las lesbianas tendían a tener más formación académica que la mayoría de la población (Cronin, 1993). Sin embargo, estudios más recientes, cuidadosamente controlados, han encontrado que los hombres gays y las lesbianas experimentan, con mayor probabilidad que los heterosexuales, sentimientos de ansiedad y depresión, y son más propensos al suicidio (Bagley & D'Augelli, 2000; Cochran *et al.*, 2003; Meyer, 2003). Más aún, los hombres gays sufren, con mayor probabilidad que los hombres heterosexuales, desórdenes alimentarios, como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa (Ferguson *et al.*, 1999).

El psicólogo J. Michael Bailey (1999), de la Northwestern University, ha revisado cuidadosamente todos los aspectos que rodean el origen de estos trastornos y que guardan una relación con la homosexualidad y escribió un interesante artículo acerca de estos estudios recientes en *Archives of General Psychiatry*. Bailey no cuestionó los hallazgos. Sin embargo, tenía muchísimo que decir acerca de sus implicaciones.

Primero, Bailey (1999) advirtió que muchos de los psiquiatras que habían puesto objeciones al voto de la Asociación Americana de Psiquiatría en 1973 reivindicaron que tenían razón. «¡Ajá!», decían, «ya os lo advertimos». Es decir, algo no funcionaba bien en los homosexuales. Bailey también advirtió que algunos conservadores decían que los problemas de los homosexuales eran el resultado de la «elección» de un estilo de vida inmoral. «Si te haces la cama, debes dormir en ella», argumentaban. Ni que decir tiene que Bailey no considera que estas interpretaciones estén garantizadas por evidencias. En su lugar, Bailey propone cuatro posibles interpretaciones:

1. La presión social provoca la mayor incidencia de depresión y suicidio encontrada entre los hombres gays y las lesbianas. «Seguramente», escribe Bailey, «debe de ser difícil para los jóvenes asumir su homosexualidad en un mundo donde las personas homosexuales son a menudo menospreciadas, objeto de burla, de compasión y de temor». En el mejor de los casos, salir resulta difícil, y los hombres gays y las lesbianas, especialmente durante la adolescencia, suelen tener menos amigos y toparse con homofobia.
2. Bailey reconoce la posibilidad de que la homosexualidad sea una desviación de la vía de desarrollo más común y, como tal, podría estar relacionada con otras diferencias, algunas de las cuales pueden conducir a la ansiedad, la depresión y otros problemas psicológicos. Bailey no «da más peso» a este punto de vista, pero lo menciona porque es una posibilidad. Dice que «sería necesario investigar más para validar la hipótesis general». Más aún, incluso si la homosexualidad es una desviación de la vía de desarrollo más común, esta «desviación» no hace del hombre gay o de la lesbiana una «mala» persona. Por ejemplo, considera el hecho de que la miopía es una desviación del desarrollo normal, pero que no estigmatizamos a las personas miopes.
3. Una tercera posibilidad se relaciona con el punto de vista de que la orientación sexual puede reflejar niveles atípicos de hormonas sexuales (en particular, andrógenos)

durante el desarrollo prenatal. En ese caso, los hombres gays podrían ser más propensos a desórdenes psicológicos que típicamente afectan más a las mujeres, y las lesbianas a desórdenes que típicamente afectan más a los hombres. Por ejemplo, las mujeres experimentan ansiedad y depresión con más probabilidad que los hombres, y los hombres gays experimentan estos problemas más que los hombres heterosexuales. Las lesbianas deberían ser diagnosticadas con más frecuencia de desórdenes de personalidad antisocial que otras mujeres, porque es un problema que sufren más frecuentemente los hombres. Pero, hasta ahora, no existen suficientes evidencias de una «inversión» general de los problemas de salud psicológica.

4. Bailey también sugiere la posibilidad de que los problemas de salud psicológicos entre las personas homosexuales reflejen diferencias en el estilo de vida, que están relacionadas con diferencias en la orientación sexual. Advierte que los hombres gays sufren desórdenes alimenticios con más probabilidad que los hombres heterosexuales y también advierte que «la cultura gay masculina hace hincapié en el atractivo físico y la delgadez, del mismo modo que la cultura heterosexual hace hincapié en el atractivo físico y la delgadez femenina». (La incidencia de desórdenes alimenticios entre los hombres gays podría estar relacionada con niveles atípicos de hormonas prenatales, como se discutió previamente.) En este aspecto, podemos advertir que cerca de la mitad de los bailarines profesionales en Estados Unidos son gays (Bailey & Oberschneider, 1997) y que los desórdenes alimenticios son especialmente comunes entre los bailarines, quienes se esfuerzan por mantenerse delgados a toda costa.

Deberíamos hacer hincapié en que Bailey insiste en que debemos obtener más evidencias antes de llegar a cualquier juicio acerca de por qué los hombres gays y las lesbianas son más propensos a los problemas de salud psicológicos y a las ideas de suicidio. No obstante, está claro que los hombres gays y las lesbianas se enfrentan al estrés provocado por la opresión social y el rechazo. Está también claro que el grado de adaptación de los gays está relacionado con el conflicto sobre su orientación sexual (Simonsen *et al.*, 2000).

También existen relaciones entre el estilo de vida y la salud —física y psicológica— entre los hombres gays y las lesbianas y entre las personas heterosexuales. Los hombres gays y las lesbianas ocupan todos los niveles socioeconómicos y vocacionales y siguen una gran variedad de estilos de vida. En su clásica investigación, Bell y Weinberg (1978) encontraron variaciones en su adaptación dentro de la comunidad gay que parecían reflejar las mismas variaciones dentro de la comunidad heterosexual. Las personas gays que vivían con sus parejas en relaciones íntimas y estables —llamadas parejas cerradas— estaban tan bien adaptadas como las parejas heterosexuales casadas. Las personas gays casadas que vivían solas y tenían menos contactos sexuales estaban peor adaptadas. Así están, también, muchas personas heterosexuales que tienen similares estilos de vida. De hecho, Bell y Weinberg encontraron que las diferencias en la adaptación reflejaban más probablemente el estilo de vida del individuo que su orientación sexual.

La mayoría de los hombres gays y las lesbianas que viven en pareja están satisfechos con la calidad de sus relaciones. Los investigadores encuentran que las parejas heterosexuales y gays dicen encontrar niveles similares de satisfacción en sus relaciones (Kurdek & Schmitt, 1986; Peplau & Cochran, 1990). Por lo general, los hombres gays y las lesbianas que mantienen relaciones duraderas dicen encontrar altos niveles de amor, cariño, cercanía, cuidado e intimidad (Peplau & Cochran, 1990).

Como con las personas heterosexuales, no todas las relaciones de las personas gays son satisfactorias. En ambos grupos, la satisfacción es mayor cuando ambos miembros de la

pareja sienten que los beneficios que reciben de la relación superan los costes (Veniegas & Peplau, 1997). Como las personas heterosexuales, los hombres gays y las lesbianas son más felices en las relaciones en las cuales comparten la autoridad y toman decisiones conjuntas (Veniegas & Peplau, 1997).

Tratamiento de las orientaciones sexuales gays masculinas y lesbianas

Preguntas: ¿Deberían los profesionales intentar ayudar a los homosexuales a cambiar su orientación sexual? ¿Funciona la «terapia de conversión»?

A pesar del juicio de la Asociación Americana de Psiquiatría, algunas personas —incluyendo algunos homosexuales— todavía ven la orientación gay masculina o lesbiana como una enfermedad. Si es una enfermedad, entonces puede «curarse», quizás con tratamiento médico o psicológico. Sin embargo, la gran mayoría de los hombres gays y las lesbianas no buscan asistencia profesional para cambiar sus orientaciones sexuales; ven su orientación sexual como parte integral de su identidad personal. Bell y Weinberg (1978) encontraron que solo unas pocas personas gays estaban interesadas en cambiar su orientación sexual, incluso aunque fuera suficiente una «píldora mágica» (véase la Tabla 9.4). Solo una minoría en la muestra de Bell y Weinberg habrían estado dispuestos alguna vez a interrumpir su actividad sexual con personas de su mismo sexo.

Sin embargo, unos pocos hombres gays y lesbianas muestran interés por cambiar su orientación, por razones como sus creencias religiosas o el deseo de llevar una típica vida familiar (Haldeman, 2002; Rosik, 2003). Pero como eso es relativamente raro, muchos profesionales creen que los hombres gays y las lesbianas no desearían cambiar su orientación sexual si no fuera por la presión social y los prejuicios. Haldeman (2002) advierte que la disponibilidad de dicha «terapia» contribuye a la devaluación social de los homosexuales y los bisexuales. Una supuesta posición intermedia podría ser que algunos hombres gays y lesbianas quieran cambiar su orientación por razones «legítimas» y que los terapeutas se pusieran a su disposición para ayudarles a conseguirlo (Beckstead, 2001; Rosik, 2003). Pero Richard-Jay Green (2003) argumenta que la mayoría de las personas gays que buscan cambiar su orientación sexual, en gran medida, no están seguras sobre sus deseos, y que las personas que son exclusivamente homosexuales no están dispuestas a cambiar su patrón de atracción sexual. La polémica continúa.

Sin embargo, unos pocos terapeutas afirman haber cambiado la orientación sexual de algunos individuos. Entre los mejor conocidos, Masters y Johnson (1979) emplearon métodos utilizados para tratar disfunciones sexuales (véase el Capítulo 12) para «cambiar» la

TABLA 9.4

Porcentajes de personas gays que desearían haber tomado una «píldora mágica de la heterosexualidad» o que desearían tomarla hoy

	Hombres euroamericanos (%)	Hombres afroamericanos (%)	Mujeres euroamericanas (%)	Mujeres afroamericanas (%)
¿Desearías haber tomado la píldora al nacer?	28	23	16	11
¿Desearías tomar la píldora hoy?	14	13	5	6

Fuente: Reimpreso con permiso de Simon & Schuster de Bell, A. P. & Weinberg, M. S. (1978): *Homosexualities: A study of diversity among men and women*. Nueva York. Simon & Schuster. P. 339.

orientación sexual gay masculina o lesbiana de los participantes. Por ejemplo, los hombres gays se sometieron a una serie graduada de actividades placenteras con mujeres, como masajes y estimulación genital. Masters y Johnson informaron de tasas de fracaso del 20 por ciento para los hombres gays y del 23 por ciento para las lesbianas tratadas en su programa de terapia. Después de cinco años, más del 70 por ciento de los participantes seguían manteniendo una conducta sexual heterosexual (Schwartz & Masters, 1984). Pero, por algunas razones, estos participantes no parecen representar a la población gay general:

- La mayoría de ellos eran bisexuales. Solo uno de cada cinco mantenían relaciones exclusivamente homosexuales.
- Más de la mitad estaban casados.
- Todos estaban muy motivados para cambiar su orientación sexual.

A pesar del cambio de la conducta sexual de estas personas, hay que recordar que ésta no es equivalente a la orientación sexual. Así, no hay evidencia de que Masters y Johnson cambiaran la orientación sexual de los participantes en su programa de terapia, y esto porque muchas personas gays mantienen relaciones sexuales con personas del otro sexo, aunque todavía prefieren tener esas relaciones con personas de su propio sexo.

Por otro lado, el psiquiatra Robert Spitzer se dirigió a la Asociación Americana de Psiquiatría en 2001, informándoles de entrevistas con unos doscientos hombres y mujeres que decían haber experimentado un cambio significativo de una atracción homoerótica a heteroerótica y que mantenían el cambio después de cinco años. En definitiva, el tema de si las personas exclusivamente gays pueden cambiar su orientación sexual, o solo su conducta, sigue debatiéndose acaloradamente.

Salir del armario: asumir ser gay

Debido al trasfondo de la condena y la discriminación social, los hombres gays y las lesbianas en nuestra cultura, a menudo, tienen que luchar para asumir su orientación sexual.

Pregunta: ¿Qué significa «salir del armario»? Los hombres gays y las lesbianas normalmente hablan del proceso de aceptar su orientación sexual como «salir del armario». Este proceso comprende dos vertientes: reconocer la propia orientación sexual y comunicárselo a los demás. Salir del armario puede crear una sensación de orgullo por la propia orientación sexual y fomentar la formación de relaciones emocional y sexualmente satisfactorias con parejas gays masculinas o femeninas.

Reconocer la propia orientación sexual

Muchas personas gays pasan por dificultades para reconocer y aceptar su orientación sexual. Algunos incluso han pensado en suicidarse o intentado el suicidio por problemas de autoaceptación (Bagley & D'Augelli, 2000):

Fue (pensar en el suicidio) por mi homosexualidad. Me encontraba completamente deprimido, porque mi homosexualidad no me conducía a ningún sitio. Mi vida parecía trazar círculos. Yo estaba todavía luchando contra el reconocimiento de mi homosexualidad. Sabía lo que era pero no quería serlo.

Sentía que la homosexualidad era una existencia sin esperanza. Sentía que no había futuro en ella, que estaba condenado a estar solo. Y por mi educación católica, sentía que la homosexualidad era algo malo. (Bell & Weinberg, 1978, p. 202)

Basta pensar, por ejemplo, en la experiencia de un adolescente gay de Nueva Zelanda que fue objeto de bromas crueles hasta que sus padres lo sacaron del instituto. «Lanzaba el balón como una chica», decía un trabajador de línea directa (citado en Shenon, 1995), «y no paraban de fastidiarle. Fue acosado sin pausa, desde el primer día que llegó al instituto hasta el día que se fue».

De acuerdo con Ritch Savin-Williams y Lisa Diamond (2000), el desarrollo de la identidad sexual en los hombres gays y en las lesbianas implica cuatro pasos o características: atracción por miembros del mismo sexo, identificación de uno mismo como gay o como lesbiana, contacto sexual con miembros del mismo sexo y revelación de la propia orientación sexual a otras personas. Por lo general, los investigadores encontraron un intervalo de diez años entre la atracción inicial por los miembros del propio sexo, que solía ocurrir a los ocho o nueve años de edad, y la revelación de la propia orientación a los demás, lo que solía ocurrir a los dieciocho años de edad. En consonancia con las diferencias sexuales mencionadas en el Capítulo 5, las mujeres mostraban tendencia a centrarse en los aspectos románticos y emocionales de sus sentimientos incipientes, mientras que los hombres mostraban tendencia a centrarse en aspectos sexuales. Los hombres —que, por lo general, están más abiertos que las mujeres a la experimentación sexual— participaban en actividades sexuales con otros hombres, antes de identificarse a sí mismos como gays. Por otro lado, las mujeres mostraban más tendencia a identificarse a sí mismas como lesbianas, antes de buscar relaciones con otras mujeres.

La identificación de uno mismo como gay o como lesbiana puede ser una tarea sobrecogedora. Dos investigadores en sexualidad humana advierten que:

Los jóvenes con identidades emergentes gays, lesbianas o bisexuales, viviendo en climas generalmente hostiles, se enfrentan a dilemas especiales. Son bien conscientes de que en muchas escuelas de secundaria las palabras «marica» y «tortillera» son términos denigrantes y que cualquiera que sea abiertamente gay, lesbiana o bisexual está abierto a la exclusión social y a la persecución psicológica y física. Algunas de sus familias también expresarán sentimientos negativos acerca de las personas que son gays, lesbianas o bisexuales; los jóvenes en esas familias pueden ser victimizados si revelan que no son heterosexuales. (Bagley & D'Augelli, 2000)

Para algunas personas, empezar a reconocer y aceptar una orientación gay masculina o lesbiana implica ir eliminando varias capas de negación. Para otros puede ser un despertar repentino. Los intereses sexuales mantenidos durante mucho tiempo pueden centrarse precipitadamente sobre una persona en particular, como le ocurrió a un estudiante de postgrado llamado David:

En la facultad, su mejor amigo [de David] era gay. Aunque este amigo quería tener relaciones sexuales con David y la atracción era mutua, David todavía no era capaz de asociar esta atracción con una sexualidad que no era aceptable para él. En su primer año de estudiante de postgrado, cuando tenía 23 años, se enamoró, y entonces, de repente, y con una gran sensación de alivio, reconoció y admitió que era homosexual. Entonces tuvo relaciones sexuales por primera vez y posteriormente se ha mostrado... abierto en relación a su sexualidad. (Isay, 1990, p. 295)

Reconocer una orientación sexual gay puede ser solo el primer paso en un proceso de formación de identidad que puede durar toda la vida. Aceptar que uno es gay acaba siendo parte de la definición de uno mismo (Isay, 1990). Los términos gay, lesbiana e identidad homosexual se refieren a la sensación subjetiva de ser homosexual.

Darlo a conocer a los demás

Existen diferentes patrones en la manera de dar a conocer a los demás la propia identidad sexual. A veces supone una declaración abierta a los demás, a la sociedad en general. Más a menudo la persona suele informar solo a una o unas pocas personas seleccionadas; o puede comunicárselo a los amigos, pero no a los miembros de la familia.

Muchos hombres gays y muchas lesbianas se muestran reacios a declarar su orientación sexual, incluso a los amigos y a la familia. Darlo a conocer puede ser problemático por el riesgo de perder el trabajo, las amistades y el estatus social (Bagley & D'Augelli, 2000; Griffith & Hebl, 2002). Por otro lado, si la organización donde trabaja el individuo apoya en general a los gays, darlo a conocer puede proporcionarle mayor satisfacción en el trabajo y menos ansiedad (Griffith & Hebl, 2002).

A menudo, los gays y las lesbianas anticipan reacciones negativas ante el hecho de informar a los miembros de su familia, incluyendo negación, enfado y rechazo (Bagley & D'Augelli, 2000). La familia y las personas queridas pueden negarse a escuchar o pueden mostrarse poco dispuestos a aceptar la realidad, como advierte Martha Barron Barrett en su libro *Invisible Lives (Vidas invisibles)*, donde relata las vidas de un grupo de lesbianas en Estados Unidos:

Los padres, los hijos, los vecinos y los amigos de las lesbianas niegan, o compartimentan, o luchan contra su conocimiento de la misma manera que hacen ellas mismas. «Mis padres saben que vivo con mi pareja desde hace seis años. Ella va a casa conmigo. Allí dormimos en la misma cama. La palabra lesbiana nunca se ha mencionado. Se lo dije a mi madre y me respondió: “Bien, ahora eso está superado. No necesitamos mencionarlo de nuevo”. Nunca lo ha hecho, y eso fue hace diez años. Ni siquiera sé si se lo ha dicho a mi padre.» Un marido puede descartarlo como si fuera «solo una fase», un novio puede interpretarlo como una provocación sexual, una mujer heterosexual puede pensar: «Solo lo dice porque no puede conseguir un hombre».

El mensaje evidente es: «Permanece escondida». Muchas lesbianas lo hacen y se convierten en invisibles... Dejan (las lesbianas) su persona lesbiana en casa, cuando salen a trabajar el lunes por la mañana, y el viernes la recuperan. El fin de semana en casa, la otra cara de la doble vida, es lo que la mayoría de la sociedad heterosexual nunca ve. (Barrett, 1990, p. 52)

Algunas familias son más receptivas. De hecho, pueden haberlo sospechado y se han preparado para la noticia. Pero también muchas familias lo rechazan en un principio, pero posteriormente, eventualmente, aunque sea a regañadientes, aceptan que un miembro de la familia es gay.

Los estilos de vida gay

Uno de los errores que comete la gente (y algunos investigadores) es tratar a las personas gays como si fueran todas iguales. Según Bell y Weinberg (1978), las personas gays no adoptan un estilo de vida único y estereotipado. Por esta razón los autores titularon su informe *Homosexualities: A Study of Diversity Among Men and Women (Homosexualidades: un estudio de la diversidad entre hombres y mujeres)*.

Pregunta: ¿Qué tipos de estilos de vida adoptan las personas gays? Las variaciones en la expresión sexual existen *en y a través de* las orientaciones sexuales. Las descripciones de los estilos de vida gay y heterosexual deben considerar diferencias individuales.

Los gays y las lesbianas en los centros urbanos más grandes de Estados Unidos, por ejemplo, normalmente pueden confiar en organizaciones de la comunidad gay para proveerse de servicios y apoyo. Éstas incluyen organizaciones de derechos de los gays, periódicos, revistas, librerías, cooperativas de viviendas, servicios médicos y otros servicios de apoyo orientados a los gays (Gagnon, 1990). La comunidad gay proporciona una sensación de aceptación y pertenencia que las personas gays normalmente no encuentran en la sociedad en general.

Las restricciones hacia las personas gays que prestan servicio en la Armada han generado una polémica continua. En 1993, el presidente Clinton encontró una gran oposición cuando quiso llevar a cabo su compromiso, hecho en la campaña electoral, de permitir que los hombres y las mujeres gays pudieran servir abiertamente en el ejército. Como una medida de compromiso, instituyó una política de «no preguntes, no lo digas». Ésta permite a los hombres gays y a las lesbianas prestar servicio en tanto no expresen públicamente o revelen su orientación sexual. Además, los oficiales militares tienen prohibido preguntar acerca de la orientación sexual de los reclutas.

Las organizaciones de derechos de los gays luchan por el reconocimiento del derecho de las personas gays a participar plenamente en la sociedad: enseñar en las escuelas públicas, adoptar hijos, casarse y servir abierta y orgullosamente en el ejército. Los cafés y los clubes sociales proporcionan lugares donde los hombres gays y las lesbianas pueden socializarse y mostrar abiertamente su orientación sexual. Las organizaciones como la New York's Gay Men's Health Crisis (GMHC) proporcionan asistencia psicológica, social y médica a los hombres gays aquejados de HIV/SIDA⁴.

Sin embargo, no todas las personas gays sienten que son parte de una «comunidad gay» o participan en organizaciones de derechos de los gays. Para muchas, su orientación sexual es parte de su identidad, pero no un tema dominante que gobierne sus actividades sociales y políticas.

Diferencias en los estilos de vida entre los hombres gays y las lesbianas

Los investigadores han encontrado reiteradamente que los hombres gays tienen relaciones sexuales ocasionales con muchas parejas con más probabilidad que las lesbianas. Las lesbianas, con más frecuencia, limitan su actividad sexual a una relación de afecto con compromiso (Bell & Weinberg, 1978; Peplau & Cochran, 1990). En su investigación clásica, Bell y Weinberg informaron que el 84 por ciento de los hombres gays, comparado con el 7 por ciento de las mujeres lesbianas, decían haber tenido más de cincuenta parejas a lo largo de su vida. El 79 por ciento de los hombres gays en su estudio, comparado con solo el 6 por ciento de las lesbianas, dijeron que más de la mitad de sus parejas eran desconocidos. Incluso los hombres gays, en relaciones con compromiso, tenían una actitud más permisiva hacia la actividad sexual fuera de la pareja que las lesbianas (Blumstein & Schwartz, 1990; Peplau & Cochran, 1990).

Tradicionalmente, el bar gay era como la arena (lugar de lucha para conseguir) para los contactos sexuales (Bell & Weinberg, 1978). Los hombres gays buscan ligue en lugares públicos más frecuentemente que las lesbianas. Éstas tienden a encontrar sus parejas entre los amigos, en el trabajo y en reuniones sociales informales.

Hoy en día, debido a la amenaza de contraer HIV/SIDA, que acecha en cada encuentro sexual ocasional, muchas saunas, escenario durante muchos años de contactos sexuales

⁴ También en España, en casi todas las ciudades importantes, hay asociaciones de homosexuales, con diferentes denominaciones: Iguales, Asociación de...

ocasionales, han cerrado o han sido cerradas por las autoridades. En los primeros días de la epidemia del HIV/SIDA, cuando infectarse con el HIV era una sentencia de muerte segura, muchos hombres gays cambiaron su conducta para minimizar el peligro de contraer o extender el HIV/SIDA. Como colectivo, los hombres gays limitaron o evitaron el sexo oral y anal sin protección. Sin embargo, la llegada de tratamientos efectivos para el HIV/SIDA, aparentemente, ha llevado a algunos gays y heterosexuales, de nuevo, a tener prácticas de riesgo. Han vuelto a mantener sexo sin protección con múltiples parejas de manera frecuente (Demmer, 2002; Katz *et al.*, 2002; Ostrow *et al.*, 2002).

La investigación también muestra que la actividad sexual fuera de la pareja es común entre las parejas de hombres gays. Un estudio realizó una encuesta entre 943 hombres gays y 1 510 heterosexuales casados que habían estado viviendo con una pareja durante un periodo comprendido entre dos y diez años. Cuatro de cada cinco (el 79 por ciento) de los hombres gays dijeron haber tenido relaciones sexuales con otra pareja, durante el año precedente, comparado con solo el 11 por ciento de los hombres heterosexuales (Blumstein & Schwartz, 1990). Entre las parejas que habían estado juntas durante más de diez años, el 94 por ciento de los hombres gays dijeron haber tenido relaciones sexuales, alguna vez, fuera de la pareja, mientras mantenían su relación primaria.

Parejas cerradas

Término de Bell y Weinberg para las parejas gays cuyas relaciones recuerdan al matrimonio en la profundidad de su compromiso y en la exclusividad.

Parejas abiertas

Término de Bell y Weinberg para las parejas gays que viven juntas pero mantienen relaciones sexuales fuera de la pareja.

Variaciones en los estilos de vida gay

Bell y Weinberg (1978) encontraron que cerca de tres de cada cuatro parejas gays a las que estudiaron podían clasificarse según uno de estos cinco estilos de vida: *parejas cerradas*, *parejas abiertas*, *funcionales*, *disfuncionales* y *asexuales*. Las **parejas cerradas** recuerdan fuertemente a las parejas casadas. Muestran compromiso emocional profundo y pocas relaciones sexuales fuera de la pareja. Casi tres veces más lesbianas (el 28 por ciento) que hombres gays (el 10 por ciento) viven estas relaciones íntimas comprometidas. Las personas gays que viven en relaciones cerradas muestran menos problemas psicológicos y sociales que aquellas que tienen cualquier otro estilo de vida.

Las parejas que Bell y Weinberg describieron como **parejas abiertas** vivían juntos, pero tenían relaciones fuera de la pareja. Las personas gays que vivían en parejas abiertas no parecían tan bien adaptadas como las parejas cerradas. No obstante, su adaptación

Una pareja lesbiana y su hijo. Muchas parejas gays, como ésta, tienen hijos. Algunas veces los hijos proceden de anteriores matrimonios. Otras veces son adoptados. Algunas lesbianas son inseminadas artificialmente o mantienen relaciones sexuales con el propósito de quedarse embarazadas. Una y otra vez... en 2004, como se informó en la revista *Nature* (Vol. 428, pp. 860-864), el investigador japonés Tomohiro Kono y sus colegas, de hecho, crearon ratones a partir del material genético de dos madres.

El nombre del artículo es un poco insulso, considerando el tema: «Nacimiento de ratones partenogénicos que pueden desarrollarse hasta la edad adulta». El artículo conduce a la especulación de que algún día dos padres o dos madres podrían tener hijos compartiendo su material genético.



general era similar a la de las personas heterosexuales. Sin embargo, otras personas gays vivían solas y tenían contactos sexuales con numerosas parejas, un tipo de estilo de vida gay de «soltero desinhibido». Algunos de aquellos que vivían solos, los llamados **funcionales**, parecían haberse adaptado bien a su estilo de vida desinhibido y eran sociables y estaban bien adaptados. Otros, llamados **disfuncionales**, tenían problemas psicológicos, sociales y sexuales. Los disfuncionales sufrían a menudo de ansiedad y de infelicidad, y muchos encontraban dificultad para establecer relaciones íntimas. Los **asexuales** también vivían solos, pero se distinguían por tener pocos contactos sexuales. Éstos tendían a tener más edad que los gays de los otros grupos. Aunque no mostraban los problemas de adaptación de los disfuncionales, tampoco establecían relaciones íntimas. A pesar de su conducta asexual, su orientación sexual era claramente gay.

Los homosexuales, como los heterosexuales, llevan diferentes estilos de vida. Las cosas no son más simples en el mundo gay que en el mundo heterosexual. Y las razones por las que algunas personas son homosexuales siguen siendo tan poco claras como las razones por las que la mayoría de las personas son heterosexuales.

Funcionales Término de Bell y Weinberg para las personas gays que viven solas, se han adaptado bien a un estilo de vida desinhibido, son sociables y están bien adaptadas.

Disfuncionales

Término de Bell y Weinberg para las personas gays que viven solas y tienen problemas psicológicos, sociales y sexuales.

Asexuales Término de Bell y Weinberg para las personas gays que viven solas y tienen pocos contactos sexuales.

La sexualidad en la niñez y en la adolescencia



La primera infancia (de cero a dos años): la búsqueda de los orígenes de la sexualidad humana

- La capacidad infantil para la respuesta sexual
- La masturbación
- La curiosidad sexual
- Los juegos genitales
- Compartir la cama
- La orientación sexual de los padres

La infancia (de tres a ocho años)

- La masturbación
 - De cerca. ¿Cómo deberían reaccionar los padres ante los hijos que se masturban?*
- La conducta sexual entre niño y niña
- La conducta sexual entre niños y entre niñas

La preadolescencia (de nueve a trece años)

- La masturbación
- La conducta sexual entre chico y chica
- La conducta sexual entre chicos y entre chicas
- La educación sexual y la mala educación: más allá del «no se hace»
 - De cerca. Hablar con tus hijos sobre sexo*

La adolescencia

- La pubertad
- La masturbación
- La conducta sexual entre chico y chica
 - La sexualidad humana en el nuevo milenio. Mantener a raya a los adolescentes online*
- La conducta sexual entre chicos y entre chicas
- El embarazo adolescente

La primera infancia (de cero a dos años): la búsqueda de los orígenes de la sexualidad humana

Pregunta: ¿Qué conductas sexuales encontramos en los fetos y en los recién nacidos? De hecho, un número considerable. Las técnicas de diagnóstico de imagen, como los ultrasonidos, muestran, por ejemplo, que los fetos masculinos tienen erecciones. Los fetos de ambos sexos se chupan los dedos. El reflejo de succión permite a los bebés desarrollar el método alimenticio que necesitarán para sobrevivir. Pero como teorizó Sigmund Freud, los niños pequeños también pueden encontrar placer sensual al chuparse los dedos, morder los pezones o todo aquello que les quepa en la boca. Nada de esto resulta sorprendente, considerando la sensibilidad del recubrimiento mucoso de la boca. La estimulación de los genitales en la infancia también proporciona sensaciones placenteras. Los padres, al tocar los genitales de sus hijos mientras los cambian o los lavan, pueden descubrir en ellos una sonrisa o que se excitan. Los niños pequeños descubren el placer de la auto-estimulación (masturbación) por sí mismos, cuando alcanzan la capacidad para manipularse los genitales con sus propias manos.

La capacidad infantil para la respuesta sexual

Los niños no solo tienen erecciones en el útero. Muchos nacen también con una erección y la mayoría tienen erecciones durante las primeras semanas.

Las señales del despertar sexual en las niñas pequeñas son más difíciles de detectar, aunque se han descrito evidencias de lubricación e hinchazón genital (Martinson, 1976).

Pese a todo, no deben interpretarse los reflejos infantiles según los conceptos adultos de sexualidad. Los reflejos de lubricación y erección no significan necesariamente «interés» por el sexo. No podemos decir qué significado tienen estos reflejos para ellos, en caso de que los tengan.

Los movimientos pélvicos. Los movimientos pélvicos se han observado en bebés monos, gorilas y humanos. Estas observaciones llevaron al etólogo John Bowlby (1969) a sugerir que el comportamiento sexual infantil puede ser la regla en los mamíferos, no la excepción. Los movimientos pélvicos se han observado en humanos de entre ocho y diez meses de edad y pueden interpretarse como una expresión de afecto. Típicamente, el bebé se agarra al padre, se frota contra él y empuja y gira la pelvis durante varios segundos.

Orgasmo. Al menos algunos bebés parecen capaces de manifestar respuestas sexuales que se asemejan estrechamente al orgasmo. Kinsey y sus colegas (1953) advirtieron que los bebés masculinos ya muestran comportamientos semejantes al orgasmo a los cinco meses, y los bebés femeninos a los cuatro. Los orgasmos en los bebés masculinos son similares a los de los varones adultos, pero con ausencia de eyaculación. Ésta solo ocurre después de la pubertad.

La masturbación

La masturbación es típica en bebés y niños de corta edad y suele empezar entre los seis y los doce meses. Los bebés a menudo se masturban frotándose los genitales contra un objeto suave, como una toalla, la ropa de cama o un muñeco. A medida que maduran y son capaces de coordinar los movimientos de la mano, los bebés pueden preferir el estímulo manual de sus genitales. La masturbación orientada hacia el orgasmo es rara hasta el segundo año (Reinisch, 1990). Algunos niños comienzan a masturbarse para llegar al orgasmo después

de esa edad, otros nunca lo hacen. A pesar de todo, el orgasmo provocado por la masturbación es tan frecuente en los niños como lo es entre los adultos (Reinisch, 1990).

La curiosidad sexual

Los niños juegan a «los médicos» y muestran su curiosidad por la anatomía sexual de otras personas de otras maneras, como querer estar presentes mientras el padre o la madre se están dando un baño o una ducha. La cuestión es: ¿cuándo se desarrolla este tipo de curiosidad sexual? Un estudio realizado con 26 niños alemanes y sus respectivos padres determinó que los niños frecuentemente desarrollan esta curiosidad sexual en la infancia, a veces a una edad tan temprana como entre los doce y los quince meses de edad.

Los juegos genitales

Los niños, en Estados Unidos, por ejemplo, normalmente no se inician en el juego con los genitales de otros hasta los dos años de edad. A partir de ese momento, como expresión de su curiosidad por el entorno y por las personas que les rodean, pueden comenzar a investigar los genitales de otros niños o pueden cogerlos, estrujarlos, besarlos o subirse encima de ellos. Nada de esto debe ser motivo de preocupación. Spiro (1965) describe a un niño de dos años de edad jugando en un kibbutz israelí:

Ofer [un niño] y Pnina [una niña] se sientan el uno junto al otro [...] Ofer pone su pie sobre el pie de Pnina, y ella hace lo mismo; esto sucede varias veces [...] Finalmente, Pnina se aleja con su taburete, luego retrocede y vuelve a alejarse [...] los dos ríen [...] Pnina se pone de pie y se tumba boca abajo sobre la mesa [...] Ofer acaricia sus nalgas [...] Ofer golpea suavemente a Pnina con el pie, y ríen [...] Pnina toca y acaricia la pierna de Ofer con su pie [...] dice «más, más» [...] Ofer se incorpora, luego Pnina también se incorpora, ambos saltan arriba y abajo [...] ambos niños están excitados, saltan, ríen juntos [...] Pnina agarra el pene de Ofer, y él la aparta [...] ella repite la acción, él la aparta de nuevo, y da vueltas alrededor [...] Pnina le toca las nalgas. (p. 225)

No hay razón para deducir que Ofer y Pnina estuvieran buscando satisfacción sexual. Jugar a empujarse y caerse, incluyendo el tocamiento de los genitales. Esto es común entre los niños.

Compartir la cama

Un tema que causa preocupación entre muchos padres es si resulta perjudicial para sus hijos compartir la cama con ellos. Los padres tienen motivos para compartir su cama con sus hijos. Por ejemplo, probablemente los niños vayan a la cama de sus padres si se despiertan por la noche o también porque así es más fácil darles el pecho de madrugada. Pero también existe el temor de que permitirles pasar la noche con ellos pueda provocarles efectos adversos en su desarrollo sexual.

Se ha investigado poco este tema, pero existe un estudio elaborado a lo largo de 18 años que resulta interesante. Los investigadores realizaron un seguimiento de recién nacidos hasta la edad de 18 años en 205 familias (Okami *et al.*, 2002). Encontraron que los niños que compartieron cama con sus padres durante la infancia mostraron un desarrollo intelectual superior a la edad de seis años, comparados con los niños que no compartieron cama con sus progenitores. Esta ventaja desapareció esencialmente a la edad de 18 años. Más interesante resulta el hecho de que no se hayan descrito problemas sexuales, a ninguna edad, por el hecho de haber compartido cama. Por tanto, parece que la investigación demuestra que no hay apoyo al miedo de los padres que evitan compartir la cama con sus hijos.

La orientación sexual de los padres

También se han planteado preguntas sobre los efectos de padres homosexuales en la orientación sexual de sus hijos. Una investigación escandinava refuerza los resultados obtenidos en la mayoría de los estudios realizados al respecto. El grupo analizó los resultados de 23 estudios, centrados en 615 niños criados durante su infancia por padres y madres homosexuales, y 387 niños criados por padres heterosexuales (Anderssen *et al.*, 2002). Las medidas obtenidas incluyeron la estabilidad emocional, la orientación sexual, el comportamiento de género, la adaptación, la identidad de género y las funciones intelectuales. Los niños criados por padres homosexuales no difirieron de los de la muestra de control en ninguna de las variables, incluyendo la orientación sexual y los patrones de conducta de género.

La infancia (de tres a ocho años)

SUSAN: Una vez mi hermana pequeña y yo estábamos en casa de una amiga jugando en su habitación. Por alguna razón, se bajó los pantalones y nos enseñó su trasero. Nos sorprendimos al ver la abertura que tenía entre las piernas y que nosotras desconocíamos por completo. Mi hermana imitó su acción y se bajó los pantalones para que pudiéramos ver si ella también tenía aquella abertura. Nos maravillamos de nuestro descubrimiento. ¡Nuestras madres no nos habían mencionado que teníamos vagina!

CHRISTOPHER: Nancy era una compañera de juegos siempre complaciente, y nos pasábamos horas examinando uno el cuerpo del otro simulando ser doctor y enfermera. Una vez incluso hicimos un pacto para continuar con estos exámenes y hacer un seguimiento de nuestro desarrollo. Esto fue antes de que hubiéramos empezado la escuela. (Morrison *et al.*, 1980, p. 19)

Estas declaraciones de la primera infancia ilustran el interés de los niños por la anatomía y la conducta sexual.

Pregunta: *¿Qué tipos de conductas sexuales encontramos en los niños de corta edad?* Un descubrimiento es que a menudo los niños se muestran sus cuerpos los unos a los otros. Parece existir una regla no escrita que dice: «Yo te enseño el mío si tú me enseñas el tuyo».

¿A qué edad se desarrolla la curiosidad por el sexo? Los niños son curiosos de forma natural acerca de la anatomía y la conducta sexual. Gran parte de la curiosidad sexual se activa al darse cuenta de que la anatomía masculina y la femenina son diferentes.



La masturbación

KIM: Empecé a masturbarme cuando tenía 3 años. Mis padres [...] intentaron desanimarme durante mucho tiempo y a toda costa. Me dijeron que no era bonito para una niña tener su mano entre las piernas.

Cuando tenía cinco años, recuerdo que mi madre descubrió que me había masturbado con una muñeca de trapo con la que dormía. Estaba alterada, pero no montó ningún escándalo. Tan solo me preguntó: «¿Sabes que lo que estás haciendo se llama masturbación?». Aquello no tenía mucho sentido para mí, solo tuve la impresión de que no quería que lo hiciera. (Morrison *et al.*, 1980, pp. 4-5)

Debido a las dificultades que implica la dirección de investigaciones en la sexualidad infantil, las estadísticas sobre la masturbación y otras actividades sexuales son, en gran medida, imprecisas. Los padres no desean responder a preguntas sobre el comportamiento sexual de sus hijos o pretenden presentarlos como pequeñas señoritas y caballeros en lo que a sus actividades sexuales se refiere. Su parcialidad puede conducirlos a no percibir los toqueteos genitales como masturbación. Incluso muchos padres no permitirán que sus hijos adolescentes sean entrevistados acerca del sexo (Kaiser Family Foundation, 2003), y mucho menos aún los más pequeños. Y cuando tratamos de mirar al pasado como adultos, nuestros recuerdos pueden ser inexactos.

Un estudio del psicólogo William Friedrich (1998), del Instituto Mayo, contó con entrevistas a madres de más de 1 100 niños. La meta de dicho estudio era establecer qué tipo de conductas sexuales pueden esperarse normalmente en la infancia, para ayudar con ello a educadores y otros profesionales a determinar cuándo una conducta sexual puede sugerir un abuso sexual en la infancia. El estudio no proporcionó datos sobre la masturbación en sí, pero, como muestra la Tabla 10.1, sí proporcionó una idea de cuántos niños realizan tocamientos de sus «partes privadas». Friedrich sugiere que este comportamiento, que se presenta al menos en un 20 por ciento de los niños, es normal desde el punto de vista estadístico.

TABLA 10.1

Algunas conductas sexuales comunes en la niñez

	Niños	Niñas
Edades 2-5		
Tocamientos o intentos de tocamientos de los pechos de la madre u otras mujeres	42,4%	43,7%
Tocamiento de sus partes íntimas cuando está en casa	60,2	43,8
Intentos de mirar a personas desnudas o que se están desnudando	26,8	26,9
Edades 6-9		
Tocamiento de sus partes íntimas cuando está en casa	39,8	20,7
Intentos de mirar a personas desnudas o que se están desnudando	20,2	20,5
Edades 10-12		
Muestra interés por el sexo opuesto	24,1	28,7

Fuente: William M. Friedrich. Citado en Gilbert, S. (7 de abril de 1998): «New light shed on normal sexual behavior in a child». *The New York Times*. P. F7.

De
cerca

¿Cómo deberían reaccionar los padres ante los hijos que se masturban?

Hoy en día son pocos los padres que creen que los niños que se masturban presentan una enfermedad física o mental. Pero todavía algunos padres reaccionan con preocupación, aversión o miedo cuando sus hijos se masturban.

Los padres que desconocen que la masturbación resulta algo normal entre niños, creen erróneamente que los que se masturban presentan una actitud provocadora o aberrante. Algunos padres tratan de retirar las manos del niño y regañarle. Otros le pegan un manotazo en las manos. Una vez que el niño es capaz de seguir una conversación, los padres pueden decirle cosas como: «¡No te toques ahí abajo!, ¡Hacer eso está mal!, ¡Para ya de una vez!», haciendo uso de amenazas y castigos. Los padres también pueden evitar reconocer abiertamente ese tipo de comportamientos y optar por alejarle las manos de los genitales o reñirle bruscamente donde quiera que el niño haya sido descubierto masturbándose.

Los educadores sexuales Mary Calderone y Eric Johnson (1989) argumentan que el castigo no es un método efectivo para evitar que el niño se masturbe, sino que, contrariamente,

podría hacer de él un niño callado y con sentimiento de culpabilidad. La culpabilidad del sexo puede persistir hasta la edad adulta e impedir el placer sexual en el matrimonio. June Reinisch (1990), director del Instituto Kinsey, apunta lo siguiente:

Los padres que frunzan el ceño, riñan o castiguen a su hijo como respuesta a la exploración de los propios genitales, podrían transmitirle la idea de que ese tipo de placer es perjudicial y que es un niño malo por mostrar ese comportamiento. Esta actitud por parte de los padres puede dificultarle la capacidad de dar y recibir placer erótico como un adulto y, en última instancia, interferir con la capacidad de establecer una relación afectiva e íntima. (p. 248)

Sin embargo, Calderone, Johnson y Reinisch opinan que los niños necesitan aprender que la masturbación en público no es aceptable en nuestra cultura. Sugieren que a los niños que se masturban frente a otros se les puede decir lo siguiente:

Me alegro de que te sientas a gusto con tu cuerpo, pero cuando quieras tocarte así, de este modo, es mejor que lo hagas en la intimidad de tu habitación (p. 138).

Reinisch añade que los padres son formadores importantes de la sexualidad de sus hijos y, más ampliamente, de su amor propio. Reconocer la sexualidad del niño, en lugar de rechazarla y desalentarla, puede reforzar la autoestima del niño, construir una imagen positiva del cuerpo y fortalecer su capacidad y su confianza.

No todos los expertos, y ciertamente no todos los padres, aprueban estos puntos de vista. Algunos ponen objeciones a la masturbación por motivos religiosos o morales. Otros se sienten incómodos o contradictorios con el tema. Los padres son los que deben decidir por sí mismos qué reacción es la más adecuada en el momento en que descubren a sus hijos masturbándose.

Nota de editor español: Esta última afirmación debe ser matizada porque no toda reacción de los padres es adecuada. Nuestra forma de proceder puede verse en López (2005).

La conducta sexual entre niño y niña

ALICIA: En mi cumpleaños, cuando estaba en segundo grado, recuerdo a un compañero de clase, Tim, que compartía el camino a casa con un amigo y conmigo. Él me perseguía para darme besos por toda la cara y yo actuaba como si no quisiera que lo hiciera; tan solo era consciente de que me encantaba; cuando paraba de hacerlo, pensaba que ya no le gustaba. (Morrison *et al.*, 1980, pp. 21, 29)

Los niños de tres y cuatro años normalmente expresan su afectividad mediante besos. La curiosidad por los genitales se incrementa en esta fase. Los juegos sexuales como «exhibirse» y «jugar a los médicos» pueden empezar más temprano, pero se hacen comunes entre los seis y los diez años (Reinisch, 1990). Gran parte de estas actividades sexuales tienen lugar en grupos del mismo sexo, aunque no es raro que se produzcan en grupos mixtos. Los niños se muestran los genitales unos a otros, tocan los genitales de los otros o se masturban juntos.

La conducta sexual entre niños y entre niñas

ARNOLD: Cuando tenía aproximadamente cinco años, mi primo y yo [...] fuimos al sótano y nos bajamos los pantalones. Nos tocamos los penes mutuamente y aquello fue todo. Supongo que no entendí del todo el significado del acto secreto que habíamos realizado. Porque más tarde [...] mis padres me preguntaron [...] y yo les conté exactamente lo que habíamos hecho. Se horrorizaron y me dijeron que aquello estaba terminantemente prohibido. (Morrison *et al.*, 1980, p. 24)

A pesar del horror que sintieron los padres de Arnold, los juegos sexuales entre niños del mismo sexo no son determinantes para la orientación sexual en la edad adulta (Reinisch, 1990). De hecho, pueden ser más comunes que los juegos heterosexuales. Implican el tocamiento de los genitales del otro niño, pudiendo incluir, asimismo, el contacto oral o anal. También puede darse una variación del juego, al aire libre, donde los niños orinen juntos y compitan a ver quién llega más lejos o más alto.

Acabaremos este epígrafe con los recuerdos que nos narra una mujer, de cuando estaba en la preadolescencia:

Cuando tenía ocho años y acababa de aprender lo que era la menstruación, hice una pequeña compresa (para mi muñeca Barbie) usando un pañuelo de papel cuidadosamente doblado. Con unas gomas elásticas lo mantenía en su sitio. «Mira», le dije a mi aturdida madre, «Barbie ya tiene el periodo. Ahora puede tener bebés»¹. Yo me mostraba decepcionada con el resultado, pero mis amigas se rieron disimuladamente de un modo que me satisfizo. Verá, todas queríamos que Barbie fuera, bueno, sucia.

Nuestras Barbies tenían relaciones sexuales, al menos nuestra versión infantil de lo que pensábamos que era el sexo. Se abrazaban y besaban con todos los muñecos masculinos que teníamos —Kent, atlético y musculoso, y Allan, menos musculoso pero atractivo—. Nuestras Barbies también bailaban, brincaban y se pavoneaban, pero lo que más hacían era desnudarse. Una amiga mayor que yo solía contarme que ella le ponía a su Barbie la parte de arriba del traje de baño del revés, de manera que se le vieran los pechos. Yo vestía a la mía con su delantal de niñera y nada más. Las niñas responden intuitivamente a la sexualidad de la muñeca, lo que les permite exteriorizar diversos roles sin fin, pero siempre de manera segura. (McDonough, 1998, p. 70.)

La preadolescencia (de nueve a trece años)

Pregunta: ¿En qué difiere la conducta sexual preadolescente de la de fases de desarrollo más tempranas? Algunas de estas conductas están relacionadas con la sexualidad más que ser sexuales en sí mismas. Por ejemplo, durante la preadolescencia los niños tienden a crear una relación de amistad cercana con un amigo íntimo («el mejor amigo»), con quien comparten secretos y confidencias. Estos amigos normalmente son del mismo sexo. Asimismo, los adolescentes tienden a socializarse en grupos más grandes sexualmente segregados. En esta fase, los chicos piensan probablemente que las chicas son *estúpidas*. Para las chicas de esta etapa, estúpido es un epíteto demasiado agradable para aplicarlo a la mayoría de los chicos.

¹ Sí, sí, sabemos que los primeros ciclos de ovulación de la mayoría de las muchachas no son fértiles (y que, por tanto, no pueden quedarse embarazadas), pero tan solo estamos relatando lo que alguien nos dijo. Hasta el momento sabemos que resulta difícil para las muñecas Barbie quedarse embarazadas, aun en las mejores circunstancias.

Los preadolescentes crecen a medida que aumenta su preocupación y autoconciencia de su propio cuerpo. Los preadolescentes se presionan entre sí para adaptarse a códigos, jergas y normas establecidas en cuanto al sexo y las drogas. La desaprobación, por parte de los compañeros, puede resultar ser un duro castigo.

Muchos preadolescentes experimentan impulsos sexuales, pero éstos pueden no aparecer hasta la adolescencia. Sigmund Freud pensaba que los impulsos sexuales permanecen escondidos (latentes) durante la preadolescencia, pero muchos preadolescentes son bastante activos sexualmente.

La masturbación

PAUL: Cuando tenía aproximadamente diez años, las historias que oía sobre la masturbación consiguieron angustiarme. Un amigo y yo fuimos a hablar con el hermano mayor de otro amigo, respetábamos su opinión y le preguntamos: «¿Es realmente malo?». Su respuesta se me quedó grabada durante años: «Bueno, es como un plato de aceitunas, cada vez que comes una, queda una menos». Nos sentimos realmente agobiados, porque pensamos que para cuando saliéramos con chicas ya nos habríamos agotado. (Morrison *et al.*, 1980, pp. 6-8)

Kinsey y sus colegas (1948, 1953) informaron que la masturbación es el primer medio por el que los chicos y las chicas preadolescentes logran llegar al orgasmo. Determinaron que el 45 por ciento de los varones y el 15 por ciento de las mujeres se masturbaban a la edad de trece años. A pesar de que los datos de frecuencia de masturbación, recogidos por Kinsey y sus colegas, son dudosos, otros estudios coinciden en que los chicos se masturban más frecuentemente que las chicas. (Pinkerton *et al.*, 2002). Como advirtieron Steven Pinkerton y sus colegas (2002), la frecuencia de masturbación está relacionada con las normas sociales, en las que es más aceptada la masturbación masculina que la femenina.

La conducta sexual entre chico y chica

A menudo los juegos sexuales preadolescentes implican mostrar los genitales, con o sin tocamiento. Tales experiencias sexuales son bastante comunes y no parecen dañar la futura adaptación sexual (Leitenberg *et al.*, 1989). Aunque los preadolescentes tienden a socializarse en grupos del mismo sexo, el interés por el sexo opuesto se incrementa a medida que se acercan a la pubertad. Las pandillas y las fiestas mixtas, a menudo, proporcionan a los adolescentes sus primeras experiencias heterosexuales. Las parejas no suelen tener relaciones sexuales hasta la adolescencia temprana o la adolescencia en sí.

La conducta sexual entre chicos y entre chicas

En gran medida, la conducta sexual preadolescente entre miembros del mismo sexo consiste simplemente en exploración. Algunos casos reflejan falta de disponibilidad de compañeros del otro sexo. Como ocurre con los niños más pequeños, las relaciones preadolescentes con otros del mismo sexo son más comunes que las relaciones heterosexuales (Leitenberg *et al.*, 1989). Estas actividades normalmente se limitan a tocar los órganos genitales de los otros o la masturbación mutua. La mayoría de las experiencias sexuales del mismo sexo implican episodios aislados o relaciones efímeras, y no reflejan la orientación sexual del individuo.

Pregunta: Hablando en general, ¿cómo aprenden los preadolescentes acerca del sexo?

La educación sexual y la mala educación: más allá del «no se hace»

Imagina que se enseñara a conducir del mismo modo en que se enseña educación sexual. Te dirían que nunca conducirías o fueras como pasajero, porque podrías herirte y tener que ir al hospital. Nadie conduciría nunca un coche. (Mark Miller, 1998)

Podría decirse que los preadolescentes y los adolescentes aprenden sobre el sexo mediante una combinación de buena y mala educación. Mark Miller, graduado por la Universidad de Brown en el programa de sexualidad y sociedad, lamenta, junto con el resto de especialistas de sexualidad humana, la falta de programas de educación sexual. Anke Ehrhardt (1998), profesor de Psiquiatría en la Universidad de Columbia, dice: «En otros países, la educación sexual ocupa un lugar en el contexto positivo de las relaciones afectivas, pero aquí la presentamos como un peligro. No se ha trabajado suficientemente en la adecuada educación sexual. Tenemos el mayor índice de embarazos adolescentes».

Como se muestra en la Tabla 10.2, según los datos recogidos de adolescentes y jóvenes adultos en el estudio de la Kaiser Family Foundation, éstos recibían normalmente más información sobre sexo de amigos y medios de comunicación —programas de televisión, películas, revistas e Internet— que de las clases de educación sexual o de sus padres (Kaiser Family Foundation, 2003). Aunque en relación con estos datos, tenemos que preguntarnos por la representatividad de la muestra, porque los padres de los menores tenían que dar permiso para que sus hijos fueran entrevistados. En todo caso, es probable que los jóvenes con padres más distantes o menos accesibles podrían obtener más información de amigos y medios de comunicación, y menos de sus padres.

Hoy en día son muchos los centros educativos que autorizan o recomiendan la educación sexual, aunque los programas varían de un lugar a otro. La mayoría tratan con mayor énfasis aspectos biológicos de la pubertad y la reproducción. Un número sensiblemente menor tratan el aborto, la masturbación, la orientación sexual o el placer sexual.

La educación sexual en los colegios, especialmente en aquellos aspectos cargados de valores, es fuente de polémica. Algunos argumentan que la educación sexual debería dejar de lado a los padres y a las autoridades religiosas. Por otra parte, los datos sugieren que las alternativas reales a los colegios son los amigos o la librería de la esquina, que vende más revistas «para adultos» que libros de texto. A muchos padres también les preocupa que la enseñanza de temas como las técnicas sexuales y la anticoncepción incrementen el número

TABLA 10.2

Porcentaje de adolescentes y jóvenes adultos (con edades entre 13 y 24 años) que dicen haber aprendido «mucho» o «algo» de las siguientes fuentes

Amigos	76%
Medios de comunicación (películas, revistas, Internet)	72
Clases de educación sexual	68
Padres	68
Novios, novias o compañeros	65
Médicos u otros profesionales de la salud	58
Hermanos y hermanas	39

Fuente: Kaiser Family Foundation, Holt, T., Greene, L., & Davis, J. (2003): *National survey of adolescents and young adults: Sexual health knowledge, attitudes and experiences*. Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation. Tabla 30. P. 37.

De
cerca

Hablar con tus hijos sobre sexo

«Papá, ¿de dónde vienen los niños?»

«¿Qué me estás preguntando? Ve a preguntarle a tu madre.»

La mayoría de los niños no encuentra fácil hablar con sus padres de sexo (Campaña Nacional para Prevenir el Embarazo Adolescente, 2003). Y puede no resultar más fácil para los padres. Solo una cuarta parte de los niños participantes en un estudio lo habían hecho (Campaña Nacional para Prevenir el Embarazo Adolescente, 2003). Los niños y los adolescentes normalmente encuentran más fácil acercarse a sus madres que a sus padres. Muchos reciben desinformación de sus amigos, lo que puede derivar peligrosamente en embarazos no deseados y en enfermedades de transmisión sexual (Ben-Zur, 2003).

Sin embargo, la mayoría de los niños pequeños sienten curiosidad por saber de dónde vienen los niños, qué hace diferente a los niños de las niñas, etc. Los padres que evitan contestar a tales preguntas transmiten su propio desasosiego por los temas sexuales y podrían enseñar a sus hijos que el sexo es algo de lo que hay que avergonzarse o algo de lo que no se puede hablar abiertamente.

Algunos padres se resisten a hablar de sexo con sus hijos porque se sienten

inseguros de sus propios conocimientos. Pero los padres no necesitan ser expertos para hablar de sexo con sus hijos. Pueden utilizar libros de la biblioteca para suplir la falta de conocimientos o utilizar libros escritos especialmente para que los padres los lean con sus hijos. También pueden admitir que no tienen la respuesta a una pregunta en cuestión; los niños suelen respetar a los padres que se muestran sinceros.

Al contestar las preguntas de los hijos, los padres necesitan precisar qué tipo de información son capaces de entender. El niño de cuatro años que quiere saber de dónde vienen los niños probablemente no esté interesado en una detallada información biológica. Puede ser suficiente decirle: «Del útero de mamá», y señalar la zona de la región abdominal. ¿Por qué decir de la «barriga»? La «barriga» es una respuesta errónea y confusa.

En su *Family Book about Sexuality*, Calderone y Johnson (1989) proponen algunos consejos:

1. *Muéstrate dispuesto a contestar preguntas sobre sexo.* Los padres que responden a sus hijos preguntas sobre sexo diciendo: «¿Por qué quieres saber eso?», impiden que el niño quiera seguir preguntando, ya

que puede interpretar la respuesta de sus padres como: «No deberías interesarte por esas cosas».

2. *Utiliza un lenguaje apropiado.* A medida que los niños amplían los conocimientos de su sexualidad, necesitan aprender los nombres de sus órganos sexuales. También que existen palabras inadecuadas que otros utilizan para referirse a las partes sexuales del cuerpo y que no son adecuadas en la mayoría de las situaciones, porque implican connotaciones emocionales que pueden provocar sentimientos negativos.

No se deben emplear palabras ridículas para describir los órganos sexuales:

Otra manera en que los padres transmiten mensajes negativos es empleando palabras ridículas (que a veces incluso no son ni palabras) para describir la anatomía sexual. Si denominan a los genitales «peepee» o «partes privadas» o no los denominan de ninguna manera, los padres están diciendo a sus hijos que esas partes del cuerpo son significativamente diferentes, confusas, misteriosas o

de experiencias sexuales entre los jóvenes. Sin embargo, la investigación no muestra que la educación sexual incremente las experiencias sexuales (Blake *et al.*, 2003; Kirchheimer & Smith, 2003).

Muchos de los programas escolares que ofrecen información sobre anticoncepción y otros temas delicados están limitados a los alumnos de Secundaria y Bachillerato, cuando la realidad es que, a menudo, las primeras experiencias sexuales se tienen antes de esa edad (Ehrhardt, 1998). Una información precisa en el periodo preadolescente puede evitar riesgos de carácter sexual. Por ejemplo, algunos adolescentes creen, erróneamente, que una chica no puede quedarse embarazada en su primer coito. Otros piensan que ducharse después del acto sexual evita el embarazo y protege de las enfermedades de transmisión sexual.

tabúes, comparadas con tantas otras partes del cuerpo como los ojos, la nariz y las rodillas, cuyos nombres se pueden decir abiertamente en una conversación. (Reinisch, 1990, p. 248)

3. *Da consejos de manera que la información pueda ser utilizada sólidamente por el niño y no como un mandato.* Declara tus convicciones, pero etiquétalas como propias, sin tratar de imponérselas a tu hijo. Dar órdenes no es tan eficaz como proporcionar información y mantener charlas alentadoras. Reinisch (1990) sugiere combinar la información sexual con los valores y las creencias que tengan los padres.
- A menudo, los padres de niños adolescentes reaccionan ante la experimentación sexual de éstos con amenazas o castigos que pueden provocar que se rebelen o se coloquen fuera de su alcance. También el adolescente puede llegar a relacionar el sexo con miedo y cólera, lo que puede persistir en sus relaciones adultas. Los padres encontrarán más constructivo transmitir su preocupación por las consecuencias de las acciones de los hijos de un modo afectivo y no amenazante, que invite a obtener una respuesta abierta. Por ejemplo, pueden decir: «Estoy preocupado por el modo en que estás

experimentando y me gustaría darte alguna información que quizá no conozcas. ¿Podemos hablar de ello?» (Calderone & Johnson, 1989, p. 141).

4. *Comparte la información en pequeñas dosis.* Selecciona un momento y un lugar que resulten cómodos para tales charlas, como cuando tu hijo se esté preparando para ir a la cama o cuando ambos vayáis en el coche.
5. *Anima al niño a hablar de sexo.* Los niños pueden sentirse avergonzados al hablar sobre sexo, sobre todo con familiares. Haz saber al niño que siempre estás disponible para responder a sus preguntas. Muéstrate dispuesto a ello. Pero deja que el niño posponga el tema hasta que estéis los dos solos o el niño se sienta cómodo. Los libros de sexualidad pueden ayudar al niño a abrirse a estos temas. Puedes dejarlos a la vista en cualquier sitio o bien entregárselos sugiriéndole: «Éste es un buen libro sobre sexo o al menos eso pensé yo. Si lo lees, quizá podamos hablar de ello» (Calderone & Johnson, 1989, p. 136).
6. *Respetar el derecho a la intimidad.* La mayoría de nosotros, padres e hijos por igual, valoramos nuestra intimidad en determinados momentos. Un padre o una madre que se sienta incómodo

compartiendo el baño con su hijo, puede decir simplemente que le gustaría estar solo cuando utiliza el baño. O podría explicarle: «Me gusta tener mi intimidad, así que por favor llama a la puerta y te diré si me parece bien que pases o no. Yo actuaré del mismo modo contigo» (Calderone & Johnson, 1989, p. 137). Esto puede decirse sin emplear un tono áspero o de reprimenda. La intimidad en el dormitorio puede establecerse diciendo, de un modo claro y no amenazador: «Por favor, cuando la puerta esté cerrada, llama y espera a que te diga que puedes pasar» (Calderone & Johnson, 1989, p. 138). Pero es igualmente importante que los padres respeten la intimidad de los hijos. El hijo se sentirá agradecido por el respeto recibido e igualmente respetará él a los demás.

Los adolescentes ofrecen a los padres algunos consejos adicionales para que sepan cómo comunicarse con ellos (Pistella & Bonati, 1999):

1. Trata a los adolescentes como a iguales.
2. Aumenta el conocimiento que tienes del estilo de vida de hoy en día de los adolescentes y de las presiones que experimentan por parte de sus compañeros.
3. **Escucha.**

La adolescencia

Pregunta: ¿Qué es la adolescencia? No se trata de una pregunta con trampa; la adolescencia es, de hecho, un tecnicismo. Como «adolescencia» se entiende el periodo que comienza en la pubertad y acaba en el momento en el que la persona es capaz de asumir responsabilidades de adulto. En nuestra sociedad, los adolescentes, como diría el refrán, «no son ni chicha ni limonada», es decir, no son niños pero tampoco son adultos. Los adolescentes pueden poseer características que los igualen a los adultos, pero no por eso deben dejar de tener restricciones propias de adolescentes, como, por ejemplo, tener acceso solo a trabajos de tiempo parcial, asistir a la escuela hasta los 16 años o contraer matrimonio

Adolescencia. La adolescencia comienza con la pubertad. Muchos adultos consideran a los adolescentes tan impulsivos como necesitados de control, por su propio bien.

Los adolescentes poseen una libido que aumenta con el florecimiento de las hormonas sexuales y se sienten desbordados por los temas sexuales en los medios de comunicación. Por tanto, no es sorprendente que entren en conflicto con sus familias por defender su independencia o su conducta sexual.



únicamente cuando alcancen la edad adulta. El mensaje está claro: los adultos ven a los adolescentes tan irreflexivos como necesitados de restricciones, por su propio bien. Teniendo en cuenta estas restricciones, una libido que aumenta con el florecimiento de las hormonas sexuales y el desbordamiento de contenidos sexuales en los medios de comunicación, no es sorprendente que muchos adolescentes se enfrenten a sus padres a la hora de salir con ciertos amigos, hablar de sexo o usar el coche de la familia (Pettit, 2003).

La pubertad

Pregunta: Hemos dicho que la adolescencia comienza con la pubertad, pero ¿qué es la pubertad?

La **pubertad** empieza con la aparición de los **caracteres sexuales secundarios** y termina cuando los huesos largos se desarrollan completamente (véase la Tabla 10.3). La aparición del vello púbico es uno de los signos más visibles de la entrada en la pubertad. Al

Pubertad Fase de desarrollo durante la cual, por primera vez, es posible la reproducción. Comienza con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y finaliza cuando los huesos largos llegan a su desarrollo completo. (Del latín *púber*, que significa «edad madura».)

Caracteres sexuales secundarios

Características físicas que diferencian a los niños de las niñas y que normalmente hacen su aparición en la pubertad, como la distribución del vello y de la grasa por el cuerpo, el desarrollo de la masa muscular y los cambios de la voz. No están directamente relacionados con la reproducción.

TABLA 10.3

Fases del desarrollo de la pubertad*

En las niñas

Comienzan entre los 8 y los 11 años de edad.	Las hormonas pituitarias estimulan a los ovarios para que incrementen la producción de estrógenos. Los órganos reproductores internos inician su crecimiento.
Comienzan entre los 9 y los 15 años.	Primero la areola (el área más oscura alrededor del pezón) y luego las mamas, aumentan de tamaño y se tornan más redondeadas. El vello púbico se oscurece y se engrosa. Siguen creciendo en altura. La grasa del cuerpo sigue repartiéndose por el contorno del cuerpo. Comienzan a producirse las secreciones vaginales. La glándulas sudoríparas y las glándulas sebáceas aumentan su actividad y puede aparecer el acné. Los órganos reproductores internos y externos y los genitales crecen, de forma que la vagina aumenta su tamaño y los labios se hacen más pronunciados.
Comienzan en algún momento entre los 10 y los 16 años.	A menudo la areola y los pezones crecen, formando un segundo volumen que sobresale de la base de la mama. El vello púbico comienza a crecer en forma triangular y cubriendo la zona del pubis. Aparece el vello de las axilas. Se produce la primera menstruación.

TABLA 10.3 (continuación)**Fases del desarrollo de la pubertad*****En las niñas**

Comienzan en algún momento entre los 12 y los 19 años.

Los pechos ya tienen un tamaño similar a los de las mujeres adultas.
El vello púbico cubre totalmente la zona del pubis y se extiende por la zona alta de los muslos.
La voz puede tornarse ligeramente más profunda (pero no tanto como en los niños).
Los ciclos menstruales tienden a regularse.
Pueden producirse más cambios físicos en mujeres jóvenes de veintitantos años.

En los chicos

Comienzan en algún momento entre los 9 y los 15 años.

Los testículos comienzan a crecer.
La piel del escroto se enrojece y se vuelve más áspera.
Aparece vello púbico en la base del pene.
Se desarrolla la masa muscular y aumenta la estatura del niño.
Las areolas aumentan de tamaño y se oscurecen.

Comienzan en algún momento entre los 11 y los 16 años.

El pene inicia su crecimiento en longitud.
Los testículos y el escroto continúan creciendo.
El vello púbico se torna más tosco y rizado y se extiende hasta cubrir el área entre las piernas.
Se crece en altura.
Los hombros se ensanchan.
Las caderas se estrechan.
La laringe se agranda, produciendo que la voz se haga más grave.
Aparece el vello de las axilas y un vello facial poco denso.

Comienzan en algún momento entre los 11 y los 17 años.

El pene aumenta tanto en grosor como en longitud (aunque más lentamente).
Los testículos continúan su aumento de tamaño.
La textura del vello púbico se asemeja a la de un hombre adulto.
Aumenta la densidad del vello facial y de las axilas.
El adolescente puede comenzar a afeitarse.
Tienen lugar las primeras eyaculaciones.
Casi la mitad de los niños experimentan ginecomastia (volumen excesivo de las mamas); disminuye en un año o dos.
El incremento de la producción de grasa por parte de las glándulas sebáceas puede producir acné.

Comienzan en algún momento entre los 14 y los 18 años.

El cuerpo se acerca a la altura adulta final y los genitales alcanzan la forma y el tamaño adultos, con vello púbico que se extiende a los muslos y ligeramente hacia arriba, hacia el vientre.
Aparece el vello del pecho.
El vello facial completa su crecimiento.
El adolescente se afeita más frecuentemente.
Para algunos hombres jóvenes, el aumento de altura y de vello corporal y el desarrollo muscular continúan hasta los veintitantos.

* Esta tabla sirve de ejemplo generalizado. Los cambios pueden aparecer antes o después de lo establecido en la tabla y no siempre siguen la secuencia indicada.

Fuente: Copyright © 1990 por el Kinsey Institute for Research in Sex, Gender, and Reproduction. De *The Kinsey Institute new report on sex*.

principio éste suele presentar un color pálido, ser escaso y liso. Después se extenderá y crecerá más oscuro, grueso y ondulado. La pubertad también implica cambios en los **caracteres sexuales primarios**. Una vez que la pubertad comienza, la mayor parte de los cambios transcurren en un periodo de tres años para las chicas y de cuatro para los chicos.

La reproducción en sí es posible hacia el final de la pubertad. Los dos hechos principales que señalan dicha posibilidad de reproducción son el **periodo menstrual** en las chicas y la primera eyaculación en los chicos. Pero estos acontecimientos no implican fertilidad inmediata.

El inicio de los periodos menstruales en las chicas suele producirse entre los diez y los dieciocho años. A mediados del siglo XVIII, las chicas europeas tenían su primera menstruación alrededor de los 17 años (véase la Figura 10.1). Desde entonces, la edad de comienzo del periodo menstrual ha disminuido bruscamente entre las niñas procedentes de las regiones occidentales, probablemente por la mejora de la alimentación y la atención sanitaria. En Estados Unidos, por ejemplo, la edad del primer periodo menstrual descendió hasta alrededor de los 12,1 años para las niñas afroamericanas y los 12,6 para las euroamericanas (Anderson *et al.*, 2003).

La **hipótesis de la grasa crítica** sugiere que las chicas deben alcanzar un peso mínimo (quizás entre 47 y 50 kilogramos) para iniciar los cambios propios de la pubertad, como por ejemplo el periodo menstrual, lo que explicaría el desarrollo temprano de los niños de hoy en día. La grasa del cuerpo podría desempeñar un papel crucial, ya que las células grasas segregan leptina, sustancia química que ordenaría al cuerpo que secrete una gran cantidad de hormonas que incrementen los niveles de estrógenos en el cuerpo. En el estudio de Anderson (2003), el sobrepeso está asociado con la aparición temprana del periodo menstrual. También se sabe que la menstruación llega más tarde a las atletas, que poseen un menor porcentaje de grasa corporal (Frisch, 1997).

Los cambios de la pubertad en las niñas. La primera menstruación es el signo más evidente de la pubertad en las niñas. Antes se habrán experimentado otros cambios menos obvios. Entre los ocho y los catorce años, la glándula pituitaria segrega la hormona estimulante de la tiroides (TSH), lo que provoca que los ovarios comiencen a producir estrógenos. Los estrógenos son de gran importancia en el proceso de la pubertad. Estimulan el desarrollo del tejido mamario, a partir de los ocho o nueve años de edad,

Caracteres sexuales primarios

Caracteres físicos que diferencian a los niños de las niñas y están directamente relacionados con la reproducción, como los órganos sexuales.

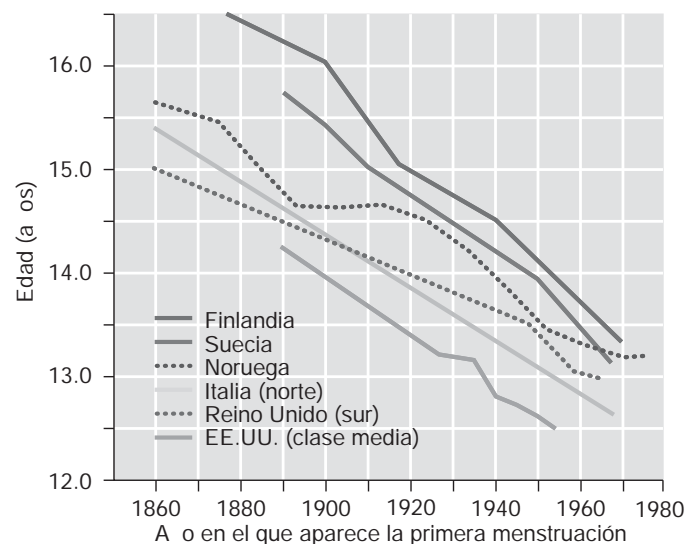
Periodo menstrual

Comienzo de la menstruación; primera menstruación. (De las raíces griegas *men*, que significa «mes», y *arche*, que significa «principio».)

Hipótesis de la grasa crítica

Establece que las niñas deben alcanzar un peso determinado para que se activen los cambios propios de la pubertad, como el periodo menstrual.

Figura 10.1. Edad a la que aparece la primera menstruación. La edad a la que se tiene la primera menstruación ha disminuido a partir de mediados del siglo XVIII entre las niñas de países occidentales, aparentemente por la mejora de la nutrición y de la atención sanitaria. La aparición de la primera menstruación puede activarse por la acumulación de un porcentaje crítico de grasa en el cuerpo.



lo que provoca el aumento del tamaño de los pechos a partir de los diez años aproximadamente.

Los estrógenos estimulan el crecimiento del útero y el engrosamiento del recubrimiento vaginal. También favorecen el crecimiento del tejido graso y de apoyo en caderas y nalgas. Este tejido y el ensanchamiento de la pelvis son la causa del redondeamiento de las caderas, lo que permitirá, eventualmente, en un futuro, el embarazo. Pero el crecimiento de los depósitos grasos y del tejido conectivo varía considerablemente. Algunas mujeres pueden desarrollar más las mamas y otras las caderas.

Las pequeñas cantidades de andrógenos producidas por las glándulas suprarrenales femeninas, junto con los estrógenos, estimulan el desarrollo del vello púbico y de las axilas, que comienza alrededor de los once años de edad. El exceso de andrógenos produce vello facial oscuro y grueso. Los estrógenos determinan el crecimiento de los labios vaginales durante la pubertad, mientras que los andrógenos son los que producen el desarrollo del clítoris. Los estrógenos estimulan el crecimiento de la vagina y el útero; también frenan el estirón femenino algunos años antes que el masculino. Las niñas que tienen una deficiencia de estrógenos en el periodo final de la adolescencia pueden alcanzar una altura mayor. Pero la mayoría de las niñas más altas lo son por sus características genéticas, no por una deficiencia de estrógenos.

La producción de estrógenos durante la pubertad es cíclica y regula el ciclo menstrual. Los ciclos menstruales precoces son **anovulatorios**. En estos casos, las niñas no pueden quedarse embarazadas hasta que tiene lugar la ovulación, cosa que puede retrasarse hasta dos años después del primer periodo menstrual. La primera ovulación puede no ser fiable, lo que hace que la niña sea relativamente fértil. Sin embargo, algunas adolescentes presentan una fertilidad elevada tan pronto como tienen su primera menstruación.

Los cambios de la pubertad en los niños. En la pubertad, el hipotálamo y la glándula pituitaria incrementan su producción de hormonas folículo-estimulantes (FSH) y hormonas luteinizantes (LH). Estas hormonas estimulan a los testículos, que incrementan su producción de testosterona, y ésta, a su vez, estimula el crecimiento de los genitales masculinos: los testículos, el escroto y el pene. Esto fomenta la diferenciación de los caracteres sexuales secundarios: el crecimiento del vello facial, corporal y púbico y el cambio a una voz más grave. El crecimiento de los testículos acelera, a su vez, la producción de testosterona y los cambios propios de la pubertad. Los testículos continúan creciendo y el escroto aumenta de tamaño hasta que cuelga ligeramente del cuerpo. El pene se agranda y aparece el vello púbico.

A la edad de trece o catorce años, las erecciones comienzan a ser frecuentes. De hecho, muchos chicos de Secundaria temen ser pillados con erecciones en los cambios de clase o que les pidan ponerse en pie ante la clase. Bajo la influencia de la testosterona, la próstata y las vesículas —los órganos que producen semen— incrementan su tamaño y comienza la producción de semen. Los chicos normalmente experimentan su primera eyaculación a los trece o catorce años de edad, la mayoría mediante la masturbación. Sin embargo, hay muchas variaciones. Las primeras eyaculaciones pueden aparecer, como pronto, a los ocho años, o no aparecer hasta los veintitantos (Reinisch, 1990). Normalmente no se produce esperma maduro hasta un año después de la primera eyaculación, alrededor de los catorce años de edad. Pero el esperma puede estar presente en la primera eyaculación, por lo que los adolescentes deben saber que no tienen un periodo de infertilidad («un periodo de gracia») tras su primera eyaculación. Aproximadamente un año después de la primera eyaculación, los adolescentes pueden comenzar a experimentar **poluciones nocturnas**, también llamadas «sueños húmedos» por la creencia de que éstas vienen acompañadas de sueños eróticos, lo que no es necesariamente cierto.

Anovulatorio Sin ovulación.

Polución nocturna

Eyaculación involuntaria de flujo seminal durante el sueño. También llamado «sueño húmedo», aunque no implica que el sujeto tenga sueños sexuales o esté soñando en ese momento.

El vello de las axilas aparece alrededor de los quince años. El vello facial lo hace al principio como una pelusa sobre el labio superior. La barba como tal no aparece hasta después de dos o tres años. Tan sólo la mitad de los chicos de Estados Unidos, por ejemplo, que rondan los diecisiete años, tienen necesidad de afeitarse. La barba y el vello del pecho continúan desarrollándose pasados los veinte años. A la edad de catorce o quince años, la voz se torna más grave, debido al crecimiento de la **laringe** y el alargamiento de las cuerdas vocales. El desarrollo es gradual, por lo que los adolescentes, al hablar, a veces sueltan gallos.

Los chicos y las chicas experimentan un último estirón en su crecimiento general durante la pubertad, las chicas antes que los chicos. Sin embargo, existen diferencias individuales y algunos chicos experimentan este crecimiento rápido antes que algunas chicas.

El incremento de la masa muscular produce un incremento del peso. Los hombros y la circunferencia del pecho se ensanchan. Alrededor de los dieciocho años, los chicos dejan de crecer en altura, porque los estrógenos impiden a los huesos largos un crecimiento mayor. Los hombres normalmente producen pequeñas cantidades de estrógenos en las glándulas suprarrenales y los testículos. Aproximadamente uno de cada dos niños experimentan un aumento de las mamas, o **ginecomastia**, durante la pubertad, provocada también por los estrógenos.

Tanto en los hombres como en las mujeres, las hormonas sexuales discurren por el torrente sanguíneo en grandes cantidades, dando lugar a un relativo aumento de la libido.

Pregunta: ¿Qué válvulas de escape sexual encuentran los adolescentes?

La masturbación

La masturbación es la principal válvula de escape durante la adolescencia. En la encuesta realizada a nivel nacional en Estados Unidos por Coles y Stokes, en la que participaron 1 067 adolescentes, cerca de la mitad de los chicos (46 por ciento) y alrededor de la cuarta parte de las chicas (24 por ciento) dijeron masturbarse. Otras encuestas ratifican igualmente esta diferencia: los chicos se masturban más frecuentemente que las chicas (Larsson & Svedin, 2002).

Un estudio realizado en el sur de California, entre 641 adolescentes, mostró que los chicos que se masturbaban lo hacían un promedio de dos o tres veces por semana, comparado con las chicas, que lo hacían una vez al mes (Hass, 1979). Los investigadores no encuentran ninguna relación entre la masturbación juvenil y la actividad sexual precoz (por ejemplo, la frecuencia con la que mantienen relaciones sexuales, el número de parejas diferentes o la edad en la que mantienen su primera experiencia sexual) con la adaptación sexual cuando son jóvenes adultos (Leitenberg *et al.*, 1993). Algunos adolescentes todavía piensan en la masturbación como en algo vergonzoso.

La conducta sexual entre chico y chica

La gente joven, hoy en día, comienza a salir con amigos y a tener citas antes que en generaciones pasadas. Los adolescentes que empiezan a tener citas a edad temprana (alrededor de los catorce años) tienden a tener relaciones ya durante el instituto (Miller *et al.*, 1986). Los adolescentes que se inician en las relaciones sexuales de forma precoz tienden a utilizar menos anticonceptivos y a incurrir en embarazos no deseados. Si la joven decide tener el hijo, es probable que deje el colegio, abandonando sus planes educativos y vocacionales. Sin embargo, tener citas tan pronto no implica mantener relaciones sexuales. Y, del mismo modo, tener relaciones tampoco conduce a un embarazo no deseado. Con todo, algunas mujeres jóvenes encuentran restringidas sus opciones en la edad adulta por una cadena de acontecimientos que empezó en la adolescencia temprana.

Laringe Estructura formada por músculo y cartilago situada en la zona superior del final de la tráquea y que contiene las cuerdas vocales; caja de resonancia de la voz.

Ginecomastia Superdesarrollo de las mamas del hombre. (Del griego *gyne*, que significa «mujer», y *mastos*, que significa «pecho».)

La
sexualidad
humana
en el
nuevo
milenio

Mantener a raya a los adolescentes *online*

Una mujer de Livingston, New Jersey, madre de dos adolescentes y divorciada, terminó por darse cuenta de que los hábitos de uso de Internet de su hijo de catorce años precisaban medidas drásticas. Durante meses estuvo pegado a la computadora familiar a todas horas, metiéndose en tertulias *online*. Su rendimiento escolar estaba empeorando y se acumulaban las cartas de America Online en las que se citaban las infracciones de su política contra el lenguaje vulgar en sus foros. Su madre intentó utilizar los programas de control paterno, pero el chaval los burló en pocos minutos. Su madre dio de baja su contrato con America Online en varias ocasiones, pero su hijo volvió a contratar los servicios imitando su voz. Ella instaló un *hardware* que requería una contraseña para encender la computadora y él volvió a configurar el circuito para no tener que necesitar ninguna contraseña. Una noche, desesperada, durmió con el cable de la computadora bajo su almohada.

Después se llevó la computadora. Durante siete meses escondió la CPU en el maletero del coche, cubierto con mantas. Finalmente decidió: «Lo tendrá de vuelta siempre y cuando yo tenga acceso a todas las direcciones de las páginas que visita en Internet». Desde entonces ha controlado las páginas que visita su hijo y la papelera de reciclaje en busca de posibles indicios de problemas.

«Sin duda, mi hijo ha mejorado mis conocimientos informáticos», fue su conclusión.

Adolescentes, el momento que habéis estado temiendo ha llegado: los padres están empezando a entenderse con Internet y están cada vez más empeñados en controlar dónde vais, qué leéis, con quién habláis y cómo os comportáis en Internet. La era de Internet está introduciendo un nuevo sistema de vigilancia paterna, en la que mamá y papá marcan los límites del acceso a las páginas *web*, establecen toque de queda en el uso de la computadora y se preocupan si sus jóvenes piratas informáticos están creando algún problema.

Concedido, muchos padres todavía no sabrían decir si «placa madre» es una palabrota, pero eso no significa que no lo estén intentando. En un estudio realizado por Pew Internet and American Life Project, un centro de investigación no lucrativo, más del 60 por ciento de los padres entrevistados decían controlar las páginas de Internet que visitaban sus hijos adolescentes. Aproximadamente también el 60 por ciento de los 754 padres encuestados dijeron haber establecido un tiempo límite de uso de Internet. En un estudio con 774 padres, dirigido por Disney Online, el 71 por ciento dijeron que habían puesto reglas sobre el tipo de contenidos al que sus hijos podían acceder y el 88 por ciento dijeron que habían prohibido el acceso a Internet en el dormitorio (una regla que la madre de Livingston, antes mencionada, recomienda).

(Continúa en las páginas 280-281).

UNA BATALLA POR EL CONTROL

Las tácticas de los padres

- Limitar el tiempo de utilización instalando programas como *TooMuchPC* (www.blairsoft.com) y *PC TimeCop* (www.parental-mando-software.com).
- Grabar las direcciones tecleadas por sus hijos utilizando el programa *ChildSafe* (www.webroot.com/childsafel.htm).
- Utilizar programas de control paterno o instalar programas con filtros de acceso.
- Instalar contraseñas necesarias para iniciar la sesión.
- Comprobar usos indebidos buscando en la carpeta de archivos temporales de Internet, en los historiales del navegador o en la papelera de reciclaje.

Las tácticas de los adolescentes

- Cambiar las pantallas o cerrar ventanas cuando mamá entra en la habitación.
- Dejar de utilizar la cuenta familiar a favor de un servicio de correo gratuito como Hotmail.
- Argumentar que los trabajos de la escuela requieren un mayor tiempo de uso de Internet.
- Quejarse de que los programas de filtrado bloquean también el acceso a algunas páginas educativas.
- Vaciar la carpeta de archivos temporales de Internet, los historiales del Navegador y la papelera de reciclaje antes de desconectar, para borrar todo rastro de las páginas que han visitado.



¿Dónde se dirige (online) hoy este adolescente? Dado el gran número de páginas de contenido sexual, ésta es una pregunta a la que muchos padres les gustaría dar respuesta. Muchos han desarrollado estrategias de control y muchos adolescentes han desarrollado estrategias para evadir esa vigilancia.

La
sexualidad
humana
en el
nuevo
milenio

Algunos padres dicen no sentir ningún escrúpulo al leer el correo electrónico de sus hijos utilizando su nombre de usuario para iniciar la sesión. Otros dicen que han aprendido a distinguir entre el teclear pausado de sus hijos, cuando están realizando un trabajo para la escuela, y el frenético tap-tap-tap cuando están *chateando*. Es el equivalente moderno de escuchar furtivamente tras la puerta del baño, después de que el hijo adolescente se llevara el teléfono para una conversación privada.

Roni Murillo, una madre de Syosset, Nueva York, decía que hay ratos en los que mira a escondidas los mensajes enviados y recibidos por su hijo de quince años de edad, el cual recibió una vez una citación de AOL (proveedor de servicios de Internet) por enviar una nota con contenido irrespetuoso a un foro de lucha libre profesional. «Tengo que hacerlo», admitió avergonzada. «He visto que otros chicos le responden con todas esas palabrotas. No hay un modo de controlarlo a menos que estés ahí.»

Fisgonear no está bien visto por los fisgoneados. Inspeccionar el buzón de correo electrónico está considerado como la más flagrante violación de la intimidad. «Es ofensivo», decía Freddie Alvarez, un adolescente de dieciséis años, de Nueva York, quien afirmaba que se compró su propia computadora para poder utilizarla siempre que quisiera. Otros adolescentes comparan el buzón de su correo electrónico con un diario para argumentar su derecho a la privacidad.

Jen Albanese, adolescente de dieciséis años, de Bergenfield (New Jersey), utiliza algunos comandos para minimizar las ventanas de los *chat* cuando su madre entra en la habitación. «Suele mirar por encima de mi hombro, diciendo: "Jen, ¿qué estás haciendo? ¿Por qué cierras esa ventana?"», contaba.

Muchos padres afirman que los principales argumentos para adoptar medidas de control son para evitar que sus hijos caigan en manos de pederastas y pornógrafos que navegan por Internet. Pero el 45 por ciento de los padres encuestados por Pew dijeron también estar preocupados porque sus hijos pudieran ser los instigadores de amenazas o actos de pirateo informático. Muchos padres informan de que sus hijos tienden a meterse en más problemas que sus hijas. Los estudios realizados apoyan esta opinión. En una

votación *online* dirigida por Scholastic News Zone, una página educativa de Internet, casi la mitad de los 47 235 votantes, con valoraciones del 1 al 8, dijo que no consideraba el pirateo un crimen, a pesar de que la entrada no autorizada en las redes de computación es ilegal. En el estudio realizado por Pew, aproximadamente el 9 por ciento de los chicos con edades entre los quince y los diecisiete dijeron que habían enviado correos electrónicos de broma, bloqueando el buzón del correo electrónico de la gente con docenas o cientos de copias del mismo mensaje.

Incluso cuando sus hijos adolescentes parecen no sentir inclinación alguna a hacer travesuras con la computadora, los padres tienen otra preocupación: la cantidad de tiempo que están conectados a Internet. Robert y Marilyn Pohn, de Chicago, hacen que su hija de quince años y su hijo de doce les pidan permiso antes de conectarse y comprueban que lo utilizan únicamente para realizar trabajos escolares. Lauren, su hija, parece resignada a cumplir estas restricciones, comentando que la situación podría ser peor: «Tengo una amiga que solo puede conectarse una hora los viernes. Eso es todo. Y no está nada contenta.»

David Blair, programador y padre de dos adolescentes en Fairfield, Iowa, decidió que las reglas no eran suficientes. Diseñó un programa que se puede probar libremente, llamado *TooMuchPC*, que permite a los padres poner un cronómetro automatizado que cierra la sesión a una determinada hora o después de un número especificado de horas. En su casa, donde la computadora está en el despacho familiar, una pequeña ventana aparece en la pantalla cuando uno de sus hijos la ha utilizado durante una hora, para indicar que es el turno del hermano. Cuenta el padre que su hija «es adicta al ICQ» (programa utilizado para enviar mensajes instantáneos) y solía pelearse con su hermano cuando éste quería jugar a *Soldier of Fortune*. Ahora reina la calma. «Es magnífico», decía él. «Ha acabado con todos estos problemas.»

La adicción a los *chats* podría no parecer un problema serio, por supuesto, dadas las historias de adolescentes que se meten en problemas mucho más preocupantes. En el 2000, una oleada de ataques que paralizaron el acceso a algunos de los sitios más utilizados de Internet, incluyendo www.CNN.com, Yahoo, Amazon y eBay, resultó ser obra de

Las caricias. Muchos adolescentes emplean las caricias como expresión de afecto, para satisfacer su curiosidad, incrementar su excitación sexual y alcanzar el orgasmo al tiempo que evitan el embarazo y mantienen la virginidad.

Una mayoría aplastante (el 97 por ciento) de los adolescentes entrevistados para el estudio de Coles y Stokes (1985) dijeron haber besado ya (una forma liviana de caricia) a la edad de quince años. Las chicas tienden a besar antes que los chicos, quizás porque las chicas tienden a madurar más rápidamente. A la edad de trece años, el 73 por ciento de las chicas y el 66 por ciento de los chicos ya habían besado a alguien. Los estudios demuestran también que

un adolescente de quince años de Montreal que se llamaba a sí mismo *Mafiaboy* (el chico mafioso). Como menor de edad, se enfrenta a dos años de castigo.

Dennis Moran, un joven de dieciocho años de edad de New Hampshire, que se hacía llamar *Coolio* en Internet, está cumpliendo una condena de nueve meses de cárcel por modificar una página antidrogas de Internet, conocida como DARE, con anuncios e imágenes a favor de la droga. En abril, un adolescente de quince años de Connecticut fue acusado de pirateo contra el sistema informático del Gobierno que controla los desplazamientos de los aviones de las Fuerzas Aéreas.

La imagen del pirata informático adolescente manipulando la computadora de su habitación existe desde hace veinte años. La diferencia hoy en día no es solo que hay un mayor número de chicos *online*, sino también que muchos padres son ellos mismos usuarios de Internet, tanto en el trabajo como en casa, y por tanto son al menos conscientes de lo que sus hijos podrían estar haciendo. Chris Goggans, un miembro fundador en 1980 del grupo de pirateo informático llamado *Legion of Doom*, decía que era la única persona en su familia que tenía una computadora. «La compré con lo que ahorré al trabajar cortando el césped», decía, y sus padres nunca la utilizaron. Finalmente, los agentes federales se enteraron de las actividades de espionaje *online* del señor Goggans y obtuvieron una orden de registro de su computadora. Nunca fue acusado de ningún cargo criminal. Sus padres habían pasado por alto, hasta aquel momento, sus actividades en Internet.

«Sabían que algo interesante estaba pasando», decía Goggans, de 32 años de edad, el cual es ahora consultor de seguridad independiente en el Norte de Virginia. «Recibían llamadas telefónicas de personas que obviamente vivían bastante lejos, personas que yo conocía en tableros de anuncios. Pero como yo estaba en la computadora y no en las calles llamando a los buzones, no había indicios de que yo estuviera haciendo algo malo.»

Hoy en día, algunos padres todavía ignoran las actividades *online* de sus hijos o las implicaciones de estas actividades. Sarah Gordon, investigadora senior de Symantec, ha hablado con varios padres analizando el comportamiento de las personas que introducen virus

informáticos. Se disgustó bastante al oír a algunos padres decir que las actividades de sus hijos eran algo «genial».

Como resultado, la señora Gordon forma parte de un grupo de expertos de seguridad, incluyendo a Goggans, que está intentando conseguir que los padres piensen más allá de los límites de tiempo, de los programas filtro para Internet y de la confiscación de las computadoras. Tienen la esperanza de persuadir a los padres y a los miembros de la escuela para que enseñen a sus hijos las repercusiones de sus acciones *online*.

Uno de los líderes de esta cruzada es Winn Schwartau, autor de *Internet y ética informática para niños (y padres y maestros legos en el tema)*. Schwartau decía que el objetivo del libro era conseguir que los padres se hicieran esta pregunta: «Son las 15,30, ¿saben en qué lugar del ciberespacio están sus hijos?». Decía que comenzó a trabajar en el libro cuando se dio cuenta de que su hija, que ahora tiene dieciséis años, no era capaz de entender los riesgos del pirateo informático. Después, el verano pasado descubrió que su hijo Adam, de nueve años de edad, había robado la clave de AOL de una amiga para leer su correo. «Se me cruzaron los cables», dijo.

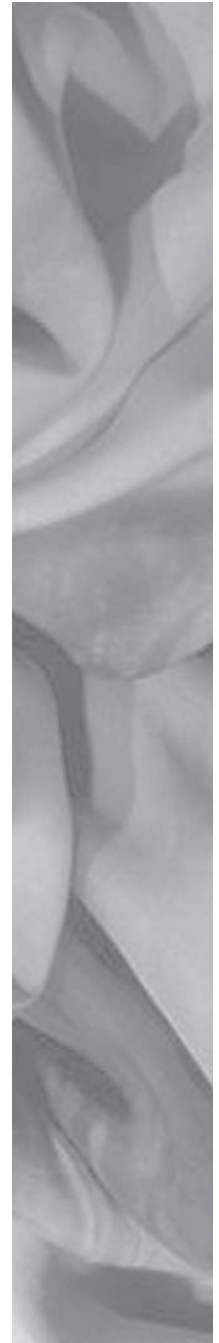
En una entrevista, Adam incluso parece sorprenderse de que sus acciones —las cuales comenzaron al copiar la clave secreta de su amiga Holly en un pequeño papel y utilizarla después en la computadora— causaran consternación. «Era verano y simplemente estaba aburrido», dijo. «Cuando mi amiga Holly se enteró, me dio una patada.»

Algunos padres están convencidos de que la disciplina *online*, combinada con el espionaje para verificar, es la única estrategia que mantendrá a los adolescentes a raya en el uso de Internet. La señora Murillo, de Syosset, madre de una adolescente de quince años de edad, decía que su próximo desafío podría ser la nueva computadora que su hijo tendrá antes de empezar las clases. «Dios sabe qué pasará entonces», decía. «Pero estaré vigilando. Dios sabe que estaré vigilando.»

Fuente: Adaptado de Guemsey, L. (19 de julio de 2001): «Looking for clues in junior's keystrokes». *The New York Times*. Pp. G1, G9.

las chicas probablemente se sienten más forzadas que los chicos a tomar parte en actividades sexuales, tales como las caricias, y sentirse culpables por ello (Larsson & Svedin, 2002).

El sexo oral. Según un estudio realizado en Estados Unidos por Gary Gates y Freya Sonenstein (2000), la incidencia del sexo oral aumenta con la edad. Los varones euroamericanos y los latinoamericanos tienen más probabilidades de haber experimentado el cunnilingus que los varones afroamericanos. Algunas parejas de adolescentes realizan el sexo oral como medio para evitar el embarazo. Como decía una chica de 17 años de



Nueva York, «es lo que hacíamos antes de poder practicar el sexo, porque no teníamos ningún tipo de protección y esas cosas» (Coles & Atiza, 1985, p. 60).

Las relaciones sexuales prematrimoniales. Al comenzar el nuevo milenio, las encuestas revelan que cerca de la mitad de los estudiantes de Secundaria en Estados Unidos, por ejemplo, son sexualmente activos (CDC, 2000e; Gates & Sonenstein, 2000). Sin embargo, los varones afroamericanos (78 por ciento) muestran una probabilidad más elevada de relacionarse sexualmente que los varones latinoamericanos (58 por ciento) y los euroamericanos (50 por ciento).

La incidencia de relaciones sexuales prematrimoniales en las mujeres se ha incrementado de forma espectacular desde los tiempos de Kinsey. Hasta entonces, la doble moral sexual se había mantenido firme. Se esperaba que las mujeres llegaran vírgenes al matrimonio, mientras que la sociedad aceptaba que los hombres no lo fueran. A la edad de 20 años, el 77 por ciento de los hombres solteros y solo el 20 por ciento de las mujeres solteras decían haber mantenido relaciones sexuales prematrimoniales. De aquellos que con 25 años seguían solteros, los porcentajes aumentaban hasta el 83 por ciento en los hombres y solo el 33 por ciento en las mujeres. La discrepancia entre los porcentajes entre varones y mujeres se explica, en parte, por el hecho de que los hombres eran iniciados en el sexo, a menudo, por prostitutas (Hunt, 1974). Las cifras de relaciones sexuales prematrimoniales entre mujeres jóvenes no deberían confundirse con el término «promiscuidad». Kinsey descubrió que el 53 por ciento de las mujeres que habían mantenido relaciones prematrimoniales lo hicieron únicamente con una pareja (Kinsey *et al.*, 1953).

Permítenos proponer otra pregunta que en ningún caso se trata de una pregunta con trampa:

Pregunta: ¿Por qué los adolescentes mantienen relaciones sexuales prematrimoniales?

Motivos para mantener relaciones sexuales. Tener relaciones sexuales significa algo más que tener relaciones sexuales. Las relaciones prematrimoniales están de hecho motivadas por un diverso número de factores. Las hormonas sexuales, por supuesto —especialmente la testosterona—, activan la excitación sexual. De esta manera, el aumento de las hormonas durante la pubertad activa directamente la excitación sexual, al menos entre los chicos (Brooks-Gunn & Furstenberg, 1989). Los cambios hormonales también pueden tener efectos indirectos en la experimentación sexual (Brooks-Gunn & Furstenberg, 1989). Alrededor de la mitad de los hombres (51 por ciento) y cerca de la cuarta parte de las mujeres (24 por ciento) respondieron, en el estudio realizado por la NHLS, que su principal razón para tener su primera relación sexual fue la curiosidad o para sentirse «preparados para el sexo» (Michael, 1994, p. 93).

Los cambios hormonales aceleran el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. Los adolescentes que desarrollan dichas características de forma precoz, comienzan igualmente a tener citas de forma precoz, lo que podría incrementar las probabilidades de tener relaciones sexuales a una edad temprana. Algunos adolescentes precoces se agobian pensando si están o no preparados para tener citas o para el sexo.

Muchos motivos psicológicos están implicados en la actividad sexual, incluyendo el amor, el deseo de placer, la conformidad con las normas de la pareja, buscar el reconocimiento de la pareja y el deseo de dominar a alguien (Browning *et al.*, 2000; O'Donnell *et al.*, 2003). Muchos adolescentes mantienen relaciones porque sienten amor hacia su pareja (Browning *et al.*, 2000). El estudio elaborado por la NHLS mostró que los sentimientos por la pareja eran la primera razón, entre cerca de la mitad (48 por ciento) de las mujeres y una cuarta parte (25 por ciento) de los hombres, para tener la primera relación sexual (Michael *et al.*, 1994). Betsy, por ejemplo, creía que estaba enamorada:

Tenía diecisiete años cuando tuve mi primera experiencia sexual. Había estado saliendo con mi novio durante cinco meses aproximadamente. Él estuvo presionándome todo el tiempo para tener relaciones. Lo hacía de tal modo que parecía que tuviera que acceder a ello o terminaría con nuestra relación. Yo permití que ocurriera porque estaba profundamente enamorada (o eso pensé). (Copyright © 1991 por McIntyre, Formichella, Osterhout y Gresh, con los arreglos de Avon Books, p. 64)

Los adolescentes pueden considerar las relaciones sexuales como una señal de madurez, una manera de castigar a los padres o, para las chicas, un modo de premiar a un novio por su fidelidad (McBride *et al.*, 2003; O'Donnell *et al.*, 2003). Algunos adolescentes acceden a tener relaciones por la presión de los compañeros, sobre todo de amigos íntimos (O'Donnell *et al.*, 2003). Los adolescentes cuyos amigos han mantenido relaciones son más propensos a tenerlas ellos mismos también.

A veces la presión llega cuando tienen una cita. Cerca de una cuarta parte (24 por ciento) de las mujeres encuestadas en el estudio de la NHSLs dijeron que la relación sexual se produjo tan solo por expreso deseo de su pareja (Michael *et al.*, 1994):

MEGAN (18 años, California): Me sentí presionada. Mi primer novio me presionaba porque sabía que yo le quería y que podría aprovecharse de lo que sentía por él. Estaba cegada por mis sentimientos e hicimos el amor. Odié aquello.

AMY (18 años, Washington, D.C.): Me sentí presionada sexualmente por mi segundo novio. No me amaba, pero quería tener relaciones sexuales conmigo. Le ayudé a entrar, a escondidas, por la noche, en mi cuarto. Justo antes de empezar a hacer el amor, me di cuenta de que no quería hacerlo. Quería que mi primera vez fuera con alguien a quien amara y que me amara a mí. Le paré; sin embargo, trató de que cambiara de opinión y dijera que sí. Al día siguiente rompimos y no me pude sentir más feliz. (Copyright © 1991 por McIntyre, Formichella, Osterhout y Gresh, con los arreglos de Avon Books, pp. 4-6)

Cerca del 8 por ciento de los hombres en el estudio de la NHSLs dijeron que tuvieron relaciones sexuales por deseo de su pareja (Michael *et al.*, 1994). Un joven lo describe así:

MATT (18 años, Nueva York): Mi novia me presionó y yo no lo llevé muy bien. Al final acepté para que ella no se sintiera defraudada o se enfadara. (Copyright © 1991 por McIntyre, Formichella, Osterhout y Gresh, con los arreglos de Avon Books, p. 65)

Factores en las relaciones sexuales prematrimoniales. Mucha gente joven se abstiene de mantener relaciones sexuales prematrimoniales por motivos religiosos o morales (Belgrave *et al.*, 2000). Las influencias familiares son importantes en el momento de determinar la relación sexual adolescente (Campana Nacional para Prevenir el Embarazo Adolescente, 2003). Otras razones incluyen el miedo a ser pillados, al embarazo o a enfermedades.

Estudios con adolescentes afroamericanas y euroamericanas han hallado que las chicas que no son sexualmente activas, o las que tienen actividad sexual poco arriesgada, tienden a ser más jóvenes, estar orientadas a tener una carrera, a vivir en un hogar con las dos figuras paternas, tener valores más conservadores sobre el sexo y vivir bajo la influencia de los valores familiares y la religión (Belgrave *et al.*, 2000; Langille & Curtis, 2002). Los adolescentes que tienen una meta educativa superior y son de los mejores en la escuela, probablemente tienden menos a mantener relaciones que los que van peor en la escuela (Belgrave *et al.*, 2000). Los adolescentes que empiezan a tener citas a una edad temprana es probable que sigan el camino que les lleve a tener relaciones sexuales (Belgrave *et al.*, 2000).

TABLA 10.4

Sentimientos acerca de la primera vez (porcentaje)

	Arrepentido	No está seguro	Contento	Ningún tipo de sentimiento
Hombres	1	34	60	5
Mujeres	11	61	23	4

Fuente: *Sex and the American teenager*, por R. Coles y G. Stokes. Copyright © 1985 by Rolling Stone Press. Reimpreso con el permiso de HarperCollins Publishers.

La relación entre los adolescentes y sus padres es crucial (Belgrave *et al.*, 2000; Langille & Curtis, 2002). Los adolescentes cuyos padres son permisivos e imponen pocas reglas y restricciones es más probable que tengan relaciones sexuales (Mundy, 2000). Los padres que muestran interés por la conducta de sus hijos y comunican sus preocupaciones y expectativas, dentro del entendimiento y el respeto, pueden influir más favorablemente al mostrar a sus hijos los límites en la conducta sexual (Campaña Nacional para Prevenir el Embarazo Adolescente, 2003).

La conducta sexual entre chicos y entre chicas

Pregunta: ¿Es común la conducta sexual entre chicos y entre chicas en la adolescencia? En el estudio nacional de Coles y Stokes (1985), cerca del 5 por ciento de los adolescentes dijeron haber mantenido experiencias sexuales con personas de su mismo sexo. Más de nueve de cada diez experiencias, entre adolescentes del mismo sexo, son entre amigos. La atracción de los adolescentes por hombres gays y por mujeres lesbianas es relativamente rara. La mayoría de los encuentros sexuales juveniles con personas del mismo sexo son transitorios. La mayor parte de las veces se trata de masturbación mutua, caricias y exhibición genital.

Muchos hombres gays y muchas mujeres lesbianas desarrollan, por supuesto, una firme orientación homosexual durante la adolescencia. Ésta es de por sí una etapa complicada, pero para los homosexuales a menudo es más intensa (Baker, 1990) (véase el Capítulo 9). Los adolescentes pueden ser particularmente crueles, al referirse a sus compañeros homosexuales con insultos o términos despectivos. Por eso, muchos adolescentes homosexuales se sienten aislados y solos y deciden encubrir su orientación sexual. Muchos no expresan su orientación sexual hasta pasados unos años después de la Escuela Secundaria.

Además de la tensión que supone desarrollar una identidad homosexual en una sociedad en gran parte hostil, está el SIDA, que supone una amenaza apremiante para los jóvenes homosexuales, debido a la alta mortalidad que ha causado en la comunidad homosexual masculina (Baker, 1990).

El embarazo adolescente

Pregunta: ¿Es común el embarazo adolescente? Por ejemplo, en torno al 8 y el 10 por ciento de las adolescentes estadounidenses, entre los 15 y los 19 años de edad, se quedan embarazadas cada año (Bernstein, 2004). Esto supone que una de cada cinco chicas son sexualmente activas, produciéndose cerca de 800 000 embarazos al año, lo que produce como resultado 500 000 nacimientos (CDC, 2000e, 2000f; Ventura *et al.*, 2001). Aunque estas cifras son preocupantes, el número de nacimientos ha disminuido un 28 por ciento desde su punto más alto en 1990 (Bernstein, 2004). Algunas adolescentes embarazadas planean sus embarazos,

pero la gran mayoría no. Nueve de cada diez embarazos, entre adolescentes solteras, no están planeados (Centros para el Control de la Enfermedad, 2000e).

Las consecuencias de los embarazos adolescentes no planeados pueden hundir a las jóvenes madres, a sus hijos y, con el tiempo, a la sociedad. La pobreza, el desempleo y la falta de esperanza para el futuro son temas recurrentes en el embarazo juvenil. La mitad de las madres adolescentes abandonan la escuela y reciben asistencia pública. Algunas, las menos, reciben apoyo emocional y económico de sus padres, los cuales tienen, ya de por sí, dificultades para mantenerse a sí mismos y mucho más a una familia. Las madres adolescentes que trabajan, ganan la mitad de lo que perciben las que son madres a los veintitantos (CDC, 2000e). Apenas capaces de arreglárselas con un bebé, algunas jóvenes que han sido madres con 15 o 16 años tienen al menos un niño más al cumplir los veinte. Entre adolescentes que se quedan embarazadas, cerca de una de cada cinco se quedará de nuevo embarazada en el plazo de un año. Y más de tres de cada diez lo harán en el plazo de dos años.

Los hijos de madres adolescentes corren mayor riesgo de tener problemas físicos, emocionales e intelectuales en los años previos a la escuela, como consecuencia de una nutrición y una asistencia médica pobre, inestabilidad familiar y una atención paterna inadecuada (Coley & Persecución-Lansdale, 1998). Son niños más agresivos e impulsivos que los hijos de madres mayores. Van peor en la escuela. Son también más propensos a sufrir abandono o malos tratos por parte de su madre.

Pregunta: ¿Qué factores contribuyen a la incidencia de embarazos adolescentes? Hay muchos. Entre ellos se incluyen la pérdida de tabúes tradicionales sobre la sexualidad adolescente en la cultura establecida, relaciones familiares dañadas, problemas en la escuela, problemas emocionales, malentendidos sobre la reproducción y carencia de anticonceptivos. Algunas adolescentes creen que al tener un bebé conseguirán algún tipo de compromiso por parte su pareja o que se llenará el vacío emocional existente. Algunas se quedan embarazadas como muestra de rebeldía hacia sus padres. Hay algunas adolescentes que ven la maternidad precoz como la mejor de las salidas, dentro las limitadas opciones con



Prevención del embarazo adolescente. Incluso con el reciente declive en la proporción del embarazo entre los adolescentes, cientos de miles de muchachas en Estados Unidos, entre los 15 y los 19 años, se quedan embarazadas cada año. Las madres adolescentes tienen más probabilidad de vivir en la pobreza y vivir de la asistencia social que otras muchachas su edad. La mitad de ellas dejaron la escuela y confían en la ayuda pública. Unas pocas reciben una ayuda insignificante de sus padres.

las que cuentan para su futuro. Pero el mayor número de embarazadas se produce más bien por la desinformación sexual sobre reproducción y anticoncepción, o por seguir cálculos fallidos para evitar el embarazo. Algunos adolescentes relativamente bien informados sobre anticonceptivos, fallan al usarlos coherentemente.

Se ha centrado más la atención en las madres adolescentes, pero los padres jóvenes son igualmente responsables de los embarazos adolescentes. Un estudio basado en una muestra de Estados Unidos, por ejemplo, representada por 1 880 varones jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años, mostró que, en particular, los que tenían un nivel socioeconómico menor veían la paternidad como un motivo de amor propio y, por consiguiente, que la paternidad les hacía sentir como hombres verdaderos, y se sentían satisfechos, o al menos no tan disgustados con un embarazo no planeado (Marsiglio, 1993a). Consecuentes con estas actitudes, los hombres jóvenes de menor poder adquisitivo tienden a usar en menor proporción un método efectivo de anticoncepción durante la mayoría de sus experiencias sexuales más recientes.

Uso de anticonceptivos entre adolescentes sexualmente activos. Los adolescentes sexualmente activos utilizan anticonceptivos de forma inconstante, si es que lo hacen (Mundy, 2000). Los adolescentes que mantienen una relación monógama usarán más probablemente métodos anticonceptivos (Baker *et al.*, 1988). Pero incluso los adolescentes con relaciones monógamas tienden a emplear métodos anticonceptivos inefectivos, o métodos efectivos pero mal empleados.

Varios factores determinan el uso de anticonceptivos. Las adolescentes que mantienen relaciones sexuales más habitualmente, utilizan con más frecuencia anticonceptivos y los utilizan mejor. También es más probable que los adolescentes cuyos amigos usan anticonceptivos los usen ellos mismos (O'Donnell *et al.*, 2003). Los adolescentes de más edad tienden a hacer un mayor uso de anticonceptivos que los más jóvenes (O'Donnell *et al.*, 2003). Los adolescentes de menor edad que son sexualmente activos tienden a hacer un menor uso de anticonceptivos, porque carecen de información al respecto y porque no siempre son conscientes de las consecuencias de sus acciones (O'Donnell *et al.*, 2003). Éstos también tienen más dificultades para acceder a métodos anticonceptivos.

Una pobre relación y comunicación familiar está relacionada con un uso inconstante de anticonceptivos (McBride *et al.*, 2003; Campaña Nacional para Prevenir el Embarazo Adolescente, 2003). Un rendimiento pobre en la escuela y la carencia de ambiciones educativas pronostican un uso irregular de anticonceptivos, tan pronto como se inician las relaciones sexuales.

Cuando se les pregunta a los adolescentes sexualmente activos por qué no usan anticonceptivos, citan factores como no tener relaciones sexuales lo bastante a menudo como para usarlos y el hecho de que rompen la espontaneidad del sexo (Mundy, 2000). Algunos adolescentes se «dejan llevar» y no desean interrumpir el sexo para conseguir o usar los anticonceptivos.

Las falsas creencias también disminuyen la probabilidad de que los adolescentes utilicen métodos anticonceptivos. Algunas adolescentes creen que son demasiado jóvenes para quedarse embarazadas. Otras creen que el embarazo sólo es el resultado de coitos repetidos o que no se producirá si lo hacen de pie. Incluso otras adolescentes simplemente no reconocen que estén practicando el coito.

Los adolescentes que piensan en las consecuencias de sus acciones a largo plazo, probablemente hagan uso de anticonceptivos. La calidad de la relación también es otro factor. Una relación satisfactoria se asocia con una mayor frecuencia de relaciones sexuales y

un uso más consecuente de anticonceptivos (Bernstein, 2004). El uso más sensato de anticonceptivos se detecta en relaciones en las que la chica toma la iniciativa en la resolución de conflictos y en el momento de tomar decisiones.

Pregunta: ¿Qué puede hacerse para prevenir el embarazo adolescente?

Combatir el embarazo adolescente. Uno de los factores más interesantes del embarazo adolescente es que los padres tienden a infravalorar la influencia que tienen en sus hijos. Según la Campaña Nacional para Prevenir el Embarazo Adolescente (2003), que contó con la participación de cientos de adolescentes, el 88 por ciento dijeron que para ellos sería más fácil posponer las experiencias sexuales y evitar el embarazo si pudieran hablar más abiertamente con sus padres. Cerca de uno de cada cuatro (23 por ciento) dijeron que nunca hablaban con sus padres sobre sexo, anticoncepción o embarazo. Consejo para los padres: «Hablad con vuestros hijos».

Otros medios para combatir el embarazo adolescente y el contagio de enfermedades de transmisión sexual incluyen la educación sexual en general, el suministro de anticonceptivos gratuitos y la distribución de información sobre sexo y anticoncepción en las escuelas y en los medios de comunicación, como se ha demostrado en los países industrializados donde se han llevado a cabo estas campañas.

Los programas de prevención del embarazo en las escuelas ofrecen una esperanza para tratar de frenar las relaciones sexuales precoces («diciendo no a ese tipo de relaciones»), proporcionando información sobre la anticoncepción mediante la distribución de condones o remitiendo a los estudiantes a clínicas con métodos de anticoncepción (Santelli *et al.*, 2003). La mayoría de los educadores sexuales recomiendan la abstinencia a sus estudiantes como el mejor método para prevenir los embarazos y el HIV/SIDA. Pero tres de cada cuatro escuelas en Estados Unidos, por ejemplo, proporcionan algunas instrucciones sobre métodos de anticoncepción y el uso de condones para prevenir el contagio del HIV/SIDA y de otras enfermedades de transmisión sexual.

Susan Blake y sus colegas (2003) encuestaron a más de 4 000 estudiantes de Secundaria en Massachussets. Cerca del 20 por ciento de sus escuelas facilitaban condones a sus estudiantes. La encuesta reveló que la distribución de condones no incrementaba el porcentaje de estudiantes que eran sexualmente activos; sin embargo, llevó a un uso más consecuente de los condones entre estudiantes que ya eran sexualmente activos.

Douglas Kirby, que ha estudiado extensamente la relación entre la distribución de condones en los colegios y el comportamiento sexual de los estudiantes, resume los efectos como sigue: «En efecto, múltiples estudios demuestran que facilitar el acceso de condones a los estudiantes no incrementa en medida alguna sus conductas sexuales —si tienen relaciones sexuales, con qué frecuencia o el número de parejas que tienen—. Y algunos estudios, incluyendo uno que yo dirigí y que implicaba a miles de estudiantes de Secundaria de Seattle, muestran, al igual que el estudio de Susan [Blake], que el porcentaje de adolescentes que tiene experiencias sexuales disminuye después de hacer accesible el uso de condones» (citado en Kirchheimer & Smith, 2003).

Recuerda también que los padres son una gran influencia, especialmente cuando se trata de aconsejar a sus hijos adolescentes sobre sexo (Campaña Nacional para Prevenir el Embarazo Adolescente, 2003). La Campaña Nacional para Prevenir el Embarazo Adolescente, realizada en Washington, está trabajando para reducir la cifra de embarazos adolescentes animando a padres y otros adultos a tratar los problemas que rodean a los adolescentes (Donovan, 2000). La página de Internet de la campaña contiene información y otros recursos relativos al embarazo adolescente. Para más información, acude a www.teenpregnancydc.org.

APORTACIÓN DE AUTORES ESPAÑOLES

NUESTROS ESTUDIOS SOBRE SEXUALIDAD PREPUBERAL

FÉLIX LÓPEZ, AMAIA DEL CAMPO

Universidad de Salamanca

VALERIANA GUIJO

Universidad de Burgos

Nosotros hemos llevado a cabo tres estudios, en los que hemos usado tres fuentes paralelas de información sobre la sexualidad infantil: los padres, los educadores y los jóvenes. Los contenidos de las tres investigaciones son muy similares, aunque el formato de respuesta de los sujetos es diferente.

En realidad se trata de tres estudios diferentes con el mismo **objetivo**: conocer la frecuencia y significado de las manifestaciones sexuales prepuberales. Se trata de unas investigaciones hechas expresamente para fundamentar esta ponencia.

En estas tres aproximaciones partíamos de la hipótesis de que los niños tienen numerosas manifestaciones sexuales prepuberales motivadas para:

- a) Satisfacer su curiosidad.
- b) Explorar su cuerpo y el de los demás.
- c) Imitar a otros.
- d) Buscar el placer.

LOS EDUCADORES COMO FUENTE DE INFORMACIÓN

Los educadores han observado numerosas conductas sexuales durante los seis meses que precedieron a la aplicación del cuestionario.

El formato de pregunta a los educadores fue que indicaran el número de niños y niñas en los que, por separado, habían observado las conductas que se indican a lo largo del curso actual.

Recibimos finalmente 115 respuestas, aproximadamente un tercio de los cuestionarios entregados, la mitad referidos a los niños y la otra mitad a las niñas.

En todo caso, aparece clara la gran riqueza que tiene la sexualidad infantil, especialmente en las manifestaciones más escolares, como son las preguntas, los comentarios y los juegos.

La variable que más predice las conductas es la edad, de forma que durante la edad preescolar es cuando más manifestaciones de conductas sexuales son observadas por los educadores.

LOS PADRES COMO INFORMANTES

Los padres son otra fuente de información posible en el estudio de la sexualidad infantil, dado que pasan muchas horas con los hijos y comparten muchos momentos de intimidad.

En nuestro caso usamos un cuestionario con contenidos semejantes, pero variando el formato de pregunta: frecuencia con que han observado en su hijo o hija las conductas sexuales durante el último año aproximadamente.

Obtuvimos respuesta a 92 cuestionarios, algo menos de un tercio de los entregados a los padres a través de los educadores.

Hacer preguntas y comentarios y participar en juegos son las conductas más observadas también por los padres. Otras muchas conductas han sido observadas con frecuencia relati-

vamente importante, entre las que destacamos el tocarse los genitales, tocar el pecho de otra persona y excitarse.

Nuevamente la edad resulta ser una buena variable predictora, en la misma dirección que la expresada en el caso de los educadores.

LOS JÓVENES COMO INFORMANTES

Ante la dificultad social para preguntar a los menores sobre este tipo de cuestiones y, sobre todo, para conseguir que sean sinceros, hemos optado por usar como fuente de información a adolescentes y a jóvenes universitarios. Seguramente esta muestra podría completarse con adolescentes, pero no es fácil conseguir hacer este tipo de preguntas a los menores sin encontrar resistencia en las familias, los educadores y los propios adolescentes.

Respondieron 249 estudiantes, en torno al 60 por ciento de los cuestionarios entregados. Esta muestra, lamentablemente, tiene una distribución por sexos muy desequilibrada (87 por ciento de mujeres y 14 por ciento de hombres) porque fue obtenida de las facultades de Psicología y Educación, donde el número de mujeres es mucho mayor.

Los recuerdos de los jóvenes son más ricos que las observaciones de los maestros y de los padres, lo que viene a demostrar que la conducta sexual es, en buena medida, ocultada; especialmente a partir de los seis años.

La variable sexo es la que tiene mayor poder de predicción de los resultados, casi siempre en el sentido de más frecuencia de manifestaciones sexuales en las mujeres.

En preguntas complementarias afirman que los **motivos de estas conductas sexuales** fueron:

- La curiosidad: 75 % de los casos.
- La imitación: 29 %.
- El juego: 76 %.
- El placer: 34 %.
- Porque alguien me obligó (abuso): 4 %.

Estas conductas, en relación con la **excitación**:

- Nunca me excitaban: 31 %.
- Me excitaban un poco: 41 %.
- Me excitaban mucho: 22 %.
- Me excitaban tanto que creo que tenía orgasmos: 5 %.

Los sentimientos de **culpa** fueron muy diversos:

- Nunca me sentí culpable: 48 %.
- Me sentía un poco culpable: 42 %.
- Me sentía muy culpable: 10 %.

El grado de satisfacción con la **historia sexual infantil** lo valoran como:

- Muy adecuada: 13 %.
- Bastante adecuada: 40 %.
- Regular: 35 %.
- Bastante inadecuada: 21 %.
- Muy inadecuada: 4 %.

Hay que destacar que el 52 por ciento aseguran que sentían algún grado de culpabilidad y que el 25 por ciento afirman haber tenido una historia sexual bastante o muy inadecuada. Algo que no puede extrañarnos si tenemos en cuenta que el 40 por ciento dicen que tuvieron bastante o muy mala información por parte de los padres y el 56 por ciento afirman también que tuvieron bastante o muy mala información de los maestros.

Todo lo cual hace evidente que no se puede negar la existencia de la sexualidad infantil, basada en múltiples motivaciones y expresada en multitud de conductas. A la vez que aún numerosos menores han seguido sufriendo en las últimas décadas las consecuencias de una inadecuada información y aceptación de la sexualidad infantil. Sus derechos, en este caso, han sido, con frecuencia, vulnerados.

BIBLIOGRAFÍA

- LÓPEZ, F. (2005): *Educación sexual*. Madrid. Biblioteca Nueva.
LÓPEZ, F.; DEL CAMPO, A. y GUIJO, V. (2002): «Prepuberal sexuality». *European Journal of Medical Sexology*, 42. Pp. 49-65.

APROXIMACIÓN A LOS COMPORTAMIENTOS SEXUALES Y DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA

JAVIER GÓMEZ ZAPIAÍN

Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea

La adolescencia es una etapa de tránsito entre la infancia y la adultez en la que se producen cambios muy relevantes. Desde el punto de vista de la sexualidad humana, destacaremos tres especialmente importantes: la redefinición de la identidad sexual y de género, la aparición del deseo sexual en su versión adulta y la reorganización de los vínculos afectivos. Los cambios biológicos que se producen a partir de la pubertad modifican la morfología corporal y reestructuran el sistema neuroendocrino. Ello da lugar, junto con el resto de los cambios evolutivos, a la redefinición de la identidad de género y a la aparición del erotismo puberal (Money y Ehrhardt, 1982). El deseo sexual, como expresión del mismo, es una experiencia emocional subjetiva (Gómez Zapiain, 1997; Levine, 1988) que la persona adolescente tendrá que integrar en el conjunto de su identidad. El deseo sexual, en tanto que emoción, genera una tendencia de acción (Frijda, 1994) que se expresará en comportamientos sexuales autoeróticos o compartidos, propios de la edad. Como vemos, el comportamiento sexual es la expresión última de la organización psicosexual que no se puede comprender sin tener en cuenta los elementos que lo motivan. Llegado el momento de compartir las experiencias eróticas, éstas están mediatizadas por el estilo de apego que, como se sabe, regula las relaciones interpersonales e interviene en la experiencia de la intimidad (Bartholomew, 1997; López, 1999; Ortiz, Gómez-Zapiain y Apodaka, 2002).

Es necesario contemplar el comportamiento sexual de las personas adolescentes en el conjunto de su desarrollo personal y como expresión de su momento biográfico en el que inciden los factores señalados. Considerando lo dicho hasta aquí, perfilaremos la conducta sexual de los adolescentes en nuestro contexto sociocultural con el fin de valorar los comportamientos de riesgo y sus efectos. Como resultado de la organización del deseo sexual, su satisfacción se alcanza, en primera instancia, a través del autoerotismo y la masturbación. Este comportamiento está presente en todas las edades, pero es particularmente relevante en la adolescencia. Numerosos estudios informan de que

la masturbación se produce con mayor frecuencia en los chicos que en las chicas. En el informe sobre las actitudes sexuales de los jóvenes en el Principado de Asturias, sobre una muestra de 1 048 adolescentes comprendidos entre 15 y 21 años, encontraron que el 98,4 por ciento de los chicos se masturban, frente a un 73,8 por ciento de las chicas (Fernández del Valle, Bravo Artega, García Ruiz y Uría Urraza, 2003). En nuestros datos, aún no publicados, sobre una muestra de 300 adolescentes en el País Vasco entre 16 y 20 años, encontramos que el 99 por ciento de los chicos, frente a un 53 por ciento de las chicas, se masturban. La diferencia de frecuencia entre las mujeres puede estribar en que el porcentaje de «no sabe, no contesta» entre las jóvenes del Principado de Asturias fue bastante elevado (22,4 por ciento).

Clasificaremos el comportamiento sexual compartido en tres etapas, según versión reducida de la propuesta, ya clásica, realizada por Schofield (1965): 1) Nivel bajo de experiencia sexual (besos y caricias). 2) Nivel medio de experiencia sexual (intimidades sexuales próximas al coito pero sin llegar a él). 3) Nivel alto de experiencia sexual (experiencia de coito con una o más personas a lo largo de la biografía). No resulta fácil estimar la proporción de adolescentes en cada una de estas etapas. Los estudios realizados en España no siempre son equiparables, por las características y limitaciones de los muestreos y por la disparidad de los instrumentos de recogida de datos. Sin duda, los más representativos son los ofrecidos por el «Informe de la Juventud de España», en función de la amplitud del muestreo empleado (n = 6 492). Sin embargo, la información ofrecida con respecto al comportamiento sexual de los jóvenes y adolescentes es limitada, ya que se trata de un estudio general acerca de la juventud donde la sexualidad es tan solo uno de los muchos aspectos estudiados. En cualquier caso, intentaremos perfilar los comportamientos sexuales compartidos de los adolescentes.

La mayor parte de los estudios informan de que el inicio de los primeros contactos eróticos se produce en edades tempranas. En esta línea, Malo de Molina (1992) indicó que entre las personas de su muestra, que en el año 1986 tenían entre 14 y

29 años, la media de edad de las primeras experiencias no coitales estaba en 13,4 años para los hombres y 14,4 años para las mujeres. Estos datos son similares a los aportados por otros estudios posteriores (García Blanco, 1994; Oliva, Serra y Vallejo, 1993). Nuestros propios datos, aún sin publicar, sobre una muestra de adolescentes del País Vasco entre 16 y 20 años, indican que la edad media del primer nivel (besos) es de 14,29 años, la media del segundo nivel (intimidades próximas al coito) es de 16,2 años y la del tercer nivel (coito) se establece en 17,24 años para ambos sexos.

Analizaremos a continuación el comportamiento de los adolescentes que se sitúan en el tercer nivel, es decir, aquellos que poseen un alto grado de experiencia sexual, incluida la experiencia del coito. Estos datos resultan de gran interés porque permiten estimar el potencial de riesgo entre las personas adolescentes sexualmente activas. En primer lugar, la media de edad del inicio de la actividad coital se puede estimar en torno a los 17,5 años. El último informe sobre la juventud en España (INJUVE, 2000) indica que la media de edad es de 17,4 años para los chicos y de 18,8 años para las chicas. Este informe constata que el inicio de la actividad sexual coital se ha adelantando en aproximadamente cuatro décimas respecto a los datos del año 1995, cuyas edades medias fueron de 17,8 años para los chicos y 18,4 para las chicas. Tal información indica que aunque las mujeres alcanzan la madurez sexual antes que los hombres, son éstos los que se inician antes en la experiencia sexual coital (Espada, Quiles y Méndez, 2003; Fuertes, Soriano y Martínez, 1995; INJUVE, 2000). Estos datos no parecen diferir de los hallados en el conjunto de los jóvenes europeos (Lagrange y Lhomond, 1997; Weinberg, Lottes y Aveline, 1998).

Éstas son las medias estimadas de edad de inicio de la actividad coital, pero ¿cuál es la proporción de adolescentes que están en este nivel? El Informe sobre la Juventud en España indica que el 34 por ciento de los chicos y el 26 por ciento de las chicas de edades comprendidas entre 16 y 19 años y el 73 por ciento de los chicos y el 57 por ciento de las chicas entre 20 y 24 años poseen experiencia sexual coital. Estos datos coinciden en gran medida con los aportados por el estudio del Principado de Asturias. Los datos de nuestra muestra de adolescentes del País Vasco confirman estas proporciones en personas menores de 20 años con experiencia de coito: 34 por ciento de los chicos, frente al 35 por ciento de las chicas. Sin embargo, obsérvese que el porcentaje de las chicas es ligeramente superior al de los chicos. Los datos del Instituto de la Juventud de España también señalan la tendencia al avance en la experiencia sexual de las chicas. Según los datos aportados, en el año 1996 tenían relaciones sexuales coitales el 50 por ciento de los chicos, frente al 35 por ciento de las chicas (entre 18 y 20 años). En 2000 no varió el porcentaje de los chicos; sin embargo, el de las chicas se incrementó en 7 puntos porcentuales. Estos datos podrían estar indicando la paulatina equiparación del perfil de comportamiento sexual entre hombres y mujeres, por lo menos en algunos aspectos. El adelanto de la edad en el inicio de la actividad coital incide, como era de esperar, en el aumento de la proporción de adolescentes que mantienen relaciones sexuales coitales.

En relación con las parejas con las que las personas adolescentes mantienen relaciones sexuales, los datos disponibles de

las diferentes investigaciones indican que los chicos tienden a iniciarse con chicas más jóvenes que ellos (58 por ciento), de edades comprendidas entre 14 y 18 años, mientras que las chicas las tendrían con chicos mayores que ellas (57 por ciento), con jóvenes de 20 o más años (INJUVE, 2000). Las motivaciones que llevan a la experiencia sexual son diferentes entre chicos y chicas. Ellas asocian la experiencia erótica compartida a sentimientos afectivos como el amor, el enamoramiento y la vinculación afectiva, mientras que los chicos lo relacionan con el placer obtenido de la satisfacción del deseo erótico en sí mismo (Martínez, 2000). Esta disparidad parece estar muy arraigada en las diferencias genéricas entre mujeres y hombres, porque se corroboran en todos los estudios hechos en relación con el comportamiento sexual, a lo largo de los años, desde la investigación de Malo de Molina (1992), realizada en el año 1986, hasta la más reciente del INJUVE (Espada *et al.*, 2003; Gómez-Zapiain, 1993; INJUVE, 2000; Oliva *et al.*, 1993). En este sentido, Oliva y colaboradores encontraron que el 87 por ciento de las chicas dijeron que necesitaban querer a la persona con la que tenían relaciones sexuales, frente a un 40,6 por ciento de los chicos.

No existen demasiados estudios acerca del comportamiento homosexual en la adolescencia. En una primera aproximación debemos discriminar aquellos comportamientos de tipo exploratorio en las primeras edades, de aquellos que denotan la futura orientación sexual (Fuertes *et al.*, 1995). Aproximadamente un 15 por ciento de los chicos y un 10 por ciento de las chicas afirman haber tenido algún tipo de experiencia erótica con personas de su mismo sexo. Sin embargo, un 3 por ciento de los chicos y un 2 por ciento de las chicas afirman tener relaciones homosexuales exclusivas (Oliva *et al.*, 1993). En cualquier caso, los datos acerca de la homosexualidad deben ser estimados con cautela, puesto que en una sociedad todavía bastante homófoba, la variable «deseabilidad social» sin duda mediatiza las respuestas. En la medida en que la sociedad aumenta la tolerancia hacia la homosexualidad, puede que las personas puedan expresarse con mayor libertad. En este sentido, datos más recientes, provenientes de los estudios del Principado de Asturias y del País Vasco, situarían el porcentaje en torno a un 9 por ciento, algo inferior en mujeres.

Veamos a continuación algunos datos de interés en relación con los comportamientos de riesgo. Hemos visto cómo el nivel de experiencia sexual en los adolescentes es una cuestión relevante en la medida en que implica a una parte importante de esta población. Podemos calcular, *grosso modo*, que la tercera parte de los y las adolescentes tienen experiencia sexual coital. Si a esta proporción le añadimos aquellas personas que se encuentran en el segundo nivel de experiencia sexual, es decir, intimidades próximas al coito pero sin llegar a él, nos encontraríamos ante más de la mitad de los adolescentes, entre 16 y 20 años, situados en un nivel considerable de experiencia sexual. Haciendo una lectura positiva de esta realidad, diríamos que estos datos responden a la evolución natural del desarrollo de los adolescentes. Sin embargo, a tenor de los riesgos conocidos en relación al comportamiento sexual, debemos valorar los comportamientos de riesgo asociados al mismo. Éstos pueden ser de varios tipos: a) riesgos de tipo psicológico, relacionados

con malas experiencias, experiencias desagradables asociadas a emociones negativas debidas a relaciones sexuales forzadas, inesperadas, violentas, etc.; b) riesgos asociados a embarazos que no se desean, cuya consecuencia puede ser la maternidad prematura o el aborto voluntario; c) riesgos de contagio de enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA incluido.

Dada la importancia que el VIH/SIDA ha tenido como riesgo fundamental en la sexualidad de los adolescentes, el riesgo de experiencias psicológicamente perturbadoras no ha sido convenientemente atendido; por ello no se dispone de datos suficientes. No siempre la experiencia erótica es vivida de manera satisfactoria. Actitudes fuertemente sexistas por parte de los chicos, y de una cierta dependencia por parte de las chicas, harían que éstas fuesen más vulnerables a relaciones sexuales forzadas, abusos, acosos y agresiones, que se deberían considerar dentro del capítulo de los riesgos.

Una de las variables más estudiadas ha sido el uso de medidas de protección: el uso del preservativo y de métodos anticonceptivos. Como es lógico, la situación ideal es que toda persona que decida incluir en su biografía la experiencia del coito pueda planificar tal evento para, en consecuencia, adoptar las medidas necesarias de protección. Sin embargo, tal situación parece ser utópica si nos atenemos a algunos datos. Oliva y colaboradores encontraron que para el 63 por ciento de los adolescentes el primer coito no fue planificado (Oliva, Serra y Vallejo, 1997). En relación con la actividad sexual actual, analizados los principales estudios, se puede estimar que aproximadamente el 20 por ciento de los adolescentes sexualmente activos no utilizan medidas fiables de protección. Este porcentaje nos estaría indicando, *grosso modo*, la población en riesgo de personas adolescentes sexualmente activas; lógicamente, esta cifra hay que tomarla con todas las reservas. Así, el INJUVE, en su estudio del año 2000, informa que el 83 por ciento de las personas menores de 20 años utilizaban métodos fiables, datos que concuerdan con los nuestros sobre una población de adolescentes del País Vasco. La muestra del Principado de Asturias arroja un porcentaje ligeramente inferior (73,8 por ciento). Este estudio también indica que el uso de medidas preventivas en la iniciación de la experiencia coital tiende a estabilizarse, sobre todo entre los más jóvenes. Uno de los motivos más frecuentemente citado para no utilizar preservativo es no tenerlo en el momento oportuno. Por el contrario, evitar el embarazo no deseado fue el motivo más citado para usarlo, en personas que disponen de pareja estable. La prevención del VIH/SIDA es el motivo más importante en personas que no tienen pareja estable, siendo las personas más jóvenes las que estarían en esta situación.

Estas cifras nos indican el potencial de riesgo que deberíamos confrontar con el efecto real del mismo. Analicemos en primer lugar la cuestión de los embarazos no deseados. Nuevamente subrayaremos la dificultad que existe para la obtención de datos fidedignos y reales de este hecho; no obstante, aportaremos algunos. La tasa de embarazo en mujeres entre 15 y 19 años en España fue de 17,92 (por mil) en el año 2001, según el INE (Instituto Nacional de Estadística). Esta cifra en sí misma no dice demasiado, pero si observamos la evolución en los diez años anteriores al último estudio, la información es

mucho más expresiva. En el año 1990 la tasa de embarazo fue de 15,07, en 1995 fue de 12,10, en 1999 fue de 15,12 y a partir de este año la cifra se dispara al 17,92 en 2001. Por otro lado, la tasa de abortos voluntarios fue de 3,12 en 1990, frente al 5,71 en 1998 (Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999).

Según el informe presentado ante los medios de comunicación en julio de 2004, Margarita Delgado, demógrafa del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, afirmó que el porcentaje de embarazos no deseados en mujeres menores de edad ha variado desde 86,98 por ciento en 1990 hasta el 96,60 por ciento en 2001. La proporción de abortos voluntarios respecto a los embarazos producidos ha variado desde el 20,44 por ciento en 1990 hasta el 45,2 por ciento en 2001. Como indican los datos, se puede constatar la tendencia al aumento de los embarazos en mujeres entre 15 y 19 años: prácticamente la totalidad no son deseados y se interrumpen voluntariamente casi la mitad de los que se producen. Conviene prestar atención a la otra mitad, que constituye las maternidades adolescentes no deseadas, en relación a los riesgos tanto para las madres como para los hijos (Carpintero, 1995).

La aparición de la llamada «píldora del día después» y su uso, que tiende a generalizarse, puede influir en la deceleración de la tasa de embarazos. Sin embargo, la utilización de este recurso como un método anticonceptivo más denotaría una clara deficiencia en los aspectos de la educación sexual más próximos a la educación para la salud.

En relación con el VIH/SIDA, los casos acumulados de contagio en personas de 15 a 20 años, desde 1980 hasta 2000, fueron 714, de los cuales 532 fueron chicos mientras que 182 fueron mujeres. El contagio por relaciones heterosexuales afectó a 11 chicos, frente a 24 chicas. Hubo 6 chicos contagiados por relaciones homosexuales. El contagio por drogadicción parenteral afectó a 195 chicos, frente a 67 chicas. Se observa un máximo de mortandad entre los años 1990 y 1996. A partir de ese año el número de muertes decreció considerablemente (Fuente: Registro Nacional del Sida). Según los datos aportados por el INJUVE, a partir de datos de Vigilancia Epidemiológica del Sida en España, el número de casos de infecciones por debajo de 24 años tiende a disminuir.

En resumen:

1. Tiende a disminuir la edad de las primeras relaciones sexuales.
2. Tiende a aumentar la proporción de adolescentes por debajo de 20 años que tienen relaciones sexuales coitales. Este aumento parece ser moderado en los hombres y más pronunciado en las mujeres, lo cual indicaría que los perfiles de actividad sexual entre mujeres y hombres podrían estar equiparándose en algunos aspectos.
3. Los chicos se muestran más activos que las chicas, tienen la primera relación coital antes que ellas y tienen mayor variedad de conductas y con más parejas.
4. Las chicas tienden a valorar más las experiencias eróticas en un contexto afectivo de intimidad y con una cierta previsión de compromiso, mientras que los chicos tienden a vivirlas más como una forma de iniciación en la experiencia erótica, desvinculándola de otro tipo de motivos. Estas diferencias parecen mantenerse en el tiempo.

5. Se podría estimar que, aproximadamente, una quinta parte de las personas adolescentes sexualmente activas estarían en una situación potencial de riesgo, por no usar medidas de protección o por hacerlo deficientemente.
6. Tiende a aumentar el número de embarazos en mujeres menores de edad y también la proporción de abortos voluntarios en relación con los embarazos que se producen. Sin embargo, tiende a disminuir el número de casos de infección de VIH entre las personas más jóvenes, aunque los expertos temen un posible repunte debido a la relajación que puede ocasionar el éxito relativo en el control de la enfermedad.
7. Todo parece indicar que la experiencia erótica en la adolescencia forma parte del desarrollo personal; por tanto, juega un papel relevante en el crecimiento personal. Sin embargo, se debería abordar la prevención de los riesgos con mayor decisión, transparencia y realismo.
8. Conociendo a grandes rasgos los perfiles del comportamiento sexual y su evolución cronológica, la educación sexual debería adecuarse a las edades y anticiparse a las situaciones de riesgo. Dadas las dificultades del sistema educativo para instaurarla de manera general y estable, la educación sexual llega a la población adolescente de manera parcial, insuficiente, sin duda filtrada y generalmente tarde.

BIBLIOGRAFÍA

- BARTHOLOMEW, K. (1997): «Adult attachment processes: Individual and couple perspectives». *British Journal of Medical Psychology*, 70 (3). Pp. 249-263.
- CARPINTERO, E. (1995): «El problema del embarazo no deseado en la adolescencia». En F. López (Ed.). *Educación sexual de adolescentes y jóvenes*. Madrid. Siglo XXI.
- ESPADA, J. P.; QUILLES, M. J., y MÉNDEZ, F. J. (2003): «Conductas sexuales de riesgo y prevención del sida en la adolescencia». *Papeles del Psicólogo*, (85). Pp. 29-36.
- FERNÁNDEZ DEL VALLE, J.; BRAVO ARTEAGA, A.; GARCÍA RUÍZ, M., y URÍA URRIZA, M. (2003): *Estudio sobre el comportamiento y las actitudes sexuales en la juventud asturiana*. Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo, Oviedo.
- FRIJDA, N. (1994): «Emotions are functional, most of the time». En P. Ekman y R. J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion*. Oxford. Oxford University Press.
- FUERTES, A.; SORIANO, S., y MARTÍNEZ, J. L. (1995): «La sexualidad en la adolescencia». En F. López (Ed.). *Educación sexual de adolescentes y jóvenes*. Madrid. Siglo XXI.
- GARCÍA BLANCO, J. (1994): *Sexualidad y adolescencia*. Valencia. Promolibro.
- GÓMEZ-ZAPIAIN, J. (1997): «El deseo sexual como emoción». En J. Gómez Zapiain (Ed.). *Avances en sexología*. Bilbao. Universidad del País Vasco. Pp. 21.
- GÓMEZ-ZAPIAIN, J. (1993): *Riesgo de embarazo no deseado en la adolescencia y juventud*. Vitoria-Gazteiz. Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer.
- INJUVE (2000): *Informe de la Juventud en España*. Madrid. Instituto de la Juventud de España.
- LAGRANGE, H., y LHOMOND, B. (1997): *L'entrée dans la sexualité. Le comportement des jeunes dans le contexte du sida*. París. Éditions La Découverte.
- LEVINE, S. B. (1988): «Intrapsychic and individual aspects of sexual desire». En S. L. Leiblum y R. C. Rosen (Eds.). *Sexual desire disorder*. New York. Guilford Press.
- LÓPEZ, F. (1999): «Evolución del apego desde la adolescencia hasta la muerte». En F. López, I. Etxebarria, M. J. Fuentes y M. J. Ortiz (Eds.). *Desarrollo afectivo y social*. Madrid. Pirámide.
- MALO DE MOLINA, C. (1992): *Los españoles y la sexualidad*. Madrid. Temas de hoy.
- MARTÍNEZ, J. L. (2000): «Experiencias heterosexuales en la adolescencia: Implicaciones para la educación sexual». *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53 (1). Pp. 191-209.
- MONEY, J., y EHRHARDT, A. E. (1982): *Desarrollo de la sexualidad humana. Diferenciación y dimorfismo en la identidad de género*. Madrid. Morata.
- OLIVA, A.; SERRA, L., y VALLEJO, R. (1993): *Conducta sexual y contraceptiva entre jóvenes andaluces. Estudio cuantitativo*. Junta de Andalucía, Sevilla.
- OLIVA, A.; SERRA, L., y VALLEJO, R. (1997): «Patrones de comportamiento sexual y contraceptivo en la adolescencia. / Patterns of sexual and contraceptive behaviour in adolescence». *Infancia y Aprendizaje* (77). Pp. 19-34.
- ORTIZ, M. J.; GÓMEZ-ZAPIAIN, J., y APODACA, P. (2002): «Apego y satisfacción afectivo sexual en la pareja». *Psicothema*, 14 (2). Pp. 469-475.
- SCHOFIELD, N. (1965): *The sexual behaviour of young people*. London. Longman.
- WEINBERG, M. S.; LOTTES, I. L., y AVELINE, D. (1998): «AIDS risk reduction strategies among United States and Swedish heterosexual university students». *Archives of sexual behavior*, 27 (4). Pp. 385-401.

La sexualidad en la edad madura



La soltería

Tendencias en la cohabitación

Cohabitación y posterior matrimonio: ¿beneficioso o arriesgado?

El matrimonio: unir lazos

De cerca. Puntos de vista históricos del matrimonio

¿Por qué se casan las personas?

Tipos de matrimonio

¿Con quién nos casamos? ¿Los matrimonios se hacen en el cielo o en la vecindad?

El sexo en el matrimonio

El sexo extramarital

La sexualidad humana en el nuevo milenio. ¿Alguien me está espiando? Sí, ¡Snoopware!

El divorcio

El sexo en la tercera edad

Los cambios físicos

Patrones de la actividad sexual

El sexo y las discapacidades

Las discapacidades físicas

Las discapacidades psicológicas

La soltería

Pregunta: ¿Cuáles son las tendencias en el número de personas que permanecen solteras?

En los últimos años se ha registrado un aumento en el número de jóvenes solteros en nuestra sociedad. «Soltería», nada de matrimonio, éste es ahora el estilo de vida más común entre las personas que rondan los veinte años de edad. Los matrimonios pueden hacerse en el cielo, pero muchos estadounidenses, por ejemplo, dicen que el cielo puede esperar. El porcentaje de matrimonios ha decaído en Estados Unidos. Más de cuatro hombres de cada cinco (el 84 por ciento), con edades comprendidas entre los 20 y los 24 años, están solteros, un 55 por ciento más que en 1970 (Censo, 2001). En el año 2000, el número de mujeres solteras en esta edad creció hasta el 73 por ciento, comparado con el 36 por ciento que había en 1970 (Censo, 2001). Lo mismo ha sucedido en Europa.

Pregunta: ¿Por qué permanecen solteras las personas? Son muchos los factores que contribuyen al incremento de personas solteras. En primer lugar, muchos posponen el matrimonio con el fin de alcanzar sus metas educativas y profesionales. Mucha gente joven decide compartir piso con su pareja (cohabitación), al menos durante un tiempo, en lugar de casarse. Como se muestra en la Tabla 11.1, la gente tiende a casarse más tarde. El típico hombre estadounidense, por ejemplo, de hoy en día, se casa a la edad de 27 años, comparado con la situación de hace cincuenta años, en la que contraía matrimonio a la edad de 23 (Censo, 2001). La mujer actual se casa alrededor de los 25 años; cincuenta años antes, las mujeres se casaban a los 20.

Los grupos familiares encabezados por una madre soltera aumentaron hasta llegar al 26 por ciento del total de familias, mientras que hace tres décadas estaban representadas tan solo por un 12 por ciento (Censo, 2001). Algunas de estas mujeres formaron sus familias como madres solteras, pero también ha aumentado el número de mujeres que crían solas a sus hijos, dado el incremento de divorcios.

Las personas solteras tienen ahora menos problemas que antes en la sociedad, aunque aún hoy hay sociedades en las que las personas que no han contraído matrimonio son vistas como inadaptadas o fracasadas, por no seguir los estereotipos marcados por la sociedad. De igual

TABLA 11.1		
Edad media estimada para el primer matrimonio, por sexos: de 1890 a 2000		
Año	Hombres	Mujeres
2000	26,8	25,1
1990	26,1	23,9
1980	24,7	22,0
1970	23,2	20,8
1960	22,8	20,3
1950	22,8	20,3
1940	24,3	21,5
1930	24,3	21,3
1920	24,6	21,2
1910	25,1	21,6
1900	25,9	21,9
1890	26,1	22,0

Fuente: Oficina del Censo de Estados Unidos, *Informaciones de la población actual*, Series P20-514. «Marital status and living arrangements: March 1998 (update)», e informes anteriores. Hecho público por la Oficina del Censo de Estados Unidos el 7 de enero de 1999. Censo: *Los estadounidenses se casan más tarde* (29 de junio de 2001). Prensa asociada.

modo les ocurre a hombres que no han contraído nunca matrimonio y de los que se piensa que son homosexuales. Las mujeres solteras pueden tener la sensación de que los hombres las miran como si fueran perdedoras. Pero las mujeres solteras por encima de los treinta años no están dispuestas a ser consideradas unas «solteronas» nunca más (Edwards, 2000).

Muchas personas solteras no eligen serlo. Algunos permanecen solteros porque aún no han encontrado a la pareja perfecta. Aun así, muchos jóvenes ven la soltería como una alternativa, una forma de vida sin límites fijados, no como un estado que precede al matrimonio. Las mujeres ya no dependen económicamente de un hombre, como lo hacían sus madres o abuelas, gracias a las amplias posibilidades laborales a las que pueden acceder ahora. Una parte de las mujeres con estudios, al igual que los hombres con carrera, deciden quedarse solteras, al menos durante un tiempo, para centrarse en su vida profesional.

Pero la soltería no es un estado civil libre de problemas. Muchos solteros están solos. Algunos solteros expresan su preocupación por la carencia de una relación social constante, significativa. Otros, normalmente mujeres, están preocupados por su seguridad física. Algunas personas que viven solas encuentran dificultades a la hora de satisfacer sus necesidades íntimas, de relaciones sociales, sexuales o de apoyo emocional. A pesar de estas preocupaciones, la mayoría de los solteros están bien adaptados a su situación y se sienten satisfechos. Los solteros que tienen un gran número de amigos y se sienten apoyados por ellos tienden a estar más satisfechos con su estilo de vida.

No existen unas pautas establecidas para la soltería. Los solteros difieren en sus intereses sexuales y estilos de vida. Muchos alcanzan una seguridad emocional y psicológica por medio de relaciones íntimas dentro de un círculo de amigos. La mayoría son sexualmente activos y practican la **monogamia en serie**. Otros solteros mantienen una relación sexual con una pareja estable, junto con otras relaciones que les surgen ocasionalmente. Unos pocos, incluso en estos tiempos en los que existe el peligro del SIDA, mantienen encuentros sexuales ocasionales o de una sola noche.



Solteros. No existe un escenario único para los solteros. Aunque algunos solteros se conocen en bares de copas para solteros, muchos lo hacen en lugares más casuales, como las lavanderías. Otros ponen anuncios en páginas web, periódicos o revistas.

Monogamia en serie

Situación en la que se encadena una relación detrás de otra manteniendo la monogamia, a diferencia de la situación en la que se mantienen varias relaciones de carácter sexual de forma simultánea.

Algunos solteros mantienen el **celibato**, por decisión propia o por falta de oportunidades. Las personas pueden elegir el celibato por diversas razones. Las monjas y los sacerdotes, por razones religiosas. Otros creen que el celibato les permite centrar sus energías y atención en el trabajo o comprometerse en causas importantes. Consideran el celibato una elección temporal para sus propósitos. Hay personas que mantienen el celibato porque ven el sexo fuera del matrimonio como algo inmoral. Incluso hay personas que se mantienen célibes porque consideran la actividad sexual como algo aversivo y poco atrayente o por miedo a contraer una enfermedad de transmisión sexual.

Tendencias en la cohabitación

El número de hogares formados por un hombre y una mujer que no están casados y viven juntos en Estados Unidos, por ejemplo, se cuadruplicó durante los últimos 25 años (Smock, 2000). La cifra aumentó desde cerca de 1,6 millones de parejas en 1980 a 3,2 en 1990 y a cerca de 5,5 millones en la actualidad (Marquis, 2003; Smock, 2000). La población de Estados Unidos, por ejemplo, también ha crecido en este periodo, pero al mismo ritmo. Tan solo en la década que va desde 1990 hasta 2000, el número de parejas que conviven juntas se ha incrementado en un 72 por ciento (Marquis, 2003).

Aunque se centra mucho la atención en los estudiantes universitarios que viven juntos, de hecho la **cohabitación** es más frecuente entre personas con menos formación académica y menor nivel adquisitivo (Willis & Michael, 1994). La proporción de cohabitación es aproximadamente dos veces más alta entre parejas afroamericanas que entre parejas euroamericanas.

Más de la mitad (56 por ciento) de los matrimonios que tuvieron lugar en la década pasada estuvieron precedidos por un periodo de cohabitación (Smock, 2000). También resulta que cerca del 55 por ciento de las parejas que cohabitan terminan contrayendo matrimonio, lo cual ha llevado a sugerir a algunos científicos sociales que la cohabitación es un nuevo estado de compromiso. Aun así, cerca del 40 por ciento de estas parejas casadas después de cohabitar terminan divorciándose más tarde, con lo que un «ensayo matrimonial» podría no ser suficiente para proporcionar a las parejas la información que necesitan el uno del otro.

Celibato Abstinencia sexual completa. (A veces se utiliza este término para describir el estado civil de una persona que no está casada, especialmente en el caso de personas que hacen votos religiosos para permanecer solteras.)

Cohabitación Vivir dos personas juntas como si fueran un matrimonio pero sin documentos legales de por medio.

Cohabitación. La cohabitación fue definida durante un tiempo como «vivir en pecado», pero se ha visto incrementada como forma de vida. Algunos sociólogos predicen que la cohabitación reemplazará al matrimonio como el estilo de vida más popular en el primer siglo del nuevo milenio.



Estamos llegando a un momento en que podemos decir que la mitad de las personas que viven en Estados Unidos, por ejemplo, han cohabitado al menos durante algún tiempo. Por ejemplo, cerca de la mitad de las mujeres consultadas en Estados Unidos que rondan los 40 años de edad, dicen haber cohabitado (Smock, 2000). La presencia de hijos es casi tan común en hogares de parejas que conviven como en hogares de parejas casadas (Marquis, 2003). Cerca de la mitad de las personas divorciadas que están conviviendo con una nueva pareja tienen hijos en el hogar (Smock, 2000). Al menos uno de cada tres hogares, con parejas que nunca han contraído matrimonio, tienen hijos viviendo con ellos.

Pregunta: ¿Por qué cohabitan las personas? Por muchas razones. La cohabitación, como el matrimonio, es una alternativa a la soledad que conlleva vivir solo. Las parejas románticas pueden sentir profundos sentimientos el uno por el otro, pero no estar preparadas para el matrimonio. Algunas parejas prefieren la cohabitación porque es una manera de alcanzar una relación sin papeles legales de por medio (Hussain, 2002; Marquis, 2003).

La disposición para la cohabitación está relacionada con actitudes más liberales hacia la conducta sexual y un punto de vista menos tradicional del matrimonio y de los papeles de género (Hussain, 2002; Marquis, 2003; Smock, 2000). Por ejemplo, la cohabitación es más frecuente entre los divorciados que entre personas que no han estado casadas anteriormente (Smock, 2000). Y las personas que cohabitan acuden menos frecuentemente a la iglesia que los que no cohabitan (Laumann *et al.*, 1994).

Muchas de las personas que cohabitan están menos comprometidas en sus relaciones de lo que lo están las personas casadas (Hussain, 2002; Marquis, 2003). Ruth, una mujer de 84 años de edad, ha estado conviviendo con su pareja, de 85, durante cuatro años. «Soy un espíritu libre —dice ella—. Necesito mi espacio. A veces pensamos en el matrimonio, pero entonces me doy cuenta de que no quiero atarme de esa manera» (citado en Steinhauer, 1995, p. C7).

Los comentarios de Ruth son interesantes porque se oponen a los estereotipos de las mujeres y de la gente mayor. Sin embargo, es más frecuente que sea el hombre el menos dispuesto a comprometerse (Peplau, 2003). Mark, asesor informático de 44 años de edad, vive con Nancy y la hija de ambos, de siete años de edad, Janet. Mark dice: «Nosotros no nos sentimos esencialmente como una pareja, sino que, ante todo, nos sentimos como individuos que viven en pareja. Esto me permite ir a mi aire. A los hombres no nos gusta comprometernos, así que quizá ésta sea solo algún tipo de excusa» (citado en Steinhauer, 1995, p. C7). David Popenoe, de la Universidad de Rutgers, advierte que muchos hombres cohabitan porque es un modo de conseguir una «cuasi-esposa» sin que eso implique un compromiso por su parte (Hussain, 2002).

Los factores económicos también juegan un papel en la cohabitación. El compromiso emocional de las parejas podría llevarles a cohabitar para compartir los gastos de la vivienda. Las personas que cohabitan y reciben dinero público (por ejemplo, en forma de pensiones de viudedad) se arriesgan a perder estos ingresos si contraen matrimonio (Hussain, 2002; Marquis, 2003)¹. También algunas parejas formadas por personas de edad avanzada viven juntas en lugar de casarse debido a la oposición de sus hijos ya adultos. Algunos hijos tienen miedo de que su progenitor sea víctima de alguna persona mayor necesitada. Otros pueden no querer que sus herencias se vean cuestionadas o pueden no querer decidir dónde enterrar al otro miembro de la pareja. Las parejas más

¹ Nota del editor español: Esto ya no es así en países como España, pero lo ha sido hasta hace poco.

jóvenes pueden cohabitar secretamente para seguir recibiendo el apoyo económico de los padres, pues de otra manera podrían perder esa ayuda, si se casaran o revelaran su situación de cohabitación.

Cohabitación y posterior matrimonio: ¿beneficioso o arriesgado?

Pregunta: *¿Qué les pasa a las personas que cohabitan?* Las parejas que cohabitan pueden pensar que de esta manera fortalecen un eventual matrimonio y liman asperezas en su relación. Sin embargo, las personas que cohabitan y más tarde se casan corren un mayor riesgo de divorciarse. Según el estudio realizado por Pamela Smock (2000) en el Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad de Michigan, el 40 por ciento de las parejas que cohabitan un tiempo antes de contraer matrimonio, se divorcian más tarde. Las personas que cohabitan y después se casan pueden correr un riesgo mayor —no menor— de divorciarse que los que no cohabitaron. Algunos estudios sugieren que la probabilidad de divorcio, después de diez años de matrimonio, es casi el doble entre las parejas casadas que han cohabitado antes del matrimonio (Smock, 2000).

¿Por qué podrían correr mayor riesgo de divorcio las parejas que han cohabitado antes del matrimonio que las que no lo han hecho? No hay que asumir que la cohabitación sea causa de divorcio. Tenemos que ser siempre cautelosos con las conclusiones a las que se llega a partir de los datos correlacionales. Por ejemplo, ninguna de las parejas participantes en los estudios fueron asignadas de forma causal al grupo de los que cohabitaron y de los que no lo hicieron. Por consiguiente, los factores de selección —los factores que clasificaron a las parejas en «cohabitaron» y «no cohabitaron»— podrían explicar los resultados (véase la Figura 11.1). Las personas que cohabitan tienden a declararse más a favor de la propia independencia personal (Hussain, 2002; Marquis, 2003; Smock, 2000). Además, tienden a ser menos tradicionales y menos religiosos que las personas que no cohabitan. Con todo, las personas que cohabitan antes de contraer matrimonio tienden a sentirse menos comprometidas con los valores e intereses tradicionalmente asociados con la institución del matrimonio. Las diferentes actitudes de las personas que cohabitan y las de quienes no lo hacen son la que pueden llevar a un mayor número de divorcios entre aquel grupo de población.

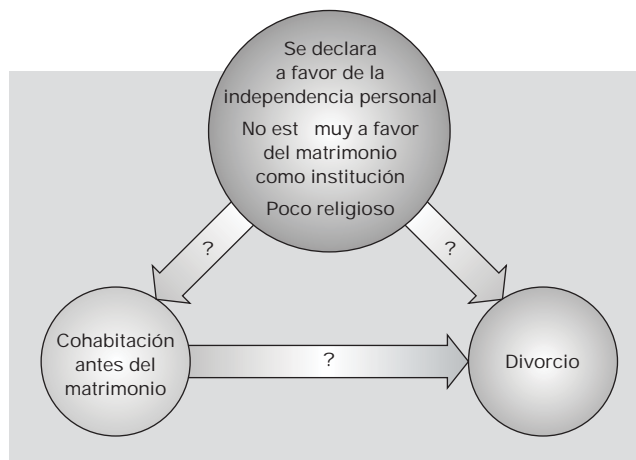


Figura 11.1. *¿La cohabitación antes del matrimonio incrementa el riesgo de un eventual divorcio? Existe una correlación entre cohabitación antes del matrimonio y riesgo de divorcio posterior. ¿La cohabitación incrementa el riesgo de divorcio o lo hacen otros factores, como la anteposición de la independencia personal, contribuyendo ambos a una mayor probabilidad de cohabitación que eventualmente pueda terminar en divorcio?*

El matrimonio: unir lazos

Pregunta: ¿Siguiendo siendo popular el matrimonio? Aparentemente sí. A pesar de la creciente incidencia de la cohabitación en Estados Unidos, por ejemplo, y otros Estados occidentales, el matrimonio está presente en todas las sociedades humanas. La mayoría de las personas, en todas las sociedades conocidas, que son casi todas, se casan al menos una vez.

El matrimonio sigue siendo nuestro estilo de vida más común, pero no por mucho más tiempo. En el año 2000, el 52 por ciento de las familias en Estados Unidos, por ejemplo, estaban encabezadas por parejas casadas, mientras que en el año 1990 la cifra alcanzaba el 55 por ciento (Armas, 2000). Aun así, la gente sigue considerando el matrimonio como algo permanente. En una encuesta realizada por *The New York Times* en la que se preguntaba: «Si tuviera que casarse hoy, ¿mantendría el matrimonio para el resto de su vida?», el 86 por ciento respondió que sí (Eggers, 2000). Solo el 11 por ciento respondió negativamente. En algunas culturas, como la hindú de la India, el matrimonio es prácticamente universal, y más del 99 por ciento de las mujeres terminan casándose. Sin embargo, la cohabitación se está extendiendo a lo largo y ancho de Estados Unidos, por ejemplo. El investigador Larry Bumpass, de la Universidad de Wisconsin, estima que la mitad de la población adulta por debajo de los 40 años de edad está cohabitando. Y estima que, en algún momento de la próxima década, la mitad de la población adulta por debajo de los 50 años vivirá en cohabitación.



Puntos de vista históricos del matrimonio

El matrimonio tiene una historia larga y variada. Los antiguos hebreos, griegos y romanos vivían en patriarcados en los que el hombre dominaba en la mayoría de los aspectos. La mujer era considerada parte de las propiedades del marido: un objeto cuyas responsabilidades consistían en el cuidado de los niños y los quehaceres diarios de la casa. Los matrimonios los arreglaban normalmente los hombres, a veces por motivos políticos o económicos. En la Grecia clásica, los hombres podían recurrir a cortesanas con quienes mantenían sofisticadas conversaciones o actividades sexuales sensuales, cosa que no hacían con sus esposas.

Las tradiciones cristianas también tienen un origen patriarcal. El dominio

masculino estaba legitimado por las escrituras bíblicas, tal y como podemos ver en este pasaje del *Nuevo Testamento*: «Las mujeres, sometidas a sus propios maridos, tal y como lo están al Señor. El marido es la cabeza de la mujer, así como Cristo es la cabeza de la Iglesia» (Efesios 5: 23-24).

Las tradiciones patriarcales en la cultura occidental se debilitaron con el tiempo y las mujeres llegaron a considerarse compañeras sentimentales más que pertenencias. Se reconoció su capacidad para aprovechar la educación. Pero la idea de que la mujer casada pueda desarrollar su propia carrera, dejando de lado las necesidades de su marido, es de reciente desarrollo, así como que la mujer tiene unos derechos sexuales propios. A

finales del siglo XIX, todavía el sexo marital era visto como un medio de reproducción y una forma de satisfacer las necesidades masculinas.

Aunque los roles maritales han cambiado en la sociedad moderna, algunas parejas siguen cumpliendo con los papeles tradicionales del marido y de la esposa, en los que el hombre tiene la responsabilidad de ingresar el dinero en el hogar y la mujer se encarga del cuidado de la casa y de los niños. Las parejas estadounidenses de hoy, por ejemplo, tienden más a compartir, incluso intercambiar, los papeles en el seno del matrimonio. La Tabla 11.2 muestra algunos de los rasgos de los matrimonios tradicionales y de los llamados matrimonios modernos.

TABLA 11.2

Una comparación entre los matrimonios tradicionales y modernos

Matrimonio tradicional	Matrimonio moderno
El énfasis está en los rituales y en los roles tradicionales.	El énfasis está en una relación de compañía.
Las parejas no viven juntas antes de contraer matrimonio.	Las parejas pueden vivir juntas antes de contraer matrimonio.
El marido es dominante; la esposa, sumisa.	Ningún miembro de la pareja es el dominante o el sumiso.
El marido y la esposa tienen cada uno un rol específico y rígido dentro del matrimonio.	Ambos miembros de la pareja tienen un rol flexible en su relación.
En el hogar entra un sueldo (el del marido).	Pueden entrar dos sueldos en la casa; es decir, la pareja comparte la función de mantener los ingresos familiares. En muchos casos es la mujer la que ingresa el único sueldo en el hogar.
El marido es quien da el primer paso en la actividad sexual; la esposa obedece.	Cualquiera de los dos miembros de la pareja puede iniciar (o rechazar) la actividad sexual.
La esposa cuida de los hijos.	Ambos se reparten las tareas en la educación de los hijos.
La formación académica se considera importante para el marido, no para la esposa.	La formación académica se considera importante para ambos miembros de la pareja.
La actividad profesional del marido determina la localidad de la residencia familiar.	La actividad profesional de ambos esposos determina la localidad de la residencia familiar.

Fuente: Tomado de Knox, D. & Schacht, C. (2002): *Choices in relationships-An introduction to marriage and the family*, 7ª edición. Belmont, CA. Wadsworth.

¿Por qué se casan las personas?

Pregunta: *Entonces, ¿por qué se casan las personas?* Las personas se casan por muchas razones, incluso en la era de la cohabitación. El matrimonio satisface necesidades personales y culturales. Legitima las relaciones sexuales y proporciona sanciones legales para relaciones profundamente comprometidas. Permite mantener una vida hogareña y proporciona una institución en la que los hijos pueden sentirse apoyados e integrados en una sociedad. El matrimonio restringe las relaciones sexuales, por lo que el hombre puede asegurarse —o al menos asumir— que los hijos de su esposa son también de él. El matrimonio permite pasar las propiedades de un familiar a otro y de una generación a otra. En los siglos XVII y XVIII, la mayoría de los matrimonios europeos eran convenidos por los padres, por lo general con la finalidad de obtener beneficios para la familia.

Las ideas de amor romántico e igualdad y el concepto radical de que tanto los hombres como las mujeres pueden aspirar al ideal de fidelidad, son adiciones recientes que se han hecho al matrimonio en la sociedad occidental. La idea del amor como base del matrimonio no se extendió en la cultura occidental hasta el siglo XIX.

Hoy en día, al aceptarse por la sociedad el sexo premarital, entre dos personas que sienten afecto la una por la otra, el deseo de mantener relaciones sexuales motiva en menor medida el matrimonio. Pero el matrimonio proporciona un sentimiento de seguridad emocional y psicológica y la oportunidad de compartir sentimientos e ideas con alguien con quien se está unido de forma especial. Hoy en día, los deseos de estar acompañado y mantener una relación íntima son las metas del matrimonio.

Broadly dice que hoy en día las personas quieren casarse porque creen que de esa manera serán felices. Una encuesta realizada por Gallup sugiere que este optimismo podría estar fundamentado (Chambers, 2000). La encuesta revela que las personas casadas tienen mayor probabilidad de ser más felices que las personas solteras (véase la Tabla 11.3).

TABLA 11.3

Porcentaje de los encuestados que dicen sentirse

	Casados (%)	No casados (%)
Total	57	36
Hombres	53	35
Mujeres	62	37

Fuente: Chris Chambers (13 de octubre de 2000): *Americans are overwhelmingly happy and optimistic about the future of the U.S. Marital status strongly affects both happiness and optimism*. Princeton, NJ. Gallup News Service.

Tipos de matrimonio

Pregunta: Hemos hablado de matrimonios entre un hombre y una mujer. ¿Qué otro tipo de matrimonios existen? Existen muchos tipos de matrimonio. En las parejas formadas por un hombre y una mujer encontramos dos tipos: monogamia y poligamia. En la **monogamia**, el matrimonio está formado únicamente por un marido y una esposa. Pero no nos dejemos confundir por el término, que se refiere a una forma de matrimonio, no a una exclusividad sexual. Las personas casadas y monógamas a menudo tienen relaciones extramatrimoniales, como ya veremos, pero en ese momento están casadas con solo una persona. En la **poligamia**, una persona tiene más de un cónyuge (del sexo opuesto) y las relaciones sexuales de esa persona con los otros cónyuges están permitidas. En los matrimonios homosexuales, una persona está casada con alguien de su mismo sexo.

La **poliginia** ha sido la forma de poligamia más común entre las sociedades preliterarias del mundo (Ford & Beach, 1951; Frayser, 1985). La **poliandria** es relativamente rara (véase el Capítulo 1). En las sociedades donde existe la poliginia, que incluyen muchas sociedades islámicas, se permite que los hombres tengan múltiples esposas. Se podría decir que, en la mayoría de los casos, solo los hombres ricos pueden mantener múltiples esposas y a los hijos que resultan de estas uniones. Pero son pocas las sociedades que tienen suficientes mujeres como para permitir a los hombres tener múltiples esposas (Harris & Johnson, 2000; Whitten, 2001).

Tal y como se apunta en el Capítulo 9, los Países Bajos, Bélgica y Canadá han ampliado en 2003 los derechos de matrimonio a las parejas del mismo sexo², y muchas otros Estados occidentales permiten a homosexuales y lesbianas registrarse como parejas legales y, de ese modo, acceder a los derechos y las responsabilidades que implica el matrimonio. Actualmente, algunos Estados de Estados Unidos permiten uniones civiles entre parejas del mismo sexo. En Estados Unidos, las encuestas en las que se cuestiona permitir o no el matrimonio homosexual se realizan en toda la nación. Una reciente encuesta en California muestra que el 50 por ciento de la población se opone al **matrimonio homosexual**, frente al 42 por ciento (la mitad de la población en California, 2003). En el mismo año,

Monogamia

Matrimonio exclusivamente entre dos personas.

Poligamia Matrimonio en el que una persona tiene más de un cónyuge.

Matrimonio homosexual

Matrimonio entre personas del mismo sexo.

Poliginia Tipo de matrimonio en el que un hombre está casado con más de una mujer al mismo tiempo.

Poliandria Tipo de matrimonio en el que una mujer está casada con más un hombre al mismo tiempo.

² N. del editor español: También en la España de 2005.

los residentes en Massachussets apoyaron el matrimonio homosexual con el 50 por ciento, frente al 44 por ciento (Phillips, 2003). Pero existen dos importantes tendencias: primero, los jóvenes, en especial los estudiantes universitarios, apoyan el matrimonio homosexual más que las personas de más edad o con una formación académica menor. Segundo, la mayoría obtenidas en las áreas encuestadas permiten a los homosexuales apuntarse en el Registro Civil, lo que aporta derechos similares a los del matrimonio, aun cuando los mismos ciudadanos encuestados definen el término «matrimonio» excluyendo de él las uniones homosexuales.

Los matrimonios, por lo general, se basan en la esperanza de tener exclusividad sexual. No obstante, estilos de vida alternativos o no tradicionales, como matrimonios abiertos o grupos matrimoniales, permiten mantener relaciones íntimas con personas fuera del matrimonio. Dichos estilos de vida alternativos provocaron una fuerte agitación durante el auge de la revolución sexual en la década de 1970, pero incluso entonces eran más numerosas las personas que hablaban de ello que las que lo practicaban (Harris & Johnson, 2000; Whitten, 2001). Todavía hoy se encuentran pocos partidarios de ello.

A pesar de que el ideal de matrimonio tradicional sigue fuertemente arraigado en nuestra cultura, los hombres tienden algo más que las mujeres a expresar su interés por estilos de vida que permiten una gran libertad sexual (Knox & Schacht, 2002). Pero incluso la mayoría de los que han probado estilos de vida como la cohabitación, el matrimonio abierto o el matrimonio en grupo, terminan estableciendo un matrimonio tradicional en algún momento.

Con todo, la mayoría de los adultos en Estados Unidos, por ejemplo, siguen opinando del matrimonio lo que Winston Churchill opinaba sobre la democracia: tiene defectos, está cargada de problemas y resulta frustrante, pero es preferible a las alternativas.

Pregunta: De acuerdo, ahora que conocemos los tipos de matrimonio, ¿cómo elegimos al individuo con el que nos casaremos?

¿Con quién nos casamos? ¿Los matrimonios se hacen en el cielo o en la vecindad?

La mayoría de las sociedades preliterarias regulan la selección de los cónyuges de algún modo. El tabú universal del incesto impide las relaciones entre parientes próximos. Las reglas sociales y las costumbres determinan con qué persona se puede mantener una relación y con quién no.

En las culturas occidentales se es presumiblemente libre para mantener una relación. Los padres raramente conciertan los matrimonios; si acaso, influyen en sus hijos a la hora de elegir la fecha del enlace, que llevará a la sólida y maravillosa pareja al altar de la iglesia calle abajo. No obstante, factores como la etnia, la clase social y la religión a menudo determinan el tipo de persona con el que mantenemos una relación (Laumann *et al.*, 1994). Las personas de nuestra cultura tendemos a casarnos con alguien de nuestra misma área geográfica o clase social. Como las personas de nuestra vecindad son de una clase social similar, las historias matrimoniales como las de *La Cenicienta* son la excepción de la regla.

Ya que podemos elegir, tendemos a casarnos con personas que nos atraen. De acuerdo con la hipótesis del emparejamiento, como explicamos en el Capítulo 6, estas personas son similares a nosotros en cuanto a rasgos de belleza y actitudes, e incluso en los detalles más minuciosos. Somos más parecidos de lo que pensamos a nuestras parejas, en altura, en peso, en rasgos personales y en inteligencia. De igual modo, tendemos a pensar que nuestra pareja potencial probablemente conozca nuestras necesidades materiales, sexuales y psicológicas.

Matrimonio abierto

Matrimonio que se caracteriza por la intimidad personal de los esposos y la libertad consentida de cada uno de ellos para mantener relaciones íntimas, incluyendo relaciones sexuales, con otra persona que no es el propio cónyuge.

Grupo matrimonial

Acuerdo social en el que tres o más personas comparten relaciones íntimas. Los grupos matrimoniales son ilegales en Estados Unidos y en todo Occidente.

Homogamia

Práctica de contraer matrimonio con personas similares en ascendencia y nivel social. (Del griego *homos*, que significa «mismo», y *gamos*, que significa «matrimonio».)

La **homogamia** significa casarse con alguien parecido. La mayor parte de las veces, los matrimonios se producen entre personas del mismo origen racial o étnico, nivel educativo y religión. Tan solo hace 40 años, tres quintas partes (59 por ciento) de los estadounidenses creían que el matrimonio entre afroamericanos y euroamericanos debía ser ilegal, y así fue en algún momento del pasado en 42 de los Estados (Kristof, 2002). Tan solo en 1967 las Cortes del Supremo invalidaron las leyes de estos Estados. Los matrimonios raciales mixtos en Estados Unidos alcanzan ahora 1,5 millones, y las cifras se doblan más o menos cada diez años (Kennedy, 2003; Kristof, 2002). En los últimos años, cerca del 40 por ciento de los estadounidenses de origen asiático y el 6 por ciento de los afroamericanos han contraído matrimonio con euroamericanos (Kennedy, 2003; Kristof, 2002).

También tendemos a una cierta *homogamia de edad* (Michael *et al.*, 1994). La homogamia de edad —la selección de una pareja dentro del rango de edad de uno mismo— puede reflejar la tendencia de casarse pronto en la edad adulta. Las personas que se casan más tarde o que vuelven a casarse no sienten esa tendencia a seleccionar la pareja de edad parecida. Los novios tienden a ser entre dos y cinco años mayores que sus novias en los países de Europa, Norteamérica y Sudamérica (Buss, 1994).

Algunos matrimonios también muestran un **gradiente de emparejamiento**. El estereotipo muestra que un hombre de edad avanzada y bien situado económicamente toma por esposa a una mujer atractiva más joven que él. Pero por lo general, y con una predictibilidad fastidiosa, nos sentimos atraídos y nos casamos con el chico o la chica de la puerta (casi) de al lado. Así, la mayoría de los matrimonios no se hacen en el cielo, sino en la vecindad.

¿Quién está en las nubes? Cuando se trata de elegir pareja, los hombres tienden a ser los románticos y las mujeres las pragmáticas. Los hombres tienden a pensar, más que las mujeres, que cada persona tiene un verdadero amor que está destinado a encontrar (Peplau, 2003). Los hombres tienden más a enamorarse a primera vista. Por otro lado, las mujeres tienden a valorar probablemente más la seguridad económica que la pasión y a pensar que podrían mantener una relación amorosa con varios individuos; también creen, en menor medida, que el amor lo puede todo —especialmente los problemas económicos—.

Existe la creencia de que el matrimonio tiene que ver de algún modo con el sexo.

Pregunta: ¿Qué tipo de patrones de conducta sexual nos encontramos en el matrimonio?

El sexo en el matrimonio

Los patrones de sexualidad matrimonial varían entre las culturas, aun cuando los antropólogos hayan encontrado puntos comunes (Harris & Johnson, 2000; Whitten, 2001). La intimidad en las relaciones sexuales se valora prácticamente en todas las culturas. La mayoría de las culturas establecen restricciones en cuanto a las relaciones durante la menstruación, al menos durante algunas etapas de la gestación y durante un tiempo después del nacimiento del bebé.

Hasta la revolución sexual de las décadas de los años 1960 y 1970, la cultura occidental se podía definir como restrictiva, incluso hacia el sexo en el ámbito del matrimonio. Normalmente, cuando pensamos en la revolución sexual lo hacemos en términos de cambios en el comportamiento sexual y en las actitudes entre los jóvenes, personas no casadas, pero supuso profundos cambios en la sexualidad marital. Comparada con la «prerrevolución» de Kinsey a finales de la década de 1930 y principios de la década de 1940, las parejas casadas mantienen hoy en día relaciones sexuales más frecuentemente, con más variedad y mayor duración, y dicen obtener una mayor satisfacción sexual. La revolución sexual ayudó a que desapareciera esa idea de que el placer sexual es privativo de

Gradiente del emparejamiento

Tendencia en las mujeres a casarse para ascender (en su estatus social o económico), mientras que los hombres descienden en su nivel social.

los hombres y que la obligación de las mujeres es satisfacer las necesidades sexuales de sus maridos. Los canales de televisión de pago para adultos han acercado las películas de sexo explícito a los hogares de clase media.

Los descubrimientos científicos también tuvieron una influencia liberalizadora. Los hallazgos de Kinsey y Masters y Johnson, que mostraron que las mujeres normales no solo son capaces de alcanzar el orgasmo sino también el orgasmo múltiple, fueron como un mazazo a las creencias tradicionales de que la gratificación sexual era únicamente un derecho de los hombres. Los espectáculos de televisión, las películas y las tertulias de radio comenzaron a retratar a las mujeres como aprendices sexuales que disfrutaban con el sexo. La opulencia de los años que siguieron a la Segunda Guerra Mundial animó a la gente más joven a recibir una educación universitaria y vivir lejos de casa. Las facultades liberaban no solo por medio de los libros y los conocimientos científicos, sino también por el estímulo de las actitudes más liberales entre los estudiantes más espabilados, que procedían de diferentes lugares.

El desarrollo de anticonceptivos eficaces distinguió entre sexo y reproducción. Los motivos para el placer sexual se ampliaron. Todas estas fuerzas liberadoras han conducido a cambios en la frecuencia del acto sexual en el matrimonio y en las técnicas de los prolegómenos y el coito, desde los tiempos de Kinsey.

Cambios en la duración y en las técnicas de los prolegómenos. Las mujeres casadas participantes en la encuesta de Kinsey informaron de unos prolegómenos de doce minutos por término medio. Éstos aumentaban hasta quince minutos entre las esposas encuestadas por *Playboy* (Hunt, 1974). Kinsey descubrió que los hombres con menor formación académica dedican menos tiempo a los prolegómenos, por lo general solo los dos o tres minutos previos a la penetración. Los hombres con formación universitaria aumentan ese tiempo, que pasa a ser de entre cinco y quince minutos. En un cambio espectacular hacia la sofisticación, desde los tiempos de Kinsey, Hunt averiguó que la típica duración de los prolegómenos en los años setenta era de quince minutos, tanto por parte de los hombres que tenían formación universitaria como de los que no la tenían. Sin embargo, los prolegómenos tenían mayor duración en los matrimonios jóvenes que en los de más edad.

Los prolegómenos han experimentado una mayor variedad desde los tiempos de Kinsey. Las parejas encuestadas en recientes estudios emplean una extensa variedad de técnicas en los prolegómenos, incluyendo la estimulación oral de los senos y el contacto oral de los genitales (Laumann *et al.*, 1994).

Cambios en la frecuencia del coito marital. ¿Con que frecuencia mantienen relaciones sexuales las parejas casadas? La Tabla 11.4 resume los resultados obtenidos por Kinsey en sus estudios. La frecuencia del coito es inversamente proporcional a la edad. Es decir, las parejas de más edad mantienen una frecuencia menor de relaciones sexuales.

Los datos recogidos por los estudios de la NHSLS no permiten una comparación directa con las cifras de Kinsey. Sin embargo, tal como se muestra en la Tabla 11.5, la aplastante mayoría de mujeres y hombres casados encuestados en Estados Unidos, por ejemplo, dicen mantener relaciones sexuales unas pocas veces al mes o dos o tres veces por semana (Laumann *et al.*, 1994). El promedio es de siete veces al mes (Michael *et al.*, 1994, p. 136). Estas cifras no difieren demasiado de las de Kinsey.

Kinsey y el grupo de la Universidad de Chicago (conducido por el estudio de la NHSLS) no encontraron una relación convincente entre la frecuencia de los coitos y el nivel de formación académica. Sin embargo, los estudios han descubierto que la frecuencia de los coitos disminuye con la edad (Call *et al.*, 1995; Laumann *et al.*, 1994). Por ejemplo, entre las edades de 50 a 59 años, las personas encuestadas mostraban un promedio de cuatro a cinco veces al mes (Laumann *et al.*, 1994). Independientemente de la edad de las

TABLA 11.4

Frecuencia media semanal de coito marital, estimación combinada de hombres y mujeres, según los estudios de Kinsey

Edad	Frecuencia
16-25	2,45
26-35	1,95
36-45	1,40
46-55	0,85
55-60	0,50

Fuente: Kinsey *et al.*, 1948, 1953.

TABLA 11.5

Frecuencia de relaciones sexuales maritales durante el año precedente, según el estudio de la NHLS

Frecuencia de relaciones sexuales	Hombres (%)	Mujeres (%)
No tiene	1,3	3,0
Algunas veces al año	12,8	11,9
Algunas veces al mes	42,5	46,5
Dos o tres veces por semana	36,1	31,9
Cuatro veces o más por semana	7,3	6,6

Fuente: Adaptado de Laumann, E. O.; Gagnon, J. H.; Michael, R. T., y Michaels, S. (1994): *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago. University of Chicago Press, Tabla 3.4. Pp. 88-89.

parejas, la frecuencia sexual disminuye con los años de matrimonio. Podría ser el efecto de la pérdida de la novedad.

Cambios en las técnicas y en la duración del coito. En el coito, como en los prolegómenos, el lecho matrimonial, desde los tiempos de Kinsey, se ha convertido en un escenario donde los actores interpretan una gran variedad de papeles. Las parejas de hoy en día hacen uso de una gran variedad de posiciones para el coito.

Los participantes en el estudio de Kinsey se limitaban principalmente a la posición con el hombre encima en sus relaciones sexuales. El 70 por ciento de los hombres en el estudio de Kinsey empleaban exclusivamente la posición con él encima (Kinsey *et al.*, 1948). Quizás tres de cada diez parejas practicaban frecuentemente la posición con la mujer encima. Una de cada cuatro o cinco empleaba la posición lateral con frecuencia. Sin embargo, los hombres más jóvenes y con una formación académica superior hacían uso de una gran variedad de posiciones.

Una diferencia importante, y que a menudo se pasa por alto en los estudios de Kinsey y en otros actuales, es el tiempo dedicado a las relaciones sexuales. Durante los tiempos de Kinsey estaba ampliamente extendida la idea de que el hombre «viril» eyaculaba rápidamente durante la relación sexual. Kinsey estimaba que la mayoría de los hombres alcanzaban el orgasmo dentro de los dos minutos posteriores a la penetración, y muchos en los diez o veinte primeros segundos. Kinsey reconoce que las mujeres precisaban de un periodo de tiempo mayor para alcanzar el orgasmo y que algunos médicos opinaban que la eyacuación del hombre era «prematura», a menos que él la retrasara hasta que «la mujer estuviera preparada para alcanzar el orgasmo» (1948, p. 580).

Incluso las parejas con menor formación académica de hoy en día parecen ser más sofisticadas que las de los tiempos de Kinsey en su reconocimiento de una necesidad sexual más variada y su enfoque hacia un intercambio de placer sexual, en lugar de alcanzar un orgasmo rápido (Michael *et al.*, 1994). Según el estudio de la NHLS, «la duración del último encuentro sexual», de tres de cada cuatro parejas casadas, había sido de quince minutos a una hora. Entre un 8 y un 9 por ciento de las parejas superaba la hora (Michael *et al.*, 1994). (Entre las parejas que no estaban casadas y que no cohabitaban, cerca de una de cada tres hacía el amor durante una hora o más, lo que sugiere que la novedad y la juventud son aspectos motivadores.)

Ahora conocemos los patrones de la actividad sexual entre las personas casadas.

Pregunta: Pero ¿las personas casadas están sexualmente satisfechas?

La satisfacción sexual. Un índice con el cual los investigadores miden la satisfacción sexual es la consistencia del orgasmo. Los hombres tienden a alcanzar el orgasmo de manera más consistente de lo que lo hacen las mujeres. Después de quince años de matrimonio, el 45 por ciento de las esposas encuestadas por Kinsey alcanzaban el orgasmo entre el 90 y el 100 por ciento de las ocasiones. Después de quince años de matrimonio, el 12 por ciento de las esposas preguntadas por Kinsey no habían experimentado el orgasmo.

La consistencia del orgasmo es mayor hoy que en los tiempos de Kinsey. El estudio de la NHSLS mostró que más del 90 por ciento de los hombres y cerca del 70 por ciento de las mujeres encuestadas alcanzaban el orgasmo «siempre» o «normalmente» con su pareja principal, durante los doce meses previos al estudio (Laumann *et al.*, 1994; Michael *et al.*, 1994) (véase la Tabla 11.6). Como mínimo, tres de cada cuatro hombres (75 por ciento) y cerca de tres de cada diez mujeres (28.6 por ciento) alcanzaban el orgasmo en cada ocasión (datos mostrados en la Tabla 11.6). Solo el 2 por ciento de las mujeres casadas nunca habían alcanzado el orgasmo con sus maridos durante el último año (estos datos no se muestran en la tabla).

Las mujeres entre los cuarenta y los cincuenta años tienden a alcanzar el orgasmo más consistentemente que las mujeres más jóvenes o más mayores. Quizás estas mujeres han

TABLA 11.6

Factores socioculturales y satisfacción sexual en la relación principal durante el último año (%)

Características socioculturales	Siempre o normalmente llegaba al orgasmo con su pareja		Se ha sentido extremadamente satisfecho físicamente con su pareja		Se ha sentido extremadamente satisfecho emocionalmente con su pareja	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Edad						
18-24	92%	61%	44%	44%	41%	39%
25-29	94	71	50	39	46	40
30-39	97	70	45	41	39	38
40-49	97	78	44	42	38	42
50-59	91	73	53	32	52	32
Estado civil						
No cohabitaba	94	62	39	40	32	31
Cohabitaba	95	68	44	46	35	44
Estaba casado	95	75	52	41	49	42
Raza/Etnia*						
Euroamericano	96	70	47	40	43	38
Afroamericano	90	72	43	44	43	38
Latinoamericano	96	68	51	39	43	39

Fuente: Asociación de Laumann, E. O.; Gagnon, J. H.; Michael, R. T. & Michaels, S. (1994): *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago. University of Chicago Press. Tabla 3.7. Pp. 116-117; y Michael, R. T.; Gagnon, J. H.; Laumann, E. O. & Kolata, G. (1994): *Sex in America: A definitive survey*. Boston. Little Brown. Tabla 9. Pp. 128-129.

* El número de asiáticoamericanos y nativos americanos era demasiado pequeño para aportar datos estadísticos.

tenido más tiempo para conocer su propia sexualidad y sentirse más seguras en sus relaciones que las mujeres más jóvenes. El descenso en las mujeres y en los hombres que entran en los 50 años de edad podría describirse en términos biológicos. Para las mujeres, la naturaleza de la relación es un factor a tener en cuenta. Las mujeres casadas alcanzaban con mayor probabilidad el orgasmo, seguidas de las mujeres que cohabitaban y después las que no cohabitaban. La seguridad en las relaciones aparentemente fomenta la consistencia del orgasmo. Las diferencias raciales o étnicas no parecen ser significativas.

El orgasmo no es el único modo de alcanzar placer o satisfacción en las relaciones sexuales dentro del matrimonio. En el estudio de la NHSLs se preguntó a los participantes si estaban extremadamente satisfechos físicamente con su pareja estable durante el año precedente. La Tabla 11.6 muestra aparentemente que tanto hombres (47 por ciento) como mujeres (41 por ciento) se sienten satisfechos físicamente. La ausencia de orgasmo no supone necesariamente una señal de falta de satisfacción.

La satisfacción emocional en el matrimonio está relacionada con la satisfacción sexual. La Tabla 11.6 muestra que el 40 por ciento de los hombres y de las mujeres dijeron sentirse extremadamente satisfechos con su pareja estable. Las relaciones más íntimas entre las personas están relacionadas con un orgasmo más consistente.

El sexo extramarital

Las mujeres buscan un compañero del alma; los hombres buscan una compañera de juegos. Las mujeres creen que su aventura amorosa está justificada cuando es por amor; los hombres cuando no es por amor.

Janis Abrahms Spring (1997)

Es en la puerta de al lado y es en la Casa Blanca —Bill Clinton y Monica Lewinsky, Bill Cosby y una «amiga», Kobe Bryant y una mujer en Colorado—. El periodista Eric Alterman (1997) escribe que el adulterio ocurre, hoy día, en cualquier lugar. Cuando murió el presidente de la República francesa François Mitterand, su esposa, su amante y su hija ilegítima se sumaron al duelo por él. Alterman menciona los ejemplos de Kelly Flinn (que fue obligado a dimitir de las Fuerzas Armadas), Frank Gifford (que se retiró del *Monday Night Football* en 1998), Bill Cosby (que admitió la aventura pero negó que la hija de la mujer fuera hija de él) y el actor Eddie Murphy.



Aventuras extramatrimoniales. El presidente de Estados Unidos, Bill Clinton, permaneció en su puesto a pesar de sus numerosas y bien publicadas aventuras extramatrimoniales. La estrella del baloncesto Kobe Bryant admitió haber mantenido sexo con una mujer de Colorado con el consentimiento de ella, aunque estaba siendo procesado por acoso sexual cuando este libro iba camino de la imprenta.

Preguntas: ¿Por qué hay personas que mantienen relaciones sexuales extramatrimoniales? ¿Qué efectos tiene esto en el matrimonio? Algunas personas mantienen relaciones sexuales extramatrimoniales por variar (Lamanna & Riedmann, 1997). Algunas tienen aventuras para romper con la rutina a la que les confina el matrimonio. Otras inician aventuras por razones similares a las razones no sexuales que a menudo tienen los adolescentes para tener sexo: como un modo de expresar hostilidad hacia un cónyuge o tomar represalias por alguna injusticia. Los maridos y las esposas que mantienen una aventura dicen no sentirse satisfechos o plenos con su relación matrimonial. La curiosidad y el deseo de un crecimiento personal son, a menudo, motivos importantes que provocan una insatisfacción matrimonial. Las personas de mediana edad puede ser que tengan aventuras para dar un empuje a su autoestima o probarse a sí mismas que siguen siendo atractivas.

Muchas veces el motivo sexual es menos apremiante que el deseo de sentir una cercanía emocional. Algunas mujeres manifiestan buscar a alguien con quien hablar o comunicarse (Lamanna & Riedmann, 1997). En este aspecto, existe una notable diferencia de género (Peplau, 2003). De acuerdo con Abrahms Spring, autor de *Después de la aventura*, las mujeres normalmente buscan el «alma gemela», mientras que los hombres buscan a una «compañera de juegos». Las mujeres tienden a justificar sus aventuras cuando lo hacen por amor, mientras que los hombres lo justifican cuando la aventura no es por amor. Hay que destacar el hecho de que el 77 por ciento de las mujeres que han tenido aventuras han mencionado el amor como justificación, frente al 43 por ciento de los hombres que han manifestado lo mismo (Townsend, 1995). Los hombres que han tenido aventuras tienden a manifestar en mayor número, frente a las mujeres —75 por ciento *versus* 55 por ciento—, la necesidad de excitación sexual como justificación (Glass & Wright, 1992).

Estos datos apoyan la idea, repetidamente expresada a lo largo de este texto, de que las mujeres aceptan en menor medida el sexo sin implicación emocional (Peplau, 2003). Los hombres tienden más a distinguir el sexo del amor, mientras que las mujeres ven el sexo y el amor como una unión, que justifica el sexo al enamorarse (Peplau, 2003). Los hombres (ya estén solteros, casados o cohabiten) normalmente aprueban las aventuras más que las mujeres (Glass & Wright, 1992). Pero debe tenerse en cuenta que existen diferencias dentro cada uno de estos *grupos*. Bastantes hombres, considerados individualmente, están más interesados en las relaciones extramatrimoniales que en el sexo en sí. Del mismo modo, bastantes mujeres buscan sexo y no una relación emocional.

Anteriormente hemos tratado los patrones de actividad sexual en el matrimonio.

Pregunta: ¿Qué patrones encontramos en el sexo extramatrimonial?

Patrones del sexo extramarital. Empecemos con algunas definiciones. El sexo **extramarital** normalmente se lleva a cabo sin el conocimiento y la aprobación del cónyuge. Las aventuras secretas suelen llamarse **adulterio convencional**, infidelidad o, simplemente, «poner los cuernos». El adulterio convencional comprende desde la relación de una sola noche hasta la aventura que dura años. (Al parecer, la aventura de Bill Clinton con Jennifer Flowers duró unos doce años.) En el **adulterio consensuado**, las relaciones extramatrimoniales se mantienen abiertamente, es decir, con el conocimiento y consentimiento de la pareja. Este tipo de adulterio se denomina «**arreglo**» o **sexo comarital**, y las personas implicadas son compañeros de intercambio.

¿Cuántas personas «ponen los cuernos» a sus cónyuges? Los telespectadores de los programas de tertulias en la televisión podrían tener la impresión de que todo el mundo se «pone los cuernos», pero las encuestas ofrecen una imagen diferente. En las encuestas realizadas por el Centro Nacional de Estudios de Opinión, entre los años 1988 y 1996, cerca

Sexo extramarital

Relaciones sexuales en las que uno de los miembros de la pareja está casado.

Adulterio convencional

Relación sexual extramarital que se mantiene oculta al cónyuge.

Adulterio consensuado

Relación abierta en la que existe sexo extramarital con el conocimiento y consentimiento del cónyuge.

Arreglo Forma de adulterio consensuado en la que ambos cónyuges (también denominados compañeros de intercambio) comparten experiencias sexuales extramaritales.

Sexo comarital

Arreglo; compañero de intercambio.

de uno de cada cuatro o cinco maridos, y una esposa de cada ocho, admitían haber sido infieles en su matrimonio (Alterman, 1997; «*Cheating*», 1993). De forma similar, más del 90 por ciento de las mujeres casadas y el 75 por ciento de los hombres casados permanecían fieles a sus cónyuges, según el estudio de la NHSL (Laumann *et al.*, 1994). La inmensa mayoría de personas que han cohabitado dijeron haber sido sexualmente fieles a sus parejas mientras convivían (Laumann *et al.*, 1994). De igual modo, la mayoría aplastante (86 por ciento) de personas que respondieron a la votación de *The New York Times* aseguraban estar «totalmente seguros» de la fidelidad de sus parejas hacia ellos (Eggers, 2000). ¿Qué conclusión podemos sacar? Quizás dos: una es que el doble de hombres que de mujeres admiten haber tenido aventuras; la otra es que solo una minoría de las personas casadas admiten haber tenido aventuras.

Éstas son las conclusiones, pero hay que tener en cuenta que decimos «admitir las aventuras». Teniendo presentes los porcentajes referidos al sexo extramarital, podemos señalar que estas informaciones no pueden ser verificadas. Las personas parecen reacias a revelar que han puesto los cuernos a su cónyuge, incluso cuando se pueden ocultar tras el anonimato. Hay una cierta tendencia general a informar de las incidencias sexuales extramaritales por debajo de las cifras reales.

¿Por qué la gente es reacia a admitir que ha engañado a su cónyuge?

Pregunta: ¿Qué actitudes tenemos ante el sexo extramarital?

Actitudes frente al sexo extramarital. La revolución sexual no parece haber cambiado las actitudes hacia el sexo extramarital. Cerca de nueve de cada diez estadounidenses, por ejemplo, opinan que las aventuras son «siempre un error» o «casi siempre un error» (Alterman, 1997). También tres de cada cuatro estadounidenses, por ejemplo, opinan que el sexo extramarital es «siempre un error» (Berke, 1997), mientras que uno de cada siete dicen que «casi siempre es un error». Solo cerca de un 1 por ciento afirman que el sexo extramarital «no es del todo un error». La mayoría de las parejas casadas aceptan el valor de la monogamia como piedra angular de la relación matrimonial (Blumstein & Schwartz, 1990).

Consecuencias del sexo extramarital. Pregunta: ¿Cuáles son los efectos de la infidelidad? El descubrimiento de la infidelidad puede despertar la cólera, los celos e incluso la vergüenza de la pareja. Pueden aparecer sentimientos de incapacidad y duda acerca del atractivo de uno mismo. La infidelidad puede ser vista por el cónyuge engañado como una ruptura de la confianza y las relaciones íntimas. Los matrimonios que no se han roto tras el descubrimiento de la infidelidad pueden sobrevivir en condiciones un tanto deterioradas (Charny & Parnass, 1995).

El daño que causa una aventura al matrimonio puede reflejar el significado de la aventura para la persona que lo ha cometido y su cónyuge. Deborah Lamberti, directora de un centro de consejería y psicoterapia en la ciudad de Nueva York, apunta de nuevo a la imbricación tradicional entre sexo y relaciones de las mujeres, y argumenta que «los hombres no consideran que tener relaciones sexuales con otra persona sea una razón para romper la relación con su pareja estable» (1997, pp. 131-132). Las mujeres pueden reconocer esto y decirse a sí mismas que sus maridos están durmiendo con otra persona solo por razones físicas. Pero las mujeres se preocupan más por mantener la monogamia. Por eso, si una mujer duerme con otro hombre, tiene ya un pie en la puerta. Así, Alterman (1997) apunta que la aventura de una esposa puede suponer un fallo imperdonable para el ego o el orgullo del marido, mientras que una mujer puede sentirlo más como una amenaza para la estabilidad de su vida.

¿Verdad? ¿Ficción?

No es verdad que la mayoría de la gente joven y sofisticada de hoy día no vea nada erróneo en «echar una cana al aire» de vez en cuando. La revolución sexual nunca se extendió a las aventuras extramatrimoniales, al menos entre la mayoría de las personas casadas.

¿Alguien me está espiando? Sí, ¡Snoopware!

Entramos en el sitio *web SpectorSoft* (www.spectorsoft.com) y en él se anunciaba *Spector Pro*, un ejemplo de programa «snoopware» (el término *snoop* significa «fisgón»). Imagina que un contestador automático graba de forma secreta todo lo que dices en él y envía la grabación a tu cónyuge, a tus parientes o a tu jefe. Es como si tuvieras un detective privado detrás de ti grabando todo lo que pasa por tu monitor: las páginas que visitas, los correos electrónicos, los mensajes de *chat*, los archivos que abres, las claves secretas, los números secretos de tu tarjeta de crédito, las transacciones de compra y venta. Se dice que puedes conocer todo lo que necesitas de una persona mirando en su papelera de reciclaje. Los programas espía no solo miran en dicha papelera, sino que también graban todo lo que se escribe y lo que guardas. La intimidad es cosa del pasado. *Snoopware*, el mejor *voyeur* de todos los tiempos.

Los programas espía originalmente eran empleados por los departamentos policiales gubernamentales y las grandes compañías. Pero *Spector Pro*, *eBlaster*, *Cyber Snoop*, el *007 Stealth Activity Recorder and Reporter* y otros programas espía similares están hoy al alcance de los consumidores. *Spector Pro* fue diseñado para permitir a los padres controlar las páginas y los *chats* a los que accedían sus hijos. Pero actualmente los principales usuarios son personas casadas, jefes que han perdido la confianza y detectives privados.

MODO SIGILOSO

El «modo sigiloso» del programa es verdaderamente escalofriante. Solo la persona que lo instala sabe que detrás hay alguien vigilando furtivamente. Cuando el objetivo de la investigación se ha ido, el investigador teclea una combinación de teclas (Ctrl-Alt-Shift-S) y una clave secreta. Todo lo que se había mostrado en el monitor vuelve a aparecer. Como los aviones espía y los cazabombarderos, el programa es invisible al radar personal del usuario. No aparece en ninguna lista de programas, así que no utilices el buscador de tu computadora escribiendo *Spector Pro*. Incluso expertos piratas informáticos adolescentes no pueden localizarlo. (El programa *eBlaster* está dirigido a personas que no tienen acceso regular a la computadora de su objetivo. Se esconde en un segundo plano, como *Spector Pro*, y envía regularmente un correo electrónico de forma secreta a una dirección especificada por la persona que lo ha instalado. Las informaciones se envían cuando el objetivo se conecta a Internet. Y no deja rastro en el correo electrónico. No utiliza el módem para conectarse a Internet, ya que esto podría alertar al objetivo de que hay alguien espiando.

Spector Pro y programas similares no actúan de filtro en Internet como *SurfWatch* y *Net Nanny*, los cuales previenen a los empleados y a los niños de que acceden a lugares con

contenidos pornográficos y no deseados de la Red. Más bien espían a la gente que erróneamente asume que nadie les vigila y que nadie puede controlar las imágenes que aparecen en su monitor.

TESTIMONIOS

Para aquellos que se sienten ofendidos por la existencia de este programa, *SpectorSoft* les ofrece testimonios de clientes como los siguientes:

- Una mujer de Nashville utilizó *Spector Pro* para descubrir que su marido visitaba regularmente páginas pornográficas y *chats* de temas sexuales. *Spector Pro* le reenvió mensajes que él había enviado a mujeres que había conocido en la Red, proponiéndoles una relación y alardeando de las aventuras que había tenido a lo largo de su matrimonio. El abogado que llevó el divorcio de la mujer hizo docenas de copias de páginas similares, siempre proporcionadas por el programa. «*Spector Pro* es similar a contratar un detective privado», decía la mujer (citado en Lewis, 2000). «Es un método más sofisticado de hacer lo que hombres y mujeres han hecho durante siglos.»
- Un hombre de Kansas instaló *Spector Pro* en la computadora de su esposa. El programa espía grabó todos los correos intercambiados entre su esposa y el novio de ésta. Estos mensajes no solo dejaban clara la relación entre ambos, sino también los deseos del novio de darle una paliza al marido. Cuando mostró las grabaciones realizadas por *Spector Pro*, su esposa estuvo de acuerdo con la petición de divorcio, él se fue de la ciudad y obtuvo la custodia de sus hijos sin tener que pelear por ello.
- En otro caso, una mujer contrató a un detective privado para controlar a su prometido. Éste instaló el programa en la computadora del prometido, lo que reveló que era un vividor. La boda nunca tuvo lugar.

CUESTIONES MORALES Y LEGALES

Spector Pro plantea muchas cuestiones morales y legales. La legalidad de los programas espía no ha sido adecuadamente probada, pero existe cierto paralelismo obvio entre estos programas y pinchar la línea telefónica a alguien.

«Basándome en las lecturas de diferentes estatutos del Estado, no está claro si es o no legal», dice Mike Godwin (citado en Lewis, 2000), el abogado que escribió *Cyber Rights: Defending Free Speech in the Digital Age (Derechos cibernéticos: defendiendo la libertad de expresión en la era digital)*. Pero «si alguien instala este programa en la computadora de mi casa sin mi permiso ni consentimiento», dice que le llevaría a los tribunales.

Si una persona tiene una aventura porque su matrimonio resulta problemático, dicha aventura podría ser un factor más para llegar a una rápida disolución del mismo. Los efectos en el matrimonio podrían depender de la naturaleza de la aventura. Podría ser más fácil de entender que el cónyuge ha caído víctima de la soledad, de un encuentro no planeado, que aceptar una aventura que dura desde hace tiempo (Charny & Parnass, 1995). Pero en algunos casos el descubrimiento de la infidelidad estimula a la pareja para mejorar su relación.

El divorcio

Mi esposa y yo estábamos considerando el divorcio, pero después de ver los precios de los abogados nos compramos un coche en lugar de divorciarnos.

Henny Youngman

Siempre que quedo con un tío, pienso, ¿es éste el hombre con el que quiero que mis hijos pasen los fines de semana?

Rita Rudner

Pregunta: ¿Cuántos matrimonios terminan en divorcio? Al menos la mitad de los matrimonios en Estados Unidos terminan en divorcio (Carrère *et al.*, 2000; Laumann *et al.*, 1994). Las cifras de divorcios en Estados Unidos ascendieron de manera constante a lo largo del siglo XX y se estabilizaron en los años ochenta. Cerca una cuarta parte (26 por ciento) de los niños por debajo de 18 años de edad viven en un hogar con una sola figura paterna. El número de mujeres excede al de hombres, en parte porque los hombres, más que las mujeres, tienden a casarse de nuevo tras el divorcio.

Pregunta: ¿Por qué se divorcia la gente? La relajación de las restricciones legales del divorcio, especialmente el llamado «divorcio sin faltas», ha hecho más fácil obtener el divorcio. Hasta mediados de la década de 1960, el adulterio era la única razón legal de divorcio en el Estado de Nueva York. Otros Estados eran igualmente estrictos. Pero ahora que se han promulgado las leyes del divorcio sin faltas en casi todos los Estados, se otorga el divorcio sin que exista una mala conducta matrimonial. También el incremento de mujeres económicamente independientes ha contribuido al aumento de divorcios. Muchas mujeres disponen de los medios económicos para romper con un matrimonio problemático. Hoy en día hay más personas que en generaciones anteriores, que consideran el matrimonio una condición que puede ser alterada.

De igual modo, las personas de hoy tienen mayores expectativas del matrimonio que sus padres o abuelos. Esperan sentirse completos como personas, así como sentirse parte de una institución familiar y criar a sus hijos. La mayoría de las personas quieren ser felices en su matrimonio. En la actualidad, las razones más comunes para obtener el divorcio son los problemas de comunicación y la falta de entendimiento. Las claves que predicen un divorcio, hoy día, incluyen las críticas del marido, la indefensión, el desprecio y evitar el diálogo directo, pero no la falta de apoyo financiero (Carrère *et al.*, 2000; Gottman *et al.*, 1998).

De acuerdo, la mitad de los matrimonios terminan en divorcio.

Pregunta: ¿Cuáles son los costes del divorcio para la pareja y los hijos?

Los costes del divorcio. El divorcio normalmente está relacionado con problemas económicos y emocionales. Cuando un hogar se rompe, los recursos que tiene no pueden mantener el estilo de vida que cada miembro de la pareja tenía anteriormente. El divorcio se deja notar

más en la economía de las mujeres que en la de los hombres. De acuerdo con la encuesta de la Oficina de Consulta de la Población, los ingresos del hogar de una mujer se reducen cerca de un 24 por ciento (Bianchi & Spain, 1997) y los de un hombre se reducen cerca de un 6 por ciento. Las mujeres que no han ejercido una carrera tienen que competir con trabajadores más jóvenes y experimentados. Las madres divorciadas a menudo manifiestan el estrés resultante de la combinación de asumir sola el cuidado de los hijos y la necesidad de incrementar los ingresos del hogar. Los padres divorciados pueden encontrar dificultades para pagar la pensión y apoyar a sus hijos mientras establecen su nuevo estilo de vida.

El divorcio también puede provocar sentimientos de fracaso como cónyuge y como padre, soledad e incertidumbre acerca del futuro y depresión. Las personas casadas parecen afrontar de mejor modo los inconvenientes de la vida, quizás porque pueden apoyarse el uno en el otro. Las personas divorciadas o separadas tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedades físicas y mentales (Carrère *et al.*, 2000; Gottman *et al.*, 1998). Incluso presentan índices más altos de suicidio (Carrère *et al.*, 2000; Gottman *et al.*, 1998). Por otro lado, el divorcio puede permitir el crecimiento y la renovación personal, una oportunidad para tomar las riendas de la vida de uno mismo y establecer una nueva, más gratificante.

Los hijos son a menudo los más perjudicados cuando los padres se divorcian (Ellis, 2000). Los conflictos matrimoniales continuos están relacionados con desórdenes psicológicos en niños y adolescentes (Ellis, 2000; Erel & Burman, 1995; Harold *et al.*, 1997). Los chicos tienen más problemas para adaptarse a los conflictos o al divorcio, manifestando problemas de conducta en la escuela e incremento de ansiedad y dependencia. Los niños cuyos padres están divorciados tienden a tener más problemas psicológicos y desórdenes de conducta, baja autoestima, abuso de drogas y alcohol y a ir mal en la escuela (Amato, 2001; Chao *et al.*, 2001; O'Connor *et al.*, 2000). Siempre hay casos aislados que no se pueden incluir en estas generalidades: los chicos tienden a pasarlo peor que las chicas (Grych *et al.*, 2000). A la larga, lo peor de la situación tiene lugar durante el primer año posterior a la ruptura; los niños tienden a recuperar la normalidad un par de años después, más o menos. Sin embargo, juzgando en base al número de casos estudiados, Wallerstein y Blakeslee (1989) dijeron que incluso algunos niños aparentemente bien adaptados a la situación de divorcio, desarrollaron problemas en los primeros años de la edad adulta, especialmente una carencia de confianza hacia sus parejas.

¿Deberían permanecer juntos por el bien de los hijos? Los estudios parecen sugerir que a los hijos les iría mejor que los padres se separaran, si éstos discuten con frecuencia. La clave del asunto parece ser cómo actúan los padres en presencia de los hijos, no si ellos obtienen el divorcio.



Los investigadores no solo atribuyen los problemas de los niños al divorcio en sí, sino también a las consecuencias que se derivan de la calidad de la educación paterna. La adaptación de los niños mejora cuando los padres mantienen sus responsabilidades y dejan de lado sus diferencias en el ámbito educativo de sus hijos (Ellis, 2000). Los hijos de padres divorciados también salen mejor parados si los padres evitan expresar opiniones negativas el uno del otro delante de ellos.

A pesar de las dificultades de adaptación, la mayoría de las personas divorciadas se recuperan de la situación. La mayoría se vuelven a casar. Entre las personas de más edad, los hombres divorciados, más que las mujeres divorciadas, tienden a contraer matrimonio de nuevo, por una parte, porque los hombres suelen fallecer antes que las mujeres (por lo que el número de hombres disponibles es menor), y por otra, porque los hombres mayores tienden a casarse con mujeres más jóvenes.

Pero los matrimonios en segundas nupcias corren un riesgo mayor de acabar en divorcio (Lown & Dolan, 1988). Una razón es el factor de selección. Las personas divorciadas suelen estar menos dispuestas a aguantar un matrimonio con problemas. Muchas personas divorciadas que vuelven a casarse tienen que mantener pensiones al cónyuge y a los hijos, gastos que ponen a prueba al nuevo matrimonio. Y muchos aportan al nuevo matrimonio los hijos de los anteriores.

Debido a la elevada incidencia de divorcios y matrimonios de segundas nupcias, se están haciendo más comunes en Estados Unidos las familias formadas por padrastros, madrastras, hijastros y hermanastros. Muchas de estas familias terminan disolviéndose, porque, en los conflictos entre hijastros, los padres muestran favoritismo hacia sus propios hijos (Golish, 2003; Hofferth & Anderson, 2003). Sin embargo, en los matrimonios de segundas nupcias que logran salir adelante, el nivel de felicidad personal entre los miembros de la familia puede ser mayor de lo que era en los matrimonios originales (Braithwaite *et al.*, 2001).

El sexo en la tercera edad

¿Qué grupo de población es el que más rápido crece en Estados Unidos? Las personas de 65 años en adelante. Más de 30 millones de personas en Estados Unidos son ciudadanos de la tercera edad, y la cifra aumenta rápidamente³. Este envejecimiento de la población puede tener un efecto profundo en la opinión que tenemos de la gente mayor, especialmente en lo que concierne a su sexualidad. Muchas personas de nuestra sociedad tan solo ven apropiada la actividad sexual entre la gente joven. Esta creencia forma parte de un grupo de mitos culturales sobre la sexualidad entre la gente mayor, los cuales incluyen la idea de que los mayores no tienen relaciones sexuales, que la gente mayor que tiene impulsos sexuales no es normal y que los hombres mayores que se interesan por el sexo son «viejos verdes» (Walz, 2002).

Pregunta: ¿Qué cambios relacionados con el sexo tienen lugar en el cuerpo y en la conducta durante la tercera edad? Los investigadores encuentran que los sueños sexuales, la libido y la actividad sexual disminuyen con la edad, mientras que las actitudes sexuales negativas tienden a incrementarse (Barnett & Dunning, 2003). Sin embargo, las investigaciones no apoyan la creencia de que las personas pierden su sexualidad con la edad. Prácticamente todas las personas mayores (95 por ciento) encuestadas en un estudio dijeron que les gustaba el sexo, y el 75 por ciento manifestaron que el orgasmo era esencial para

³ N. del editor español: Un fenómeno que es aún mayor en Europa.

sentirse plenos sexualmente (Starr & Weiner, 1981). Sin embargo, las personas que sufren la influencia de una sociedad en la que el sexo entre personas mayores se ve como una desviación de la naturaleza, renuncian al sexo según avanza su edad. Aquellos que mantienen su actividad sexual pueden sentirse culpables (Trudel *et al.*, 2000).

La actividad sexual entre personas mayores, así como entre otros grupos de personas, está influida no solo por sus estructuras y cambios físicos, sino también por el bienestar psicológico, los sentimientos íntimos y las expectativas culturales.

Los cambios físicos

Aunque muchas personas mantienen la capacidad de respuesta sexual, con el paso de los años tienen lugar cambios físicos (*véase* la Tabla 11.7). Si somos conscientes de ellos, no los veremos como algo anormal ni nos pillarán desprevenidos. Muchos problemas potenciales pueden evitarse cambiando nuestras expectativas o haciendo algunos cambios con los que adaptarse al proceso de envejecimiento.

Comenzaremos esta sección con un enfoque profundamente biológico, como es el cambio celular, las hormonas y cosas así. Hablemos primero sobre lo que ocurre cuando nos miramos al espejo. Muchos de nosotros nos entristecemos o nos desanimamos por los cambios físicos que obviamente tienen lugar con el paso de la edad. Nos salen arrugas, nos aparecen canas y nuestro tono muscular disminuye. Tendemos a aumentar de peso, especialmente si no hacemos ejercicio regularmente. Por todo ello, nos sentimos menos atractivos de lo que éramos. No obstante, continúan las relaciones íntimas, los sentimientos amorosos, la intimidad y la vida en común, y todo ello prevalece por encima de estos cambios y sentimientos. Pero si estamos solos en nuestra tercera edad, quizás por estar divorciados o viudos, el futuro, incluyendo el futuro sexual, podría parecer más desolador.

Sin embargo, como veremos, las personas mayores pueden llevar una vida sexual plena. De hecho, pueden encontrarse con los años más plenos sexualmente si dejan de lado las ideas preconcebidas que se tienen en la sociedad (Trudel *et al.*, 2000). Tomando nota de estas preocupaciones, hagamos una relación de muchos de los cambios físicos que tienen lugar en las mujeres y en los hombres según avanza la edad.

TABLA 11.7	
Cambios en la excitación sexual asociados a menudo con la edad	
Cambios en las mujeres	Cambios en los hombres
Miotonía reducida (tono muscular)	Mayor intervalo de tiempo para alcanzar la erección y el orgasmo.
Lubricación vaginal reducida.	Necesidad de una estimulación más directa para alcanzar la erección y el orgasmo.
Incremento menor del tamaño de los pechos durante la excitación sexual.	Menor cantidad de semen emitida durante la eyaculación. Las erecciones pueden ser menos firmes.
Intensidad reducida de los espasmos musculares en el orgasmo.	Los testículos pueden no elevarse tanto en el escroto. Contracciones orgásmicas menos intensas. Menor necesidad de eyacular durante el sexo. Periodo refractario más prolongado.

Fuente: Copyright © 1990 por The Kinsey Institute for Research in Sex, Gender, and Reproduction. Tomado de *The Kinsey Institute new report on sex*. Reimpreso con permiso de St. Martin's Press. Nueva York, NY.

Cambios en las mujeres. Muchos de los cambios físicos en las mujeres tienen su origen en la menor producción de estrógenos a medida que se acerca el momento de la menopausia. Las paredes vaginales pierden mucha elasticidad y la textura gruesa propia de las mujeres fértiles. Se hacen más pálidas y delgadas, lo que puede hacer que las relaciones amorosas resulten dolorosas. La reducción del grosor de las paredes vaginales puede suponer una mayor presión sobre la vejiga y la uretra durante el coito, provocando en algunos casos urgencias urinarias o escozores. La sensación puede persistir durante días.

La vagina también reduce su tamaño. Los labios mayores pierden gran parte de sus tejidos adiposos y adelgazan. El introitus se estrecha, lo que puede dificultar la entrada del pene. Este «problema» tiene un aspecto positivo: el aumento de fricción entre el pene y las paredes vaginales podría aumentar la sensibilidad sexual. Tras la menopausia, el tamaño del útero disminuye y éste ya no recibe el mismo riego sanguíneo durante la excitación sexual. Después de la menopausia las mujeres también producen menos lubricación vaginal, y ésta puede necesitar minutos hasta aparecer, en lugar de unos segundos. La falta de una lubricación adecuada puede hacer que el coito sea doloroso.

Muchos de estos cambios pueden retrasarse o invertirse por medio de terapias en las que se administran estrógenos, a pesar de que éstas han creado polémicas. La lubricación natural también puede incrementarse mediante prolegómenos más elaborados. La necesidad de más prolegómenos puede hacer del hombre un amante más considerado. (Es probable que los hombres de edad avanzada también necesiten su tiempo para prepararse para el coito.) Un lubricante artificial también puede facilitar la penetración, evitar los dolores del coito y favorecer los movimientos del pene.

Los pechos de las mujeres, con la edad, muestran un menor crecimiento de tamaño durante las relaciones sexuales, pero se sigue produciendo la erección de los pezones. Los espasmos propios del orgasmo son menos fuertes y numerosos, debido a la disminución del tono muscular de la uretra y los esfínteres. Los orgasmos se hacen menos intensos. Las contracciones uterinas que tienen lugar durante el orgasmo pueden resultar dolorosas en algunas mujeres que ya han tenido la menopausia. A pesar de estos cambios, las mujeres pueden conservar su habilidad para alcanzar el orgasmo en edad avanzada. La experiencia subjetiva del orgasmo sigue siendo altamente satisfactoria, a pesar de la menor intensidad de las contracciones musculares.



La sexualidad en la tercera edad.
 ¿Son las personas mayores sexualmente activas? Si lo son, ¿son anormales o desviados? A pesar de que la gente joven frecuentemente encuentra difícil imaginarse a la gente mayor manteniendo relaciones sexuales, es normal que mantengan un interés y una actividad sexual durante toda su vida.

Cambios en los hombres. Los cambios relacionados con la edad tienden a ocurrir de forma más gradual en los hombres que en las mujeres, y no están relacionados de forma clara con hechos biológicos, como ocurre en las mujeres con la menopausia (Barnett & Dunning, 2003). Los chicos adolescentes alcanzan la erección en segundos tan solo, por medio de fantasías sexuales. Después de los 50 años, los hombres necesitan progresivamente más tiempo para alcanzar la erección. Éstas se hacen menos firmes, quizás por los niveles más bajos de producción de testosterona (Perry *et al.*, 2001). Los hombres mayores pueden necesitar varios minutos de estimulación directa del pene para alcanzar la erección. Las parejas pueden adaptarse a estos cambios ampliando y variando los prolegómenos.

La mayoría de los hombres conservan la capacidad eréctil a lo largo de su vida. La disfunción eréctil no es inevitable con la edad. Sin embargo, los hombres, con la edad, por lo general necesitan más tiempo para alcanzar el orgasmo, lo cual podría deberse a niveles de producción de testosterona más bajos. Aunque, a los ojos de sus parejas sexuales, el retraso en la eyaculación puede hacerles parecer mejores amantes.

A menudo, con la edad, los testículos disminuyen de tamaño y reducen su producción de testosterona. Ésta normalmente disminuye gradualmente entre los 40 y los 60 años de edad, y entonces el nivel se estabiliza. Sin embargo, esta reducción no es inevitable y puede relacionarse con la salud general del hombre. La producción de esperma tiende a declinar al degenerarse los túbulos seminíferos, pero se puede producir esperma viable hasta muy avanzada edad. Hay hombres que a sus 70, 80 o incluso 90 años de edad han sido padres.

Las erecciones nocturnas tienden a disminuir en intensidad, duración y frecuencia en los hombres de edad avanzada, pero normalmente no desaparecen en los hombres sanos (Perry *et al.*, 2001). Los periodos refractarios tienden a hacerse más largos con la edad. Un adolescente puede necesitar solo unos pocos minutos para alcanzar la erección y eyacular de nuevo después del primer orgasmo, mientras que un hombre en la treintena puede necesitar media hora. Pasados los 50, el periodo refractario puede llevar horas.

Los hombres de más edad eyaculan menos cantidad y el semen puede rezumar en lugar de salir disparado. Aunque las contracciones durante el orgasmo todavía comienzan con un intervalo de 0,8 segundos, tienden a mostrarse más débiles. El número y la fuerza de las contracciones no se traducen precisamente en un placer subjetivo. Un hombre mayor puede disfrutar el orgasmo tanto como uno joven. Las actitudes y expectativas pueden ser tan importantes como las contracciones en sí mismas.

Un hombre de 82 años comenta los cambios de su capacidad sexual:

Yo me corro quizá en uno de cada tres encuentros sexuales con mi esposa. Mi erección viene y va, y no nos supone una gran preocupación. Obtengo tanto placer con las caricias y los movimientos de la penetración como cuando eyaculo. Cuando era joven, me parecía inconcebible disfrutar del sexo sin un orgasmo, pero ahora veo lo que me perdí en aquellos tiempos, en los que únicamente centraba mi atención en alcanzar el orgasmo (Gordon & Snyder, 1989, p. 153).

Después del orgasmo, la erección mengua más rápidamente de lo que lo hace en un hombre joven. Un estudio con 65 hombres sanos, de edades entre 45 y 74 años, mostró un declive relacionado con la edad en el deseo, la excitación y la actividad sexual. Pero no se hallaron diferencias entre los hombres más jóvenes y los más mayores en el nivel de satisfacción o goce sexual (Schiavi *et al.*, 1990).

Patrones de la actividad sexual

A pesar de que algunas funciones físicas decaen, las personas mayores pueden seguir llevando una vida sexual plena. De hecho, los años de experiencia sexual pueden compensar cualquier

disminución de la sensibilidad física (Barnett & Dunning, 2003; Trudel *et al.*, 2000). Una encuesta de Roper Starch con 1 292 personas de Estados Unidos, de 60 años en adelante, mostró que el 74 por ciento de los hombres y el 70 por ciento de las mujeres que habían permanecido sexualmente activos dijeron estar tanto o más satisfechos con el sexo de lo que estaban cuando tenían 40 años (Leary, 1998). Desafortunadamente, las personas que exageran los cambios esperados en la respuesta sexual pueden concluir que su vida sexual ha terminado y perder el interés por las actividades sexuales o incluso dejar de expresar cualquier afecto físico.

El 94 por ciento de los hombres y el 84 por ciento de las mujeres en la encuesta de Kinsey seguían siendo sexualmente activos a la edad de 60 años. La mitad de las personas encuestadas por Starr y Weiner (1981), con edades comprendidas entre los 60 y los 91 años, decían mantener relaciones sexuales regularmente, la mitad de ellas al menos una vez a la semana. Un estudio con 200 personas sanas, con edades que iban de los 80 a los 102 años, mostró que el 30 por ciento de las mujeres y el 62 por ciento de los hombres seguían manteniendo relaciones sexuales (Bretschneider & McCoy, 1988). Un estudio en Inglaterra, con 100 hombres de edad avanzada, descubrió que el factor clave para que ellos continuaran manteniendo relaciones sexuales era la disponibilidad de sus parejas, no las condiciones físicas (Jones *et al.*, 1994). La terapeuta sexual Helen Singer Kaplan (1990) concluye:

La pérdida de la sexualidad no es un aspecto inevitable con la edad [...] Los resultados de estos estudios son claros en sus consensos: sin excepción, cada investigador descubrió que, si tienen buena salud, la gran mayoría de las personas siguen siendo sexualmente funcionales y activas de forma regular, casi hasta el final de su vida. O, para decirlo más claramente, el 70 por ciento de las personas sanas de 70 años de edad continúan siendo sexualmente activas y tienen relaciones sexuales al menos una vez a la semana y normalmente más a menudo [...]

Aunque, por lo general, se cree que el sexo no es importante después de la mediana edad, en realidad es al contrario, y el sexo a menudo llega a ser más, y no menos, importante a medida que la persona se hace mayor. Ya que el sexo es, de entre los procesos biológicos que proporcionan placer, el último en deteriorarse, es una potencial fuente de gratificación que se mantiene, en un proceso en el que la persona va a menos, y enlaza con las alegrías de la juventud. Éstos son ingredientes importantes en el bienestar emocional de la persona (mayor), (pp. 185, 204)

La frecuencia con la que se mantienen relaciones sexuales suele disminuir con la edad (Trudel *et al.*, 2000). Varios factores juegan un papel en la declinación de esta actividad, incluyendo problemas físicos, el aburrimiento y las actitudes culturales hacia el sexo en la tercera edad. A pesar de las tendencias generales, la sexualidad entre la gente mayor es variable (Knox & Schacht, 2002). Muchas personas mayores tienen relaciones sexuales, sexo oral y se masturban al menos tan a menudo como cuando eran jóvenes; otras llegan a tener aversión por el sexo; otras, simplemente, pierden el interés.

Pero la frecuencia de los coitos no es sinónimo de satisfacción coital. En un estudio realizado en Canadá, con 215 personas casadas de mediana edad y mayores (entre los 51 y los 81 años), las personas de 65 en adelante mostraron una menor frecuencia de relaciones sexuales que las encuestadas de menor edad (Libman, 1989). Pero no se encontró ninguna diferencia considerable, en el nivel de satisfacción sexual, entre los más jóvenes y los más mayores del grupo de estudio.

Por lo general, la frecuencia de masturbación también se reduce con la edad, tanto en hombres como en mujeres, aunque se puede producir un aumento después de una separación, un divorcio o la muerte del cónyuge. En un estudio se puso de manifiesto una masturbación continuada en cerca de la mitad (46 por ciento) de las personas entre 60 y 91 años (Starr & Weiner, 1981).

Las parejas pueden adaptarse a los cambios físicos de la tercera edad ampliando su repertorio sexual, que incluye las más diversas formas de estimulación. Muchas de las personas que participaron en el estudio de *Consumer Reports* se valían de la estimulación oral de los genitales, de fantasías sexuales, de materiales sexualmente explícitos, de estimulación anal, de vibradores y otras técnicas sexuales con las que alcanzar la lubricación o la erección (Brecher, 1984). La satisfacción sexual puede conseguirse por medio de estimulación manual u oral, con abrazos, caricias y ternura, del mismo modo que con una relación sexual que lleve al orgasmo.

La disponibilidad de un compañero sexualmente interesado y que lo apoye, puede ser el factor más importante para continuar con la vida sexual. Muchas mujeres terminan con su actividad sexual a la muerte de su marido. La expectativa de vida de las mujeres excede de la de los hombres en un promedio de siete años.

El sexo y las discapacidades

Al igual que las personas mayores, los discapacitados (especialmente aquellos cuyas discapacidades físicas les hacen depender de otros) son considerados como personas carentes de sexualidad o como niños (Nosek *et al.*, 1994). Dichas visiones están basadas en conceptos erróneos sobre las funciones sexuales de las personas discapacitadas. Sin embargo, algunos de estos mitos y estereotipos pueden dejar de ser considerados como tales, en parte debido al éxito de los movimientos por los derechos civiles y sociales de la década de 1970, y a la atención centrada en la sexualidad de las personas con discapacidades, en películas como *Coming Home*, *Nacido el 4 de Julio* y *Mi pie izquierdo*.

Pregunta: *¿Cómo afectan las discapacidades físicas al funcionamiento sexual?* Una persona puede haber nacido con un deterioro corporal, o haberlo adquirido, o puede sufrir la pérdida de una función, o haber experimentado un cambio que desfigure su aspecto. Aunque las discapacidades pueden requerir que la persona precise adaptaciones para desarrollar su sexualidad, la mayoría de las personas con discapacidades tienen las mismas necesidades sexuales, sentimientos y deseos que las personas que no sufren discapacidades. Su capacidad para expresar sus sentimientos y necesidades sexuales depende de las limitaciones físicas impuestas por su discapacidad, su adaptación a su discapacidad y la disponibilidad de su pareja. El establecimiento de relaciones sexuales maduras, por lo general, requiere cierto distanciamiento de los padres. Por ello, las personas con discapacidades que son físicamente dependientes de sus padres pueden encontrar especialmente difícil desarrollar una relación sexual. Los padres, conocedores del desarrollo sexual de sus hijos, pueden ayudarles facilitándoles una cita. Pero a veces los padres llegan demasiado lejos en la superprotección de sus hijos:

Las chicas adolescentes con discapacidad tienen las mismas ideas, esperanzas y sueños sobre sexualidad que las chicas sanas. Han aprendido lo que se espera de ellas como mujeres en los medios audiovisuales y en otros medios, y pueden experimentar dificultades si carecen de más información educativa sobre sexualidad y funciones sexuales. Además, sus expectativas pueden crear problemas con la familia, la cual puede querer proteger o ser demasiado indulgente con la hija y no permitirle «crecer» [...] En muchos casos, las familias están intensamente implicadas en la vulnerabilidad emocional y sexual de la hija y esperan que «nada malo» le ocurra. Por eso, pueden animarla a vestir ropa juvenil y mantenerla sana y salva como si fuera una niña pequeña. Las familias pueden asumir erróneamente que la hija no tiene ante ella una vida sexual y la protegen de la amarga realidad con ropa de niña y tratándola como si fuera aún una

niña. El resultado puede ser, por supuesto, que la joven mujer emergente no sepa actuar sexualmente, como mujer en la sociedad en la que vive. Ella continuará con un comportamiento infantil (Cole, 1988, pp. 282-283).

En dichas familias se dice a los jóvenes con discapacidades que el sexo no es para ellos. Cuando maduran, pueden necesitar consejo para ayudarles a reconocer sus sentimientos sexuales como algo normal, y a realizar cambios responsables en su vida, explorando su sexualidad.

Las discapacidades físicas

De acuerdo con Margaret Nosek y sus colegas (1994), el bienestar sexual entre personas discapacitadas, así como entre la población en general, implica cinco factores:

- Concepto sexual positivo de uno mismo, considerándose uno mismo sexualmente capacitado y como persona.
- Conocimientos sobre sexualidad.
- Relaciones positivas, productivas.
- Acabar con las barreras sexuales (sociales, ambientales, físicas y emocionales).
- Mantener lo mejor posible la salud general y sexual, tan solo sujeta a los límites de uno mismo.

Por supuesto, este modelo es aplicable a todos nosotros. Consideremos ahora los aspectos de las discapacidades físicas específicas y la sexualidad humana.

Parálisis cerebral. La **parálisis cerebral**, por lo general, no debilita el interés sexual, la capacidad para alcanzar el orgasmo o la fertilidad (Reinisch, 1990). Sin embargo, dependiendo de la naturaleza y del grado de espasmos o falta de control muscular, las personas afectadas pueden verse limitadas para ciertas actividades sexuales y posiciones coitales.

La importancia de la educación sexual para personas discapacitadas queda patente en el caso de un hombre con parálisis cerebral:

Un hombre de 40 años de edad, con parálisis cerebral moderada, vino a verme buscando consejo sexual. Cuando le pregunté por qué había venido a pedirme consejo, dijo: «Creo que ya soy suficientemente mayor para aprender sobre sexo». Tenía formación universitaria, un trabajo a tiempo completo y vivía solo; se había independizado de sus padres hacía tres años. Continuando con las preguntas, comprobé que sus conocimientos sexuales consistían en que tenía pene, pero no sabía nada sobre la sexualidad humana o la anatomía femenina. Cuando le pregunté si alguna «sustancia blanca, pegajosa», había salido de su pene, replicó: «Sí, ¿no tiene nada que ver con mi parálisis cerebral?». (Knight, 1989, p. 186)

Las personas con discapacidades como parálisis cerebral a menudo sufren rechazo social durante la adolescencia y se ven a sí mismas como incapaces o indignas para mantener relaciones sexuales íntimas, especialmente con personas no discapacitadas. A menudo se socializan en un papel asexual. Los consejos pueden ayudarles a entender y aceptar su sexualidad, promovida por una imagen más positiva del cuerpo, y proporcionándoles las habilidades sociales para establecer relaciones íntimas.

Lesiones de la médula espinal. Las personas que sufren discapacidades físicas, como resultado de lesiones traumáticas o enfermedades físicas, no solo deben aprender a hacer frente a sus limitaciones físicas, sino también a adaptarse a un mundo creado para personas no discapacitadas. Las lesiones de médula espinal afectan a entre 6 000 y 10 000 personas

Parálisis cerebral

Desorden muscular provocado por daños en el sistema nervioso central (normalmente previo o durante el nacimiento) y caracterizado por una parálisis con espasmos.

anualmente en Estados Unidos, por ejemplo (Seftel *et al.*, 1991). La mayoría de las personas que sufren lesiones de médula espinal son hombres jóvenes y activos. Los accidentes automovilísticos o pedestres son los que provocan la mitad de estos casos. Otras causas comunes incluyen las heridas de bala o arma blanca, los deportes de riesgo y las caídas. Dependiendo de la localización del daño en la médula espinal, la pérdida de control voluntario (parálisis) puede tener lugar en las piernas (paraplejía) o en las cuatro extremidades (tetraplejía). También puede producirse la pérdida de sensibilidad en partes del cuerpo que están por debajo de la zona que presenta la lesión. La mayoría de las personas que sufren este tipo de lesión tienen una vida relativamente normal, pero la calidad de sus vidas se ve profundamente afectada.

El efecto de la lesión en la médula espinal sobre la respuesta sexual depende de la zona y de la severidad de la lesión. Los hombres tienen dos núcleos de la erección en la médula espinal: un núcleo superior en la región lumbar, que controla las erecciones psicogénicas, y otro más abajo, en la región del hueso sacro, que controla las erecciones reflejas. Cuando la lesión ocurre a nivel o a la altura del punto lumbar, los hombres pierden la capacidad para las erecciones psicogénicas, los tipos de erecciones que tienen lugar en respuesta a la estimulación mental, como en el visionado de películas eróticas o fantasiosas. Pueden continuar teniendo erecciones reflejas como resultado de la estimulación directa del pene, ya que este tipo de erecciones están controladas por la zona del hueso sacro, localizado en la zona inferior de la médula espinal. Sin embargo, no pueden percibir sensaciones en los genitales, ya que la conexión nerviosa con el cerebro está dañada. Los hombres con daños en la zona del hueso sacro pierden la capacidad para tener erecciones reflejas, pero pueden seguir teniendo erecciones psicogénicas si el resto de la médula espinal no se ha visto dañado (Spark, 1991). Por lo general, los investigadores han descubierto que cerca de tres de cada cuatro hombres con lesiones en la médula espinal logran tener erecciones, pero solo uno de cada diez siguen eyaculando con normalidad (Spark, 1991). Otros pueden ayudarse con un vibrador para poder eyacular (Szasz & Carpenter, 1989). Su cerebro puede ayudarles a completar esas sensaciones perdidas, asociadas con el coito e incluso el orgasmo. Cuando la estimulación directa no provoca la erección, la mujer puede introducir el pene flácido en la vagina y empujar ligeramente con las caderas, teniendo cuidado de no sacarlo.

Aunque la frecuencia con la que los hombres con daños en la médula espinal mantienen relaciones sexuales tiende a disminuir después de la lesión (Alexander *et al.*, 1993), un estudio, con al menos 1 300 hombres en esta situación, halló que cerca de uno de cada tres (35 por ciento) siguen manteniendo relaciones sexuales (Spark, 1991). Solo cerca de uno de cada cinco de los hombres recibieron algún tipo de consejo sexual para ayudarles a adaptar su sexualidad a la discapacidad. El típico hombre encuestado aumenta el interés en actividades sexuales alternativas, especialmente las que incluyen las zonas por encima de la médula dañada, como la boca, los labios, el cuello y las orejas.

La conservación de la respuesta sexual en las mujeres también depende de la zona y de la severidad del daño en la médula espinal. Las mujeres pueden perder la habilidad para experimentar sensibilidad en los genitales o para lubricar de forma normal durante la estimulación sexual. Sin embargo, la percepción en los pechos puede no verse afectada, haciendo de éstos la zona más erógena. La mayoría de las mujeres con daños en la médula espinal pueden mantener relaciones sexuales, pudiendo llegar a quedarse embarazadas y dar a luz sin necesidad de cesárea. Un estudio con 68 mujeres con la médula espinal dañada mostró que cerca de la mitad eran capaces de alcanzar el orgasmo, en respuesta a la visualización de material erótico audiovisual, combinado con la estimulación genital manual (Sipski *et al.*, 2001). Las mujeres con daños en la médula espinal pueden elevar su placer sexual por medio de imágenes sexuales y estimulación manual (Sipski *et al.*, 2001).

Las parejas que se enfrentan al desafío de un daño en la médula espinal pueden ampliar su repertorio sexual centrándose menos en la estimulación genital (excepto para lograr los reflejos de erección y lubricación) y más en las partes del cuerpo que aún son sensibles. La estimulación de algunas áreas del cuerpo, como las orejas, el cuello y los pechos (tanto en hombres como en mujeres), puede proporcionar sensaciones eróticas agradables.

Discapacidades sensoriales. Las discapacidades sensoriales, como la ceguera o la sordera, no afectan directamente a la sensibilidad de los genitales, aunque la sexualidad puede verse afectada de otras maneras. Una persona ciega de nacimiento, o desde la infancia temprana, puede tener dificultades para interpretar la anatomía de la pareja. Los currículos de educación sexual se han diseñado específicamente para permitir a las personas visualmente impedidas aprender sobre la anatomía sexual con modelos. Muñecas, correctas anatómicamente, pueden utilizarse para simular posiciones de relación sexual.

Las personas sordas a menudo carecen de conocimientos sexuales. Sus habilidades para comprender las bases sociales implicadas en la formación y el mantenimiento de relaciones íntimas pueden verse dañadas. Los programas de educación sexual basados en el lenguaje de signos están ayudando a muchas personas con discapacidades auditivas, permitiéndoles ser más perceptivas socialmente, así como ampliar sus conocimientos sobre los aspectos físicos del sexo. Las personas con discapacidades visuales y auditivas a menudo carecen de autoestima y confianza en sí mismas, problemas que les crean dificultades a la hora de establecer relaciones íntimas. Una adecuada asistencia psicológica puede ayudarles a ser más conscientes de su sexualidad y a desarrollar habilidades sociales.

Otras discapacidades y daños físicos. Las discapacidades específicas plantean retos personales, dada la imposición de limitaciones particulares, en cuanto al acto sexual. La **artritis** puede hacer del acto sexual algo difícil y doloroso, por afectar a los brazos, las rodillas y la cadera de las personas que la padecen. Hay posiciones coitales que minimizan el malestar; además, aplicar calor húmedo sobre las articulaciones antes de las relaciones sexuales también ayuda.

Un hombre que tenga un miembro amputado puede compensar esa discapacidad por medio de la penetración lateral u ocupando la mujer la posición superior en lugar de ocuparla el hombre. Una mujer con limitaciones en las funciones de sus manos puede encontrar difícil o imposible colocarse un diafragma y podría necesitar la ayuda de su pareja, o tener que recurrir a otro medio anticonceptivo. La sensibilidad hacia el otro es una necesidad vital en las parejas en las que uno de los miembros tiene algún tipo de discapacidad, así como en parejas en las que ambos son discapacitados.

Hablando de sensibilidad, llega el momento de que tratemos otros asuntos psicológicos.

Pregunta: ¿Cómo afectan las discapacidades psicológicas al acto sexual?

Las discapacidades psicológicas

Se tiene la idea estereotípica de que las personas con discapacidades, tales como las que tienen discapacidad mental, son incapaces de entender sus impulsos sexuales. Las personas discapacitadas adoptan a veces una actitud inocente, propia de la infancia, o llevan una vida desprovista de sexualidad. Algunos de los estereotipos de las personas discapacitadas ofrecen una idea contraria de lo anterior y las presentan como personas con una libido más marcada de lo habitual e incapaces de controlarla (Reinisch, 1990). Algunas personas con discapacidad mental hacen actos inapropiados, como, por ejemplo, masturbarse en público. Los estereotipos son exagerados, ya que, aunque hay personas discapacitadas que actúan inapropiadamente, éstas pueden ser educadas de manera que puedan seguir las normas sociales establecidas (Reinisch, 1990).

Artritis Enfermedad progresiva que se caracteriza por la inflamación y el consiguiente dolor de las articulaciones.

Los padres y los monitores que les cuidan, les desaniman en relación a su capacidad para aprender cosas sexuales y les enseñan a reprimir sus impulsos sexuales. Aunque los cambios físicos de la pubertad pueden retrasarse en las personas discapacitadas, la mayoría desarrollan sus necesidades sexuales de forma normal. La mayoría son capaces de aprender a entender su sexualidad y pueden ser guiadas para mantener relaciones íntimas responsables y provechosas.

Uno de los mayores impedimentos para alcanzar una plenitud sexual entre las personas con discapacidades es encontrar una pareja cariñosa en la que apoyarse. Algunas personas mantienen relaciones sexuales con otras discapacitadas, sin que existan sentimientos de por medio. Sin embargo, por lo general, las parejas suelen ser otras personas con discapacidades o personas no discapacitadas que han superado los estereotipos que representan a los discapacitados como no deseables. Muchas parejas han tenido alguna relación anterior positiva con una persona con una discapacidad, normalmente durante la infancia. La experiencia facilita la aceptación de la idea de que una persona discapacitada puede resultar atractiva. Dependiendo de la naturaleza de la discapacidad, la pareja no discapacitada podría estar más abierta a realizar un papel sexual más activo para compensar las limitaciones de la pareja con discapacidad. En una pareja formada por dos personas con discapacidad, necesitan mostrarse más sensibles el uno con el otro, con sus necesidades y limitaciones físicas. Las personas con discapacidad y sus parejas podrían necesitar desarrollar sus repertorios sexuales para incorporar otras maneras de darse placer que no se centren en la estimulación genital.

El mensaje es simple: la sexualidad puede enriquecer la vida de casi todos los adultos, prácticamente a cualquier edad.

APORTACIÓN DE AUTORES ESPAÑOLES

LA PAREJA ESPAÑOLA DEL SIGLO XXI

ALBERTO RODRÍGUEZ MOREJÓN
Universidad de Salamanca

Para entender cómo es la pareja en la España del siglo XXI hay que tener en cuenta los cambios económicos y sociales que han marcado nuestra convivencia en las últimas décadas. Desde el punto de vista económico, la mayor parte de la sociedad española disfruta de un relativo bienestar y, como en toda sociedad avanzada, cuando las necesidades básicas están resueltas, pasan a un primer plano valores más en la línea de la autorrealización. En este empeño, la búsqueda del éxito profesional y la consecución de la felicidad en la pareja se convierten en objetivos fundamentales. El amor, la necesidad de conseguir el amor verdadero, y la búsqueda de la relación de pareja perfecta se convierten en metas fundamentales para dar sentido a la existencia de las personas.

Además, de la mano del desarrollo económico han llegado los grandes avances sanitarios, que, en una sociedad que ha conseguido convertir la salud en un derecho de todos los ciudadanos, han hecho que aumente drásticamente la esperanza de vida del individuo, con la consiguiente transformación del ciclo evolutivo de la familia. Ahora las parejas tienen tiempo

para elegir, para probar, para juntarse y separarse, para tener hijos con varias parejas o para sobrevivir durante muchos años después desde haber criado a sus descendientes.

En el contexto de una sociedad democrática, el bienestar económico y el acceso a la cultura de los ciudadanos facilitan la transformación social y, en lo que a nosotros concierne, el cambio de los modelos de pareja. La metamorfosis es lenta, pero afecta a la visión de mundo de la mayoría de los ciudadanos, y preferentemente de los más jóvenes. Nos hemos desprendido de muchas cargas ideológicas del pasado y como resultado se ha producido lo que Ulrich Beck explica como la desvinculación de tres hechos estrechamente relacionados en el pasado: matrimonio, paternidad y sexualidad (Beck y Beck-Gernsheim, 2001). A continuación revisaremos algunos de los cambios que esta desvinculación conlleva: las nuevas fórmulas de unión que conviven con el matrimonio tradicional, la separación, la paternidad, los modelos más igualitarios de pareja y la nueva visión de la sexualidad.

FÓRMULAS DE UNIÓN

El matrimonio como fórmula de unión ha cambiado porque también lo ha hecho el modelo de familia. De hecho, la preocupación de muchos estudiosos de la familia es que estamos viviendo un periodo de supuesta descomposición de nuestros modelos de convivencia. Hace ya tiempo que en España la familia extensa —la compuesta por abuelos, tíos y las familias de cada uno de los hermanos— ha dejado de ser la unidad principal de convivencia. Aunque se podrían señalar algunas paradojas importantes que se producen en la actualidad debido a la carestía de la vivienda y al periodo de precariedad laboral, no es extraño que una pareja joven tenga que convivir algún tiempo con los progenitores de alguno de ellos. Salvo esta situación, que entendemos como transitoria, la familia extensa es cada vez menos influyente. Pero además, y ahí es donde queremos llegar, también parece en transformación lo que llamamos familia nuclear, la compuesta solo por padres e hijos, y la concepción tradicional del matrimonio.

De entrada, y aunque según las encuestas sociológicas los españoles seguimos mayoritariamente creyendo en el matrimonio como institución (sólo un 24 por ciento lo considera una institución pasada de moda, según las estadísticas del CIS, 2002), la realidad es que nos casamos mucho menos. Así, las tasas de nupcialidad han ido cayendo paulatinamente en las últimas tres décadas: en el año 1975 contraían matrimonio casi 8 de cada mil españoles, mientras que en 2001 la tasa fue del 5 por mil. Se casa menos gente y lo hace mucho más tarde: la edad para casarse, que en los 70 rondaba los veintitantos, alcanzó la media de 30 años en 2002 (INE, 2002).

Esta bajada en las tasas de nupcialidad suponemos que tiene que ver, al menos en parte, con la aparición de otras modalidades de convivencia difícilmente computables en las estadísticas oficiales. A las opciones de matrimonio religioso y civil se les ha sumado la de parejas de hecho (modalidad legislada en algunas autonomías) o la de la simple convivencia sin ningún tipo de regularización. Hay razones para pensar que este cambio en cuanto al formato de convivencia es el reflejo de giros importantes en nuestra forma de concebir la pareja. Ante todo, se puede decir que se ha roto con convenciones pasadas: supone que la gente elige más libremente con quién forma relaciones y se preocupa menos de que estén o no ratificadas socialmente a través de mecanismos legales. Al menos esto es lo que dicen las encuestas: el 86 por ciento de los españoles aprueban que las parejas convivan sin estar casados (CIS, junio de 2004).

A la disminución de los matrimonios formales hay que añadir otros fenómenos que enriquecen nuestra variedad de modelos de pareja. Por una parte, desde un pasado bastante homófobo parece que evolucionamos a una sociedad que por lo menos dice aceptar progresivamente las relaciones homosexuales. En las encuestas, sólo un 30 por ciento de los preguntados afirman que tendrían un problema grave si su hijo mantuviera relaciones homosexuales y, en cambio, un 66 por ciento apoyan el derecho de los homosexuales a contraer matrimonio (CIS, junio de 2004). En la práctica, nuestras leyes de pareja de hecho ya abarcan uniones homosexuales, y todo apunta a que las futuras leyes igualarán completamente en cuanto a deberes y derechos a los matrimonios homo y heterosexuales.

Otro fenómeno que marca ya —y sin duda lo hará mucho más en el futuro— nuestros modelos de convivencia en pareja, tiene que ver con la presencia cada vez mayor de inmigrantes en nuestro país. Se habla de una cifra, imposible de determinar, en torno a dos millones de personas, entre ellos magrebíes, subsaharianos, latinoamericanos de varios países y ciudadanos de Europa del Este. Personas, en definitiva, de diferentes culturas, con formas distintas de entender la pareja, de las que nos impregnamos a través de un enriquecedor intercambio cultural. Reflejo de ello es el número creciente de uniones entre españoles y personas de otras nacionalidades que fijan su residencia aquí. Además, no parece que haya un gran rechazo social a este tipo de uniones, ni siquiera cuando se introducen factores raciales de por medio: sólo el 20 por ciento de los españoles desaprobarían que su hijo se casara con alguien de otra raza (CIS, junio de 2004).

LA SEPARACIÓN

Las personas se sienten más libres para decidir si se casan o no, y también más libres para disolver los vínculos establecidos. Un 79 por ciento de los españoles consideran el divorcio como una buena solución en caso de conflictos conyugales que no sean capaces de resolver (CIS, junio de 2003). Tal vez por ello, en las dos décadas transcurridas desde que se creó la Ley del divorcio en 1981, un número creciente de españoles se separan cada año, por encima de 100 000 en los dos últimos, llegando a la proporción de que uno de cada tres matrimonios acaba en separación. La cifra está alejada de otras tasas europeas y norteamericanas, pero apunta la misma dirección creciente.

Muy recientemente, las leyes han venido a ratificar la opinión de los ciudadanos favorable al divorcio y han cambiado para facilitar el trámite a los ciudadanos que se decidan por esta opción. La nueva Ley de divorcio acorta los plazos y simplifica los trámites.

MATRIMONIO Y PATERNIDAD

La idea de que conviene casarse (por la fórmula que sea) antes de tener hijos también parece estar cambiando. Tan solo un 13 por ciento de los españoles rechazarían que un hijo suyo tuviera descendientes sin estar casado (CIS, junio de 2004). En la práctica, además, nuestras tasas de natalidad descienden hasta cifras alarmantes, cercanas a un hijo por pareja. Tenemos, entonces, que matrimonio y paternidad no son ahora fenómenos necesaria e irrevocablemente unidos. Los hijos no se tienen forzosamente dentro del matrimonio, y tampoco las parejas que se unen lo hacen siempre con la idea de concebir hijos; al contrario, muchas parejas deciden desde el principio no tener descendientes. Las razones aducidas para no querer hijos, siempre según las encuestas del CIS (diciembre de 2003-junio de 2004), son: resulta caro (38 por ciento), es difícil de compatibilizar paternidad y trabajo (25 por ciento) o simplemente dicen no tener tiempo para atenderlos (12 por ciento). Otro factor que colabora con las bajas tasas de natalidad es que algunas de las parejas que se deciden a procrear tienen dificultades para quedarse embarazadas. Ello sucede por diversas razones, entre las que cuenta significativamente la tardía edad a la que se espera para tener hijos. La consecuencia última es que nos encontramos en una sociedad de parejas

con muy pocos hijos y con mucho más tiempo para disfrutar juntos, para amarse, para viajar, para triunfar profesionalmente, pero también para decepcionarse, para discutir y para pensar que tal vez les iría mejor en otra relación.

RELACIONES IGUALITARIAS DENTRO DE LA PAREJA

De la misma forma que en otros países de nuestro entorno, los últimos años han traído grandes avances en políticas de igualdad de género. La paridad formal de derechos está en camino de convertirse también en una igualdad fáctica. El acceso masivo de la mujer al trabajo y a los puestos de poder económico, social y político, hacen que deba replantearse también su papel dentro de la pareja. Los modelos del pasado ya no sirven y atravesamos una época de revisión, de redistribución de cargas, de deberes y de derechos, dentro de la pareja y la familia.

En España son pocos los jóvenes que no quieran una sociedad más igualitaria y estén dispuestos a comprometerse con modelos de pareja en los que siga disminuyendo la desigualdad de género. Pero una cosa es el pensamiento y otra la actuación. La apuesta a nivel de deseo es clara: solo un 5 por ciento de los jóvenes españoles entrevistados desean una familia en la que la mujer se quede en casa mientras el marido trabaje, mientras que el 79 por ciento apuestan por compartir los trabajos de la casa por igual y un 13 por ciento opinan que la mujer debe trabajar menos horas fuera para ocuparse en mayor medida del hogar y los hijos. En cambio, el 60 por ciento siguen reconociendo que en general sigue habiendo más oportunidades para hombres que para mujeres (CIS, junio de 2002).

LA NUEVA SEXUALIDAD EN LA PAREJA

La difusión de los anticonceptivos supuso la separación definitiva entre sexo y reproducción; la ruptura de estereotipos y la igualdad entre géneros nos llevan a un futuro en el que los individuos tienen una gran libertad para disfrutar sin tabúes de su sexualidad. Decíamos que sexualidad y matrimonio son dos fenómenos cada vez más desvinculados; buena prueba de ello es que los españoles tenemos una visión bastante positiva de la sexualidad extramatrimonial: el 79 por ciento se consideran bastante o muy tolerantes con respecto a las relaciones sexuales prematrimoniales (CIS, junio de 2004).

Los datos parecen indicar también que nos gusta disfrutar de la sexualidad dentro de la pareja, o al menos es lo que parece deducirse de los resultados de la encuesta Durex (2004), según la cual los españoles no somos especialmente promiscuos: tenemos una media de 6,8 compañeros sexuales a lo largo de la vida (la media mundial es de 10,5). Valgan también para apoyar esta idea los datos de una encuesta más exhaustiva realizada por el INE (2003): sólo un 8,4 por ciento de las mujeres y un 25,2 por ciento de los varones confiesan haber tenido relaciones sexuales ocasionales a lo largo del último año, y únicamente un 22,3 por ciento dicen haber tenido más de una pareja sexual en el mismo periodo; más llamativo aún resulta que un 55,6 por ciento de las mujeres y un 24,4 por ciento de los varones dicen haber tenido una sola pareja sexual a lo largo de la vida.

La conclusión es que en nuestra sociedad se están produciendo profundos cambios que afectan a nuestros modelos de

parejas. Tenemos personas que más que nunca buscan el amor y que tienen más tiempo de lo que jamás un antecesor nuestro tuviera para encontrarlo. Además, hemos visto cómo en pocos años se ha pasado de un modelo de pareja muy condicionado por el estereotipo social a un modelo mucho más flexible y más dependiente de las visiones personales de los que libremente deciden unirse. En el pasado la pareja estaba insertada en una familia extensa, o conviviendo en familia nuclear con hijos, con todas las bendiciones sociales, legales y religiosas, y todas las obligaciones de no defraudar la norma que éstas conllevaban: la imprescindible heterosexualidad, la sexualidad únicamente dentro del matrimonio, la asimetría de los roles de género, la sacrosanta obligación de tener hijos y la presión social para que la pareja perdurase el mayor tiempo posible. El modelo en el que estamos se desvincula mucho más de las normas sociales y propicia la libre elección de: la fórmula a través de la que nos unimos, el sexo o la nacionalidad del compañero o compañera que elegimos, cómo y con quién vivimos nuestra sexualidad, y los propios objetivos de la unión: ya no es tan necesario perdurar o tener hijos; la única obligación es ser feliz.

LOS CONFLICTOS

¿Han cambiado mucho los conflictos de pareja desde Romeo y Julieta? Probablemente no. Nuestros desacuerdos siguen teniendo que ver con los temas de siempre: con las familias de origen o el cuidado de los propios hijos, con la economía o con las diferentes formas de entender la relación de los cónyuges. Pero si hubiera que identificar nuevas fuentes de conflicto, sin duda la libertad, la tan buscada libertad, sería la fundamental.

«La liberación de las morales va acompañada por una sumisión a las psicoterapias», dice Marina en una frase tan lúcida como cargada de pesimismo (Marina, 2002, p. 10). Más poéticos, los ya citados Beck y Beck-Gernsheim dicen: «El amor se torna huidizo en cuanto se ponen en él todas las esperanzas y se le convierte en el lugar de culto de la sociedad que gira alrededor del concepto de autorrealización» (p. 17).

Y es que la mayor libertad e igualdad hace que todo sea negociable, y la negociación es fuente de conflictos. Se hace necesario decidir si se tienen o no hijos, hay que compatibilizar las exigencias de dos trabajos o repartir igualitaria pero eficazmente las tareas del hogar. Por otro lado, está la obstinación por conseguir el ideal de amor, la relación que aspira a la perfección a través de compensar opuestos casi irreconciliables. La pareja perfecta debe conseguir: un buen equilibrio entre la intimidad, que nutre los sentimientos, y la independencia, que permite la autorrealización; debe conciliar buenas dosis de la pasión, que nos hace sentir vivos, con la racionalidad, que permite tomar decisiones. Demasiada responsabilidad para el amor. Pero tampoco nos vamos a quejar de que éste sea por fin el auténtico protagonista de la historia. El material del que están hechos los sueños más dulces, como dice la famosa canción de Eurithmics, seguirá gobernando nuestras vidas, trastocando la razón de quien lo disfruta y constituyendo un reto formidable para quien tiene que estudiarlo. El amor es el territorio mítico de poetas y demás artistas y, como decía la gran Sara Bernard, quien quiera estudiarlo siempre será discípulo.

BIBLIOGRAFÍA

- BECK, U., y BECK-GERNSHEIM, E. (2001): *El normal caos del amor. Las nuevas formas de relación amorosa*. Barcelona. Paidós.
- MARINA, J. A. (2002): *El rompecabezas de la sexualidad*. Barcelona. Anagrama.
- CIS (mayo-agosto de 2002): *Relaciones personales*. Boletín 29.
- CIS (octubre de 2002): *Sondeo sobre la juventud española*. Estudio n.º 2.469.

- CIS (junio de 2003): *Familia y género (International social programme)*. Estudio n.º 2.529.
- CIS (diciembre de 2003-enero de 2004): *Actitudes y opiniones de las mujeres ante los hijos y la crianza*. Estudio n.º 2.552.
- CIS (junio de 2004): *Barómetro de junio*. Estudio n.º 2.568.
- DUREX (2004): *Global sex survey report*.
- INE (2002): *Demografía*.
- INE (2003): *Encuesta de salud y hábitos sexuales*.
-

Disfunciones sexuales



Tipos de disfunciones sexuales

Trastornos del deseo sexual

Trastornos de la excitación sexual

Trastornos orgásmicos

Trastornos de dolor sexual

Orígenes de las disfunciones sexuales

Causas orgánicas

Causas psicosociales

Tratamiento de las disfunciones sexuales

El enfoque de Masters y Johnson

El enfoque de Helen Singer Kaplan

Trastornos del deseo sexual

Trastornos de la excitación sexual

Trastornos orgásmicos

La sexualidad humana en el nuevo milenio. Pensar de manera crítica acerca de comprar Viagra y otros medicamentos online

La sexualidad humana en el nuevo milenio. Desarrollo de tratamientos biológicos para las disfunciones sexuales en las mujeres

Trastornos de dolor sexual

Tipos de disfunciones sexuales

El sistema de clasificación de las disfunciones sexuales más ampliamente utilizado está basado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*), de la Asociación Americana de Psiquiatría (2000). El DSM propone cuatro categorías de disfunciones sexuales:

1. **Trastornos del deseo sexual.** Implican falta de interés por el sexo o aversión al contacto sexual.
2. **Trastornos de la excitación sexual.** La excitación sexual se caracteriza principalmente por la erección en el varón y la lubricación e hinchazón de los genitales externos en la mujer. En los varones, los trastornos de la excitación sexual implican dificultad para conseguir o mantener la erección lo suficiente para la relación sexual. En las mujeres, típicamente implican lubricación insuficiente.
3. **Trastornos del orgasmo.** Los varones o las mujeres pueden tener dificultades para alcanzar el orgasmo o pueden alcanzar el orgasmo más rápidamente de lo que desearían. Las mujeres suelen tener más dificultades para alcanzar el orgasmo. Los varones suelen tener más dificultades por alcanzar el orgasmo demasiado rápidamente (eyaculación prematura).
4. **Trastornos de dolor sexual.** Tanto los varones como las mujeres pueden sufrir **dispareunia** (relación sexual dolorosa). Las mujeres pueden sufrir **vaginismo**, o contracción involuntaria de los músculos que rodean la bóveda vaginal, impidiendo la penetración por el pene o haciéndola dolorosa.

Las disfunciones sexuales se clasifican en «primarias», o de por vida, y secundarias, o adquiridas. (Las disfunciones adquiridas siguen a un periodo de funcionamiento normal.) Las disfunciones también se clasifican como generalizadas o situacionales. Las disfunciones *generalizadas* ocurren en todas las situaciones. Las disfunciones *situacionales* afectan al funcionamiento sexual solo en algunas situaciones, como durante la relación sexual pero no durante la masturbación, o con una pareja pero no con otra. Si un varón nunca ha sido capaz de conseguir una erección durante las relaciones sexuales con una pareja, pero la consigue durante la masturbación, su disfunción es de por vida y situacional.

Trastornos del deseo sexual

Pregunta: ¿Qué son los trastornos del deseo sexual? Los trastornos del deseo sexual implican ausencia de deseo sexual o aversión a la actividad sexual genital. Las personas con poco o ningún interés o deseo sexual se dice que tienen un trastorno de deseo sexual hipoactivo. A menudo informan de una ausencia de fantasías sexuales. La ausencia de deseo es más común entre mujeres que entre varones (Bancroft *et al.*, 2003; Laumann *et al.*, 1994). Sin embargo, la creencia de que los hombres están siempre más hambrientos de sexo es un mito.

La ausencia de deseo sexual no implica que una persona sea incapaz de conseguir una erección, lubricar adecuadamente o alcanzar el orgasmo. Algunas personas con bajo deseo sexual pueden excitarse sexualmente y alcanzar el orgasmo cuando se estimulan adecuadamente. Muchos disfrutan de la actividad sexual aunque no se muestren muy dispuestos a iniciarla. Muchos aprecian el afecto y la cercanía de la intimidad física, pero no tienen interés original por la estimulación genital.

El deseo sexual hipoactivo es una de las disfunciones sexuales más comúnmente diagnosticadas, aunque no existe un claro consenso entre los clínicos y los investigadores en lo

Trastornos del deseo sexual

Disfunciones sexuales en las cuales las personas tienen persistentes o recurrentes ausencias de deseo sexual o aversión al contacto sexual.

Trastornos de la excitación sexual

Disfunciones sexuales en las cuales las personas, persistente o recurrentemente, fallan en alcanzar la excitación sexual adecuada para mantener una relación sexual.

Trastornos orgásmicos

Disfunciones sexuales en las cuales las personas, persistente o recurrentemente, tienen dificultades para alcanzar el orgasmo o alcanzan el orgasmo más rápidamente de lo que querrían, a pesar de mantener un nivel de estimulación sexual suficientemente intenso como para conseguir normalmente un orgasmo.

Trastornos de dolor sexual

Disfunciones sexuales en las cuales las personas, persistente o recurrentemente, experimentan dolor durante el coito.

Dispareunia

Disfunción sexual caracterizada por dolor persistente o recurrente durante la relación sexual. (De las raíces que significan «mal apareamiento».)

que concierne a la definición del bajo deseo sexual. ¿Cuánto interés o deseo sexual es «normal»? No existe un nivel estándar de deseo sexual —no podemos hacer la lectura de 36,5° del «termómetro sexual»—. La ausencia de deseo se considera un problema cuando las parejas reconocen que su nivel de interés sexual ha bajado tanto que le queda muy poco. La ausencia de deseo está limitada, a menudo, a una pareja. Cuando un miembro de una pareja está más interesado en el sexo que el otro, los terapeutas sexuales a menudo recomiendan que las parejas lleguen a un acuerdo. También intentan descubrir y resolver problemas que pueden enfriar el ardor sexual en la relación.

La polémica se pone en marcha cuando se considera como una disfunción la ausencia de deseo sexual entre las mujeres (Basson, 2002; Bean, 2002). Las investigaciones acerca de las diferencias sexuales sugiere que las mujeres, en general, están menos interesadas en el sexo que los hombres (Peplau, 2003). Sin embargo, esto no quiere decir que algo no vaya bien en las mujeres que sienten deseos sexuales intensos regularmente. Por otro lado, algunos investigadores advierten que la definición de ausencia de deseo sexual como una disfunción, cuando se aplica a las mujeres, intenta imponer a las mujeres un modelo masculino de lo que es normal (Bean, 2002). Hay que tener en cuenta que la ausencia de deseo sexual normalmente no llega al profesional de la salud a menos que un miembro de la pareja tenga más necesidad de sexo que el otro. Normalmente, esa es la situación en la cual el miembro de la pareja menos interesado se expone a que se diga de él que sufre una disfunción.

Los factores biológicos y psicosociales —deficiencias hormonales, depresión, insatisfacción con la relación y demás— contribuyen a la falta de deseo (Frohlich & Meston, 2002). Entre las condiciones médicas que disminuyen el deseo sexual están las deficiencias de testosterona, el hiper o el hipotiroidismo y la epilepsia lóbulo-temporal. El deseo sexual se alimenta de la testosterona, que es producida por los varones en los testículos y por ambos, varones y mujeres, en las glándulas adrenales (Tuiten *et al.*, 2000). Las mujeres pueden experimentar menos deseo sexual cuando se les han extirpado las glándulas adrenales. Un interés sexual bajo, junto con dificultades de la erección, son comunes entre los hombres con **hipogonadismo**, que se trata con testosterona (Lue, 2000).

Los investigadores encuentran que los varones con trastornos del deseo sexual son mayores que las mujeres con dicho trastorno (Ghizzani, 2003; Morley & Van den Berg, 2000). Entre los hombres, un declive gradual en el deseo sexual se puede explicar en parte por la reducción en los niveles de testosterona, que ocurre en la mediana y en la avanzada edad (Morley & Van den Berg, 2000; Perry *et al.*, 2001). Pero el deseo sexual de las mujeres también puede disminuir con la edad, por cambios físicos y psicológicos, como veremos (Kingsberg, 2002). Los cambios bruscos en el deseo sexual se explican más frecuentemente por factores psicológicos e interpersonales, como la depresión, el estrés y los problemas en la relación (Bancroft *et al.*, 2003; Frohlich & Meston, 2002; Graham, 2003).

Los problemas psicológicos pueden contribuir a un deseo sexual bajo (Bancroft *et al.*, 2003; Ghizzani, 2003). La ansiedad es el factor que aparece con más frecuencia, incluyendo un cuadro de ansiedad (ansiedad acerca de ser evaluado negativamente), ansiedad relacionada con el temor al placer o a la pérdida de control, y fuentes de ansiedad más profundas, relacionadas con el temor al dolor. La depresión es una causa común de falta de deseo (Frohlich & Meston, 2002). También se ha relacionado con un deseo sexual bajo la existencia de antecedentes de abuso o violencia sexual.

Algunos medicamentos, incluyendo los utilizados para controlar la ansiedad o la hipertensión, pueden reducir el deseo. Cambiar la medicación o las dosis puede restaurar los niveles de la persona previos al tratamiento.

Vaginismo Disfunción sexual caracterizada por la contracción involuntaria de los músculos que rodean la bóveda vaginal, impidiendo la penetración del pene o haciendo la penetración dolorosa.

Hipogonadismo Trastorno endocrino que reduce la producción de testosterona.

Trastorno de aversión sexual. Las personas con bajo deseo sexual pueden tener poco o ningún interés en el sexo, pero no encuentran repugnante el contacto genital. Sin embargo, algunas personas encuentran el sexo repugnante o desagradable y evitan el contacto genital.

Algunos investigadores consideran que la aversión sexual es una fobia sexual o estado de pánico sexual, con un temor intenso e irracional al contacto sexual y un deseo apremiante de evitar las situaciones sexuales (Kaplan, 1987). Un historial de problemas de erección puede provocar la aversión sexual en los varones. Éstos pueden sentir ansiedad en las situaciones sexuales porque dichas situaciones disparan los sentimientos de fracaso y vergüenza. Sus parejas pueden desarrollar también aversión al contacto sexual por esta ansiedad y por su propia frustración. Un historial de traumas sexuales, como violación, abusos sexuales en la infancia o incesto, a menudo aparecen como causas primordiales en los casos de aversión sexual, sobre todo en las mujeres.

Trastornos de la excitación sexual

Cuando nos estimulamos sexualmente, nuestros cuerpos responden normalmente con **vasocongestión**, lo cual produce la erección en el varón y la lubricación vaginal en la mujer.

Pregunta: ¿Qué son los trastornos de la excitación sexual? Las personas con trastornos de la excitación sexual no consiguen alcanzar o mantener la lubricación o la erección necesarias para el coito, o carecen de los sentimientos de placer sexual o excitación que acompañan normalmente a la excitación sexual (American Psychiatric Association, 2000).

Los trastornos de la excitación sexual a veces se han etiquetado como *impotencia* en el varón y *frigidez* en la mujer. Pero estos términos son peyorativos, así que muchos profesionales prefieren emplear términos más descriptivos y menos ofensivos.

Trastorno de la erección masculina. El trastorno de la excitación sexual en el varón se llama **trastorno de la erección masculina** o *disfunción eréctil*. Se caracteriza por dificultad persistente para alcanzar o mantener una erección suficiente como para permitir acabar el coito con éxito. En la mayoría de los casos el fracaso se limita a la actividad sexual con las parejas, o con unas parejas y no con otras. Entonces se puede clasificar como *situacional*. En casos raros, la disfunción ocurre en cualquier actividad sexual, incluida la masturbación. En estos casos se considera *generalizada*. Algunos hombres con trastornos de la erección son incapaces de conseguir la erección con sus parejas. Otros alcanzan la erección pero no pueden mantenerla (o recobrarla) el tiempo suficiente para la penetración y la eyaculación.

Vasocongestión Se produce cuando los vasos sanguíneos de las zonas más eróticas se llenan de sangre, lo cual hace que los genitales y los pechos aumenten de tamaño durante la excitación sexual.

Trastorno eréctil masculino Dificultad persistente para mantener una erección lo suficiente como para que permita al hombre un coito completo. También llamado disfunción eréctil.

El daño emocional de la disfunción eréctil. El trastorno de la erección masculina, o disfunción eréctil, se caracteriza por la dificultad persistente para conseguir mantener una erección suficiente para permitir el coito con éxito. En Estados Unidos, por ejemplo, unos 30 millones de hombres sufren algún grado de disfunción eréctil, y su incidencia se incrementa con la edad. Los problemas eréctiles ocasionales son comunes y pueden deberse a la fatiga, el alcohol o la ansiedad por una nueva pareja. Pero el temor a que ocurra puede crear un círculo vicioso, en el cual la ansiedad conduce al fracaso y el fracaso eleva la ansiedad.



Por ejemplo, en Estados Unidos, unos treinta millones de hombres sufren algún grado de disfunción eréctil (Goldstein, 1998). La incidencia del trastorno de la erección se incrementa con la edad (Ghizzani, 2003), aunque existe un gran desacuerdo en el porcentaje de hombres afectados. El grupo NHSLS informó que la dificultad para mantener una erección se incrementa desde un 6 por ciento en el grupo de edad entre los 18 y los 24 años hasta un 20 por ciento en el grupo de edad entre los 55 y los 59 años. Otro estudio informó que cerca del 3 por ciento de los hombres en la década de los 50 años tenían dificultad para conseguir o mantener una erección, y que este porcentaje se elevaba al 35 por ciento, en los hombres, en la década de los 70 años (Blanker *et al.*, 2001). Pero el urólogo Irwin Goldstein (1998) encontró que cerca de la mitad de los hombres entre los 40 y los 70 años, en una encuesta realizada en Massachussets, decían tener problemas para conseguir y mantener sus erecciones, al menos de vez en cuando. No podemos dar cuenta de estas discrepancias entre los estudios. Solo podemos sugerir que el trastorno de la erección puede ser más común de lo que se cree. Los medicamentos utilizados para tratar este trastorno se venden y compran fácilmente, aunque quizás solo los utilicen una minoría de los hombres con trastorno eréctil.

Normalmente, el trastorno eréctil aparece tras un periodo de funcionamiento normal. Muchos hombres disfrutaban de años de coitos con éxito antes de que aparezca el problema. Las dificultades ocasionales para conseguir o mantener la erección son bastante comunes. La fatiga, el alcohol, la ansiedad por impresionar a una nueva pareja, y otros factores, pueden provocar un episodio transitorio. Sin embargo, incluso una ocurrencia aislada puede conducir a un problema persistente, si el hombre teme que vuelva a ocurrir. Cuanta más ansiedad y preocupación tenga el hombre acerca de su habilidad sexual, mayor probabilidad tendrá de sufrir un **cuadro de ansiedad**. Esta ansiedad puede contribuir a un fracaso repetido, y se puede desarrollar un círculo vicioso de ansiedad y fracaso.

Un hombre con dificultades eréctiles puede «empeñarse» en conseguir una erección, lo que puede empeorar el problema. Cada fracaso puede llevarle a una mayor desmoralización y frustración. Puede darle vueltas a su posible inadecuación sexual, potenciando una mayor ansiedad. Su pareja puede intentar confortarle y apoyarle diciéndole algo como: «Le puede ocurrir a cualquiera», «No te preocupes por eso» o «Mejorará con el tiempo». Pero intentar dar confianza puede resultar inútil. Como decía un paciente:

Me sentía siempre inferior, como si estuviera a prueba, teniendo que probarme a mí mismo. Me sentía contra la pared. No te puedes imaginar lo embarazoso que es esto (el fracaso en la erección). Es como si fueras a una fiesta nudista y luego resultara que había que ir de esmoquin. (Los archivos del autor)

El círculo vicioso de ansiedad y fracaso de la erección puede romperse si el hombre reconoce que es normal que ocurran problemas ocasionales y no reacciona de manera alarmante. Sin embargo, el énfasis que da nuestra cultura a la capacidad sexual masculina puede condicionarlos para que vean los fracasos ocasionales como catástrofes más que como decepciones transitorias. Considerar los problemas ocasionales como una molestia, más que como una tragedia, puede ayudar a evitar el desarrollo de dificultades eréctiles persistentes.

El cuadro de ansiedad es una causa importante del trastorno de la erección, así como otros factores psicológicos como la depresión, la baja autoestima y problemas en la relación. Los factores biológicos también pueden jugar un papel causal, como veremos.

Trastorno de la excitación sexual femenina. Las mujeres pueden padecer dificultades persistentes para excitarse o lubricarse suficientemente como respuesta a la estimulación sexual. En algunos casos, estas dificultades duran toda la vida; en otros, aparecen tras un periodo de funcionamiento normal. A veces, estas dificultades son generalizadas y ocurren

Cuadro de ansiedad

La ansiedad está relacionada con el desarrollo de las conductas, especialmente aquellas que pueden ser evaluadas por otras personas.

tanto durante la masturbación como durante el sexo con la pareja. Más a menudo, se producen con algunas parejas y no con otras, o durante el coito, pero no durante el sexo oral-genital o la masturbación.

A menudo el trastorno de la excitación sexual femenina se acompaña de otros trastornos, como el trastorno del deseo sexual hipoactivo y los trastornos orgásmicos. A pesar de las dificultades para excitarse sexualmente, las mujeres con trastornos de la excitación sexual pueden, a menudo, mantener el coito. Sin embargo, la sequedad vaginal puede producir incomodidad.

El trastorno de la excitación sexual femenina, como su contrapartida masculina, puede tener causas físicas. Se recomienda una evaluación a fondo por médicos especialistas (el urólogo en el caso masculino, el ginecólogo en el caso femenino). Cualquier problema neurológico, vascular u hormonal que interfiere con la respuesta de la lubricación, o la hinchazón de la vagina a la estimulación sexual, puede contribuir al trastorno de la excitación sexual femenina. Por ejemplo, la diabetes mellitus puede disminuir la excitación sexual en las mujeres al dañar los nervios y los vasos sanguíneos que llegan a la región clitoridiana. La producción reducida de estrógenos puede también dar como resultado la sequedad vaginal.

Sin embargo, las causas más comunes del trastorno de la excitación sexual femenina son psicológicas. En algunos casos, las mujeres albergan un profundo enfado y resentimiento hacia sus parejas, y les resulta difícil dejar de lado estos sentimientos cuando se van a la cama. En otros casos, el responsable es un trauma sexual. Las personas que han sufrido abusos sexuales a menudo encuentran problemas para responder sexualmente a sus parejas. El abuso sexual en la infancia es una causa importante de los casos de trastorno de la excitación sexual femenina (Bean, 2002; Fishman & Mamo, 2001). Los sentimientos de impotencia, enfado o culpa —incluso los recuerdos del abuso— pueden salir a la superficie cuando la mujer comienza la actividad sexual, hasta el punto de anular su capacidad para excitarse. Otras causas psicológicas incluyen la ansiedad o la culpa acerca del sexo y la estimulación ineficaz por parte de la pareja (Bean, 2002; Fishman & Mamo, 2001).

Trastornos orgásmicos

Pregunta: ¿Qué son los trastornos orgásmicos? Éstos incluyen: 1) el trastorno orgásmico femenino, 2) el trastorno orgásmico masculino, y 3) la eyaculación prematura. En el trastorno orgásmico femenino o masculino, la mujer o el hombre, de manera persistente, tardan mucho en llegar al orgasmo o no llegan en absoluto, a pesar de conseguir una estimulación sexual cuya intensidad debería ser suficiente para producir el orgasmo. El problema es más común entre las mujeres que entre los varones. En algunos casos, una persona puede alcanzar el orgasmo sin dificultad mientras mantiene relaciones sexuales con una pareja, pero no con otra.

El trastorno orgásmico femenino. Las mujeres con trastorno orgásmico femenino son incapaces de alcanzar el orgasmo o tienen dificultades para alcanzar el orgasmo después de lo que, normalmente, sería una adecuada cantidad de estimulación sexual. Las mujeres que nunca han alcanzado el orgasmo, por ningún medio, a veces se describen como anorgásmicas o preorgásmicas.

Una mujer que alcanza el orgasmo con la masturbación o el sexo oral no necesariamente tiene por qué llegar al orgasmo con su pareja. Los movimientos de empuje del pene durante el coito pueden proporcionar una estimulación insuficiente del clítoris, para facilitar el orgasmo. Sin embargo, se puede diagnosticar un trastorno orgásmico durante el coito si éste se ve afectado por factores como culpabilidad sexual o un cuadro de ansiedad.

Anorgásmico Que nunca ha alcanzado el orgasmo. (Literalmente, «sin orgasmo».)

Rol espectador Un rol, adquirido normalmente por un cuadro de ansiedad, en el cual las personas observan más que participan activamente en sus relaciones sexuales.

Las mujeres que intentan forzar el orgasmo también pueden encontrarse con que son incapaces de conseguirlo. Asumen un papel espectador y observan más que participan activamente en sus relaciones sexuales. Esta actitud «espectadora» puede alejar aún más la probabilidad del orgasmo.

El trastorno orgásmico masculino. El trastorno orgásmico masculino también se ha llamado *eyaculación retardada*, *eyaculación retrasada* o *eyaculación incompleta*¹. El problema puede ser primario o secundario, generalizado o situacional. Existen muy pocos casos de hombres que no hayan eyaculado nunca. En la mayoría de los casos, este trastorno se limita al coito. El hombre es capaz de eyacular durante la masturbación o el sexo oral, pero le resulta difícil, si no imposible —a pesar de haber alcanzado niveles altos de excitación sexual— eyacular durante la relación sexual. Existe la creencia de que los hombres con trastorno orgásmico y sus parejas femeninas disfrutan de esta condición porque les permite «hacerlo sin parar» (Dekker, 1993). La verdad es que la experiencia es frustrante para ambos miembros de la pareja.

El trastorno orgásmico masculino es relativamente infrecuente entre la población general y en la experiencia clínica, donde está entre los trastornos diagnosticados menos frecuentes (Dekker, 1993). La investigación sobre este problema ha sido escasa (Dekker, 1993), y solo unos pocos casos individuales o múltiples han aparecido en la literatura (por ejemplo, Masters & Johnson, 1970; Rathus, 1978).

El trastorno orgásmico masculino puede estar provocado por problemas físicos como la esclerosis múltiple o por daños neurológicos que interfieren con el control neuronal de la eyaculación. También puede ser un efecto colateral de ciertas drogas. Varios factores psicológicos pueden jugar también un papel, incluidos un cuadro de ansiedad, la culpabilidad sexual y la hostilidad hacia la pareja. Helen Singer Kaplan (1974) sugiere que algunos hombres que sufren el trastorno orgásmico pueden estar «reprimiendo inconscientemente» su eyaculación a causa de sus parejas, por una hostilidad subyacente o cierto resentimiento. Masters y Johnson (1970) encontraron que los hombres con este problema frecuentemente han tenido una formación religiosa estricta, que puede dejar un residuo de culpa no resuelto sobre el sexo, lo cual inhibe la eyaculación. Factores emocionales, como el miedo al embarazo y el enojo hacia la pareja, también pueden jugar un papel.

Como sucede con otros trastornos sexuales, los hombres con trastorno orgásmico y sus parejas pueden intentar resolverlo «con todas sus fuerzas». Pero intentarlo con todas sus fuerzas puede empeorar, más que resolver, los problemas sexuales. Las relaciones sexuales pueden convertirse en un trabajo que hay que realizar, un quehacer más que una oportunidad para el placer y la satisfacción.

Eyaculación precoz. Un segundo tipo de trastorno orgásmico masculino, la eyaculación prematura, fue el trastorno sexual masculino más común que aparecía en el estudio de la NHSLS. Los hombres con **eyaculación prematura** eyaculan demasiado pronto como para permitir que sus parejas o ellos mismos disfruten plenamente de las relaciones sexuales. El grado de anticipación de la eyaculación varía. Algunos hombres eyaculan durante los prolegómenos o incluso ante la visión de su pareja mientras se desnuda. Pero la mayoría eyaculan justo antes o inmediatamente después de la penetración, o tras unos pocos movimientos coitales (Byers & Grenier, 2003).

¹ Del mismo modo que encontramos los términos impotencia y frigidez innecesariamente peyorativos, preferimos utilizar términos que pueden sonar demasiado clínicos pero menos ofensivos, como trastorno orgásmico masculino o eyaculación retrasada, mejor que eyaculación retardada o eyaculación incompleta.

Eyaculación prematura Disfunción sexual en la cual la eyaculación ocurre con una mínima estimulación y antes de que el hombre la desee.

¿Cómo se mide una eyaculación prematura? Algunas definiciones se centran en un intervalo de tiempo durante el cual el hombre debe poder controlar la eyaculación. ¿Una eyaculación treinta segundos después de la penetración es prematura? ¿Un minuto después? ¿Diez minutos después? No existe ninguna tabla de tiempos. Algunos expertos defienden que el enfoque debería ser si la pareja está satisfecha con la duración del coito, más que con una duración específica (Byers & Grenier, 2003).

Helen Singer Kaplan (1974) sugería que la etiqueta «prematureo» debería aplicarse a aquellos casos en los que los hombres, de manera persistente o recurrente, carecen de control sobre sus eyaculaciones. Esto puede parecer una contradicción, porque la eyaculación es un reflejo, y los reflejos no necesitan involucrar el pensamiento o el control consciente. Sin embargo, lo que quiere decir Kaplan es que un hombre puede controlar su eyaculación aprendiendo a regular la cantidad de estimulación sexual que debe experimentar, para permanecer por debajo del umbral del reflejo que activa la eyaculación.

Orgasmo rápido femenino: ¿Pueden alcanzar las mujeres el orgasmo demasiado rápidamente? La contrapartida femenina de la eyaculación prematura, el orgasmo rápido, es reconocido raramente como un problema. Tanto es así que, por lo general, es ignorado por los médicos y no está clasificado como un trastorno sexual en el sistema DSM. Las que lo padecen, experimentan el orgasmo rápidamente y muestran poco interés en seguir con la actividad sexual como para que sus compañeros puedan lograr satisfacción. Por otro lado, muchas mujeres que alcanzan el orgasmo rápidamente se muestran receptivas a la continuación del estímulo sexual y son capaces de experimentar orgasmos sucesivos.

Trastornos de dolor sexual

Para la mayoría de nosotros, el coito es una fuente de placer. Para algunos de nosotros, sin embargo, el coito produce dolor e incomodidad.

Pregunta: ¿Qué son los trastornos de dolor sexual?

Dispareunia. Un trastorno de dolor sexual, la dispareunia, o coito doloroso, afecta tanto a hombres como a mujeres. La dispareunia es un trastorno sexual común y una queja habitual de las mujeres en las consultas de los ginecólogos.

Normalmente el dolor es una señal de que algo no va bien. La dispareunia puede ser el resultado de causas físicas, factores emocionales o una interacción de ambos (Meana & Binik, 1994). La causa más común de dolor coital en las mujeres es una lubricación inadecuada. En esos casos pueden resultar de ayuda prolegómenos adicionales o la lubricación artificial. Sin embargo las infecciones vaginales o las enfermedades de transmisión sexual (ETS) también puede producir dolor coital. Las reacciones alérgicas a los espermicidas, incluso el látex de los condones, pueden dar lugar a dolor coital o irritación. El dolor durante los movimientos profundos del pene puede estar provocado por endometriosis o la enfermedad inflamatoria pelviana (EIP), por otras enfermedades o por enfermedades estructurales de los órganos reproductores, o por el contacto del pene con el cuello uterino.

También pueden estar involucrados factores psicológicos, como sentimientos de culpa o ansiedad sexual, o los efectos persistentes de traumas sexuales. Estos factores pueden inhibir la lubricación y causar contracciones involuntarias de los músculos vaginales, lo que puede hacer dolorosa o incómoda la penetración.

La relación sexual dolorosa es menos común en los hombres y, por lo general, está asociada con infecciones genitales que causan quemazón o eyaculación dolorosa. El esmegma bajo el prepucio del pene de los hombres incircuncisos también puede irritar el glande durante el contacto sexual.

Vaginismo. Otro trastorno de dolor sexual, el vaginismo, consiste en la contracción involuntaria de los músculos pelvianos que rodean el tercio exterior de la entrada de la vagina. El vaginismo ocurre de manera refleja durante los intentos de penetración vaginal, haciendo dolorosa o imposible la entrada del pene. Las contracciones musculares van acompañadas por el miedo a la penetración. Algunas mujeres que sufren vaginismo son incapaces de tolerar la penetración por cualquier objeto, incluso un dedo, un tampón o el espéculo del médico. La incidencia del vaginismo es desconocida.

Normalmente la mujer con vaginismo no es consciente de que está contrayendo sus músculos vaginales. Y en algunos casos, los maridos de mujeres con vaginismo desarrollan un trastorno eréctil como consecuencia de los fracasos repetidos en la penetración.

El vaginismo está provocado por un miedo psicológico a la penetración y no por una lesión física o un defecto en la vagina (Leiblum & Rosen, 2000). A menudo, las mujeres con vaginismo presentan historiales con traumas sexuales, violaciones o abortos realizados chapuceramente, que les produjeron lesiones vaginales. Ellas pueden desear tener relaciones sexuales, ser capaces de excitarse sexualmente y de lograr el orgasmo; sin embargo, el temor a la penetración provoca unos espasmos involuntarios de la musculatura vaginal en el momento de la penetración. El vaginismo también puede ser una causa o un efecto de la dispareunia. Las mujeres que experimentan coito doloroso pueden desarrollar miedo a la penetración, lo que provoca contracciones vaginales involuntarias. El vaginismo y la dispareunia también pueden dar lugar o ser el resultado de trastorno de la erección en los varones (Speckens *et al.*, 1995). Los sentimientos de fracaso y ansiedad pueden agobiar a ambos miembros de la pareja.

La Tabla 12.1 muestra las diferencias entre los euroamericanos y los afroamericanos en la incidencia de trastornos sexuales recientes y otros problemas, según el estudio de la NHSLS (Laumann *et al.*, 1994). Los hombres afroamericanos informan de una incidencia de trastornos sexuales mayor que los hombres euroamericanos. Las mujeres afroamericanas informan de una incidencia mayor en la mayoría de trastornos sexuales, con las excepciones del sexo doloroso y el problema de la lubricación.

TABLA 12.1

Diferencias entre euroamericanos y afroamericanos en la incidencia de problemas sexuales recientes (las respuestas se refieren al año previo)

	Euroamericanos Hombres (%)	Afroamericanos Hombres (%)	Euroamericanos Mujeres (%)	Afroamericanos Mujeres (%)
Dolor durante el sexo	3,0	3,3	14,7	12,5
Sexo no agradable	7,0	15,2	19,7	30,0
Incapaz de llegar al orgasmo	7,4	9,9	23,2	29,2
Falta de interés por el sexo	14,7	20,0	30,9	44,5
Cuadro de ansiedad	16,8	23,7	10,5	14,5
Alcanza el clímax demasiado pronto	27,7	33,8	7,5	20,4
Incapaz de mantener la erección	9,9	14,5	—	—
Tiene problemas de lubricación	—	—	20,7	13,0

Fuente: Adaptado de las Tablas 10.8A y 10.8B. Pp. 370 y 371, en Laumann, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T. & Michaels, S. (1994): *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago. University of Chicago Press.

Orígenes de las disfunciones sexuales

Debido a que los trastornos sexuales involucran a los órganos sexuales, antes se suponía que su origen estaba en gran medida en causas orgánicas o físicas. Hoy se piensa que muchos casos reflejan factores psicosociales como ansiedad sexual, falta de conocimiento sexual o insatisfacción con la relación. Muchos casos implican una combinación de factores orgánicos y psicológicos.

Causas orgánicas

Pregunta: ¿Qué factores orgánicos están implicados en los trastornos sexuales? Factores físicos, como la fatiga y niveles bajos de testosterona, pueden enfriar el deseo sexual y reducir la sensibilidad. La fatiga puede conducir al trastorno de la erección y al trastorno orgásmico en los hombres, y a la lubricación inadecuada y al trastorno orgásmico en las mujeres. Pero éstos serán incidentes aislados, a menos que el individuo les conceda demasiado significado e influyan en las actuaciones futuras. Sin embargo, el coito doloroso refleja a menudo infecciones subyacentes. Las condiciones médicas que afectan al funcionamiento orgásmico incluyen enfermedades del corazón, diabetes mellitus, esclerosis múltiple, lesiones de la médula espinal, complicaciones de la cirugía (como la extirpación de la próstata en los hombres), problemas hormonales, y el uso de algunos medicamentos, como los que tratan la hipertensión y los trastornos psiquiátricos. Edward Laumann y sus colegas (1999) encontraron que una salud precaria puede contribuir a todos los tipos de trastornos sexuales en los hombres, pero principalmente al dolor sexual en las mujeres.

Los factores orgánicos pueden estar implicados en casi el 80 por ciento de los casos de trastornos sexuales (Brody, 1998c). Pero factores psicológicos, como el enfado y la depresión, pueden prolongar o empeorar el problema (Feldman *et al.*, 1994).

Las causas orgánicas del trastorno de la erección afectan al flujo de sangre hacia y a través del pene —un problema que se hace más común cuando los hombres se hacen mayores— o daños en los nervios que están implicados en la erección (Goldstein, 1998, 2000). Los problemas de la erección pueden aparecer cuando las arterias que llegan al pene están obstruidas o son estrechas y privan al pene de oxígeno (Lipshultz, 1996). Por ejemplo, el trastorno de la erección es común entre los hombres que padecen diabetes mellitus, una enfermedad que puede dañar los vasos sanguíneos y los nervios. Eric Rimm (2000), de la Facultad de Salud Pública de Harvard, estudió a 2 000 hombres y encontró que el trastorno de la erección estaba relacionado con una cintura grande, inactividad física y consumo elevado de alcohol (¡o no tomar nada de alcohol!). La condición común entre estos hombres puede ser un elevado nivel de colesterol. Éste puede impedir el flujo de sangre al pene así como disminuir el flujo de sangre al corazón. Otro estudio relaciona el trastorno de la erección con enfermedades del corazón e hipertensión (Johannes *et al.*, 2000). Uno o dos tragos al día, algo de ejercicio y perder peso, pueden ayudar a bajar los niveles de colesterol.

No os estamos recomendando que empecéis a beber para prevenir los problemas de erección. Intentad controlar el peso y realizad ejercicio regularmente. Los resultados del Estudio del Envejecimiento Masculino de Massachusetts sugieren que los hombres que practican ejercicio regularmente parecen mantenerse ajenos a los trastornos de la erección (Derby, 2000). Los que queman 200 calorías o más al día realizando alguna actividad física, algo que puede conseguirse caminando rápidamente unos tres kilómetros, reducen a la mitad el riesgo de sufrir trastornos de la erección. El ejercicio parece prevenir la obstrucción de las arterias, manteniéndolas libres para que la sangre fluya sin dificultad hacia el pene.

La cirugía de la próstata puede dañar algunos nervios que, a su vez, pueden afectar a la respuesta eréctil.

El trastorno de la erección también puede ser el resultado de la esclerosis múltiple (EM), una enfermedad en la que las neuronas pierden el revestimiento protector que les permite la transmisión de mensajes neuronales. La EM también se ha relacionado con el trastorno orgásmico masculino.

Las bacterias que causan la sífilis, una enfermedad de transmisión sexual, pueden invadir la médula espinal y afectar a las células que controlan la erección, produciendo el trastorno de la erección. Las enfermedades crónicas del riñón, la hipertensión, el cáncer, el enfisema y las enfermedades del corazón pueden, todas ellas, dañar la respuesta eréctil. También pueden hacerlo los trastornos endocrinos que afectan a la producción de testosterona (Ralph & McNicholas, 2000).

Las mujeres también pueden sufrir trastornos vasculares o nerviosos que afectan al flujo sanguíneo genital, lo que disminuye la lubricación y la excitación sexual, que puede traducirse en una relación sexual dolorosa, y reducir su capacidad para llegar al orgasmo. Como en los varones, estos problemas se agudizan con la edad.

Por lo general, se aconseja a las personas que sufren trastornos sexuales que se sometan a un examen físico con el fin de determinar si sus problemas tienen origen biológico. Los hombres con trastornos de la erección pueden acudir a un laboratorio del sueño para averiguar si tienen erecciones mientras duermen. La técnica utilizada se llama **tumescencia peneal nocturna (TPN)**. Los hombres sanos normalmente tienen erecciones durante la fase del sueño de movimientos oculares rápidos (o fase REM), que ocurre cada noventa o cien minutos. Los hombres con trastornos de la erección, de origen orgánico, a menudo no tienen erecciones nocturnas.

Los medicamentos prescritos y las drogas ilegales también están implicados en muchos casos de trastornos de la erección. Los medicamentos antidepresivos y las drogas antipsicóticas pueden dañar el funcionamiento de la erección y provocar trastornos orgásmicos (Ashton *et al.*, 2000; Michelson *et al.*, 2000). Los tranquilizantes, como el Valium y el Xanax, pueden provocar desórdenes orgásmicos en hombres o mujeres. Algunos medicamentos para tratar la tensión arterial alta pueden dañar la respuesta eréctil (Ralph & McNicholas, 2000). Cambiar la medicación de la tensión arterial o ajustar las dosis puede resultar de gran ayuda. Otras drogas que pueden conducir a trastornos de la erección incluyen los bloqueadores adrenérgicos, los diuréticos, los medicamentos para reducir el colesterol («statins»), los anticonvulsivos, los medicamentos para el Parkinson, la dispepsia y las úlceras (Ralph & McNicholas, 2000).

Los depresores del sistema nervioso central, como el alcohol, la heroína y la morfina, pueden reducir el deseo sexual y afectar a la excitación sexual. Los narcóticos también reducen la producción de testosterona, por eso reducen el deseo sexual y conducen al fracaso de la erección. El consumo de marihuana también se ha relacionado con deseos y conductas sexuales reducidos (Wilson *et al.*, 2000).

El consumo regular de cocaína puede provocar trastornos de la erección o el trastorno orgásmico masculino y reducir el deseo sexual, tanto en hombres como en mujeres (Rawson *et al.*, 2002). Algunas personas dijeron haber incrementado su placer sexual al principio de tomar cocaína, pero el consumo repetido puede conducir a la dependencia de la droga para conseguir excitación sexual. El consumo durante largo tiempo puede comprometer seriamente la capacidad para experimentar placer sexual.

A pesar del hecho probado de que el alcohol puede afectar a la excitación sexual en alguna ocasión determinada, Laumann y sus colegas (1999) no encontraron ninguna relación general entre el consumo de alcohol y los trastornos sexuales. Sin embargo, los

Tumescencia

Hinchazón, erección. (Del latín *tumere*, que significa «hincharse». Tumor tiene la misma raíz.)

problemas pueden producirse cuando las personas atribuyen erróneamente los efectos inhibidores de la respuesta sexual de los depresores y el alcohol a ellos mismos. En otras palabras, si eres incapaz de mantener relaciones sexuales cuando te has tomado unas copas y no sabes que el alcohol puede inhibir tu respuesta sexual, puedes pensar que el fallo está en ti. Esto puede crearte ansiedad en tu próxima oportunidad sexual, y esa ansiedad puede impedir tu funcionamiento sexual normal. Un segundo fracaso puede poner en funcionamiento un círculo vicioso en el cual la desconfianza produce ansiedad, y la ansiedad provoca repetidos fracasos, y éstos más ansiedad.

Causas psicosociales

Pregunta: *¿Qué factores psicosociales están relacionados con los trastornos sexuales?* Éstos incluyen las influencias culturales, los problemas económicos, los traumas psicosexuales, una orientación sexual gay, la insatisfacción con la propia relación, la ausencia de habilidades sexuales, las creencias irracionales y los cuadros de ansiedad (Laumann *et al.*, 1999).

Las influencias culturales. Los niños criados en una cultura o en un entorno familiar sexualmente represivos pueden aprender a responder hacia el sexo con sentimientos de ansiedad y vergüenza en lugar de anticipación y placer. Aquellos cuyos padres les inculcaron un sentido de culpabilidad por tocarse sus órganos genitales, pueden encontrar serias dificultades para aceptar que sus órganos sexuales son fuentes de placer.

En la mayoría de las culturas, tradicionalmente, el placer sexual ha sido un coto de caza masculino, mientras que las mujeres jóvenes pueden ser educadas para que crean que el sexo es un deber que deben realizar para sus maridos, no una fuente de placer personal. Aunque el patrón doble tradicional puede haberse desvanecido en los últimos años, las chicas todavía pueden estar expuestas a actitudes relativamente más represivas. Probablemente a las mujeres se les enseña a reprimir sus deseos sexuales más que a los hombres. El autodomínio y la vigilancia —no la conciencia y la aceptación de la sexualidad— se identifican como virtudes femeninas. Las mujeres educadas con dichas actitudes seguramente estarán menos preparadas para aprender acerca de sus potenciales sexuales o para expresar sus preferencias eróticas a sus parejas.

Muchas mujeres que han estado expuestas a actitudes negativas acerca del sexo, durante la infancia y la adolescencia, encuentran dificultades para cambiar de golpe y ver el sexo como una fuente de placer y satisfacción cuando son adultas. Toda una vida aprendiendo a perder el interés por la sexualidad puede afectar a la excitación sexual y el disfrute, cuando se presenta una oportunidad aceptable (Bean, 2002; Fishman & Mamo, 2001).

El trauma psicosexual. Las mujeres y los hombres que han sido víctimas sexuales en su infancia están más expuestos a padecer dificultades para excitarse sexualmente (Laumann *et al.*, 1999). Los teóricos del aprendizaje se centran en el papel de la ansiedad condicionada para explicar las disfunciones sexuales. Los estímulos sexuales provocan ansiedad cuando han formado parte de experiencias traumáticas, como la violación, el incesto o el acoso sexual. El enojo no resuelto, la culpa depositada en quien no la merece y los sentimientos de repugnancia también hacen difícil para las víctimas de traumas sexuales responder sexualmente, incluso años después y con parejas que les quieren.

La orientación sexual. Algunos hombres gays y algunas mujeres lesbianas ponen a prueba su orientación sexual desarrollando relaciones heterosexuales, incluso casándose y criando a sus hijos con parejas del otro sexo. Otros pueden desear mantener una apariencia de heterosexualidad, quizás para evitar el estigma social que puede suponer una orientación

sexual gay. En estos casos, los problemas con las parejas heterosexuales pueden reflejar la ausencia de interés heteroerótico (Laumann *et al.*, 1999).

Las técnicas sexuales ineficaces. En algunas relaciones, las parejas entran en una rutina sexual porque uno de los dos controla los momentos y la secuencia de las técnicas sexuales. Una mujer que desconoce la importancia erótica de su clítoris difícilmente buscará la estimulación clitoridiana directa. Un hombre que responda a un fracaso eréctil, intentando forzar una erección, puede estar preparándose involuntariamente para el fracaso repetido. La pareja que no comunica sus preferencias sexuales o no experimenta nuevas técnicas puede llegar a enfrentarse a la pérdida de interés. La brevedad en los prolegómenos y en el coito, también pueden contribuir al trastorno orgásmico femenino.

Factores emocionales. El orgasmo implica una pérdida súbita de control voluntario. El miedo a perder el control o «dejarse ir» puede bloquear la excitación sexual. Otros factores emocionales, especialmente la depresión, a menudo están implicados en las disfunciones sexuales (Ralph & McNicholas, 2000). La depresión puede contribuir a la falta de deseo sexual (Frohlich & Meston, 2002). El estrés también puede interferir con el interés y la respuesta sexual.

Problemas en la relación. Los problemas en la relación no se dejan fácilmente en la puerta del dormitorio (Fish *et al.*, 1994; Leiblum & Rosen, 2000). Normalmente, las parejas encuentran que el sexo no es mejor que otras facetas de su relación. Las parejas que albergan resentimiento el uno por el otro pueden hacer del sexo su campo de batalla. Pueden fracasar en el momento de excitarse por sus parejas o «reprimir» el orgasmo para hacer que sus parejas se sientan culpables o inadecuadas.

Las relaciones con problemas normalmente se caracterizan por una comunicación pobre. Las parejas que tienen dificultad de comunicación en general son incapaces de comunicarse sus deseos sexuales el uno al otro. El siguiente caso pone en evidencia cómo los trastornos sexuales pueden desarrollarse contra el telón de fondo de una relación con problemas:

Después de vivir juntos durante seis meses, Paul y Petula están planteándose el matrimonio. Pero un problema los ha llevado a una clínica de terapia sexual. Como Petula exponía: «Durante los últimos dos meses no ha podido mantener su erección después de penetrarme». Paul es un abogado de 26 años; Petula es agente de compras para una gran superficie y tiene 24 años. Los dos crecieron en familias de clase media, suburbanas, se conocieron a través de amigos mutuos y empezaron a mantener relaciones sexuales, sin dificultad, unos meses después de iniciar su relación. A instancias de Petula, Paul se mudó a su apartamento, aunque él no estaba seguro de estar preparado para dar ese paso. Una semana después empezó a tener dificultades para mantener su erección durante la relación sexual, aunque él se sentía fuertemente atraído hacia su pareja. Cuando su erección bajaba, lo intentaba de nuevo, pero entonces había perdido el deseo y era incapaz de lograr otra erección. Después de que esto ocurriera unas pocas veces, Petula se enfadó tanto que empezó a golpearle en el pecho gritándole. Paul, que con sus 90 kilos de peso era como dos veces Petula, solo podía alejarse, lo que enfadaba a Petula más aun.

Se hizo patente que el sexo no era el único problema en su relación. Petula se quejaba de que él prefería estar con sus amigos e ir al béisbol antes que pasar más tiempo con ella. Cuando estaban juntos en casa, él se quedaba absorto mirando los programas deportivos en la televisión y no mostraba interés por las actividades que a ella le interesaban —ir al teatro, visitar museos, etc.—. Como no había ninguna evidencia

¿Un círculo vicioso? El conflicto en la relación y la falta de deseo sexual. Los conflictos en una relación pueden enfriar el interés sexual. La falta de interés sexual puede aumentar aún más la tensión en la relación.



de que los problemas sexuales fueran debidos a problemas orgánicos o depresión, se hizo un diagnóstico de trastorno de la erección masculina. Ni Paul ni Petula estaban dispuestos a discutir sus problemas no sexuales con un terapeuta. Aunque el problema sexual fue tratado con éxito con una forma de terapia sexual modelada, a partir de técnicas desarrolladas por Masters y Johnson (véase la discusión más adelante en este capítulo), y la pareja más tarde se casó, la ambivalencia de Paul siguió presente en su matrimonio y los problemas sexuales también se repitieron. (Adaptado de Spitzer *et al.*, 1989, pp. 149-150)

Aunque las parejas en relaciones comprometidas y de apoyo mutuo pueden desarrollar estrategias para superar sus problemas sexuales, las parejas con relaciones conflictivas pueden beneficiarse de una consulta a los profesionales de la salud (Leiblum & Rosen, 2000).

Falta de habilidades sexuales. La competencia sexual implica conocimiento y habilidades sexuales que se adquieren a través del aprendizaje. Por lo general, aprendemos lo que nos hace sentir bien a nosotros y a los demás a través del método de prueba y error; también hablando y leyendo sobre sexo. Algunas personas no pueden desarrollar una adecuada competencia sexual debido a la falta de oportunidades para adquirir conocimiento y experiencia —incluso en una relación comprometida—. Personas con disfunciones sexuales pueden haber crecido en familias en las cuales las discusiones sobre sexualidad estaban fuera de lugar y la experimentación sexual temprana era duramente castigada.

Las creencias irracionales. El psicólogo Albert Ellis (1962, 1977) destaca que las creencias y las actitudes irracionales pueden contribuir a las disfunciones sexuales. Los sentimientos negativos, como la ansiedad y el temor —sostiene Ellis—, no provienen de sucesos que experimentamos directamente, sino más bien de nuestras interpretaciones de estos sucesos. Si una persona se encuentra un día cualquiera con un cierto suceso, como un trastorno eréctil u orgásmico, y cree que lo que le ha sucedido es horrible o catastrófico, él (o ella) exagerará los sentimientos de decepción y abonará el terreno para problemas futuros.

El cuadro de ansiedad. La ansiedad —especialmente el cuadro de ansiedad— juega un papel importante en las disfunciones sexuales. El cuadro de ansiedad ocurre cuando una persona se preocupa demasiado acerca de cómo de bien lleva a cabo un acto o una tarea determinada. El cuadro de ansiedad puede colocar a un individuo disfuncional como espectador en lugar de situarlo en un rol participante. En lugar de centrarse en las sensaciones

eróticas y permitir que los reflejos, como la erección, la lubricación y el orgasmo, ocurran de manera natural, se centra en sus propias dudas y pensamientos: «¿Seré capaz de hacerlo esta vez? ¿Será éste un fracaso más?».

El cuadro de ansiedad puede construir un círculo vicioso en el cual un fracaso sexual incrementa la ansiedad. La ansiedad entonces conduce a fracasos repetidos, y así sucesivamente. El terapeuta sexual hace hincapié en la necesidad de romper este círculo vicioso eliminando la necesidad de realización con éxito.

En los hombres, la ansiedad puede inhibir la erección y también provocar una eyaculación prematura. (La erección, mediatizada por el sistema nervioso parasimpático, puede bloquearse por la activación del sistema nervioso simpático durante un proceso de ansiedad. Como la eyaculación y la ansiedad, mediatizadas por el sistema nervioso simpático, la excitación de éste durante un proceso de ansiedad puede aumentar el nivel de estimulación e incrementar la probabilidad de una eyaculación prematura.)

En las mujeres, la ansiedad puede reducir la lubricación vaginal y contribuir, por tanto, al trastorno orgásmico. Las mujeres con ansiedad pueden intentar forzar un orgasmo solo para encontrarse con que cuanto más lo intenten más difícilmente lo conseguirán.

Tratamiento de las disfunciones sexuales

Cuando Kinsey hizo sus estudios en los años treinta, no había ningún tratamiento eficaz para las disfunciones sexuales. En aquellos tiempos, el modelo más importante de terapia para los trastornos sexuales era el psicoanálisis, que siempre trabaja a largo plazo. Los psicoanalistas creían que el problema sexual solo remitiría si los conflictos inconscientes que estaban en la raíz del problema se resolvían a través de una terapia a largo plazo. Sin embargo, las evidencias de la efectividad del psicoanálisis para el tratamiento de las disfunciones sexuales están aún por ver.

Desde entonces han aparecido los modelos cognoscitivos y conductuales de tratamiento a corto plazo, las llamadas terapias sexuales.

Pregunta: ¿Qué es la terapia sexual? La **terapia sexual** ayuda a modificar los pensamientos que distorsionan (creencias y actitudes) la conducta, y esto se hace de una manera tan directa como sea posible, aunque los terapeutas sexuales reconocen también el papel de los conflictos en la infancia y la influencia de la relación de pareja. Así, atacan el problema con diferentes terapias, según lo requiera el problema (Kleinplatz, 2003; Leiblum & Rosen, 2000).

Aunque las aproximaciones particulares varían, en general, las terapias sexuales ayudan a:

1. Cambiar las creencias y las actitudes derrotistas.
2. Aprender habilidades sexuales.
3. Mejorar el conocimiento sexual.
4. Aumentar la comunicación sexual.
5. Reducir la ansiedad.

La terapia sexual normalmente involucra a ambos miembros de la pareja, aunque en algunos casos se prefiere la terapia individual. Los terapeutas han descubierto que «dar permiso» para experimentar acerca del sexo, o discutir acerca de actitudes negativas hacia el sexo, ayuda a muchas personas a superar problemas sexuales sin necesidad de una terapia más intensa.

Terapia sexual

Término que se emplea en modelos que se centran en la conducta a corto plazo para el tratamiento de las disfunciones sexuales.

También han aparecido tratamientos biológicos para varias disfunciones sexuales. La atención pública se ha centrado en el Viagra, un medicamento que resulta de gran ayuda en la mayoría de los casos de disfunción eréctil. Además, están apareciendo competidores al Viagra y otros tratamientos biológicos para la eyaculación prematura, la disfunción orgásmica femenina y la falta de deseo sexual.

En este epígrafe exploraremos las aproximaciones psicológicas y conductuales al tratamiento de las disfunciones sexuales. Empezamos con el trabajo revolucionario de Masters y Johnson.

Pregunta: ¿Cuál es el enfoque de Masters y Johnson en terapia sexual?

El enfoque de Masters y Johnson

Masters y Johnson fueron los pioneros en la utilización de aproximaciones conductuales al tratamiento de las disfunciones sexuales (Masters & Johnson, 1970). Un equipo de terapia, formado por un hombre y una mujer, se centra en las parejas como unidad de tratamiento durante un programa residencial de dos semanas. Masters y Johnson consideran disfuncional no al individuo, sino a la pareja. Una pareja puede describir el problema como la disfunción eréctil del marido, pero este problema seguramente habrá conducido a otros problemas en la pareja —es decir, en la relación— en el momento en que hayan solicitado terapia. De manera similar, un hombre cuya mujer tenga un trastorno orgásmico seguramente sufrirá ansiedad acerca de su capacidad para proporcionar estimulación sexual eficaz.

El enfoque del equipo de terapia de un hombre y una mujer permite a cada miembro de la pareja discutir los problemas con alguien de su propio género. Ello permite que la terapia no se incline en favor del miembro femenino o masculino de la pareja. Permite a cada miembro de la pareja escuchar sus preocupaciones, expresadas por otro miembro del otro género. Las ansiedades y los resentimientos son expuestos públicamente, pero el enfoque del tratamiento es el cambio conductual. A las parejas se les asignan tareas sexuales diarias y **ejercicios de focalización sensorial**, que deben realizar en la intimidad de sus dormitorios.

Las sesiones de focalización sensorial las realizan los miembros de la pareja en la intimidad y desnudos. Los miembros de las parejas se turnan para darse y recibir estimulación en zonas no genitales del cuerpo. Sin tocar los pechos ni los genitales, el que da el masaje acaricia a su pareja para proporcionarle placer en un estado de relajación y sin pedir nada a cambio. Como la actividad genital está restringida a ciertas zonas, no hay presión para «funcionar». El que da el masaje está liberado para hacer pruebas con ensayo y error acerca de las preferencias sensoriales (por unas u otras caricias) de la persona receptora. El receptor también está liberado para disfrutar de la experiencia sin sentirse presionado para ser recíproco o estar obligado a funcionar y excitarse sensualmente. La única responsabilidad del miembro receptor de la pareja es dirigir al compañero o compañera que da el masaje, como sea necesario, como prefiera recibirlo. Además de estos ejercicios de focalización sensorial, Masters y Johnson emplean asignaciones de tareas específicas para cada disfunción, para ayudar a las parejas a superarlas.

Masters y Johnson fueron los pioneros en el desarrollo de las terapias sexuales, y aún hoy muchos terapeutas sexuales toman como punto de partida el formato de Masters y Johnson. Muchos no tratan a sus pacientes en un programa residencial intensivo. Muchos cuestionan la necesidad del equipo de terapia mujer-hombre. Bastantes investigadores encuentran que un terapeuta es tan efectivo como dos, independientemente de su género. El beneficio terapéutico no parece depender en gran medida de si las sesiones son dirigidas en un periodo de tiempo corto, como en el enfoque de Masters y Johnson, o espaciadas en el tiempo (Segraves & Althof, 1998). Algunos éxitos han sido informados en programas de

Ejercicios de focalización sensorial

Ejercicios en los cuales las parejas sexuales se turnan para proporcionar y recibir estimulación agradable en áreas del cuerpo no genitales.

contacto mínimo con el terapeuta, en el cual se les dan instrucciones escritas a los clientes, en lugar de sesiones de terapia en vivo (Mohr & Beutler, 1990). Los terapeutas también se han apartado del enfoque de Masters y Johnson trabajando individualmente con las mujeres preorgásmicas en lugar de hacerlo con la pareja. Programas de tratamiento en grupo también se han empleado con éxito en el tratamiento del trastorno orgásmico femenino (Killmann *et al.*, 1987).

El enfoque de Helen Singer Kaplan

Pregunta: ¿Cuál es el enfoque de Kaplan a la terapia sexual? Kaplan (1974) llama a su enfoque terapia psicosexual. La terapia psicosexual combina métodos conductuales y psicoanalíticos. Kaplan cree que las disfunciones sexuales tienen tanto causas inmediatas como remotas (subyaciendo conflictos psíquicos que datan de la infancia). Kaplan comienza la terapia con el enfoque conductual. Ella se centra en mejorar la comunicación de la pareja, eliminar la ansiedad y alentar las destrezas y el conocimiento sexuales. Emplea una forma de terapia breve orientada a la comprensión, cuando parece que las causas remotas dificultan la respuesta al programa conductual. De esa manera espera traer a la conciencia conflictos inconscientes, por haber reprimido los deseos o la sensibilidad sexuales. Aunque Kaplan informa de buen número de éxitos en los casos tratados así, no existen estudios controlados que demuestren que la combinación de técnicas conductuales y las orientadas al conocimiento o psicoanalíticas sean más efectivas que las técnicas conductuales solas.

Veamos ahora algunas de las técnicas específicas que los terapeutas sexuales han introducido en el tratamiento de varios de los tipos de disfunciones sexuales más importantes.

Trastornos del deseo sexual

Pregunta: ¿Cómo tratan los profesionales los trastornos del deseo sexual? Algunos terapeutas ayudan a despertar los apetitos sexuales de personas con deseo sexual hipoactivo prescribiendo ejercicios de autoestimulación combinados con fantasías eróticas (Leiblum & Rosen, 2000). Los terapeutas también pueden ayudar a las parejas disfuncionales prescribiendo ejercicios focalizados en las sensaciones, mejorando la comunicación y ampliando el repertorio de habilidades sexuales de la pareja. Los terapeutas sexuales reconocen que el deseo sexual hipoactivo es a menudo un problema complejo, que requiere un tratamiento más intensivo que los problemas de la excitación o el orgasmo (Leiblum & Rosen, 2000; Helen Singer Kaplan, 1987). Argumentan que los enfoques orientados a la comprensión e interpretación son de ayuda, especialmente en el tratamiento del deseo sexual hipoactivo y la aversión sexual, para descubrir y resolver conflictos psicológicos profundamente asentados.

Algunos casos de deseo sexual hipoactivo en los hombres involucran deficiencias hormonales, especialmente deficiencias en la testosterona. La terapia de reemplazo de testosterona funciona con cerca de la mitad de los hombres que presentan bajos niveles de aquélla (Rakic *et al.*, 1997). Entre las mujeres, como entre los hombres, la falta de deseo sexual puede estar relacionada con niveles bajos de andrógenos, y la testosterona parece un tratamiento prometedor para elevar el deseo (Munarriz *et al.*, 2002; Tuiten *et al.*, 2000).

La falta de deseo está relacionada con la depresión, de forma que el deseo sexual puede aparecer de rebote cuando desaparece la depresión. El tratamiento, en dichos casos, puede involucrar psicoterapia o uso de fármacos, no terapia sexual *per se*. Cuando los problemas en la relación están implicados, la terapia de pareja puede estar indicada. Una vez los problemas interpersonales están resueltos, el interés sexual puede volver.

El tratamiento del trastorno de aversión sexual necesita un enfoque multicausal y multiterapéutico, incluyendo tratamientos biológicos como el empleo de medicamentos para reducir la ansiedad y tratamientos psicológicos diseñados para ayudar al individuo a superar la fobia sexual subyacente. La terapia de pareja puede emplearse en casos en los cuales las aversiones sexuales tienen su origen en conflictos o problemas de la pareja (Gold & Gold, 1993). Los ejercicios de focalización sensorial se pueden emplear para disminuir la ansiedad por el contacto sexual. También puede que sea necesario superar los miedos mediante ejercicios conductuales en los que el paciente aprende a controlar los estímulos que evocan miedos al contacto sexual.

Bridget, de 26 años, y Bryan, de 30, llevaban casados cuatro años pero nunca habían consumado su relación porque Bridget sentía terror siempre que Bryan intentaba el coito con ella. Aunque ella disfrutaba con los prolegómenos y era capaz de alcanzar el orgasmo con el estímulo clitoridiano, sus miedos al contacto sexual eran activados por los esfuerzos de Bryan para la penetración vaginal. El terapeuta empleó un programa de exposición gradual a los estímulos que provocaban temor a Bridget, para darle la oportunidad de superar los miedos en pequeños pasos graduados. Primero le dijeron que se observara sus órganos genitales en un espejo cuando estuviera sola; esto pretendía romper con la prohibición que le impedía mirarse y disfrutar de su cuerpo. Aunque al principio este ejercicio le hizo sentir ansiedad, tras algunas repeticiones empezó a sentirse cómoda, y a continuación pudo tocarse los genitales directamente. Cuando se sintió cómoda con este primer paso e informó de que experimentaba sensaciones eróticas agradables, se le dijo que se insertara un dedo en la vagina. Este paso le hizo sentir una intensa ansiedad y tuvo que practicar diariamente durante dos semanas antes de que pudiera tolerar el dedo en la vagina sin incomodidad. Entonces llegó el momento de que su marido participara en el proceso de tratamiento. Se le dijo a la pareja que Bridget se introdujera el dedo en la vagina mientras Bryan miraba. Cuando se sintió cómoda con este ejercicio, ella guió el dedo de él hacia su vagina. Después él puso uno y luego dos dedos en su vagina, mientras ella controlaba la profundidad, la velocidad y la duración de la penetración. Cuando ella se sintió preparada, procedieron a intentar la penetración en la posición con ella encima, lo cual le permitía mantener el control. Con el tiempo, Bridget se sintió lo bastante cómoda con la penetración, de manera que la pareja pudo desarrollar una relación sexual normal. (Adaptado de Kaplan, 1987, pp. 102-103.)

Trastornos de la excitación sexual

Existen trastornos de la excitación sexual masculinos y femeninos.

Pregunta: ¿Cómo tratan los profesionales los trastornos de la excitación sexual?

El trastorno de la erección. El trastorno de la excitación masculina se conoce también como trastorno eréctil. Los hombres con trastorno eréctil pueden pedir a sus terapeutas que les «enseñen» o les «muestren» cómo conseguir una erección. Algunos de nuestros pacientes nos han pedido que les digamos qué fantasías deberían recrear para conseguir una erección, cómo deberían tocar a sus parejas o cómo deberían ser tocados. Sin embargo, la erección es un reflejo, no una habilidad. Un hombre no necesita aprender cómo tener una erección más de lo que necesita aprender a respirar.

En la terapia sexual, las mujeres que tienen problemas para conseguir lubricación y los hombres con problemas eréctiles, aprenden que no necesitan «hacer» nada para excitarse sexualmente. En la medida en que sus problemas tienen origen psicológico y no genético, solo necesitan recibir estimulación sexual mientras están relajados, para que la ansiedad no inhiba los reflejos naturales.

Para reducir la ansiedad, las parejas mantienen contactos sexuales sin exigencia, contactos que no exigen lubricación o erección. Pueden comenzar con ejercicios focalizados en las sensaciones no genitales, como los de Masters y Johnson. Después de un par de sesiones, la focalización sensorial se extiende a los genitales. La posición que se muestra en la Figura 12.1 permite a la mujer un acceso fácil a los genitales de su pareja. Ella repetidamente le «provoca» la erección y permite que la erección se mantenga. De este modo evita provocarle la ansiedad que podría conducirle a la pérdida de la erección. Al conseguir repetidamente la erección, el hombre pierde el miedo a que la pérdida de la erección signifique que ésta no va a volver. También aprende a centrarse en las sensaciones eróticas, para su propio bien. Tampoco experimenta la demanda de tener que «funcionar» porque a su pareja se le ha dicho que se abstenga del coito.

Cuando el miembro disfuncional de la pareja es capaz de conseguir excitarse sexualmente de manera fiable (la erección en el varón y la lubricación en la mujer), la pareja no intenta inmediatamente el coito, porque esto podría iniciar de nuevo la ansiedad. En lugar de eso, mantienen una serie de actividades sexuales placenteras sin exigencia, que eventualmente culminan en el coito.

En el enfoque de Masters y Johnson, la pareja comienza el coito unos diez días después del tratamiento. La mujer provoca la erección en el hombre, mientras se sienta a horcajadas sobre él. Cuando ha conseguido la erección, ella introduce el pene —para evitar intentos de penetración a tientas— y se mueve lentamente hacia delante y hacia atrás, sin exigencias, sin intentar alcanzar el orgasmo. Si la erección se pierde, se repiten la provocación y el coito. Una vez la pareja siente confianza de que la erección puede mantenerse —o restaurarse si se pierde—, pueden incrementar gradualmente los movimientos para alcanzar el orgasmo.



Figura 12.1. Posición de entrenamiento recomendada por Masters y Johnson para el tratamiento del trastorno eréctil y la eyaculación prematura.

Tumbado frente a su pareja, la cual tiene las piernas abiertas, la mujer tiene fácil acceso a sus genitales. En una parte de un programa diseñado para superar el trastorno eréctil, ella repetidamente le «provoca» la erección y permite que la erección se mantenga. De este modo evita la ansiedad que podría conducir a la pérdida de la erección. Después de conseguir repetidamente la erección, el hombre pierde el miedo a que la pérdida de la erección signifique que ésta no va a recuperarse.

Enfoques de la biología en el tratamiento del trastorno eréctil. La atención del mundo se ha centrado recientemente en los enfoques de la biología en el tratamiento del trastorno eréctil. Quizás el disparo de salida, en la guerra biológica contra el trastorno eréctil, se produjo en 1983, cuando un ponente hizo una presentación un tanto inusual a su audiencia en una convención médica. Se bajó los pantalones para mostrar una erección. La erección era el resultado no de una estimulación sexual o de fantasías sexuales, sino de la inyección de un medicamento llamado alprostadil en su pene. Alprostadil es un vasodilatador; relaja los músculos que rodean las arterias en el pene, permitiendo que entre mayor flujo de sangre, de modo que se incrementa la vasocongestión y se provoca la erección. El ponente —un urólogo— proporcionó una demostración «en vivo» de un método biológico para tratar el trastorno eréctil.

Los enfoques biológicos o biomédicos son útiles en el tratamiento del trastorno eréctil, especialmente cuando están involucrados factores orgánicos. Los tratamientos incluyen cirugía, medicación y bombas de vacío (véase la Tabla 12.2).

Cirugía. Existen dos tipos principales de cirugía: cirugía vascular y la instalación de implantes de pene. La cirugía vascular puede ayudar en casos en los cuales los vasos sanguíneos que suministran al pene están bloqueados, o en los cuales los defectos estructurales en el pene limitan el flujo de sangre (Cowley & Rogers, 1997). Una operación de *bypass* arterial reconduce los vasos rodeando el bloqueo.

TABLA 12.2	
Tratamientos biológicos de los problemas eréctiles	
Cirugía	
Cirugía vascular	Ayuda cuando los vasos sanguíneos que suministran sangre al pene están bloqueados.
Implante de pene	Puede utilizarse cuando otros tratamientos fallan por problemas biológicos.
Medicación	
Terapia hormonal	Ayuda a hombres y mujeres con niveles anormalmente bajos de hormonas sexuales masculinas.
Inyecciones	Relajantes musculares como el alprostadil y la phentolamine se inyectan en el corpus cavernosum del pene, relajando los músculos que rodean las arterias del pene, permitiendo que los vasos se dilaten y la sangre fluya más libremente.
Supositorios	El alprostadil se introduce en la punta del pene en forma de gel.
Medicación oral	Formas orales de varios componentes —sildenafil (Viagra), vardenafil (Levitra) y tadalafil (Cialis)— relajan los músculos que rodean los pequeños vasos sanguíneos en el pene, permitiéndoles dilatarse de manera que la sangre puede fluir dentro de él más libremente. La apomorfina (Uprima) incrementa los niveles cerebrales del neurotransmisor dopamina. (El Parkinson se produce por la muerte de las células productoras de dopamina y a menudo está acompañado de disfunción eréctil. Los hombres que toman medicación contra el Parkinson a menudo tienen erecciones como efectos colaterales.)
Bomba de vacío	
Bomba de vacío	Un dispositivo de constricción crea un vacío cuando se coloca sobre el pene. El vacío induce la erección por el incremento del flujo de sangre en el pene. Las bandas de goma alrededor de la base del pene mantienen la erección.

El implante de pene puede hacerse cuando fallan el resto de los tratamientos. Los implantes pueden ser maleables (semi-rígidos) o hinchables. El implante semi-rígido está compuesto de segmentos que permanecen en una posición semi-rígida permanente. Se mantiene lo suficientemente rígido para poder realizar el coito, pero permite que el pene cuelgue razonablemente cerca del cuerpo el resto del tiempo. El tipo hinchable requiere que unos cilindros se implanten en el pene. Un depósito de fluido se coloca cerca de la vejiga y una bomba diminuta se inserta en el escroto. Para lograr la erección, el hombre aprieta la bomba, permitiendo que el fluido llene los cilindros. Cuando la erección ya no se necesita, una válvula de descarga retorna el fluido al depósito, al mismo tiempo que se desinfla el pene. El injerto hinchable reproduce más fielmente los procesos normales de tumescencia y detumescencia. Se ha informado de algunos efectos colaterales adversos del injerto de pene, incluyendo la destrucción de tejido eréctil, lo cual puede dañar la habilidad del hombre para tener erecciones normales. Los injertos de pene no afectan al impulso sexual ni a las sensaciones sexuales ni a la eyaculación.

La implantación quirúrgica es irreversible. Por ello, El Instituto Nacional de la Salud recomienda que los implantes de pene se realicen solo cuando las técnicas menos invasivas, como la terapia sexual y la medicación, han demostrado ser insuficientes.

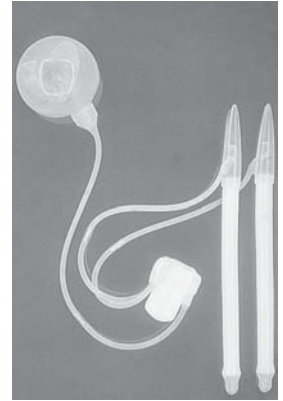
Medicación. Existen varias maneras en que se puede usar la medicación para ayudar a los hombres con problemas eréctiles. Por ejemplo, los tratamientos hormonales (testosterona) ayudan a restaurar el impulso sexual y la habilidad eréctil en muchos hombres con niveles anormalmente bajos de testosterona (Lue, 2000; Rakic *et al.*, 1997). La terapia hormonal no parece ayudar a los hombres con niveles hormonales normales.

El relajante muscular alprostadil (conocido por los nombres comerciales Caverject y Edex) y la fentolamina (Invicorp) se inyectan en el cuerpo cavernoso del pene. Estas sustancias relajan los músculos que rodean los pequeños vasos sanguíneos del pene, de manera que éstos se dilatan y permiten que la sangre fluya más libremente. Las erecciones producidas por el alprostadil duran una hora o más y ocurren haya o no estimulación sexual. El médico enseña al hombre cómo debe inyectarse. Si la fentolamina se utiliza junto con la proteína VIP, la erección solo ocurre cuando se aplica estimulación sexual. Las inyecciones son más efectivas en los hombres con problemas en la transmisión de las señales nerviosas que regulan la erección (Altman, 1995c) y son menos efectivas para aquellos con problemas vasculares que impiden el flujo de sangre hacia el pene.

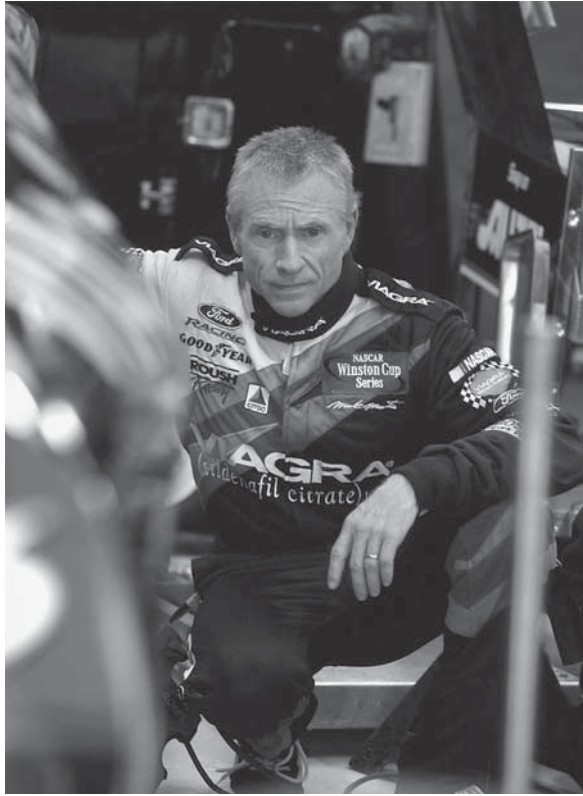
Las inyecciones pueden tener efectos colaterales, que incluyen el propio dolor de la inyección y erecciones prolongadas dolorosas (priapismo) (Ralph & McNicholas, 2000). También muchos hombres encuentran desagradable la idea de las inyecciones en el pene (el «factor mueca de dolor») y lo rechazan.

El alprostadil también está disponible como un supositorio en forma de gel (de nombre comercial Muse). Éste se introduce en la punta del pene con un aplicador. El supositorio ayuda a los hombres a evitar el «factor mueca de dolor» que muchos experimentan con las inyecciones (Padma-Nathan *et al.*, 1997). «Pincharte con una aguja en el pene no es la idea que tiene todo el mundo de los prolegómenos», advierte el Dr. John Seely (Kolata, 2000b).

Otros medicamentos se toman de forma oral. Por ejemplo, la forma oral del sildenafil se vende como Viagra y la forma oral de vardenafil se vende como Levitra. La forma oral de tadalafil (Cialis) es efectiva más o menos en media hora y dura hasta 36 horas. Los que la usan en Francia la llaman «la píldora del fin de semana». El medicamento apomorfina (Uprima) eleva los niveles cerebrales de dopamina, un neurotransmisor involucrado en la erección, y está disponible en el Reino Unido y se anuncia *online* (no lo tomes sin consultar



Un implante de pene. Los implantes de pene proporcionan la erección cuando el sistema cardiovascular del hombre no realiza su trabajo. Unos cilindros se implantan en el pene, y un depósito de fluido (arriba, a la izquierda) se coloca cerca de la vejiga. Una bomba (abajo, en el centro) se inserta normalmente en el escroto. Al apretar la bomba, el fluido entra en los cilindros, hinchando el pene. Una válvula de descarga retorna el fluido al depósito, desinflando el pene.



¿Las guerras de la erección? En un esfuerzo por animar a los hombres con disfunciones eréctiles que temen que puede ser poco viril utilizar Viagra, Levitra o Cialis, los profesionales del marketing están reclutando superestrellas del deporte, como el conductor de NASCAR Mark Martín, para respaldar sus productos.

a tu médico). Los investigadores son conscientes de los beneficios potenciales de los medicamentos que aumentan la dopamina a partir de la investigación con el Parkinson. El Parkinson se produce aparentemente por la muerte de las células productoras de dopamina y está relacionado con la pérdida de la coordinación motora y la disfunción eréctil. L-dopa y otros medicamentos que se emplean para tratar el Parkinson elevan los niveles de dopamina y frecuentemente tienen el «efecto colateral» de una erección (Kolata, 2000b).

El Viagra se consideró un medicamento milagroso cuando llegó al mercado a principios de 1998. Sus ventas alcanzaron cifras nunca conseguidas por otro medicamento. Las acciones de la Pfizer Company, que produce el Viagra, se dispararon tras la aparición del medicamento. Un estudio publicado en *New England Journal of Medicine* comprobó los efectos del Viagra en más de 800 hombres con disfunción eréctil, debida tanto a causas psicológicas como a cierto número de causas orgánicas (Goldstein *et al.*, 1998). En una fase del estudio, el 69 por ciento de los intentos de mantener una relación sexual tuvieron éxito en los hombres que tomaron Viagra, comparado con el 22 por ciento que tomaron un placebo. El Viagra y sus primos químicos Levitra y Cialis están en la actualidad enzarzados en una lucha comercial épica. Todos son respaldados por atletas bastante jóvenes, aparentemente para que su uso parezca más «masculino».

Bombas de vacío. El término suena algo así como «¿qué inventarán después»? Es un dispositivo de constricción de vacío (VCD) que ayuda a los hombres a conseguir la erección mediante presión de vacío. El dispositivo (de nombre comercial ErecAid) consiste en un cilindro conectado a una bomba manual. Crea un vacío cuando se coloca sobre el pene. El vacío induce la erección al incrementar el flujo de sangre hacia el pene. Unas bandas de goma, alrededor de la base del pene, pueden mantener la erección durante una media hora.

El VCD se utiliza con éxito por hombres con problemas eréctiles, tanto orgánicos como psicológicos. Sin embargo, son comunes efectos colaterales como dolor y marcas negras y azules. Las bandas de goma impiden la eyaculación normal, así que el semen permanece atrapado en la uretra hasta que las bandas se eliminan. La calidad de las erecciones producidas por el dispositivo está también considerada inferior a la de las erecciones espontáneas.

¿Qué nos espera en un futuro? Podría parecer que los medicamentos orales (las píldoras) serán los tratamientos biológicos más populares de los problemas eréctiles. Resultan muy efectivos con la mayoría de los hombres y evitan el «factor de mueca de dolor». Viagra, Levitra y Cialis tienen efectos colaterales, como migraña, enrojecimiento y algunos otros. Las migrañas no son sorprendentes, porque están relacionadas con el incremento de flujo sanguíneo, y estos medicamentos no son lo bastante precisos para dirigir la sangre solo a los genitales. Poco después de que el Viagra fuera aprobado por la FDA, hubo casos aislados de hombres con problemas cardiovasculares que experimentaron ataques al corazón. Un estudio cuidadosamente dirigido sobre los efectos del Viagra en 14 hombres mayores, con al menos una arteria coronaria severamente obstruida, sugieren que el Viagra en sí no es el problema (Herrmann *et al.*, 2000). En este estudio, publicado en la prestigiosa revista *New England Journal of Medicine* (www.nejm.com), el Viagra no demostró tener efectos adversos sobre el flujo de sangre al corazón. Irónicamente, el Viagra, que dilata los vasos sanguíneos, se empieza a considerar por algunos como un medicamento para el corazón.

Trastorno de la excitación sexual femenina. Los tratamientos psicológicos para el trastorno de la excitación sexual femenina van en paralelo con los trastornos orgásmicos y se tratan en las siguientes páginas. Aquí decimos brevemente que involucran la educación sexual (etiquetar las partes, discutir sus funciones y explicar cómo surgieron), buscar y hacer frente a posibles interferencias cognitivas (como las actitudes sexuales negativas), crear situaciones no exigentes en las cuales puede ocurrir la excitación sexual, y, cuando sea apropiado, trabajar en los problemas de relación con la pareja.

Sin embargo, muchos casos de trastorno de la excitación sexual femenina reflejan un flujo sanguíneo inadecuado hacia los genitales, como en el trastorno eréctil. La excitación sexual femenina involucra lubricación vaginal, lo cual permite relaciones sexuales sin el dolor provocado por la fricción. La lubricación se hace posible por la vasocongestión (el flujo de sangre hacia los genitales). La falta de lubricación puede reflejar los efectos físicos de la edad, la menopausia o la menopausia inducida quirúrgicamente.

A veces todo lo que se necesita para solucionar la falta de lubricación es un lubricante artificial como un gel acuoso. Pero el flujo sanguíneo reducido en los genitales también puede debilitar el placer sexual y, como consecuencia, disminuir el deseo de la mujer por el sexo.

Del mismo modo que los tratamientos biológicos para los trastornos eréctiles están apareciendo como hongos, lo mismo ocurre con los tratamientos para el trastorno de la excitación sexual femenina. Por desgracia —y seguramente por la menor atención que históricamente se ha prestado a los problemas de salud femeninos—, el desarrollo de los tratamientos ha ido unos pasos por detrás de los tratamientos para los hombres. Irónicamente, los tratamientos que están apareciendo son muy similares a los que ayudan a los hombres con trastornos eréctiles.

Por ejemplo, medicamentos idénticos a aquellos utilizados por los hombres están siendo investigados para utilizarse con las mujeres (Leland, 2000). Muchos ensayos se han



Figura 12.2. Un dispositivo clitoridiano que estimula la vasocongestión genital en las mujeres al producir una suave succión en el clítoris.

emprendido con el Viagra para las mujeres. Los investigadores también están usando alprostadil (el vasodilatador) para usarlo con las mujeres, en forma de cremas que se insertan en la vagina, para mejorar el flujo de sangre y, como consecuencia, la lubricación.

Existe un paralelismo perfecto en el área de falta de deseo sexual para las mujeres que tienen deseo sexual bajo por bajos niveles de hormonas sexuales «masculinas». Podríamos empezar a preguntarnos si deberíamos dejar de referirnos a los estrógenos como la hormona sexual femenina y a la testosterona como la hormona sexual masculina. Ambos son producidos tanto por mujeres como por hombres —aunque en diferentes cantidades— y ambos están intrincadamente involucrados con la salud de hombres y mujeres, el funcionamiento sexual y otros tipos de conducta. En cualquier caso, los parches de testosterona pueden ser utilizados por las mujeres que tienen falta de deseo sexual, si tienen falta de las cantidades adecuadas de testosterona (Guzick & Hoeger, 2000; Shifren *et al.*, 2000).

Existe incluso un dispositivo —Eros— que es paralelo a la bomba de vacío utilizada por algunos hombres con trastorno eréctil. Es un dispositivo clitoridiano que fue aprobado por la Food and Drug Administration en 2000 y está disponible con receta médica. El clítoris se hincha durante la excitación sexual debido a la vasocongestión, y la vasocongestión incrementa las sensaciones clitoridianas sexuales, así que influye, de alguna manera, en los pasos que provocan el interés sexual y la lubricación. El dispositivo crea una suave succión sobre el clítoris, incrementando la vasocongestión y las sensaciones sexuales (Leland, 2000; véase la Figura 12.2).

Trastornos orgásmicos

Pregunta: ¿Cómo tratan los profesionales los trastornos orgásmicos? Como los trastornos orgásmicos son relativamente raros entre los hombres, nuestra respuesta se centrará principalmente en las mujeres. Las mujeres que nunca han experimentado el orgasmo, a menudo albergan actitudes sexuales negativas que provocan ansiedad e inhiben la respuesta sexual. El tratamiento en dichos casos puede dirigirse en primer lugar hacia estas actitudes.

Masters y Johnson utilizan un enfoque centrado en las parejas para el tratamiento de las mujeres anorgásmicas. Empieza con ejercicios de focalización sensorial. Entonces, durante el masaje genital, y después, durante el coito, la mujer guía a su pareja en las caricias y los movimientos que ella encuentra sexualmente excitantes. Hacerse cargo, tomando la iniciativa y controlando la situación, ayuda a la mujer a liberarse de los papeles tradicionales de pasividad y subordinación femenina.

Masters y Johnson recomiendan una posición de entrenamiento (véase la Figura 12.3) que permite al hombre tener acceso a los pechos y los genitales de su pareja. Ella puede guiar sus manos para mostrarle los tipos de estimulación que a ella le gustan. El juego genital es sin exigencia. Los objetivos son aprender a proporcionar y disfrutar una estimulación sexual efectiva, no alcanzar el orgasmo. El clítoris no se estimula al principio, porque hacerlo puede producir un elevado nivel de estimulación, incluso dolor, antes de que la mujer esté preparada.

Tras varias sesiones de juego genital, la pareja emprende el coito en la posición con la mujer encima (véase la Figura 12.4). Esta posición permite a la mujer libertad de movimientos y control sobre sus sensaciones genitales. La pareja realiza varios movimientos de empujes pélvicos con lentitud, para familiarizar a la mujer en las sensaciones que produce el pene y romper el patrón contraproducente de empujes pélvicos rápidos y desesperados.

El orgasmo no puede ser voluntario ni forzado. Cuando una mujer recibe estimulación efectiva, se siente libre para concentrarse en las sensaciones eróticas y sabe que no se le exige nada, por lo general llegará al orgasmo. Una vez que la mujer es capaz de conseguir el

La
sexualidad
humana
en el
nuevo
milenio

Pensar de manera crítica acerca de comprar Viagra y otros medicamentos *online*

El Viagra es una medicación con receta. Muchos hombres que podrían usar Viagra se muestran reacios a discutir su disfunción eréctil con su médico. El anonimato de hacer las cosas en la Red es seductor —no tienes que admitir tus preocupaciones personales cara a cara—. Algunos hombres, desafortunadamente, ni siquiera tienen un médico fijo. ¿Qué hacer?

Muchos han descubierto que buscando Viagra en la Red es posible que encuentren muchos sitios *web* donde pueden «consultar» con médicos *online*, conseguir una receta y encargar el medicamento para recibirlo por correo. ¡Fácil! Unas pocas preguntas y una cantidad de dinero, y lo tienen. Pero, ¿es eso prudente? Quizás, quizás, no.

Las recetas se necesitan para varios medicamentos, porque los médicos están mejor preparados que la mayoría de los profanos para diagnosticar los problemas de salud de una persona, comprender la naturaleza de los fármacos y los efectos colaterales de los medicamentos que están disponibles para el tratamiento, y predecir cómo afectarán los medicamentos al paciente individual. Los médicos, por lo general, también están preparados para enfrentarse con los efectos inesperados de los medicamentos, que pueden ser muchos.

Así que pregúntate a ti mismo qué tipo de médico recetará medicamentos *online* sin conocer personalmente al paciente. ¿Es posible que algunos de ellos hayan tenido dificultades para establecerse por su cuenta o encontrar trabajo en un hospital? Si tienes alguna duda sobre algún

medicamento que utilizaste, ¿serás capaz de encontrar fácilmente al médico para que te dé una respuesta, o evitarás hacer una llamada embarazosa a tu propio médico o una visita a la sala de urgencias?

Encontrarás que muchos de los *sitios* son farmacias *online* que también anuncian Propecia para el tratamiento de la pérdida del cabello, medicamentos que paran la pérdida de vello púbico (sí, vello púbico), medicamentos para controlar el peso que impiden la absorción de algunas de las grasas de la comida (como el Xenical), suplementos de hierbas y demás. Lo que tenderás a encontrar en tu investigación son arsenales de armas que suenan como si ellos pudieran hacer que dejaras de envejecer o incluso revertir el proceso de envejecimiento. Puede sonar como si te ayudaran a permanecer (o recuperar tu estatus) como un jovencito. Pero el hecho es que la medicina científica aún no ha llegado a ese punto.

Mientras navegas en la Red, también te encontrarás con *sitios* que dicen tener productos «naturales» (incluyendo varias hierbas) que son tan efectivos como el Viagra, pero sin sus efectos colaterales y sin necesidad de receta médica. Haz uso del pensamiento crítico: ¿estás convencido de la efectividad y la seguridad de estos preparados? Porque son alimentos más que medicinas, escapan al control de la Administración de Alimentos y Medicinas (Food and Drug Administration). Es decir, el Gobierno no los controla. Sé prudente.

En suma, incluso si es posible comprar un medicamento *online*, quedas advertido de que debes conseguir tu receta cara a cara de un médico que conoces y en el que confías.

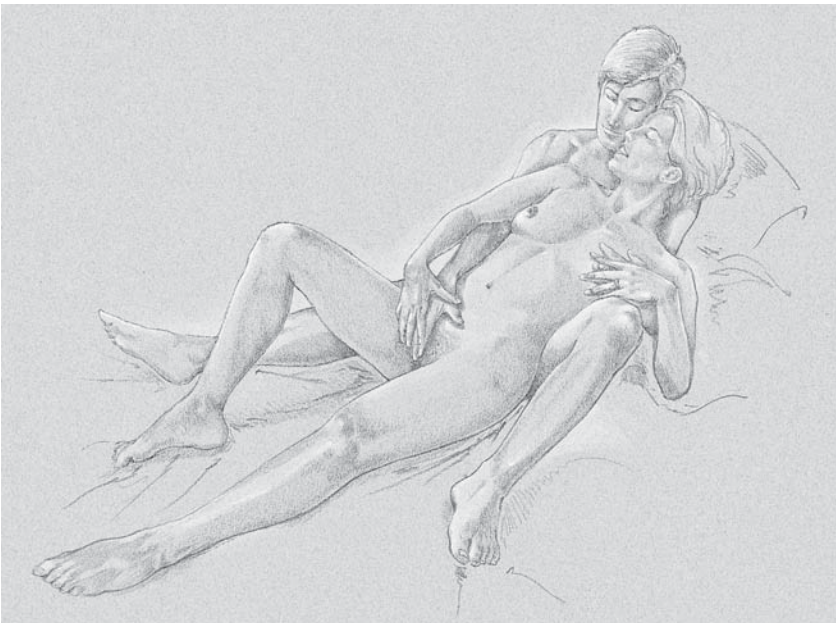
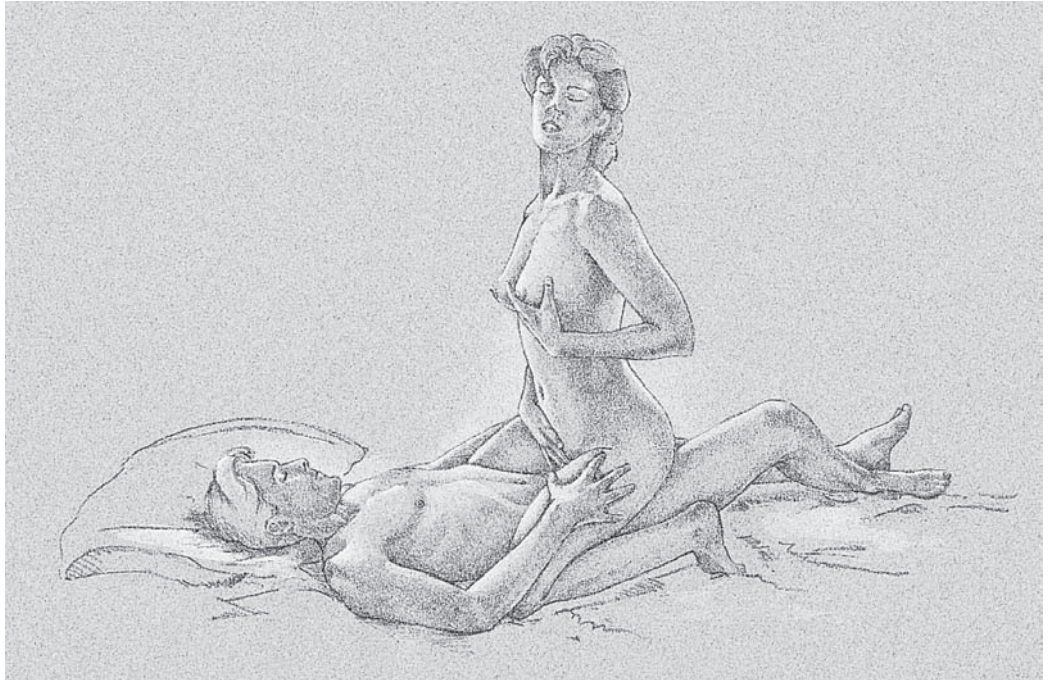


Figura 12.3. Posición de entrenamiento para la estimulación sin exigencia de los genitales femeninos. Esta posición permite al hombre el acceso a los pechos y los genitales de su pareja. Ella puede guiar las manos de él para mostrarle los tipos de estimulación que le producen placer.

Figura 12.4. Coito en la posición con la mujer encima. En el tratamiento del trastorno orgásmico femenino, la pareja aborda en coito en la postura con la mujer encima después de varias sesiones de juego genital. Esta posición permite a la mujer libertad de movimientos y control sobre sus sensaciones genitales. Se le dice que considere el pene como su «juguete». La pareja mantiene varias sesiones de movimientos pélvicos lentos, para familiarizar a la mujer con las sensaciones que produce el pene y romper el patrón contraproducente de empujes rápidos y desesperados.



orgasmo en la posición con la mujer encima, la pareja puede ampliar su repertorio sexual a otras posiciones.

Masters y Johnson prefieren trabajar con la pareja en casos de anorgasmia, pero otros terapeutas sexuales prefieren empezar a trabajar con la mujer individualmente, a través de la masturbación (Leiblum & Rosen, 2000). La masturbación proporciona a las mujeres la oportunidad de aprender acerca de su propio cuerpo a su ritmo. Las libera de la necesidad de depender de sus parejas o de tener que complacerlas, y el placer sexual que experimentan les sirve de ayuda contra la ansiedad sexual persistente. Aunque existen variaciones entre los terapeutas, los siguientes elementos son comunes en los programas de la masturbación:

1. *Educación.* La mujer y su pareja (si tiene una) reciben educación sobre sexualidad femenina.
2. *Autoexploración.* La autoexploración se recomienda como una manera de incrementar el sentido de la mujer de la conciencia de su cuerpo. Puede colocarse un espejo entre las piernas para localizar sus características anatómicas.
3. *Automasaje.* Una vez la mujer se siente bien explorando su propio cuerpo, crea un escenario relajante para el automasaje. Elige un momento y un lugar donde se encuentre libre de distracciones externas. Comienza a explorar la sensibilidad de su cuerpo al tacto, descubriendo y repitiendo las caricias que encuentra agradables. Pueden emplearse aceites sin alcohol y lociones para realzar la calidad sensual del masaje y proporcionar lubricación para los genitales externos. Algunas mujeres utilizan su mano diestra para estimularse los pechos, mientras la otra masajea los genitales. Durante las primeras sesiones, la mujer no debe intentar alcanzar el orgasmo, con el fin de evitar la ansiedad.
4. *Concederse permiso.* Se puede aconsejar a la mujer que desafíe su culpa y ansiedad acerca de la masturbación. Por ejemplo, podría repetirse a sí misma: «Éste es mi cuerpo. Tengo derecho a aprender acerca de mi cuerpo y recibir placer de él».

5. *Uso de las fantasías.* La excitación se incrementa utilizando imágenes sexuales, fantasías y ayudas para las fantasías, como relatos eróticos o material visual.
6. *Uso de un vibrador.* Se puede recomendar un vibrador para proporcionar una estimulación más intensa, especialmente para aquellas mujeres que encuentran insuficiente la estimulación manual.
7. *Implicación de la pareja.* Una vez que la mujer es capaz de alcanzar el orgasmo regularmente mediante la masturbación, el centro de atención se puede trasladar a la relación sexual con su pareja. Los ejercicios orientados a las sensaciones sin exigencia pueden continuar con un coito sin exigencia. La posición con la mujer encima se utiliza a menudo. Ésta permite a la mujer controlar la profundidad, el ángulo y el ritmo de los empujes. De este modo, ella se asegura de recibir los tipos de estimulación que necesita para alcanzar el orgasmo.

Nos hemos centrado en las técnicas sexuales, pero merece la pena destacar que emplear una combinación de enfoques que se centren en las técnicas sexuales y en problemas interpersonales subyacentes puede ser más efectivo que centrarse solo en las técnicas sexuales, al menos para aquellas parejas que tengan problemas en su relación (Leiblum & Rosen, 2000).

El trastorno orgásmico masculino. Por lo general, el tratamiento del trastorno orgásmico masculino se centra en incrementar la estimulación sexual y reducir la ansiedad (Leiblum & Rosen, 2000). Masters y Johnson instruyen a la pareja para que practique ejercicios de focalización sensorial durante varios días, en los cuales el hombre no intenta eyacular. Después la pareja es instruida para llevar al hombre al orgasmo por el camino que quiera, normalmente manualmente. Una vez que el hombre puede eyacular en presencia de su pareja, ella lo lleva hasta el límite en el que está a punto de eyacular. Entonces, en la posición con la mujer encima, ella introduce el pene de su pareja y provoca movimientos pélvicos vigorosamente para llevarle hasta la eyaculación. Si él pierde la sensación de que está a punto de eyacular, se repite el proceso. Incluso si la eyaculación ocurre justo en el momento de la penetración, a menudo les ayuda a romper el patrón de imposibilidad para eyacular en la vagina.

La eyaculación prematura. En los enfoques de Masters y Johnson, los ejercicios de focalización sensorial prosiguen con la práctica en la posición de entrenamiento mostrada en la Figura 12.1. La mujer provoca la erección de su pareja y utiliza la **técnica del apretón** cuando él le indica que está a punto de eyacular: ésta consiste en que ella aprieta la punta del pene (como se indica más abajo), lo que impide temporalmente la eyaculación. Este proceso se repite tres o cuatro veces en una sesión de entre 15 y 20 minutos antes de que el hombre eyacule a propósito.

En la técnica del apretón, la mujer sujeta el pene entre el pulgar y los dos primeros dedos de la misma mano. El pulgar presiona contra el frenillo. Los dedos rodean el borde coronal en el otro lado del pene. Apretar el pulgar y los dedos con firmeza durante unos 20 segundos (o hasta que se pasen las ganas de eyacular) impide la eyaculación. El pene erecto puede soportar la fuerte presión sin incomodidad, pero la erección se puede perder parcialmente.

Después de dos o tres días de estas sesiones, Masters y Johnson hacen que la pareja comience el coito en la posición con la mujer encima, porque crea menos presión para eyacular. La mujer se introduce el pene. Al principio ella lo tiene dentro de la vagina sin realizar movimientos pélvicos, permitiendo al hombre acostumbrarse a las sensaciones intravaginales. Si él siente que está a punto de eyacular, ella se levanta y aprieta el pene. Después de

Técnica del apretón

Método para tratar la eyaculación precoz: se aprieta durante unos instantes la punta del pene para impedir la eyaculación.

Desarrollo de tratamientos biológicos para las disfunciones sexuales en las mujeres

Una tendencia clave en el tratamiento de los problemas sexuales es la aceleración de la «medicalización». Se están consiguiendo impresionantes avances en métodos biomecánicos y medicinas (Kleinplatz, 2003). Cuando las mujeres envejecen, ellas, como los hombres, experimentan una reducción del flujo de sangre hacia la región genital. El clítoris se hincha menos durante la excitación sexual y ello puede ir acompañado de sentimientos de excitación sexual reducidos. Las mujeres postmenopáusicas experimentan sequedad vaginal, debido a la caída en la producción de estrógenos (Berman & Berman, 2001; Fishman & Mamo, 2001). Más mujeres de mediana edad y mayores dicen haber perdido el interés en el sexo o tienen dificultades para excitarse. La Tabla 12.3 es un resumen de los métodos en uso o que se están desarrollando

Resulta interesante que muchos de los métodos que han sido de ayuda con los hombres son prometedores para las mujeres. Por ejemplo, los medicamentos que mejoran el flujo sanguíneo hacia la región genital, como el Viagra, pueden mejorar las experiencias sexuales tanto de las mujeres como de los hombres. Muchas mujeres informan de una mayor lubricación vaginal y de orgasmos más intensos después de tomar Viagra (Berman, 2000; Berman *et al.*, 2001). La Tabla 12.4 muestra los resultados de un estudio con 35 mujeres (Berman, 2000). Otro estudio trató con Viagra a 48 mujeres de mediana edad que padecían trastorno de la excitación sexual, a lo largo de un periodo de seis semanas (Berman *et al.*, 2001). Los resultados revelaron un incremento del flujo sanguíneo genital y de la lubricación vaginal. Las mujeres dijeron sentir un mayor deseo sexual y excitación, menor dificultad para alcanzar el orgasmo, menor dolor vaginal y una mayor satisfacción sexual.

Estudios piloto con 500 mujeres europeas («Women might mark millennium», 1998) también encontraron que

los medicamentos que mejoran el flujo sanguíneo hacia los genitales pueden ser bastante efectivos. Un número de compañías farmacéuticas están desarrollando un medicamento parecido al Viagra para mujeres (medicamentos con nombres como VasoFem, Alista y FemProx) (Leland, 2000).

Pero un estudio entre 577 mujeres encontró que el Viagra no era más efectivo que un placebo (píldora de azúcar) para incrementar el deseo sexual entre las mujeres (Basson, 2000). Berman (2000) también encontró que el deseo sexual *per se* era la variable que menos había cambiado en su estudio. Antes del tratamiento, el 52 por ciento de las mujeres en su estudio informó de bajo deseo sexual, y este porcentaje cayó hasta solo el 45 por ciento después del tratamiento. El deseo sexual, por supuesto, involucra la calidad de las relaciones, así como factores biológicos. Pero el Viagra reduce mucho los problemas relacionados con la excitación biológica, como la falta de lubricación y el dolor del sexo (véase la Tabla 12.5). Los medicamentos como el Viagra son más efectivos en la ayuda sobre los aspectos biológicos que sobre los psicológicos en las relaciones sexuales.

Es también de interés un estudio típico de los efectos de la terapia de reemplazo de andrógenos con mujeres mayores (Munárriz *et al.*, 2002). Las mujeres informaron de un incremento significativo del deseo sexual, lubricación vaginal y orgasmo, asociado a la normalización en la sangre de los niveles de andrógenos, incluyendo la testosterona. Sin embargo, hubo efectos colaterales relacionados con los efectos de las hormonas sexuales masculinas. Por ejemplo, el 11 por ciento de las mujeres mostraron vello facial y el 5 por ciento desarrollaron acné.

Aunque continúa la «medicalización» de la terapia sexual, ninguna píldora ni dispositivo biomecánico mejorará la calidad de una relación. Si las personas tienen serios problemas con sus parejas, tomarse una pastilla difícilmente resolverá el problema.

algunas repeticiones, ella empieza lentamente a moverse hacia atrás y hacia delante, levantándose y apretando el pene cuando sea necesario. El hombre aprende gradualmente a tolerar niveles más altos de estimulación sexual sin eyacular.

El método de «parada-arranque» para el tratamiento de la eyaculación precoz fue introducido por el urólogo James Semans (1956). El método se puede aplicar con estimulación manual o con el coito. Por ejemplo, la mujer puede estimular manualmente a su pareja hasta que él esté a punto de eyacular. Entonces él le indica que suspenda la estimulación sexual y permite que su excitación remita antes de iniciarla de nuevo. Este proceso permite al hombre reconocer las sensaciones que preceden a su punto de eyaculación inevitable, o «punto de no retorno», y tolerar periodos más largos de estimulación sexual. Cuando la técnica de parada-arranque se aplica con el coito, la pareja comienza con una simple penetración en la vagina sin movimientos pélvicos,

TABLA 12.3

Tratamientos biológicos en uso o en proceso de investigación para ayudar a las mujeres con disfunciones sexuales

Método	Cómo se usa	Efecto	Estado actual
Alprostadil	Gel, crema	Puede incrementar el flujo sanguíneo hacia el clítoris, mejorando la excitación	Se están realizando estudios
DHEA	Píldora	Puede disparar el impulso sexual al incrementar los niveles de testosterona	Disponible con receta. Disponible como un suplemento de la dieta, aunque los expertos previenen contra un uso sin supervisión. Se están realizando estudios
Eros	Dispositivo manual que aplica una suave succión al clítoris	Promueve el flujo sanguíneo hacia el clítoris, aumentando la excitación	Disponible con receta. (Véase la Figura 12.2, en la página 350.)
Estrogen	Píldoras, parches, gel, crema	Elimina la sequedad vaginal	Disponible con receta
Inhibidores PDE5	Píldora	Puede aumentar el flujo sanguíneo hacia el clítoris, mejorando la excitación	Viagra, Levitra y Cialis, disponibles con receta. Se están realizando estudios para el tratamiento de los problemas sexuales femeninos
Testosterona	Píldora, parches, gel, crema	Puede disparar el impulso sexual	Disponible con receta. Se están realizando estudios para el tratamiento de los problemas sexuales de las mujeres
VasoFem, Alista, FemProx	Medicamentos como el Viagra	Pueden aumentar el flujo sanguíneo hacia el clítoris, mejorando la excitación	Se están realizando estudios para el tratamiento de los problemas sexuales de las mujeres
Yohimbine con óxido nítrico	Píldora	Puede aumentar el flujo sanguíneo hacia el clítoris, mejorando la excitación	En estudio

TABLA 12.4

Impacto del sildenafil (Viagra) en los problemas sexuales de la posthisterectomía de mujeres en el estudio de Berman (2000)

	Antes de usar Viagra	Después de usar Viagra
Sensaciones sexuales débiles	100%	22%
Incapacidad para alcanzar el orgasmo	100	18
Poco o ningún deseo sexual	52	45
Poca o ninguna lubricación	67	40
Dolor o incomodidad durante el sexo	68	33

Fuente de los datos: Berman, L. (2000): Informe presentado en la reunión anual de la American Urological Association, Atlanta, GA. Citado en «Women, too, may benefit from Viagra» (1 de mayo de 2000). Anunciado en la web por la CNN.

preferiblemente en la posición con la mujer encima. El hombre se retira si siente que está a punto de eyacular. Cuando la sensación de control del hombre se incrementa, pueden comenzar con los movimientos pélvicos, junto con variaciones de las posiciones coitales. La pareja para de nuevo cuando el hombre siente que se aproxima al punto de no retorno.

Enfoques biológicos para el tratamiento de la eyaculación precoz. Recientemente han aparecido estudios piloto en los cuales los medicamentos usados para problemas psicológicos han sido de ayuda en el tratamiento de la eyaculación prematura. Uno, la clomipramina, se utiliza normalmente para tratar a personas con trastornos obsesivo-compulsivos o esquizofrenia. Sin embargo, en un estudio piloto con quince parejas, dosis bajas de clomipramina ayudaron a los hombres a mantener coitos cinco veces más prolongados de lo habitual sin eyacular (Althof, 1994). Los llamados antidepresivos también han servido de ayuda en el tratamiento de la eyaculación precoz (Waldinger *et al.*, 2001, 2002; Meston & Frohlich, 2000).

¿Por qué los medicamentos empleados para tratar los problemas psicológicos ayudan con la eyaculación precoz? Los problemas psicológicos están relacionados frecuentemente con desequilibrios de las sustancias químicas en el cuerpo, como los **neurotransmisores** —los mensajeros químicos del cerebro—. Los neurotransmisores también están involucrados en otras funciones del cuerpo, incluyendo la eyaculación. Los medicamentos antidepresivos (fluoxetine, paroxetine y sertraline) todos ellos trabajan incrementando la acción del neurotransmisor serotonina. La serotonina, a su vez, puede inhibir el reflejo eyaculatorio (Meston & Frohlich, 2000; Shipko, 2000). Queda por ver si los medicamentos siguen mostrando efectos positivos y comparar su efectividad con las técnicas de terapia sexual psicológica.

Neurotransmisor

Sustancia química que transmite mensajes desde una neurona a otra.

Trastornos de dolor sexual

Entre los trastornos de dolor sexual destacan dos: la dispareunia y el vaginismo.

Pregunta: ¿Cómo tratan los profesionales los trastornos del dolor sexual?

La dispareunia. La dispareunia, o relación sexual dolorosa, generalmente requiere la intervención del médico para valorar y tratar cualquier problema físico que subyazca, como infecciones del tracto urinario genital, que podrían provocar el dolor (Laumann *et al.*, 1999). Cuando la dispareunia es provocada por el vaginismo, el tratamiento del vaginismo mediante un enfoque conductual, descrito a continuación, puede eliminar el dolor.

El vaginismo. El vaginismo se trata por lo general con ejercicios conductuales en los cuales se insertan dilatadores plásticos de tamaño creciente para ayudar a relajar la musculatura vaginal. Un ginecólogo puede primero demostrar la inserción del dilatador más estrecho. Después, la mujer, por sí misma, practica la inserción de dilatadores más anchos en casa. La mujer incrementa el tamaño del dilatador a medida que ella se sienta capaz de tolerar la inserción y mantenerlo en la vagina (durante diez o quince minutos) sin incomodidad ni dolor. La mujer, por su cuenta —no su pareja o su terapeuta—, controla el ritmo del tratamiento (Leiblum & Rosen, 2000). Los dedos de la mujer o de su pareja (primero los dedos más pequeños, después dos dedos, etc.) pueden utilizarse en lugar de los dilatadores plásticos, con la mujer controlando la velocidad y la profundidad de la penetración. Cuando la mujer es capaz de tolerar dilatadores (o dedos) equivalentes al grosor del pene, la pareja puede intentar el coito. Aun así, la mujer debería controlar la penetración. Las circunstancias deberían ser relajadas y sin exigencia. La idea es evitar volver a sensibilizarla con los temores de la penetración. Como el vaginismo, a menudo, ocurre entre mujeres con un historial de trauma sexual, como violación o incesto, el tratamiento de los efectos psicológicos de estas experiencias debe ser el apropiado (Leiblum & Rosen, 2000).

APORTACIÓN DE AUTORES ESPAÑOLES

**LA PREVALENCIA DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES
EN ESPAÑA Y PAÍSES DE HABLA HISPANA**

ANTONIO FUERTES
Universidad de Salamanca

Los estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de las disfunciones sexuales en la población no están exentos de serias dificultades (Bancroft, Loftus y Long, 2003; Simons y Carey, 2001). En primer lugar, son múltiples las dificultades para utilizar muestras estratificadas que sean verdaderamente representativas de la población objeto de estudio, lo que dificulta la extrapolación de los resultados encontrados. En segundo lugar, los criterios utilizados para determinar o no la existencia de una disfunción sexual son a menudo diferentes, y en numerosas ocasiones, cuando menos, discutibles. Así, con frecuencia, el criterio utilizado es el hecho de haber experimentado o no algún tipo de dificultad vinculada con la función sexual, pero sin especificar, por ejemplo, la duración de dicha dificultad o si ello ha provocado algún grado de malestar personal o relacional.

Todo ello ha de hacernos valorar con cierta cautela los datos que se nos ofrecen en los diferentes estudios epidemiológicos sobre la problemática sexual, y, por supuesto, no extrapolarlos, sin más, a la población española o a otros países latinoamericanos.

Desgraciadamente, y en este sentido, a estas dificultades que de por sí ya presentan estos estudios, hemos de unir que en España, así como en el resto de países de habla hispana, apenas nos encontramos con algún trabajo publicado sobre la prevalencia de las disfunciones sexuales.

Recientemente han visto la luz los resultados del *Estudio Global sobre Actitudes y Conductas Sexuales* (Laumann, Nicolisi, Glaser, Paik, Gingell, Moreira y Wang, 2004), en el que participaron 29 países de diferentes lugares del mundo y entre los que se encuentran España y México. En España fueron entrevistadas al azar y telefónicamente 1 500 personas (750 varones y 750 mujeres) de edades comprendidas entre los 40 y los 80 años, mientras que en México lo fueron 506 personas, igualmente repartidas entre ambos sexos y en el mismo rango de edades. La tasa media de respuesta en las entrevistas telefónicas fue del 15 por ciento, lo que, de por sí, compromete seriamente la validez y generalización de los resultados.

La problemática sexual fue evaluada preguntando a estas personas si en los últimos 12 meses habían experimentado, al menos durante 2 meses: 1) ausencia de interés por el sexo; 2) incapacidad para tener un orgasmo; 3) llegar al orgasmo desasido de prisa; 4) haber experimentado dolor durante la práctica sexual; 5) no haber sentido placentera la práctica sexual; 6) haber tenido dificultades para conseguir o mantener la erección (sólo para varones); 7) haber tenido dificultades para tener una respuesta de lubricación adecuada. Cuando una persona respondía afirmativamente a alguna

de estas cuestiones, se le preguntaba, además, si había ocurrido ocasionalmente, en algunas ocasiones o frecuentemente a lo largo de esos últimos 12 meses.

Igualmente se investigaron algunos de los posibles factores asociados a los problemas sexuales, de modo que se recogieron datos sobre la edad, información sobre el estado de salud, nivel de actividad física, padecimiento de diferentes enfermedades, así como el hecho de ser o haber sido fumador/a. Se pedía, asimismo, información sobre la frecuencia con la que se pensaba en el sexo, y si creían que con la edad se reducía el nivel de deseo sexual. Otras medias incluyeron el nivel de estudios, el hecho de si las creencias religiosas guiaban su conducta sexual, la experiencia de un divorcio o problemas económicos en los meses anteriores a la entrevista, las expectativas sobre la duración de su relación de pareja actual, la frecuencia de conductas sexuales, si dedicaban habitualmente algún tiempo al juego sexual previo al coito y si mantenían una relación sexual exclusiva con una sola pareja.

Los resultados obtenidos se nos ofrecen por agrupaciones de países, en función, según los autores, de la proximidad geográfica, similitud de valores socioculturales y similitud en el modo de recogida de datos, de forma que España se encuentra en el grupo de Europa del Sur junto a Francia, Italia e Israel (personalmente nos resulta altamente discutible la inclusión de Israel en este grupo, ya que pensamos que las diferencias socioculturales pueden ser importantes). México, por su parte, queda incluido en el grupo de América Central y del Sur, junto a Brasil.

En las Tablas 12.5 y 12.6 presentamos los datos sobre la prevalencia de los distintos problemas sexuales analizados para estas dos agrupaciones de países, así como los referidos al grupo de países del Norte de Europa (Austria, Bélgica Alemania, Suecia y Reino Unido), para tener una referencia comparativa más en relación con un grupo de países en los que ha venido existiendo una mayor apertura y libertad sexual.

Como podemos ver, para las mujeres (Tabla 12.5), el problema más común es el de la ausencia de interés sexual, que parece afectar en diversos grados, al menos, a una de cada cuatro mujeres. Las dificultades para alcanzar el orgasmo, el hecho de que el sexo no sea placentero y los problemas de lubricación son, igualmente, bastante comunes en los tres grupos, y ya en menor medida los problemas de dolor en las relaciones sexuales y la excesiva rapidez en la consecución del orgasmo, si bien, en América Central y del Sur, éstos son también bastante habituales. En términos generales, parece que la prevalencia de la mayor parte de los problemas recogidos tiende a ser mayor en Europa del Sur y América Central

y del Sur, en relación a Europa del Norte. Sin embargo, y aunque los datos no aparezcan en la Tabla 12.5, la prevalencia de estas dificultades es mayor en otros países occidentales no europeos (USA, Canadá, Australia, Nueva Zelanda) y en los países del Norte de África (Oriente Medio y los asiáticos).

En otros estudios sobre las disfunciones sexuales en la mujer, realizados en España y Latinoamérica, se confirma, en términos generales, la elevada prevalencia de alguna de ellas. Así, por ejemplo, en Chile, Charnaiy y Henríquez (2003) hallaron una prevalencia de un 34,9 por ciento de problemas de deseo sexual hipoactivo, utilizando el Cuestionario de Autoevaluación del Deseo Sexual Inhibido de Masters, Johnson y Kolodny, en una muestra de 367 mujeres de edades comprendidas entre los 21 y los 45 años. En este mismo país, según el estudio de Blumel, Araya, Riquelme, Castro, Sánchez y Gramagna (2002), un 23,3 por ciento de las mujeres de 40 a 44 años presenta alguna disfunción sexual, cifra que pasa al 61,5 por ciento en las mujeres entre los 50-54 años. Los problemas de deseo sexual afectan a un 13,3 por ciento de las mujeres de 40-44 años y aumentan al 46,7 por ciento en las de 50-54 años. Los trastornos de excitación se observan solo en el grupo de 50-54 (43,8 por ciento). La incapacidad de conseguir el orgasmo llega a alcanzar al 31,4 por ciento en este último grupo, siendo mucho menor en el grupo de edad más joven.

En España, en el estudio de Ballester y Gil (1995), llevado a cabo en la Comunidad Valenciana entre mujeres de 19-30 años de edad, algo más de un 30 por ciento refieren haber tenido algún problema de deseo sexual, porcentaje que se hallaba por encima del 45 por ciento para las mujeres de 31 a 70 años de edad. Igualmente, más de un 45 por ciento de las mujeres habían experimentado alguna vez un problema con el orgasmo en el grupo de 31-70 años, mientras ese porcentaje era algo superior al 40 por ciento en el grupo de 19-24 y poco apreciable en el de 25-30 años. En cualquier caso, hemos de tener en cuenta que en este estudio se analiza exclusivamente el hecho de haber tenido cualquiera de las dificultades sexuales en alguna ocasión.

Respecto a las dificultades sexuales referidas por los varones (véase la Tabla 12.6), las relacionadas con la eyacuación precoz son, con bastante diferencia, las que parecen tener una mayor prevalencia en los tres grupos que hemos recogido, algo que igualmente parece generalizarse al resto de países analizados en el estudio, salvo a los del Norte de África-Oriente Medio. Los problemas de erección, la ausencia de interés sexual y las dificultades para conseguir un orgasmo también aparecen con bastante frecuencia en los tres grupos. A diferencia de lo que ocurría en el caso de las mujeres, las diferencias entre estos tres grupos no son muy importantes, y quizás únicamente quepa destacar la mayor prevalencia de la eyacuación precoz en el grupo de América Central y del Sur, y por el contrario la menor prevalencia de las dificultades para conseguir el orgasmo en el grupo de Europa del Norte. Sin embargo, de forma similar a como ocurría en las mujeres, los índices de prevalencia para la mayor parte de estas dificultades son menores en estos tres grupos que en el resto de los grupos de países analizados. La única excepción es la menor tasa de problemas de

eyacuación precoz encontrada en los países del Norte de África-Oriente Medio.

Apenas hemos encontrado otros estudios sobre la prevalencia de problemas sexuales en varones, en nuestro país y en otros países de habla hispana, salvo en lo referido a los problemas de erección. En este sentido, en España, el Estudio Epidemiológico de la Disfunción Eréctil Masculina (Martín-Morales, Sánchez-Cruz, Sáenz de Tejada, Rodríguez-Vela, Jiménez-Cruz y Burgos-Rodríguez, 2001) puso de manifiesto que el 12,1 por ciento de los varones entre los 25 y los 70 años manifestaban algún grado de disfunción eréctil (leve en el 5,2 por ciento de los casos, moderada en el 5 por ciento y severa en el 1,9 por ciento), que además aumentaba con la edad (3,9 entre los 25-39 años, 6,4 entre los 40-49, 15,6 entre los 50-59 y 32,3 entre los 60-70). Por su parte, en México los índices de prevalencia de la disfunción eréctil publicados nos hablan de un 55 por ciento de varones mayores de 40 años y de un 9,7 por ciento de varones entre los 18 y los 40 años (Barroso, Ugarte y Pimentel, 2001; Ugarte y Barroso, 2001), siendo el problema de tipo leve con mucha mayor frecuencia que moderado o severo. Finalmente, en el estudio DENSA (Morillo, Díaz, Estévez, Costa, Méndez, Dávila, Medero, Rodríguez, Chaves, Vinuesa, Ortiz y Glasser, 2002), sobre la prevalencia de la disfunción eréctil en Colombia, Ecuador y Venezuela, el 53,4 por ciento de los varones mayores de 40 años presentan algún grado de dificultades con la erección (19,8 por ciento de moderada a severa). La disfunción severa o completa se presentaba en menos de un 3 por ciento en varones menores de 50 años, mientras que ascendía al 17,2 por ciento para los de 70-79 o al 31,9 por ciento para los mayores de 79 años.

Por lo que se refiere a los factores asociados a las disfunciones sexuales, todos los trabajos revisados consideran la importancia de la edad, especialmente en los problemas de erección en los varones y los problemas de excitación sexual en las mujeres. Para el resto de las dificultades sexuales, la edad tiende a ser un factor más importante en el caso de ellos, aunque, como hemos podido ver, también lo es para las mujeres. Las enfermedades vasculares, igualmente, aparecen como uno de los factores de riesgo más consistentes en relación con los problemas de erección.

De forma adicional, podemos mencionar que en el estudio de Laumann *et al.* (2004) los problemas depresivos se asociaban frecuentemente a la dificultades de erección y de lubricación, mientras que los problemas económicos se asociaban a las dificultades de erección y a las dificultades para conseguir el orgasmo en las mujeres. Por último, los problemas relacionales también se encontraban, en este estudio, asociados a las disfunciones sexuales, especialmente a las dificultades vinculadas con la excitación en el varón y las dificultades para conseguir el orgasmo en la mujer.

En cualquier caso, insistimos en que todos estos datos no son sino posibles indicadores de la existencia y quizás de la importante amplitud de la problemática sexual en la población, pero es obvio que se hacen necesarios más estudios epidemiológicos en los que se superen los problemas que, como comentábamos al inicio, acompañan a la mayor parte de los realizados hasta ahora.

TABLA 12.5

Prevalencia de problemas sexuales en las mujeres
por región y severidad (Laumann *et al.*, 2004)

	Europa del Sur	América Central y del Sur	Europa del Norte
Ausencia de interés sexual	29,6	28,1	25,6
Ocasionalmente	8,7	7,8	8,9
Periódicamente	13,1	12,8	11,4
Frecuentemente	7,9	7,4	5,4
Dificultades en llegar al orgasmo	24,2	22,4	17,7
Ocasionalmente	7,4	6,7	7,3
Periódicamente	11,1	12,1	6,9
Frecuentemente	5,7	3,7	3,5
Orgasmo demasiado rápido	11,5	18,3	7,7
Ocasionalmente	4,3	5,00	3,8
Periódicamente	5,5	9,6	3,0
Frecuentemente	1,6	3,8	0,9
Dolor durante el sexo	11,9	16,6	9,0
Ocasionalmente	3,4	2,6	3,5
Periódicamente	5,4	8,4	3,5
Frecuentemente	3,1	5,6	2,0
Falta de placer	22,1	19,5	17,1
Ocasionalmente	6,9	5,6	7,4
Periódicamente	11,2	8,8	7,1
Frecuentemente	3,9	5,2	2,6
Dificultades de lubricación	16,1	22,5	18,4
Ocasionalmente	3,9	4,3	5,8
Periódicamente	7,5	11,7	6,8
Frecuentemente	4,7	6,5	5,8

Nota: La diferencia entre la suma de los tres niveles de severidad y el global es debido al porcentaje de personas que no especifican el nivel de severidad.

TABLA 12.6

Prevalencia de problemas sexuales en los varones
por región y severidad (Laumann *et al.*, 2004)

	Europa del Sur	América Central y del Sur	Europa del Norte
Ausencia de interés sexual	13,0	12,6	12,5
Ocasionalmente	6,6	3,7	5,6
Periódicamente	5,1	6,9	4,4
Frecuentemente	1,3	2,0	2,5

TABLA 12.6 (continuación)

Prevalencia de problemas sexuales en los varones por región y severidad (Laumann *et al.*, 2004)

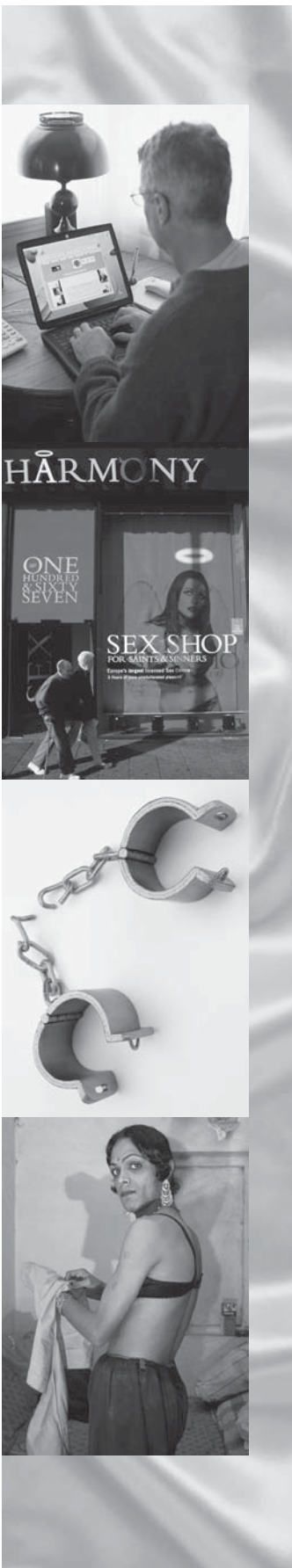
	Europa del Sur	América Central y del Sur	Europa del Norte
Dificultades en llegar al orgasmo	12,2	13,6	9,1
Ocasionalmente	5,4	5,1	3,9
Periódicamente	5,2	6,7	3,6
Frecuentemente	1,6	1,9	1,6
Eyaculación precoz	21,5	28,3	20,7
Ocasionalmente	8,3	6,4	10,3
Periódicamente	10,1	13,6	7,3
Frecuentemente	3,2	8,3	3,2
Dolor durante el sexo	4,4	4,7	2,9
Ocasionalmente	2,0	1,2	1,4
Periódicamente	1,8	2,3	1,2
Frecuentemente	0,5	1,1	0,3
Falta de placer	9,1	9,0	7,7
Ocasionalmente	4,0	4,5	3,2
Periódicamente	3,7	3,0	2,6
Frecuentemente	1,4	1,5	1,8
Dificultades de erección	12,9	13,7	13,3
Ocasionalmente	4,9	5,0	5,1
Periódicamente	6,1	6,3	5,5
Frecuentemente	1,9	2,4	2,7

Nota: La diferencia entre la suma de los tres niveles de severidad y el global es debido al porcentaje de personas que no especifican el nivel de severidad.

BIBLIOGRAFÍA

- BALLESTER, R., y GIL, M. D. (1995): «Estudio epidemiológico sobre al prevalencia de disfunciones sexuales en la Comunidad Valenciana». *Psicothema*, 7. Pp. 95-104.
- BANCROFT, J.; LOFTUS, J., y LONG, J. S. (2003): «Distress About Sex: A National Survey of Women in Heterosexual Relationships». *Archives of Sexual Behavior*, 32. Pp. 193-208.
- BARROSO-AGUIRRE; UGARTE y ROMAMO, F., y PIMENTEL-NIETO, A. (2001): «Prevalencia de la disfunción eréctil en hombres de 18 a 40 años y factores de riesgo asociados». *Perinatología y Reproducción Humana*, 15. Pp. 254-261.
- BLUMEL, J. E.; ARAYA, H.; RIQUELME, R.; CASTRO, G.; SÁNCHEZ, F., y GRAMEGNA, G. (2002): «Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas. Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal». *Revista Médica de Chile*, 130. Pp. 1131-1138.
- CHARNAIY, M., y HENRÍQUEZ, E. (2003): «Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados». *Ciencia y Enfermería*, 19. Pp. 55-64.
- LAUMANN, E. O.; NICOLISI, A.; GLASER, D. B.; PAIK, A.; GINGELL, C.; MOREIRA, E., y WANG, T. (2004): «Sexual problems among women and men aged 40-80 years: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors». *International Journal of Impotence Research*. Pp. 1-19.
- MARTÍN-MORALES, SÁNCHEZ-CRUZ, SÁENZ DE TEJADA, RODRÍGUEZ-VELA, JIMÉNEZ-CRUZ y BURGOS-RODRÍGUEZ (2001): «Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina Study». *Journal of Urology*, 166. Pp. 569-575.
- MORILLO, DÍAZ, ESTÉVEZ, COSTA, MÉNDEZ, DÁVILA, MEDERO, RODRÍGUEZ, CHAVES, VINUEZA, ORTIZ y GLASSER (2002): «Prevalence of erectile dysfunction in Colombia, Ecuador and Venezuela: a population-based study». *International Journal of Impotence Research*, 14. Pp. 10-18.
- SIMONS, J. S., y CAREY, M. P. (2001): *Prevalence of Sexual Dysfunctions: Results*.
- UGARTE-ROMANO, F., y BARROSO-AGUIRRE, J. (2001): «Prevalencia de la disfunción eréctil en México y factores de riesgo asociados». *Revista Mexicana de Urología*, 61. Pp. 63-76.

Variaciones sexuales atípicas



Conducta sexual normal *versus* desviada

- Las parafilias
- El fetichismo
- El travestismo
- El exhibicionismo
- Las llamadas telefónicas obscenas
- El *voyeurismo*
- El masoquismo sexual
- El sadismo sexual
- El *froteurismo*
- Otras parafilias

La sexualidad humana en el nuevo milenio. La adicción al cibersexo, ¿un nuevo trastorno psicológico?

Puntos de vista teóricos

- Puntos de vista de la biología
- Puntos de vista del psicoanálisis
- Puntos de vista de la teoría del aprendizaje
- Puntos de vista de la sociología
- Un punto de vista integrado: el «mapa del amor»

El tratamiento de las parafilias

- Psicoterapia psicoanalítica
- Terapia cognitiva-conductual
- Enfoques médicos

Conducta sexual normal *versus* desviada

Una aproximación común para definir la normalidad se basa en la estadística. Desde este punto de vista, las conductas sexuales raras o inusuales son consideradas anormales o desviadas. La aproximación estadística puede parecer carente de valor, porque el criterio de normalidad está basado en la frecuencia de la conducta, no en el juicio acerca de su aceptabilidad social. Mantener el coito estando de pie, o más de siete veces a la semana, podría considerarse una desviación, según este criterio. Lo mismo podría decirse de mantener una erección completa entre eyaculaciones, pero la mayoría de las parejas probablemente no estarían de acuerdo con eso.

Más aún, nuestra elección de qué conductas deben ser comparadas estadísticamente no está exenta de valores subyacentes. Tendemos a considerar conductas sexuales anormales o desviadas, por ejemplo, cuando están en contra de nuestros valores religiosos, cuando a la mayoría nos resultan desagradables (como el sadismo o el masoquismo) o cuando parecen inexplicables (como sentirse atraído más por el zapato de una mujer que por la mujer en sí). Las conductas que van en contra de los valores religiosos de alguien pueden ser bastante comunes, pero esa persona las etiqueta de desviadas porque se alejan de lo que a esa persona se le ha hecho creer que es normal (o «apropiado»).

Lo que es considerado normal en una cultura o en un tiempo particular puede ser considerado anormal en otras culturas y en otros momentos. Una orientación sexual gay masculina o lesbiana ha sido considerada anormal a través de la mayoría de la historia occidental y fue etiquetada como un trastorno mental por la Asociación Americana de Psiquiatría. Pero en 1973, la clasificación de una orientación sexual gay masculina o lesbiana como un trastorno mental se eliminó del Manual de Diagnóstico y Estadística de la asociación (el DSM). La que es una conducta «normal» para el adolescente de las islas Trobriand (véase el Capítulo 1) podría ser considerada una desviación —incluso *ninfomaniaca*— por las culturas occidentales convencionales.

En nuestra cultura, las prácticas sexuales como el sexo oral y la masturbación fueron consideradas alguna vez desviadas o anormales. Sin embargo, hoy son practicadas tan ampliamente que pocas personas podrían etiquetarlas como desviadas. Los conceptos de «normalidad» y «desviación», entonces, reflejan los hábitos y las costumbres de una cultura particular en un momento dado.

Otro criterio para determinar las desviaciones sexuales es clasificar las prácticas sexuales como desviadas cuando involucran la preferencia persistente por válvulas de escape sexuales no genitales (Seligman & Hardenburg, 2000). Si un hombre prefiere acariciar la ropa interior de una mujer antes que mantener relaciones sexuales con ella, o prefiere que ella le masturbe con los pies más que mantener el coito, su conducta suele etiquetarse como desviada.

Debido al confuso conjunto de significados de los términos «desviado» y «anormal», algunos profesionales hablan de los patrones inusuales de excitación o conducta sexual como «variaciones atípicas» en la conducta sexual, más que como «desviaciones sexuales». Los patrones atípicos de excitación o conducta sexual que se vuelven problemáticos a los ojos del individuo o de la sociedad son etiquetados como parafilias por el DSM (2000). Los médicos consideran las parafilias como trastornos psiquiátricos, pero formas más leves de estas conductas pueden ser practicadas por muchas personas y caer dentro del espectro normal de la sexualidad humana.

Las parafilias

Pregunta: ¿Qué son las parafilias? Las parafilias se dan cuando hay excitación sexual como respuesta a estimulación inusual con niños u otras personas que no dan su consentimiento (como personas a las cuales uno observa o a las cuales uno expone sus genitales), o cuando se produce a otra persona dolor o humillación (Seligman & Hardenburg, 2000). El diagnóstico psiquiátrico de parafilia requiere que la persona haya actuado siguiendo sus impulsos o esté visiblemente angustiada por ellos.

Las personas con parafilias normalmente sienten que sus impulsos son persistentes, de difícil control o compulsivos (Seligman & Hardenburg, 2000). Se describen a sí mismas como superadas por ellos de vez en cuando. Las personas con parafilias tienden a experimentar que sus impulsos están más allá de su control, de una manera parecida a como los adictos a las drogas y los mentirosos compulsivos se ven a sí mismos indefensos ante unos impulsos irresistibles. Por estas razones, los teóricos han especulado que las parafilias pueden representar un tipo de compulsión sexual o una adicción.

Las parafilias varían en intensidad. En algunos casos, la persona puede funcionar sexualmente en ausencia de la estimulación inusual propia de la parafilia, y raras veces, si es que ocurre alguna vez, actuar siguiendo sus impulsos desviados. En otros casos, la persona recurre a la conducta parafilica solo en momentos de estrés. En algunas formas extremas, la persona mantiene repetidamente conductas parafilicas y puede obsesionarse con pensamientos y fantasías acerca de estas experiencias. En esos casos la persona puede no ser capaz de excitarse sexualmente sin fantasear acerca de los estímulos parafilicos o sin tenerlos presentes. Para algunas personas, la conducta parafilica es el único medio de conseguir la satisfacción sexual.

La persona con una parafilia típicamente reproduce el acto parafilico en fantasías sexuales para estimularse y excitarse durante la masturbación o las relaciones sexuales. Es como si él o ella estuvieran viendo la secuencia de la escena parafilica. Pero la escena llega a aburrirle después de un tiempo y el individuo siente la necesidad de vivir la realidad de otro acto parafilico para «grabar un nuevo vídeo».

Algunas parafilias son en gran medida inofensivas, como el *fetichismo* y el travestismo, como forma de alcanzar la excitación sexual (fetichismo travesti). Incluso ser humillado por la pareja puede ser relativamente inofensivo si la pareja consiente. Otras conductas parafilicas, como exhibirse desnudo en público o seducir a niños para mantener relaciones sexuales, producen víctimas y pueden causar daño, a veces un daño físico o psicológico severo. En este caso, además son ilegales. El sadismo sexual, en el cual la excitación sexual está relacionada con hacer daño o humillar a otra persona, puede ser una parafilia más dañina cuando es ejercida sobre una persona sin su consentimiento. Algunas violaciones brutales involucran sadismo sexual.

Todas las parafilias, excepto el masoquismo sexual, se cree que ocurren casi exclusivamente entre hombres (Seligman & Hardenburg, 2000). El porcentaje de parafilias en la población general es desconocido, porque las personas, por lo general, no están dispuestas a hablar sobre ellas. Mucho de lo que hemos aprendido sobre las parafilias nos ha llegado por las experiencias descritas por personas que han sido detenidas por cometer actos ilegales (como exponerse desnudos en público, con evidente actitud ofensiva) y a través de algunos individuos que voluntariamente han solicitado ayuda. Las características de las personas que no han sido identificadas o estudiadas permanecen virtualmente desconocidas.

En este capítulo trataremos los tipos principales de parafilias, comenzando con el fetichismo. Este capítulo no hablaremos de la *pedofilia*. En la pedofilia, los niños se convierten en objeto de excitación sexual. A menudo la pedofilia adquiere la forma de

Parafilia Categoría diagnóstica empleada por la Asociación Americana de Psiquiatría para describir patrones atípicos de excitación o conducta sexual que se hacen problemáticos a los ojos del individuo o de la sociedad, como el fetichismo y el exhibicionismo. Los impulsos son recurrentes o inevitables o estresantes para el individuo. (De las raíces griegas *para-*, que significa «al lado de», y *philos*, que significa «amante».)



Fetichismo. Un animador lame los dedos y la plataforma del zapato de otro en Zenwarp, un club nocturno de temática gótica / alien / vampírica / fetichista en Manhattan.

coacción sexual de niños, como en el incesto y el acoso sexual. Será tratada en el Capítulo 14, como una forma de coerción.

Pregunta: ¿Qué es el fetichismo?

El fetichismo

Las raíces de la palabra «fetichismo» están en el término francés *fétiche*, que a su vez viene del portugués *feitico*, que significa «amuleto mágico». En este caso la «magia» reside en la habilidad de un objeto para excitar sexualmente a una persona. En el **fetichismo**, un objeto inanimado provoca la excitación sexual. Las prendas de ropa (por ejemplo, la lencería femenina, los guantes, los zapatos o las botas) y los objetos hechos de goma, cuero, seda o piel están entre los objetos fetiches más comunes. Las botas de cuero y los zapatos de tacón alto son especialmente populares.

El fetichista puede actuar cediendo a sus impulsos para mantener una conducta fetichista, como masturbarse acariciando un objeto o fantasear sobre él, o puede sentirse angustiado por esos impulsos o fantasías, y no actuar sirviéndose de ellos. En una parafilia relacionada, el **parcialismo**, las personas se excitan exclusivamente por una parte concreta del cuerpo, como los pies, los pechos o las nalgas.

La mayoría de los fetichismos y los parcialismos son inofensivos. Las prácticas fetichistas son casi siempre privadas e implican la masturbación o se incorporan al coito con una pareja que se muestra dispuesta. Solo raramente los fetichistas coaccionan a otros en actividades parafílicas. Sin embargo, algunos parcialistas llegan a tocar alguna parte del cuerpo de una mujer en público y algunos fetichistas cometen hurtos para adquirir los objetos fetichismo. De vez en cuando oímos de alguien que ha robado cientos de pares de zapatos de mujer, por ejemplo.

El fetichismo, con alguna frecuencia, parece incluir *travestismo*.

Pregunta: ¿Qué es el travestismo?

Fetichismo Parafilia en la cual un objeto inanimado (como una prenda de ropa u objetos de goma, cuero o seda) provoca la excitación sexual.

Parcialismo Parafilia relacionada con el fetichismo en la cual la excitación sexual está asociada de manera exagerada con una parte concreta del cuerpo, como los pies, los pechos o las nalgas.



Travestismo. Los travestis se visten con ropas del otro género con el propósito de conseguir excitación y recompensa sexual. ¿Las mujeres que llevan tejanos mantienen una actividad de travestismo?

El travestismo

El **travestismo** puede considerarse un tipo de fetichismo. Mientras que otros fetichistas se excitan sexualmente manejando el objeto fetiche al masturbarse, los travestis se excitan llevando puestas ciertas prendas de ropa —los objetos fetiche— del otro género. Un fetichista puede encontrar sexualmente estimulante el objeto en sí o el sexo que involucra el objeto. Para el travesti, el objeto es sexualmente encantador solo cuando ha sido puesto. Casi todos los travestis son hombres. El travestismo se ha descrito entre hombres gays y heterosexuales. Muchos están casados y, por lo demás, se comportan y visten de manera masculina.

El travestismo se puede solapar con el transexualismo, pero no es exactamente lo mismo. En primer lugar, advirtamos que algunos travestis y algunos transexuales parecen estar motivados por la **autoginefilia**, una condición en la cual el individuo se estimula sexualmente por la fantasía de que su propio cuerpo es femenino (Bailey, 2003b). Pero existen diferencias entre los travestis y los transexuales. Normalmente, los travestis se sienten suficientemente gratificados cuando se visten con ropas propias del otro género; también pueden encontrar muy gratificante masturbarse mientras fantasean acerca de episodios en los que se visten con ropas propias del otro género. Pero muchos travestis tienen identidades de género masculino y no desean cambiar su sexo anatómico. Sin embargo, algunos travestis son gays o muestran algunos aspectos de una identidad de género femenina. Los transexuales normalmente se visten con ropa del otro género porque no se sienten cómodos con el atuendo asociado con su sexo anatómico y verdaderamente desean ser miembros del otro género. Por esta razón, como indicamos en el Capítulo 5, los transexuales pueden desear una reasignación de sexo.

Como el fetichismo en general, los orígenes del travestismo permanecen oscuros. Las evidencias de anomalías biológicas hormonales y neurológicas en el travestismo son desiguales (Bailey, 2003b). Las relaciones familiares pueden jugar un papel. Algunos investigadores informan que los travestis, con más frecuencia que la población en general, son los primogénitos o los hijos únicos (Schott, 1995). Los travestis informan también de relaciones más cercanas con sus madres que con sus padres (Schott, 1995). Algunos travestis dicen haber vivido una historia de «castigo de las enaguas» durante la infancia, es decir, fueron humillados por vestirse con atuendos femeninos. Algunos expertos han especulado que el travestismo adulto podría ser un intento psicológico de convertir la humillación en dominación, para alcanzar una erección y mantener una relación sexual a pesar de vestirse con ropas femeninas (Geer *et al.*, 1984).

Travestismo Parafilia en la cual una persona de manera repetida se viste con ropa del género opuesto para alcanzar la excitación o la recompensa sexual, o está relacionada con impulsos recurrentes de vestirse con ropas del otro género. (De las raíces latinas *trans-*, que significa «cruce», y *vestis*, que significa «prenda de vestir».) También conocido como *fetichismo travesti*.

Autoginefilia

Fetichismo según el cual los hombres se estimulan sexualmente por fantasías en las que sus propios cuerpos son femeninos. La autoginefilia se encuentra en algunos transexuales, así como en algunos fetichistas. (De las raíces que significan «auto», «mujer» y «amor» o «deseo».)

Vestirse con ropas propias del otro género ha ocurrido en otras culturas, y existen informes referidos a personajes históricos, como el rey Enrique III de Francia. Este monarca del siglo XVI deseaba ser considerado una mujer y recibir tratamiento femenino (Geer *et al.*, 1984). Pero vestirse con ropas propias del otro género puede ocurrir en otras culturas por razones diferentes de la excitación sexual. En el caso de Enrique III, parece que el transexualismo, y no el travestismo, era la causa de su conducta.

Algunos hombres se visten con ropa femenina por otras razones que no son la excitación sexual y tampoco son «travestis verdaderos». Algunos se ganan la vida sobre el escenario imitando a mujeres como Marilyn Monroe y Madonna y no están motivados por la excitación sexual. Entre algunos sectores de la comunidad gay masculina está de moda disfrazarse de mujer; sin embargo, los hombres gays, por lo general, no se visten con ropas femeninas para estimularse sexualmente.

Las conductas travestis pueden variar desde llevar en la intimidad una sola prenda de lencería femenina, hasta lucir vestidos, pelucas, maquillaje y maneras femeninas en un club de travestis. Algunos travestis se excitan sexualmente cuando se disfrazan como mujeres y atraen el interés de hombres incautos. A veces seducen a estos hombres o les siguen la corriente hasta que encuentran alguna excusa para echarse atrás antes de revelar su sexo anatómico. La gran mayoría de los travestis no mantienen una conducta antisocial o ilegal. La mayoría practican su predilección sexual en privado, y se sentirían horrorizados o avergonzados si fueran descubiertos por sus colegas mientras están vestidos con atuendo femenino.

Aunque algunos travestis persuaden a sus parejas femeninas para que les permitan llevar un atuendo femenino durante la actividad sexual, la mayoría mantienen sus impulsos y actividades travestis únicamente para sí mismos. Un estudio realizado entre 504 hombres travestis mostró que la mayoría habían mantenido su travestismo en secreto, incluso para las que iban a ser sus esposas, con la esperanza de que ellas no se preocuparan por su impulso de travestirse una vez estuvieran casados (Weinberg & Bullough, 1986, 1988). Pero los impulsos continuaron en el matrimonio y las esposas eventualmente los descubrieron. Setenta de las esposas fueron entrevistadas (Bullough & Weinberg, 1989). Éstas tendían a reaccionar con confusión, sorpresa o choque emocional al descubrir que sus maridos se travestían. La mayoría intentaban entenderlo al principio. Algunas ayudaban a sus maridos a travestirse, por ejemplo ayudándoles con el maquillaje. Sin embargo, a medida que pasaba el tiempo de matrimonio, las actitudes hacia el travestismo de sus maridos se hacían más negativas. Incluso, aunque las esposas por lo general lo toleraban, dejaban de participar en dicha actividad.

Otro estudio realizado entre 21 hombres heterosexuales travestis de Nueva Inglaterra arrojó resultados similares (Reynolds & Caron, 2000). La mayoría de las esposas se mostraban tolerantes, pero muchas, que descubrieron el travestismo de sus maridos tras varios años de matrimonio, se sintieron traicionadas y enfadadas. Una preocupación común de las esposas era que otras personas pudieran enterarse de la conducta de su marido.

Exhibicionismo

Parafilia caracterizada por impulsos persistentes y poderosos, y fantasías sexuales, incluyendo exposición de genitales a extraños que no se lo esperan, con el propósito de conseguir excitación o gratificación sexual.

El exhibicionismo

Si el fetichismo a menudo no tiene víctimas, no puede decirse lo mismo del exhibicionismo.

Pregunta: ¿Qué es el exhibicionismo? El exhibicionismo consiste en impulsos persistentes y poderosos y fantasías sexuales que conllevan la exposición de los genitales a extraños que no se lo esperan, con el propósito de conseguir excitación o gratificación sexual. Estos impulsos se imponen o perturban al individuo. Los exhibicionistas son casi siempre hombres.

Lo que conocemos de los exhibicionistas, como sucede con la mayoría de las otras personas con parafilias, se desprende casi enteramente de estudios realizados con hombres que han sido detenidos o tratados por profesionales de la salud mental. Dicho conocimiento puede proporcionar una imagen sesgada de los exhibicionistas, porque son relativamente pocos los incidentes denunciados que acaban en detención y condena. Estudios en Gran Bretaña, Guatemala, Estados Unidos y Hong Kong sugieren que menos del 20 por ciento de los casos son denunciados a la policía (Cox, 1988). Las características de la mayoría de los exhibicionistas pueden diferir de aquellas personas que se han podido estudiar.

La frecuencia del exhibicionismo en la población en general es desconocida, pero en un estudio entre 846 mujeres universitarias de nueve universidades estadounidenses, elegidas al azar, se descubrió que el exhibicionismo está bastante extendido. Un tercio de las mujeres dijeron que habían sido testigos de un acto de exhibicionismo (Cox, 1988). Una mayoría de ellas lo habían vivido por primera vez (algunas habían vivido esta situación en más de una ocasión) antes de los 16 años de edad. Solo 15 de las mujeres habían denunciado estos incidentes a la policía. La definición clínica del exhibicionismo implica la exposición ante un extraño, pero cerca de un tercio (36 por ciento) de los incidentes entre las mujeres universitarias fueron cometidos por conocidos, familiares o «buenos amigos».

El exhibicionista arquetípico es una persona joven, infelizmente casada y sexualmente reprimida. Un exhibicionista puede alegar que el coito conyugal es razonablemente satisfactorio pero que también siente la compulsión de exponerse ante extraños. Sin embargo, muchos exhibicionistas están solteros. Típicamente, tienen dificultades para relacionarse con mujeres y han sido incapaces de establecer relaciones heterosexuales significativas.

Normalmente, el exhibicionista empieza antes de los 18 años (DSM, 2000). El impulso de exhibirse, si no el acto en sí, normalmente comienza en la adolescencia temprana, por lo general entre los 13 y los 16 años (Freund *et al.*, 1988). La frecuencia del exhibicionismo disminuye marcadamente después de los 40 (DSM, 2000). El exhibicionista típico no intenta otros tipos de contacto sexual con la víctima. Por tanto, normalmente no supone una amenaza física (DSM, 2000).

A veces la policía trivializa el exhibicionismo como el «delito de un pesado», pero las consecuencias psicológicas entre las víctimas, especialmente los niños, indican que el exhibicionismo no es un acto inofensivo. Las víctimas pueden sentirse violentadas y pueden experimentar imágenes o pesadillas recurrentes. Pueden albergar una culpa, erróneamente asumida, de que inconscientemente sedujeron al exhibicionista. Pueden culparse a sí mismas por reaccionar excesivamente o por no detener al responsable. También pueden desarrollar miedo a salir solas.

Geer y sus colegas (1984) consideran que el exhibicionismo es un medio de expresar hostilidad hacia las mujeres. La exposición puede ser un intento del exhibicionista de contraatacar a las mujeres, por la creencia de que éstas le han ofendido o han dañado su autoestima por no haberle prestado atención o tomado en serio. La expresión directa de enojo puede percibirse como demasiado arriesgada, así que el exhibicionista descarga su rabia humillando a un extraño indefenso. El impulso de exponerse a menudo ocurre cuando el exhibicionista siente que su masculinidad ha sido insultada. Algunas evidencias sugieren que los exhibicionistas intentan reafirmar su masculinidad provocando una respuesta de las víctimas. Algunos exhibicionistas han confesado que esperaban que las mujeres disfrutasen de la experiencia y quedasen impresionadas con el tamaño de su pene (Langevin *et al.*, 1979).

Otros estudios muestran a los exhibicionistas como personas tímidas, dependientes, pasivas, carentes de habilidades sociales y sexuales, e incluso inhibidas (Dwyer, 1988).

Tienden a ser autocríticos, a tener dudas acerca de su masculinidad y a sufrir sentimientos de inadaptación e inferioridad (Dwyer, 1988). Muchos han tenido relaciones de mala calidad con sus progenitores y madres superprotectoras (Dwyer, 1988). Los exhibicionistas que son socialmente tímidos o inadaptados pueden emplear el exhibicionismo como un sustituto de las relaciones íntimas que no pueden desarrollar.

Las víctimas preferidas son típicamente chicas o mujeres jóvenes (Freund & Blanchard, 1986). El exhibicionista típico conduce o camina delante de un extraño y le muestra su pene. En una muestra de 130 exhibicionistas, cerca de la mitad confesaron que siempre o casi siempre tenían erecciones mientras se exhibían (Langevin *et al.*, 1979). Después de que su víctima haya mostrado temor, disgusto, confusión o sorpresa, un exhibicionista típico se cubrirá y huirá. Normalmente se masturba, bien mientras se está exhibiendo o poco después, mientras recuerda el acto y la reacción de la víctima (DSM, 2000). Algunos exhibicionistas eyaculan durante el acto. La mayoría de los 238 exhibicionistas, en un estudio canadiense, confesaron masturbarse hasta llegar al orgasmo mientras se exhibían, o después, mientras fantaseaban sobre ello (Freund *et al.*, 1988).

Los exhibicionistas y algunas otras personas con parafilias pueden experimentar que el riesgo de ser detenidos eleva su respuesta erótica, porque ello precipita un aumento de las hormonas del estrés, que son químicamente similares a la testosterona (Haake *et al.*, 2003). El exhibicionista puede incluso, a propósito, incrementar el riesgo; por ejemplo, exhibiéndose en un mismo lugar en su coche, fácilmente identificable.

Los tribunales de justicia tienden a mostrarse duros con los exhibicionistas, en parte porque existen evidencias de que algunos exhibicionistas evolucionan cometiendo agresiones sexuales más graves (Price *et al.*, 2002). No obstante, la mayoría de los exhibicionistas, parece ser que no se convierten en violadores ni acosadores de niños.

Las definiciones de exhibicionismo también traen a colación el problema de las fronteras entre conducta normal y anormal. ¿Son exhibicionistas los bailarines exóticos (*strippers*) o los que practican el nudismo? ¿No se están exhibiendo ante extraños? Pero los bailarines exóticos —hombres o mujeres—, ¿se quitan la ropa para excitar sexualmente o para entretener a una audiencia que está pagando por observarles? Su motivación es (normalmente) ganarse la vida. Los que practican el nudismo mientras toman el sol también pueden llegar a excitar a otros, no necesariamente ellos mismos. Por supuesto, también pueden estar buscando un bronceado integral o evitar sentirse molestos con la ropa. En cualquier caso, los *strippers* y los nudistas no se exhiben ante otros *de manera inesperada*, así que estas conductas no son consideradas como exhibicionistas.

También es normal excitarse sexualmente mientras uno se desnuda delante de su pareja, pero dicho acto de desnudarse se realiza para excitar a una pareja que se muestra dispuesta, no para sorprender o conmocionar a un extraño.

Las llamadas telefónicas obscenas

Como los exhibicionistas, los que realizan llamadas telefónicas obscenas (casi todos los que las hacen son hombres) buscan excitarse sexualmente conmocionando a sus víctimas.

Pregunta: *¿Qué debemos saber acerca de las llamadas telefónicas obscenas?* Mientras que un exhibicionista exhibe sus genitales para producir la respuesta deseada, el que realiza llamadas telefónicas obscenas se «exhibe» verbalmente soltando obscenidades y provocaciones sexuales hacia una persona que no consiente. Debido a dichas similitudes, la llamada telefónica obscena se considera a veces un subtipo de exhibicionismo. El DSM (2000) etiqueta este tipo de parafilia como **escatología telefónica** (lascivia).

Escatología telefónica Parafilia caracterizada por la realización de llamadas telefónicas obscenas. (Del griego *skatos*, que significa «excremento».)

Relativamente pocas son las mujeres que realizan llamadas telefónicas obscenas (Price *et al.*, 2002). Las mujeres que están acusadas de dichas ofensas están motivadas, por lo general, por la rabia de algún rechazo real o fantaseado más que por el deseo de excitación sexual. Ellas utilizan el teléfono para lanzar improperios sexuales contra los hombres que ellas consideran que les han agraviado. Por contraste, los hombres que realizan llamadas telefónicas obscenas están motivados, por lo general, por un deseo de excitación sexual, y normalmente eligen a sus víctimas aleatoriamente, de la guía telefónica o marcando al azar. Típicamente, ellos se masturban durante la llamada telefónica o poco después. La mayoría de los que realizan llamadas telefónicas obscenas también mantienen otros actos para-fílicos, especialmente el voyeurismo y el exhibicionismo (Price *et al.*, 2002).

Existen muchos patrones de llamadas telefónicas obscenas. Algunos de los que llaman se limitan a decir obscenidades. Otros realizan proposiciones sexuales. De algunos solo se escucha una fuerte respiración. Otros describen su actividad de masturbación a sus víctimas. Algunos declaran haber conocido a la víctima en un evento social o a través de algún conocido común. Hay quien incluso se presenta como si estuviera realizando una encuesta telefónica sobre sexualidad y realiza una serie de preguntas íntimas.

Típicamente, la persona que realiza llamadas telefónicas obscenas es un hombre heterosexual, socialmente inadaptado, que tiene dificultades para establecer relaciones íntimas con las mujeres. La relativa seguridad y el anonimato del teléfono pueden protegerle del riesgo del rechazo. La reacción de conmoción o sobresalto de sus víctimas puede proporcionarles los sentimientos de poder y control de los que carecen en su vida, especialmente en sus relaciones con las mujeres. En las obscenidades pueden descargar la rabia que albergan contra las mujeres que les han rechazado.

Las llamadas telefónicas obscenas son ilegales, pero hasta ahora ha resultado difícil para las autoridades perseguir a los responsables. El seguimiento de las llamadas puede ayudar a la policía a seguir la pista de los que realizan este tipo de llamadas. En la actualidad, la mayoría de los terminales telefónicos, ya sean de telefonía fija o móvil, disponen de una pantalla que muestra el número de la llamada entrante, o el nombre de la persona, si está almacenado en la lista telefónica. De esta manera, el usuario puede aceptar solo aquellas llamadas que identifique por su número o por el nombre. Este servicio puede impedir algunas de las llamadas obscenas, pero algunos pueden utilizar teléfonos públicos en lugar de sus teléfonos particulares.

¿Cómo debería actuar una mujer que recibe una llamada telefónica obscena? Por lo general, los consejos son similares a los que se dan a las mujeres que son víctimas de los exhibicionistas. Sobre todo, se les aconseja que permanezcan en calma y no muestren conmoción o sobresalto, porque dichas reacciones tienden a reforzar a quien llama e incrementar la probabilidad de llamadas reincidentes. Se aconseja a las mujeres que lo mejor que pueden hacer es no decir nada en absoluto y colgar el receptor suavemente. Como alternativa, la mujer podría responder brevemente antes de colgar haciendo referencia a los problemas de quien hace la llamada. Podría decir con voz calmada pero firme: «Es una lástima que tenga este problema. Creo que debería buscar la ayuda de un profesional». Si recibiera llamadas repetidas, la mujer podría pedir un nuevo número de teléfono que no aparezca en las guías telefónicas, o que la policía realice un seguimiento de las llamadas recibidas. Muchas mujeres aparecen en las guías telefónicas solo con las iniciales de sus nombres para que no se identifique su género, pero como esta práctica está tan extendida, los que realizan este tipo de llamadas interpretan que las iniciales corresponden a una mujer que vive sola.

El *voyeurismo* podría considerarse «la otra cara de la moneda» del exhibicionismo.

Pregunta: ¿Qué es el voyeurismo?

El voyeurismo

El *voyeurismo* implica impulsos fuertes y repetitivos por observar a personas desconocidas que no sospechan nada y que están desnudas, desnudándose o manteniendo relaciones sexuales (DSM, 2000). El *voyeur* se excita sexualmente observando, y típicamente no busca relaciones sexuales con la «víctima». Como el fetichismo y el exhibicionismo, el *voyeurismo* se produce casi exclusivamente entre los varones. Normalmente comienza antes de los 15 años de edad (DSM, 2000).

El *voyeur* puede masturbarse mientras está espiando o después, mientras reproduce el incidente en su cabeza. También puede fantasear acerca del sexo con la persona observada, pero no tiene intención de buscar una relación sexual con ella.

¿Son *voyeurs* las personas que se excitan sexualmente con la visión de su pareja mientras se desnudan? ¿Qué hay acerca de las personas que disfrutan observando películas pornográficas o *strippers*? No, no y no. Las personas a quienes observan no son desconocidos a los que pillan desprevenidos. El amante sabe que su pareja le está observando. Los actores porno y los *strippers* saben que otros les observarán. Podrían elegir no hacerlo, si no quisieran tener audiencia.

Es normal para los hombres y para las mujeres estimularse sexualmente con la visión de otras personas que están desnudas, desnudándose o manteniendo relaciones sexuales (Montemurro *et al.*, 2003). Las mujeres que acuden a los clubes de *strippers* también disfrutan con las relaciones de camaradería con sus amigas y con otras mujeres (Montemurro *et al.*, 2003). Pero los verdaderos *voyeurs* desean espiar a extraños que no lo sospechan.

Los *voyeurs* también son conocidos como «espías furtivos» o «espías Tom». ¿Por qué «espías Tom»? Según una vieja leyenda inglesa, Lady Godiva pidió al pueblo que no la mirara mientras montaba a caballo desnuda para protestar por los impuestos excesivos que su marido, un terrateniente, le había impuesto. Un sastre llamado Tom de Coventry fue el único que no satisfizo su petición.

Los *voyeurs*, a menudo, se colocan en situaciones comprometidas en las cuales corren el riesgo de ser descubiertos. Pueden correr riesgos si se suben a un árbol o se sitúan en lugares precarios para conseguir una mejor visión de su objetivo. Ocuparán tejados y escaleras de incendios en terribles días invernales. Los espías furtivos pueden ser excesivamente pacientes; pueden esperar hora tras hora, noche tras noche, por un vistazo furtivo de su objetivo. Un hombre de 25 años, recién casado, se escondió en el armario de su suegra esperando a que ella se desnudara. Parte de la excitación sexual parece residir en el riesgo que corren los *voyeurs*. La necesidad del riesgo puede explicar por qué los *voyeurs* no frecuentan las playas, donde se practica el nudismo, o los campamentos nudistas, donde es aceptable ver (aunque no mirar fijamente) a personas desnudas.

Aunque la mayoría de los *voyeurs* no son violentos, algunos cometen crímenes violentos, como asaltos y violaciones (Langevin, 2003). Los *voyeurs* que irrumpen y entran en las casas y en los edificios, o los que dan un golpecito en la ventana para llamar la atención de sus víctimas, están entre los más peligrosos.

Comparados con otros tipos de delinquentes sexuales, los *voyeurs* suelen ser menos expertos sexualmente y es más probable que no estén casados (Gedhard *et al.*, 1965). Como los exhibicionistas, los *voyeurs* tienden a albergar sentimientos de inadaptación y a carecer de habilidades sociales y sexuales (Dwyer, 1988). También pueden tener dificultades para establecer relaciones románticas con las mujeres. A este tipo de *voyeur* tímido y socialmente inadaptado, «espiar» le proporciona gratificación sexual sin riesgo de rechazo. Sin embargo, no todos los *voyeurs* son torpes socialmente e incompetentes con las mujeres.

Voyeurismo Parafilia caracterizada por impulsos intensos y recurrentes, y relacionados con fantasías sexuales, de observar a personas desconocidas que no sospechan nada y que están desnudas, desnudándose o manteniendo relaciones sexuales. (Del verbo francés voir, que significa «mirar».)

El masoquismo sexual

Aunque placer y dolor pueden parecer polos opuestos, algunas personas experimentan placer sexual mediante el dolor o la humillación infligida sobre ellas por sus parejas sexuales.

Pregunta: ¿Qué es el masoquismo sexual? Las personas que asocian experimentar dolor o humillación con la excitación sexual están «dentro» del **masoquismo sexual**. Un masoquista sexual, o bien actúa, o está estresado, por impulsos persistentes y fantasías sexuales que implican el deseo de ser atado, azotado, humillado, o bien que una pareja sexual le haga sufrir de alguna manera, para conseguir la excitación sexual. En casos extremos, la personas son incapaces de excitarse sexualmente a menos que el dolor y la humillación se incorporen al acto sexual. El masoquismo sexual es la única parafilia que se produce entre las mujeres con alguna frecuencia (DSM, 2000). Sin embargo, incluso el masoquismo es mucho más frecuente entre los hombres que entre las mujeres. Los hombres masoquistas pueden superar a las mujeres en una proporción de veinte a uno (DSM, 2000).

La palabra «masoquismo» tiene su origen en el nombre del escritor Leopold von Sacher-Masoch (1835-1895), que escribió historias en las que los hombres obtenían satisfacción sexual cuando su pareja femenina les infligía dolor, sobre todo al ser flagelados (golpeados o azotados).

El masoquista sexual puede obtener placer a partir de varios tipos de experiencias dolorosas, incluyendo ser atado (una práctica llamada *bondage*), vendado (*bondage* sensorial), azotado, flagelado u obligado a realizar actos humillantes, como caminar a cuatro patas alrededor de su pareja y lamerle las botas o los zapatos, o ser objeto de insultos vulgares. Algunos masoquistas hacen que sus parejas orinen o defequen encima de ellos. Algunos masoquistas prefieren una fuente de dolor concreta; otros buscan un surtido de posibilidades. Pero no deberíamos pensar que el masoquista sexual disfruta con algún tipo de dolor que no involucre sexo. Los masoquistas sexuales no obtienen más placer que el resto de las personas cuando se queman los dedos con un cigarrillo o tocan una plancha caliente. El dolor debe formar parte de un elaborado ritual sexual para que les proporcione placer erótico.

Los masoquistas sexuales y los **sádicos sexuales** a menudo forman parejas sexuales al conocer cada uno las necesidades del otro. Algunos masoquistas sexuales contratan los servicios de prostitutas u obtienen la cooperación de sus parejas sexuales habituales para interpretar sus fantasías masoquistas.

Puede parecer contradictorio que el dolor esté relacionado con el placer sexual. Sin embargo, la asociación de la excitación sexual con estímulos dolorosos leves es de hecho bastante común. Kinsey y sus colegas (1953) informan que quizás una persona de cada cuatro han experimentado sensaciones eróticas al ser mordidas mientras hacían el amor. La erotización de formas leves de dolor (mordiscos cariñosos, tirones de pelo, arañazos leves) puede caer dentro del rango de la variación sexual. El dolor de estas fuentes incrementa la excitación del cuerpo en general, lo cual puede aumentar la excitación sexual. Algunas personas se excitan sexualmente cuando sus parejas les «dicen palabras sucias» o les llaman de manera vulgar. Cuando el impulso de experimentar dolor para conseguir los propósitos de excitación sexual se vuelve tan persistente o tan fuerte que supera otras fuentes de excitación sexual, o cuando la experiencia masoquista causa un daño físico o psicológico, podemos decir que se ha roto la frontera entre normalidad y anormalidad.

Baumeister (1988a) propone que la autoprotección independiente y responsable a veces resulta gravosa o estresante. El masoquismo sexual proporciona un indulto temporal de las responsabilidades de autoprotección. Supone un embotamiento del nivel de

Masoquismo sexual

Parafilia caracterizada por el deseo o la necesidad de dolor o humillación para aumentar la excitación sexual de manera que se consiga satisfacción sexual. (Del nombre de Leopold von Sacher-Masoch.)

Bondage Control ritual, por ejemplo con grilletes, practicado por muchos masoquistas sexuales.

Sádicos sexuales

Personas que se excitan sexualmente infligiendo dolor o humillación sobre otros.

autoconciencia de uno mismo que se consigue al «centrarse en las sensaciones inmediatas (dolorosas y placenteras) y ser un objeto sexual» (Baumeister, 1988a, p. 54).

El masoquismo sexual puede variar desde el relativamente benigno hasta prácticas potencialmente letales, como la **hipoxifilia**. Los hipoxifílicos se colocan una bolsa de plástico sobre la cabeza, hacen un nudo corredizo alrededor del cuello, o ejercen presión sobre el pecho, para privarse temporalmente de oxígeno y aumentar su excitación sexual. Normalmente fantasean con que están siendo estrangulados por un amante. Intentan frenar la privación de oxígeno, antes de perder la conciencia, pero algunos errores de cálculo acaban en muerte por asfixia o estrangulamiento (Blanchard & Hucker, 1991; Cosgray *et al.*, 1991).

El sadismo sexual

El sadismo sexual parece ser la otra cara de la moneda del masoquismo sexual.

Pregunta: ¿Qué es el sadismo sexual? Sadismo viene del infame Marqués de Sade (1774-1814), un francés que escribió relatos en los que la excitación sexual se conseguía infligiendo dolor o humillación sobre otros. La virtuosa Justine, la heroína de su novela más conocida, del mismo nombre, soporta terribles sufrimientos a manos de hombres malvados. En una ocasión es atada abierta de piernas de manera que unos sabuesos pueden atacarla despiadadamente. Después busca refugio en un cirujano que intenta desmembrarla. Más tarde cae en las garras de un asesino múltiple que maneja un sable, pero la naturaleza la salva con un rayo oportuno.

El sadismo sexual se caracteriza por impulsos persistentes y poderosos, y fantasías sexuales, que implican infligir dolor y sufrimiento sobre otros para conseguir excitación o satisfacción sexual. Los impulsos son satisfechos o son lo bastante perturbadores como para provocar angustia en la persona. Algunos sádicos sexuales no se pueden excitar sexualmente a menos que hagan sufrir a sus parejas sexuales. Otros pueden excitarse sexualmente sin dichos actos.

Algunos sádicos causan dolor o humillación a parejas dispuestas, como prostitutas o masoquistas sexuales. Otros —una pequeña minoría— acechan y atacan a víctimas sin su consentimiento.

Hipoxifilia Práctica en la cual una persona busca aumentar su excitación sexual, normalmente durante la masturbación, privándose de oxígeno. (De la raíz griega *hypo-*, que significa «bajo».)

Sadismo sexual

Parafilia caracterizada por el deseo o la necesidad de infligir dolor o humillación sobre otros para aumentar la excitación sexual y conseguir satisfacción. (Del nombre del marqués de Sade.)

Geoffrey Rush como el marqués de Sade, en la película Quills. El sadismo sexual es un tema fascinante en la literatura y entre los científicos conductuales y sociales. ¿Por qué algunos individuos no obtienen satisfacción sexual a menos que sea a expensas de otros que son objeto de dolor o humillación? ¿Por qué son los sádicos casi invariablemente hombres?



Sadomasoquismo. El sadomasoquismo (S&M) implica *interacciones sexuales gratificantes mutuas* entre *parejas con consentimiento*. El S&M ocasional leve es bastante común entre la población en general. Las parejas pueden incorporar formas ligeras o leves de S&M en sus relaciones amorosas de vez en cuando, como juegos leves de dominación y sumisión o ataduras físicas suaves. Tampoco es infrecuente para los amantes arañar o morder a sus parejas para aumentar su excitación mutua durante el coito. Sin embargo, por lo general, no se infligen un daño o un dolor severo.

El 22 por ciento de los hombres y el 12 por ciento de las mujeres estudiados por Kinsey y sus colegas (1953) dijeron sentir al menos alguna excitación sexual ante relatos sadomasoquistas. Aunque algunas formas leves de sadomasoquismo pueden caer dentro de los límites de la variación sexual normal, el sadomasoquismo se considera patológico cuando dichas fantasías son representadas de manera que resultan destructivas, peligrosas o angustiosas para uno mismo o para los demás, como encontramos en el siguiente caso:

Una mujer licenciada universitaria de 25 años describía un abanico de experiencias masoquistas. Confesó sentimientos de excitación sexual durante discusiones con su marido cuando él la gritaba o la golpeaba en un acceso de ira. A veces le lanzaba pullas para que le hiciera el amor de una manera brutal, como si la estuviera violando. Encontraba sexualmente estimulante la brutalidad y la sensación de ser agredida. También empezó a tener relaciones sexuales con extraños y disfrutaba siendo físicamente agredida por ellos durante el sexo, más que con cualquier otro tipo de estimulación sexual. Ser golpeada o azotada le producía las experiencias sexuales más intensas que había tenido nunca. Aunque reconocía los peligros de su conducta sexual y se sentía de alguna manera avergonzada por ello, no estaba segura de querer recibir tratamiento por el placer que le proporcionaba. (Adaptado de Spitzer *et al.*, 1989, pp. 87-88)

En un tipo de subcultura, el sadomasoquismo es la forma de satisfacción sexual preferida o incluso la exclusiva. Las personas que pertenecen a esta subcultura se buscan unos a otros a través de contactos mutuos, organizaciones S&M o anuncios personales en revistas S&M. La subcultura S&M ha hecho proliferar revistas y clubes que abastecen a personas que se describen a sí mismas como «en el S&M», así como los *sex shops* que venden parafernalia sadomasoquista. Ésta incluye correas y máscaras de cuero que recuerdan las antiguas máscaras de los verdugos.

Los que practican el sadomasoquismo a menudo mantienen rituales altamente elaborados que implican dominación y sumisión. Los rituales se representan como si fueran escenas en una película (Weinberg *et al.*, 1984). En el juego de «amo y esclavo», el sádico lleva al masoquista con una correa. El masoquista realiza actos degradantes o serviles. En *bondage* y disciplina (B&D), la pareja dominante ata a la pareja sumisa y la flagela (le da azotes o latigazos) o la estimula sexualmente. El atractivo del *bondage* parece estar relacionado con controlar o ser controlado.

Se pueden emplear varios tipos de estimulación para aplicar dolor durante los encuentros S&M, pero el dolor no se emplea siempre. Cuando se hace, normalmente es leve o moderado. El dolor psicológico, o la humillación, es quizás tan común como el dolor físico. El dolor también se puede usar simbólicamente, como cuando un sádico utiliza una inofensiva pala de goma blanda para azotar al masoquista. Así pues, el atractivo erótico del dolor para algunos que practican S&M puede derivar del ritual de control más que del dolor en sí (Weinberg, 1987).

Las formas extremas de dolor, como la tortura o los golpes severos, son raramente informadas por los sadomasoquistas (Breslow *et al.*, 1985). Los masoquistas pueden buscar dolor, pero normalmente evitan los daños serios y las parejas peligrosas (Baumeister, 1988b).

Sadomasoquismo

Interacción sexual mutuamente gratificante entre parejas sexuales, con consentimiento, en la cual la excitación sexual se asocia con infligir o recibir dolor o humillación. Normalmente se conoce como S&M.

Los participantes en S&M pueden ser heterosexuales, gays o bisexuales (Breslow *et al.*, 1986). Pueden asumir bien el rol masoquista o bien el rol sádico, o pueden alternar los roles dependiendo del guión sexual. Las personas que buscan la excitación sexual actuando en ambos roles, sádico y masoquista, se conocen como sadomasoquistas. En las relaciones heterosexuales las parejas pueden intercambiar los papeles tradicionales de género. El hombre puede asumir el rol sumiso o masoquista y la mujer puede tomar el rol dominante o sádico (Reinisch, 1990).

Un estudio de participantes en S&M, obtenido a partir de anuncios en revistas S&M, descubrió que cerca de tres de cada cuatro eran hombres y cerca de una de cada cuatro eran mujeres (Breslow *et al.*, 1985). La mayoría estaban casados. Las mujeres encuestadas mantenían relaciones S&M más a menudo y tenían más parejas que los hombres. (Aparentemente, un mayor número de hombres que mujeres buscan parejas para S&M.)

Las causas del masoquismo sexual y del sadismo, como de otras parafilias, no están claras. Ford y Beach (1951) especulaban sobre el hecho de que los humanos pueden poseer una capacidad psicológica para experimentar una excitación sexual mayor a partir de recibir o infligir dolor (la cual puede explicar la frecuencia de los mordiscos cariñosos). El dolor leve puede elevar la excitación psicológica, tanto en el agresor como en la víctima, añadiendo los efectos de la estimulación sexual. Sin embargo, el dolor intenso suele reducir, más que incrementar, la excitación sexual.

El dolor también puede tener conexiones biológicas directas con el placer. Las sustancias químicas naturales llamadas endorfinas, similares a los opiáceos, son producidas en el cerebro como respuesta al dolor y producen sentimientos de euforia y de bienestar general. Quizás, entonces, el placer es consecuencia del dolor por la producción o el aumento de endorfinas (Weinberg, 1978). Sin embargo, esta teoría falla al explicar el atractivo erótico de los encuentros sadomasoquistas, que implican dolor mínimo o simbólico, y tampoco explica el atractivo erótico de los sádicos que infligen dolor.

Sean cuales sean las causas, las raíces del masoquismo y del sadismo sexual aparentemente están en la infancia. La conducta sadomasoquista, por lo común, comienza en los primeros años de la edad adulta, pero las fantasías sadomasoquistas probablemente han estado presentes durante la infancia (DSM, 2000; Breslow *et al.*, 1986).

El froteurismo

Algunas personas que utilizan el metro son víctimas de los rateros. Algunas mujeres que utilizan el metro son víctimas de los *sobones*.

Pregunta: ¿Qué es el froteurismo? El *froteurismo* consiste en rozarse contra una persona o tocarla sin su consentimiento. Como ocurre con otras parafilias, el diagnóstico de *froteurismo* requiere, o bien la necesidad de actuar bajo estos impulsos o bien el sentirse angustiado por ellos. El *froteurismo* se ha informado solo entre los hombres (DSM, 2000).

La mayoría de los actos de *froteurismo* tienen lugar en lugares abarrotados, como autobuses, metros o ascensores. El hombre encuentra el roce o el tocamiento, no la naturaleza coactiva del acto, estimulante sexualmente. Mientras se roza contra una mujer, el hombre fantasea con una relación sexual afectiva y consensuada con ella. Es común que posteriormente estos hombres incorporen imágenes de sus actos de *froteurismo* en sus fantasías masturbatorias. Una práctica relacionada con el *froteurismo* es el *toucherismo*: toquetear a desconocidos sin su consentimiento.

El *froteurismo* también puede ser tan breve y furtivo que la mujer puede no darse cuenta de que ha ocurrido. De este modo, las personas que cometen actos de *froteurismo* tienen pocas oportunidades de ser sorprendidas. Por ejemplo, el caso de un hombre que

Froteurismo Parafilia caracterizada por impulsos sexuales poderosos y recurrentes, y fantasías relacionadas, que involucran rozarse contra una persona o tocarla sin su consentimiento. (Del francés *frotter*, que significa «rozarse».)

Toucherismo Práctica relacionada con el *froteurismo* y que se caracteriza por el impulso persistente de toquetear a personas desconocidas sin su consentimiento.

cometió actos de *froteurismo* sobre unas mil mujeres o más durante una década, pero fue arrestado solo en dos ocasiones:

Charles, de 45 años, acudió a la consulta de un psiquiatra después de su segundo arresto por rozarse contra una mujer en el metro. Seleccionaba como objetivo una mujer de unos veintitantos, cuando ella entraba en la estación del metro. Entonces se colocaba detrás de ella en el andén y esperaba a que llegara el tren. La seguía dentro del vagón y cuando se cerraban las puertas comenzaba a golpear su pene contra las nalgas de ella, mientras fantaseaba acerca de que estaban disfrutando con una relación romántica y consensuada. Cerca de la mitad de las veces él eyaculaba en una bolsa de plástico con la que se había envuelto el pene, para no mancharse los pantalones. Después continuaba su camino hacia el trabajo. Algunas veces, cuando no había conseguido eyacular, podía cambiar de tren y buscar otra víctima. Aunque se sentía culpable durante un tiempo después de cada episodio, pronto volvía a ocupar sus pensamientos con su siguiente encuentro. En ningún momento dedicó un pensamiento hacia los sentimientos de sus víctimas por lo que había hecho con ellas. Aunque estaba casado con la misma mujer durante 25 años, parece ser bastante incompetente e inseguro socialmente, especialmente con las mujeres. (Adaptado de Spitzer *et al.*, 1989, pp. 106-107)

Aunque esta persona estaba casada, muchas personas que cometen *froteurismo* tienen dificultades para establecer relaciones con mujeres y están condicionados por temores de rechazo. El *froteurismo* proporciona contacto sexual en un contexto relativamente no amenazador.

Otras parafilias

Las parafilias que hemos tratado, desde el fetichismo hasta el *froteurismo*, son las más comunes. Pero existen otras.

Pregunta: ¿Qué otras parafilias menos comunes existen?

Zoofilia. Una persona con *zoofilia* experimenta impulsos repetidos e intensos, y fantasías relacionadas, que conllevan contacto sexual con animales. Como con las otras parafilias, los criterios para este diagnóstico son que se actúe bajo la presión de estos impulsos o que resulten angustiosos para la persona. Un niño o un adolescente que muestren excitación sexual durante un episodio ocasional de juego rudo con una mascota familiar no están manifestando zoofilia.

El término *bestialismo* se aplica al contacto sexual real con un animal. El contacto sexual con animales, en la mitología y en la realidad, tiene una larga historia. Miguel Ángel pintó *Leda y el cisne*, que representa al dios griego Zeus tomando la forma de un cisne para emparejarse con una mujer, Leda. Zeus también ha sido retratado tomando la forma de un toro o de una serpiente para emparejarse con humanos. En el Antiguo Testamento se pone en palabras de Dios que llevará a la muerte a aquellos que tengan relaciones sexuales con animales. El historiador griego Herodoto advierte que las cabras del templo egipcio de Mendes eran entrenadas para copular con personas.

Aunque la frecuencia de la zoofilia entre la población en general es desconocida, Kinsey y sus colegas (1948, 1953) encontraron que cerca del 8 por ciento de los hombres y del 3 por ciento o 4 por ciento de las mujeres entrevistadas admitieron contactos sexuales con animales. Los hombres más a menudo tuvieron contacto sexual con animales de granja, como terneras y ovejas. Las mujeres, con mascotas caseras. Los hombres con mayor frecuencia se masturbaban o copulaban con los animales. Las mujeres solían mantener un contacto corporal general. Las personas de ambos géneros dijeron animar a los animales para que les lamieran los genitales. Unas pocas mujeres dijeron que habían entrenado a un

Zoofilia Parafilia que se caracteriza por impulsos persistentes o reincidentes, y fantasías relacionadas, que implican el contacto sexual con animales.

La
sexualidad
humana
en el
nuevo
milenio

La adicción al cibersexo, ¿un nuevo trastorno psicológico?

El sexo es el tema más candente entre los usuarios adultos de Internet. Los estudios muestran que un tercio de todas las visitas están dirigidas a sitios *web*, *chat* y grupos de noticias de orientación sexual.

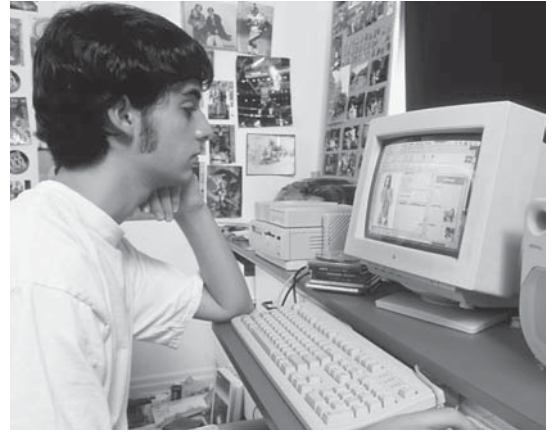
Para la mayoría de las personas, estas incursiones en el cibersexo son búsquedas de entretenimiento relativamente inofensivas, pero los expertos en el tema dicen que lo asequible, lo accesible y el anonimato de Internet están alimentando un tipo nuevo de trastorno psicológico —la adicción al cibersexo— que parece estar extendiéndose con asombrosa rapidez y provoca trastornos en las vidas de los que están afectados.

El psicólogo Al Cooper, que escribe en la revista *Sexual Addiction and Compulsivity (Adicción y compulsión sexual)* (<http://www.tandf.co.uk/journals/titles/10720162.html>), y sus colegas (2000) informan de que muchos de los hombres y las mujeres que pasan docenas de horas a la semana buscando estimulación sexual en sus computadoras niegan que tengan un problema y rechazan buscar ayuda, hasta que sus matrimonios y/o sus empleos están en serio peligro.

Según el doctor Mark Schwartz, de Masters y Johnson, para algunas personas, el camino hacia el uso compulsivo de Internet para conseguir satisfacción sexual es corto y rápido: «El sexo en la Red es como la heroína, las engancha y las posee toda la vida. Y es muy difícil de tratar, porque las personas afectadas no quieren dejarlo».

Aquellos que están más enganchados al sexo en Internet, frecuentemente pasan varias horas al día masturbándose con imágenes pornográficas o manteniendo sexo *online* «mutuo» con alguien que han contactado en un *chat*. Ocasionalmente, dan un paso adelante hacia una aventura real con parejas sexuales que conocieron *online*.

Cooper y sus colegas (1999, 2000) dirigieron el estudio más extenso y detallado de sexo *online*. Cooper llama a la Red «el crack de la compulsión sexual». El estudio, dirigido *online* entre 9 265 hombres y mujeres que admitieron navegar en la Red buscando sitios de orientación sexual, llegó a la conclusión de que al menos el 1 por ciento estaban seriamente enganchados al sexo *online*. El estudio descubrió que un tercio de los usuarios de Internet han visitado algún tipo de *sitio* sexual.



¿Se vuelven las personas adictas al cibersexo? Según el doctor Mark Schwartz, del Instituto Masters y Johnson: «El sexo en la Red es como la heroína —para algunas personas—. Las engancha y las posee durante toda la vida». Algunas personas pasan varias horas al día masturbándose con imágenes pornográficas o manteniendo sexo online «mutuo» con alguien que han encontrado en un chat. ¿Es la adicción al cibersexo un tipo seguro de «adicción»? ¿Qué opinas?

Según el doctor Cooper, que trabaja en el Centro para la Sexualidad y el Matrimonio de San José, en Santa Clara, California: «Supone un riesgo oculto para la salud pública que puede estallar en cualquier momento, en parte porque muy pocos lo reconocen o lo toman en serio».

Y añade que los adictos compulsivos al cibersexo son como los adictos a las drogas. «Utilizan Internet como una parte importante de su comportamiento sexual, a menudo con serios perjuicios para su vida familiar y forma de ganarse la vida. Especialmente vulnerables a engancharse al sexo en Internet son aquellos cuya sexualidad ha sido reprimida o limitada durante toda su vida, y de pronto encuentran una fuente inagotable de oportunidades sexuales en Internet.»

Un segundo estudio dirigido por la doctora Jennifer Schneider, una psiquiatra de Tucson, Arizona, entre 94 miembros de familia afectados por adicción al cibersexo, revela que el problema puede aparecer incluso entre personas que están casadas felizmente y con suficientes

perro para mantener el coito con él. También aparecieron diferencias entre los ámbitos urbanos y rurales. Los porcentajes de bestialismo fueron más elevados entre los chicos criados en granjas. Comparados con solo unos pocos chicos urbanos, el 17 por ciento de los chicos rurales habían alcanzado el orgasmo, en algún momento, a través del contacto sexual con perros, vacas y cabras. Estos contactos se restringían, por lo general, a la adolescencia, cuando las válvulas de escape humanas no estaban disponibles. Incluso, los

oportunidades sexuales. «El sexo en la Red es muy seductor y es muy fácil tropezar con él. Las personas vulnerables pueden quedar enganchadas antes de darse cuenta.»

Para aquellos que opinan que una conducta compulsiva no es una verdadera adicción, Schneider responde con una definición de adicción que podría aplicarse claramente a los adictos al cibersexo: «Pérdida de control, persistencia de la conducta a pesar de consecuencias adversas significativas y preocupación u obsesión por obtener la droga o insistir en la conducta.» Aunque las adicciones conductuales no involucran drogas externas, los investigadores sugieren que pueden provocar cambios en las sustancias químicas del cerebro, como la producción de endorfinas, que ayudan a perpetuar la conducta.

Según Schwartz, la estimulación y el desahogo sexual que se obtienen mediante el cibersexo también contribuyen a la búsqueda de la actividad. «Los orgasmos intensos que se consiguen con la mínima inversión de unas pocas pulsaciones de teclas son poderosamente reforzadores. El cibersexo proporciona un acceso fácil y barato a un millar de encuentros ritualizados con parejas idealizadas.»

Según el doctor Putnam, algunos adictos al cibersexo desarrollan una respuesta condicionada a la computadora y se excitan sexualmente incluso antes de encenderla. Esto puede empeorar el problema para aquellas personas cuyos trabajos impliquen el uso de una computadora. Putnam escribió en la revista: «Simplemente sentarse a trabajar con la computadora puede desencadenar una respuesta sexual que puede facilitar las actividades sexuales *online*».

Según Schneider, como en otras adicciones, se puede desarrollar una tolerancia a la estimulación por el cibersexo, llevando al adicto a correr cada vez mayores riesgos para conseguir recuperar el nivel inicial de estimulación. Lo que empezó como un entretenimiento inofensivo puede convertirse en una actividad que consume todo el tiempo y puede llevar a encuentros sexuales reales con personas conocidas *online*.

Los adictos compulsivos al cibersexo pueden llegar a estar tan obsesionados con sus actividades *online* que ignoren a sus parejas e hijos y pongan en peligro sus empleos. En el estudio del doctor Cooper, el 20 por ciento

de los hombres y el 12 por ciento de las mujeres dijeron que habían utilizado la computadora en el trabajo para algunos propósitos sexuales. Muchas compañías monitorizan las actividades *online* de sus empleados, y las visitas repetidas a *sitios* de orientación sexual les ha costado a algunas personas su empleo.

Para aquellos que opinan: «¿Cuál es el daño? No se están jugando la salud o la vida», el doctor Schneider, que ha escrito extensamente sobre adicción sexual, responde que el daño para la vida y la familia de un adicto al cibersexo puede ser tan devastador como el provocado por un jugador compulsivo o la adicción al alcohol o a las drogas. En su estudio, 91 mujeres y 3 hombres en relaciones comprometidas dijeron que habían experimentado consecuencias adversas, incluyendo la ruptura de la relación, por la adicción al cibersexo de sus parejas. Las parejas, por lo general, dijeron que se sentirían traicionadas, devaluadas, engañadas, ignoradas, abandonadas e incapaces de competir con una fantasía.

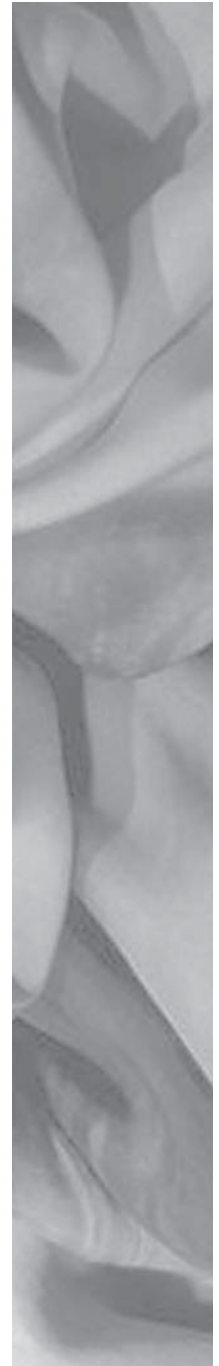
Entre ellos estaba una mujer de 34 años que había estado casada durante 14 años con un pastor protestante a quien ella descubrió buscando compulsivamente satisfacción sexual visitando *sitios* pornográficos en Internet. «¿Cómo puedo competir con cientos de mujeres anónimas que están ahora en nuestra cama, en su cabeza? Nuestra cama está ocupada con incontables desconocidas sin rostro, donde una vez estuvimos en la intimidad.»

A menudo también los niños se convierten en víctimas de la adicción al cibersexo de uno de los progenitores. Según Schneider, los niños pueden tropezar con el material pornográfico dejado en la computadora o cerca de ella o sorprender al padre o a la madre masturbándose mientras utilizan la computadora. Varias madres en el estudio se mostraban preocupadas porque sus esposos navegaban por la Red mientras supuestamente estaban vigilando a los niños, y éstos podían ver la pornografía y a veces la masturbación.

Como Putman advirtió: «Una vez las personas se enganchan al cibersexo, tienden a ponerse en situación de riesgo y hacen cosas que de otra manera no harían».

Fuente: Adaptado de Brody, J. E. (16 de mayo de 2000): «Cybersex gives birth to a psychological disorder». *The New York Times*. Pp. F7, F12.

adultos a veces mantienen contactos sexuales con animales, por lo general por la curiosidad o la novedad, o para desahogarse sexualmente, cuando no están disponibles parejas humanas. Si dichos contactos constituyen zoofilia, depende de su frecuencia e intensidad o de si provocan angustia en la persona. En la mayoría de los casos, la zoofilia verdadera está asociada con problemas psicológicos profundamente asentados y con dificultades para desarrollar relaciones íntimas con personas.



Necrofilia. En la **necrofilia**, una parafilia rara, una persona desea actividad sexual con cadáveres. Se han identificado tres tipos de necrofilia (Rosman & Resnick, 1989). En la *necrofilia regular*, la persona tiene actividad sexual con una persona fallecida. En el *homicidio necrofílico*, la persona comete un asesinato para obtener un cadáver para sus propósitos sexuales. En la *fantasía necrofílica*, la persona fantasea acerca del sexo con un cadáver, pero de hecho no realiza actos necrofílicos. Los necrofílicos a menudo consiguen trabajos que les proporcionan acceso a cadáveres, como empleos en cementerios, depósitos de cadáveres o tanatorios. La principal motivación para la necrofilia parece ser el deseo de poseer sexualmente una pareja que carece absolutamente de resistencia y capacidad de rechazo (Rosman & Resnick, 1989). Muchos necrofílicos están mentalmente perturbados de manera evidente.

Parafilias menos comunes. En la **klismafilia**, la excitación sexual es producida por el uso de enemas. Los klismafílicos, por lo general, prefieren el rol receptor al rol proporcionador. Los klismafílicos pueden haber adquirido esta forma de placer sexual durante la niñez, por la estimulación anal proporcionada por los padres cuando les hacían enemas.

En la **coprofilia**, la excitación sexual está relacionada con las heces. La persona puede desear ser defecada o defecar en una pareja sexual. La asociación de las heces con la excitación sexual puede ser también un retroceso a la infancia. Muchos niños parecen obtener placer sexual anal reteniendo y después expulsando a propósito las heces. Puede ser también que la conexión accidental entre las erecciones o la excitación sexual y los pañales mojados durante la infancia eroticen las heces.

En la **urofilia**, la excitación sexual se asocia con la orina. Como en la coprofilia, la persona puede desear ser orinada u orinar sobre una pareja sexual. También como en la coprofilia, la urofilia puede tener su origen en la infancia. La estimulación del canal uretral al orinar puede llegar a asociarse con el placer sexual, o la orina puede llegar a erotizarse por experiencias en las cuales las erecciones ocurrieron mientras el bebé tenía puesto un pañal mojado.

Puntos de vista teóricos

Las parafilias son variaciones curiosas y desconcertantes en la conducta sexual. Puede resultarnos difícil entender cómo las personas pueden excitarse sexualmente toqueteando una prenda de ropa o travistiéndose. También puede resultarnos difícil identificarnos con personas que se sienten impulsadas a exhibir sus genitales o rozarlos contra víctimas desprevénidas en lugares abarrotados. Quizás podamos reconocer algunas tendencias *voyeurísticas* en nosotros mismos, pero no podemos imaginarnos espionando con binoculares desde la rama de un árbol y, por ello, corriendo el riesgo de afrontar las consecuencias sociales y legales si somos descubiertos. Tampoco podemos entender cómo las personas pueden llegar a excitarse infligiendo o recibiendo dolor. Consideremos algunas explicaciones que han sido propuestas desde varios puntos de vista teóricos.

Puntos de vista de la biología

Los investigadores están estudiando si existen factores biológicos en la conducta parafilica.

Pregunta: ¿Cuál es el punto de vista de la biología en la parafilia? El punto de vista de la biología se centra en factores como el sistema endocrino (hormonas) y el sistema nervioso y su posible influencia en la conducta parafilica.

Necrofilia Parafilia que se caracteriza por el deseo de actividad sexual con cadáveres. (Del griego *nekros*, que significa «cuerpo muerto».)

Klismafilia Parafilia en la cual la excitación sexual se consigue con el uso de enemas.

Coprofilia Parafilia en la cual la excitación sexual se consigue en conexión con las heces. (Del griego *copros*, que significa «excremento».)

Urofilia Parafilia en la cual la excitación sexual está asociada con la orina.

Como la testosterona está relacionada con la libido, los investigadores se han centrado en las diferencias en los niveles de testosterona entre las personas con parafilias y sin ellas. Un estudio descubrió evidencias de algunas diferencias hormonales entre un grupo de 16 exhibicionistas varones y un grupo de control (Lang *et al.*, 1989). Aunque no se encontraron diferencias en los niveles generales de testosterona, los investigadores hallaron que los exhibicionistas mostraban niveles significativamente elevados del índice de testosterona que se cree que está más íntimamente relacionada con la libido. La implicación podría ser que los exhibicionistas pueden tener libidos elevadas biológicamente, aunque los resultados no explicarían por qué los exhibicionistas se exhiben para alcanzar la excitación sexual.

Otros estudios parecen confirmar que muchos parafilicos tienen libidos más elevadas de lo normal (Haake *et al.*, 2003; Kafka, 2003). Un estudio alemán, por ejemplo, encontró que las personas con parafilias tienen periodos refractarios más cortos, después del orgasmo, cuando se masturban, que la mayoría de los hombres, y experimentaban una frecuencia mayor de impulsos y fantasías sexuales (Haake *et al.*, 2003). Kafka (2003) se refiere a esta libido elevada como *deseo hipersexual*, como oposición al trastorno de deseo sexual hipoactivo (véase el Capítulo 12). Bradford coincide con ello y cree que se puede considerar que los parafilicos de este tipo pueden tener un *trastorno de deseo sexual hiperactivo*.

Pero estos estudios se dirigen hacia la intensidad de la libido, no a la dirección que toma. Un estudio más reciente utilizó un electroencefalograma (EEG) para investigar las respuestas eléctricas del cerebro entre parafilicos y sujetos de control. Midieron lo que se conoce como «potenciales eléctricos evocados» por las estimulaciones eróticas en una muestra de 62 hombres diestros, la mitad de los cuales eran considerados normales en términos de sus fantasías y conductas sexuales (sujetos de control), y la otra mitad habían sido diagnosticados como parafilicos (fetichistas y sadomasoquistas) (Waismann *et al.*, 2003). A cada uno de los hombres se les mostraron 57 diapositivas, en orden aleatorio —57 diapositivas parafilicas, que mostraban temas fetichistas y parafilicos; 57 diapositivas «normales», que mostraban mujeres desnudas, coitos y sexo oral, y 57 diapositivas neutras de paisajes, escenas urbanas y demás—. Se determinó que una respuesta eléctrica etiquetada como «P600» era el mejor indicador de la excitación sexual en los hombres. Se encontró que el lugar principal que evocaba la respuesta P600 ante la estimulación sexual «normal» estaba en el lado derecho del cerebro. La zona principal para la estimulación parafilica estaba en la zona frontal izquierda del cerebro. Los hombres parafilicos mostraron una respuesta significativamente mayor que los sujetos de control en la respuesta P600 en la zona frontal izquierda del cerebro. Más aún, los sujetos de control tendían con más probabilidad a diferenciar entre estimulación parafilica y normal en el lado derecho del cerebro.

Otro estudio neurológico puede ofrecer alguna información acerca del masoquismo. Un equipo investigador del Hospital General de Massachusetts encontró que los mismos circuitos neuronales en el cerebro están a menudo activados, bien por estímulos dolorosos, bien por estímulos placenteros (Becerra *et al.*, 2001). Los investigadores descubrieron que un estímulo doloroso de calor (115 °F) en la mano activó áreas del cerebro que se cree que involucran circuitos de «recompensa». Los investigadores se proponían encontrar maneras de ayudar a pacientes con dolores crónicos, no investigar el masoquismo sexual, pero sus hallazgos ciertamente tienen implicaciones para el masoquismo.

El psicólogo J. Michael Bailey (2003a) cree que, con el paso del tiempo, aprenderemos más acerca de potenciales fundamentos biológicos de la conducta parafilica. El mejor entendimiento de estos patrones atípicos de conducta sexual puede conducir al desarrollo de tratamientos más efectivos.

Los puntos de vista del psicoanálisis

Pregunta: ¿Cuál es el punto de vista del psicoanálisis acerca de las parafilias? La teoría psicoanalítica sugiere que las parafilias son defensas psicológicas, normalmente contra la ansiedad de castración no resuelta, en el periodo del complejo de Edipo (Fenichel, 1945; Horne, 2003). Quizás la visión de la vagina de una mujer amenaza con provocar la ansiedad de castración en el travesti, recordándole que las mujeres no tienen pene y que podría sufrir el mismo destino. Secuestrando su pene bajo las ropas femeninas, afirma simbólicamente que las mujeres tienen pene, lo que proporciona una tranquilidad inconsciente contra sus propios temores de castración. Exponiendo sus genitales, quizás el exhibicionista inconscientemente busca la tranquilidad de que su pene está seguro. Es como si estuviera afirmando: «¡Mira! ¡Tengo un pene!». La conmoción o la sorpresa en la cara de las víctimas confirma que su pene existe, liberándolo temporalmente de la ansiedad de la castración. Quizás la masturbación con un objeto como un zapato permite al fetichista satisfacer sus deseos sexuales, mientras mantiene una distancia de seguridad con los peligros que inconscientemente asocia con el contacto sexual con las mujeres. O el objeto fetiche por sí mismo —el zapato— puede simbolizar inconscientemente el pene. ¿Están los sádicos intentando defenderse contra sentimientos inconscientes de impotencia infligiendo dolor a otros?

Las parafilias han proporcionado un campo fértil para las teorías psicoanalíticas. Sin embargo, las evidencias que existen, consisten en casos aislados y en anécdotas que están abiertas a interpretación. Los mecanismos inconscientes no pueden ser observados ni medidos directamente. Las teorías psicoanalíticas siguen siendo hipótesis interesantes, pero especulativas, acerca de los orígenes de las parafilias.

*¿Es su conducta apropiada o inapropiada?
Muchos teóricos sugieren que las experiencias tempranas contribuyen al desarrollo de parafilias.
¿Es esta interacción de la mujer con su hijo del tipo de las que pueden conducir a problemas sexuales cuando el niño crezca?*



Puntos de vista de la teoría del aprendizaje

Los teóricos del aprendizaje, como los teóricos del psicoanálisis, creen que la experiencia juega un papel fundamental en el desarrollo de las preferencias sexuales.

Pregunta: ¿Cuáles son los puntos de vista de la teoría del aprendizaje sobre las parafilias?

Los teóricos del aprendizaje, por lo general, creen que las obsesiones y otras parafilias son conductas aprendidas que se han adquirido a través de la experiencia. Un objeto puede adquirir propiedades sexualmente excitantes, a través de la asociación con la excitación sexual o con el orgasmo. Según Alfred Kinsey y sus colegas (1953):

Incluso algunas de las variantes más extremas de los tipos de conducta sexual humana pueden no necesitar más explicación que la proporcionada por nuestra comprensión de los procesos de aprendizaje y condicionamiento. La conducta que puede parecer extraña, perversa o inconcebiblemente inaceptable para algunas personas, incluso para la mayoría de las personas, puede tener significado para otros individuos por la manera en que han sido condicionados. (Pp. 645-646)

Según el modelo del condicionamiento, un chico que vislumbra las medias de su madre colgando del toallero, mientras se está masturbando, puede desarrollar una obsesión por las medias. El orgasmo en presencia del objeto refuerza la conexión erótica, especialmente si ocurre repetidamente.

Breslow (1989) propuso una explicación de la teoría del aprendizaje que describe el desarrollo de las parafilias en términos de la adquisición gradual de excitación sexual con un objeto, o una actividad inusual a través de su incorporación a las fantasías masturbatorias. Un travesti, por ejemplo, puede haber tenido una erección mientras se probaba unas bragas de su madre en su infancia. Las bragas entonces se incorporan a las fantasías masturbatorias y refuerzan el orgasmo. La actividad o el objeto parafilicos son usados repetidamente como una ayuda masturbatoria, fortaleciendo el vínculo erótico.

McGuire y sus colegas (1965) informan de un caso que proporciona algún apoyo al papel del aprendizaje en el desarrollo del exhibicionismo. Dos varones jóvenes fueron sorprendidos por una mujer atractiva mientras orinaban. Aunque se sintieron violentos en ese momento, sus recuerdos del incidente resultaron estimulantes sexualmente y se masturbaron repetidamente mientras fantaseaban sobre ello. Las fantasías persistieron, posiblemente reforzadas por orgasmos frecuentes. Después de un tiempo, los jóvenes comenzaron a exhibirse intencionadamente para reavivar el alto nivel de excitación sexual. Sin embargo, solo un pequeño porcentaje de los hombres que han sido sorprendidos parcialmente desnudos se han convertido en exhibicionistas.

Friedrich & Gerber (1994) estudiaron a cinco chicos adolescentes que practicaban la hipoxifilia y encontraron importantes historiales de estrangulamiento en combinación con abusos físicos o sexuales durante su infancia. La combinación parece haber estimulado a cada uno de los chicos para asociar el ahogamiento con la excitación sexual.

Las explicaciones sobre masoquismo sexual de las teorías del aprendizaje se centran en el emparejamiento de la excitación sexual con el castigo. Por ejemplo, un niño puede ser castigado cuando es descubierto masturbándose, o un chico puede tener una erección refleja si su pene accidentalmente se roza contra el cuerpo del progenitor cuando le están azotando. Con encuentros repetidos como éstos, el dolor y el placer pueden llegar a relacionarse en el sistema de excitación sexual de la persona.

Muchos exhibicionistas, *voyeurs*, *frotteurs* y otras personas con parafilias poseen pocas habilidades interpersonales para relacionarse con mujeres y muchos evitan las interacciones sociales «normales» con ellas por temor al rechazo. Sus conductas furtivas, parafilicas,

pueden proporcionar desahogo sexual sin riesgo de rechazo y pueden mantenerse porque son la única fuente de satisfacción sexual.

El aprendizaje por observación o por modelos también puede jugar un papel en el desarrollo de algunos casos. Los progenitores, por ejemplo, pueden ser modelos de conducta exhibicionista para sus hijos jóvenes, sin darse cuenta, lo cual puede conducir a los hijos a erotizar el acto de exhibirse desnudos. Los jóvenes también pueden leer libros o revistas, o ver películas o programas de televisión con contenido parafilico. Los medios pueden proporcionarles la idea de probar una conducta parafilica, y pueden encontrarlo excitante, especialmente si actos como el exhibicionismo o el *voyeurismo* proporcionan un incremento de adrenalina.

Puntos de vista de la sociología

La teoría psicoanalítica y la teoría del aprendizaje son teorías psicológicas que se centran en los procesos mentales y en la conducta del individuo.

Pregunta: ¿Cuáles son los puntos de vista de la sociología sobre la conducta parafilica? Los puntos de vista de la sociología tienden a centrarse en los efectos del grupo, y de la sociedad en general, sobre la conducta individual y del grupo. Por ejemplo, aunque la mayoría de las personas satisfacen las parafilias en privado, el masoquismo y el sadismo sexual requieren una pareja. La mayoría de los sadomasoquistas aprenden rituales S&M, realizan contactos sexuales, adquieren parafernalia sexual y confirman sus identidades sadomasoquistas en lo que se llama una subcultura S&M —una red conectada de clubes S&M, especialmente tiendas, organizaciones, revistas y demás—. Pero la subcultura S&M existe en el contexto de la sociedad, y sus rituales son reflejos, ampliamente basados en roles sociales y de género.

Martin Weinberg (1987) propone un modelo sociológico que se centra en el contexto social del sadomasoquismo. Por lo general, los rituales S&M implican alguna forma de dominación y sumisión. Weinberg atribuye su atractivo erótico a la oportunidad de invertir las relaciones habituales de poder que existen entre hombres y mujeres y entre las clases sociales. Dentro de los límites del guión, cuidadosamente escrito, del encuentro S&M, el manso puede ser poderoso y el poderoso puede ser manso. Las personas de clases sociales más bajas, o que desempeñan trabajos serviles, pueden sentirse atraídos por el S&M porque pueden actuar en un rol dominante. Los juegos de dominación y sumisión permiten a las personas acentuar o invertir los estereotipos de género que identifican la masculinidad con dominación y la feminidad con sumisión. Con todo, las entrevistas con sadomasoquistas y las observaciones de su conducta sugieren que la mayoría de las veces las relaciones de dominación y sumisión tienden a ser consecuentes con los roles tradicionales de género masculinos y femeninos en la sociedad (Damon, 2002; Santtila *et al.*, 2002). Aunque existen muchas excepciones, en los rituales S&M los hombres tienden a ser dominantes más a menudo, y las mujeres, a ser sumisas.

Un punto de vista integrado: el «mapa del amor»

Como otros patrones sexuales, las parafilias pueden tener un origen múltiple biológico, psicológico y sociocultural (Seligman & Hardenburg, 2000). ¿Podría mejorar nuestro entendimiento si realizamos una aproximación desde un marco teórico que incorpore múltiples puntos de vista? John Money (2000), por ejemplo, lleva los orígenes de las parafilias hasta la infancia. Pienso que las experiencias tempranas graban un patrón en el cerebro, llamado un **mapa del amor**.

Pregunta: ¿Qué es un mapa del amor? Este mapa del amor determina los tipos de estimulación y las actividades que llegan a ser sexualmente excitantes para el individuo. En el caso de las parafilias, los mapas del amor se vuelven distorsionados o «destrozados» por experiencias traumáticas tempranas, como el incesto, una educación antisexual y el abuso o el abandono.

Mapa del amor Patrón cerebral donde se graba una representación idealizada del amante y la actividad erótica idealizada con el amante.

La investigación sugiere que los *voyeurs* y los exhibicionistas, a menudo, fueron víctimas de abusos sexuales en la infancia (Lee *et al.*, 2002). Sin embargo, no todos los niños expuestos a dichas influencias desarrollan impulsos parafilicos. Por razones que siguen siendo desconocidas, algunos niños que son expuestos a dichas influencias parecen ser más vulnerables que otros a desarrollar mapas del amor distorsionados. Una predisposición genética, factores hormonales, anomalías cerebrales, o una combinación de estos y otros factores, pueden jugar un papel en la determinación de la vulnerabilidad a un mapa del amor problemático.

El tratamiento de las parafilias

El tratamiento de estos patrones atípicos de conducta sexual pone en juego varios asuntos. Primero, las personas con parafilias normalmente no quieren ni buscan un tratamiento, al menos no voluntariamente. A menudo niegan que sean delincuentes sexuales, incluso después de haber sido detenidos y condenados. Por lo general, son tratados por los profesionales de salud mental solo cuando entran en conflicto con la ley, o por requerimiento de los miembros de la familia, o de las parejas sexuales que les han descubierto en conductas parafilicas o encontraron evidencias de sus intereses parafilicos.

La conducta parafilica es una fuente de placer, por lo que muchas personas no están motivadas para dejarlo. Típicamente, el individuo percibe que sus problemas tienen su origen en la intolerancia de la sociedad, no en sentimientos de culpa o vergüenza.

Segundo, los terapeutas pueden enfrentarse a problemas éticos cuando se les exige su contribución a un proceso judicial o se les pide que intervengan para que intenten persuadir a un delincuente sexual de que él (virtualmente todos son hombres) debería cambiar su conducta. Los terapeutas tradicionalmente ayudan a sus pacientes a que se aclaren o encuentren sus propios objetivos; no es su papel imponer los objetivos sociales que debe tener el individuo. Muchos terapeutas creen que, en todo caso, el sistema judicial criminal, no ellos, debería imponer los estándares sociales.

El tercer asunto es un problema de tratamiento. Los terapeutas se han dado cuenta de que, por lo general, tienen menos éxito con las personas resistentes o recalcitrantes ante el propio tratamiento. A menos que exista una motivación para el cambio, el esfuerzo del terapeuta es, a menudo, en vano.

El cuarto problema es el asunto de la responsabilidad percibida. Los delincuentes sexuales, casi invariablemente, aseguran que son incapaces de controlar sus impulsos. Ese convencimiento de falta de control es a menudo autocomplaciente y puede llevar a los demás a tratar a los delincuentes sexuales con mayor simpatía y comprensión. Sin embargo, la mayoría de las terapias están basadas en la creencia de que, sean cuales sean las causas que han llevado al problema de conducta y cualquiera que sea la dificultad para resistirse a esos impulsos sexuales inusuales, aceptar la responsabilidad personal de las acciones de uno mismo es el preludeo del cambio. Así, si la terapia ha de ser constructiva, es necesario romper la creencia de la persona en tratamiento de que él o ella están indefensos y de que son incapaces de controlar su conducta.

A pesar de estos problemas, muchos delincuentes sexuales son remitidos por los tribunales para su tratamiento. Unos pocos buscan terapia por sí mismos, porque se han dado cuenta de que su conducta les hace daño a sí mismos o a los demás. Consideremos algunas de las maneras en las que los terapeutas tratan a las personas con estos patrones de conducta sexual atípica.

Consideraremos las aproximaciones psicológicas y biológicas al tratamiento de las personas con parafilias.

Pregunta: *¿Qué aproximaciones psicológicas se emplean para tratar las parafilias?* Las principales aproximaciones psicológicas que se han empleado para el tratamiento de las parafilias son las terapias cognitivo-conductuales y el psicoanálisis.

Psicoterapia psicoanalítica

El psicoanálisis se centra en la resolución de los conflictos inconscientes que se cree se han originado en la infancia y que se manifiestan en la edad adulta en forma de problemas patológicos, como las parafilias. La finalidad de la terapia es ayudar a traer a la conciencia los conflictos inconscientes, principalmente los conflictos de Edipo, de manera que puedan trabajarse a la luz de la personalidad adulta del individuo (Laws & Marshall, 2003).

Aunque se ha informado de algunos resultados favorables, la terapia psicoanalítica de las parafilias no ha estado sujeta al análisis experimental de los datos. Así, desconocemos si los éxitos son debidos al tratamiento psicoanalítico por sí mismo o a otros factores, como una mejora espontánea de la persona que está dispuesta a cambiar.

Terapia cognitivo-conductual

Mientras el psicoanálisis tradicional suele suponer un largo proceso de exploración del origen infantil de las conductas problemáticas, la **terapia cognitivo-conductual** es relativamente breve y se centra directamente en cambiar la conducta. La terapia cognitivo-conductual ha generado varias técnicas para ayudar a eliminar las conductas parafilicas y fortalecer las conductas sexuales apropiadas. Estas técnicas incluyen la desensibilización sistemática, la terapia de aversión, el entrenamiento de habilidades sociales, la sensibilización encubierta y el recondicionamiento del orgasmo, por nombrar unos pocos (Krueger & Kaplan, 2002).

La **desensibilización sistemática** intenta romper el vínculo que existe entre el estímulo sexual (como un estímulo fetichista) y la respuesta inapropiada (la excitación sexual). En primer lugar, la persona en tratamiento hace ejercicios de relajación muscular. Después la relajación muscular se simultanea repetidamente con una imagen, entre una serie de imágenes o fantasías parafilicas que se van presentando una a una, progresivamente más excitantes. La relajación viene a reemplazar a la excitación sexual en cada uno de estos estímulos, incluso los más provocativos. En un estudio de un caso práctico, a un travesti fetichista, que se había sentido atraído por la lencería de su madre a la edad de 13 años, se le sometió a relajación mientras se le presentaban unos vídeos con temas travestis o fetichistas (Fensterheim & Kantor, 1980). Visionaba estos vídeos diariamente mientras permanecía relajado. Más tarde informó de una completa ausencia de pensamientos o actividades de travestismo.

En la **terapia de aversión**, la conducta sexual no deseada (por ejemplo, la masturbación con fantasías fetichistas) es simultaneada repetidamente con un estímulo desagradable (como una descarga eléctrica dolorosa, pero inofensiva, o una náusea provocada con una sustancia química), con la esperanza de que la persona en tratamiento desarrollará una aversión condicionada a la conducta parafilica.

La **sensibilización encubierta** es una variación de la terapia de aversión en la cual las fantasías son simultaneadas con un estímulo desagradable imaginario. En un estudio con 38 pedófilos y 62 exhibicionistas, más de la mitad de los cuales fueron remitidos por los tribunales, los sujetos fueron tratados simultaneando olores desagradables con fantasías de la conducta problemática (Maletzky, 1980). Se les dieron instrucciones para que fantasearan con escenas pedofílicas o exhibicionistas. Entonces:

Terapia cognitivo-conductual

Terapia que intenta cambiar directamente las maneras en que las personas ven los eventos y responden a ellos, confiando frecuentemente en la aplicación de los principios del aprendizaje.

Desensibilización sistemática

Método para eliminar la conexión entre un estímulo (como un objeto fetichista) y una respuesta inapropiada (como la excitación sexual ante el estímulo parafilico). La relajación muscular se practica en conexión con cada estímulo, ante una serie de estímulos que se van incrementando, de manera que la persona aprende a mantenerse relajada (y no excitada sexualmente) en su presencia.

Terapia de aversión

Método para eliminar la conducta sexual no deseada, en el cual la conducta se acompaña repetidamente con un estímulo desagradable, como una descarga eléctrica, de manera que se desarrolla una aversión condicionada.

Sensibilización encubierta

Una forma de terapia de aversión en la cual los pensamientos de mantener una conducta no deseada se acompañan repetidamente con estímulos desagradables imaginados.

En un momento [...] cuando se ha despertado el placer sexual, se presentan imágenes desagradables [...] Los ejemplos podían incluir un pedófilo realizando una felación a un niño, pero descubriendo una úlcera infectada en el pene del chico; un exhibicionista mostrándose ante una mujer, pero, de pronto, siendo descubierto por su esposa o por la policía, o un pedófilo yaciendo con un chico en el campo, solo para darse cuenta un instante después de que estaban sobre un montón de excrementos de perro. (Maletzky, 1980, p. 308)

Maletzky empleó este tratamiento semanalmente durante seis meses, y después lo continuó con sesiones de recuerdo cada tres meses, a lo largo de un periodo de tres años. El procedimiento dio resultado con, al menos, un 75 por ciento de reducción en las fantasías y las actividades desviadas para un 80 por ciento de los participantes en el estudio, en periodos de seguimiento de 36 meses. En un seguimiento de 25 años, de 7 275 delincuentes sexuales que recibieron un tratamiento similar, Maletzky y Steinhauser (2002) encontraron que los beneficios se mantuvieron para muchos de los exhibicionistas, pero menos en el caso de los pedófilos. Sin embargo, menos del 50 por ciento de los participantes originales pudieron ser contactados después de que hubo pasado mucho tiempo.

El **entrenamiento de las habilidades sociales** se centra en ayudar al individuo a mejorar sus habilidades para relacionarse con personas del otro sexo. Primero, el terapeuta puede modelar la conducta deseada, por ejemplo, cómo pedir una cita a una mujer o cómo hacer frente a un rechazo. La persona en tratamiento puede entonces representar esa conducta, con el terapeuta representando el papel de la mujer. Después de la sesión, el terapeuta puede proporcionar retroalimentación y consejos adicionales, y representar el modelo, para ayudar a la persona a mejorar sus habilidades. Este proceso puede repetirse hasta que la persona en tratamiento domine la habilidad.

El **recondicionamiento orgásmico** ayuda a incrementar la excitación sexual ante estímulos sexuales socialmente apropiados, acompañando imágenes apropiadas culturalmente con placer orgásmico. A la persona se le dan instrucciones para que se excite sexualmente masturbándose con imágenes o fantasías parafilias. Pero, cuando se aproxima al momento del orgasmo, cambia hacia las imágenes apropiadas y se concentra en ellas durante el mismo. En un ejemplo de un caso, Davidson (1977) informa de una reducción de las fantasías sádicas en un hombre universitario de 21 años. A la persona en tratamiento se le dieron instrucciones para que consiguiera una erección de la manera que quisiera, incluso mediante el uso de las fantasías sádicas que quería eliminar. Pero una vez alcanzaba la erección, se masturbaba mientras observaba fotos de modelos de *Playboy*. De esta manera, el orgasmo se acompañaba con imágenes no sádicas; estas imágenes y fantasías eventualmente adquirirían la capacidad de provocar la excitación sexual. El recondicionamiento orgásmico se combina a menudo con otras técnicas, como el entrenamiento de las habilidades sociales, de manera que también pueden reforzarse conductas sociales más deseables (Adams *et al.*, 1981).

Aunque las técnicas de terapia conductuales suelen tener frecuencias de éxito informadas más altas que la mayoría de los otros métodos, también están limitadas por la dependencia de casos estudiados de forma no controlada. Sin controles apropiados no podemos aislar los elementos efectivos de la terapia o determinar que los resultados no son debidos meramente al paso del tiempo u otros factores no relacionados con el tratamiento. Es posible que las personas en tratamiento que están fuertemente motivadas para cambiar puedan tener éxito, al hacerlo con *cualquier* enfoque sistemático.

Cada vez más, el tratamiento de los problemas sexuales se está haciendo más «medicalizado» (Kleinplatz, 2003).

Pregunta: ¿Qué enfoques médicos se emplean para tratar las parafilias?

Pedófilos Personas con pedofilia, una parafilia que involucra interés sexual por los niños.

Entrenamiento de las habilidades sociales Métodos de terapia conductual para construir habilidades sociales mediante el entrenamiento por un terapeuta y la práctica.

Recondicionamiento orgásmico Método para reforzar la conexión entre la excitación sexual y una estimulación sexual apropiada (como fantasías acerca de un adulto del otro sexo), acompañando repetidamente el estímulo apropiado con el orgasmo.

Enfoques médicos

No existe un fármaco para las parafilias. Ninguna medicación o técnica quirúrgica elimina los impulsos y las conductas parafilicas. Sin embargo, recientemente se ha informado de algunos progresos en el empleo de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), que se utilizan principalmente como antidepresivos, para el tratamiento del exhibicionismo, el *voyeurismo* y el fetichismo (Bradford, 2001; Roesler & Witztum, 2000). ¿Porqué SSRI? Junto con el tratamiento de la depresión, los SSRI han sido de ayuda en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo, un tipo de trastorno emocional que implica obsesiones recurrentes (ideas intrusivas) y/o compulsiones (impulsos de repetir una conducta o un pensamiento concreto). La conducta parafilica tiene también una característica obsesivo-compulsiva. Las personas con parafilias a menudo experimentan pensamientos repetitivos e intrusivos, o imágenes de los objetos o de los estímulos parafilicos, como imágenes mentales de niños. Muchos también confiesan sentirse obligados a llevar a cabo los actos parafilicos repetidamente. Las parafilias pueden pertenecer a lo que los investigadores han apodado un espectro obsesivo-compulsivo de conductas.

Las personas que experimentan impulsos tan intensos que corren el riesgo de cometer ofensas sexuales, pueden recibir ayuda de los medicamentos **anti-andrógenos**, los cuales reducen el nivel de testosterona en el flujo sanguíneo (Bradford, 2001; Roesler & Witztum, 2000). La testosterona está íntimamente relacionada con la libido y el interés sexual. El acetato medroxiprogesterona (MPA) (de nombre comercial, Depo-Provera), que se administra en inyecciones semanales, es el anti-andrógeno que se ha utilizado más extensivamente en el tratamiento de los delincuentes sexuales. En los hombres, los anti-andrógenos reducen la testosterona hasta un nivel que es típico de un chico prepúber (Bradford, 2001). Consecuentemente, reducen el deseo sexual y la frecuencia de las erecciones y las eyaculaciones (Bradford, 2001).

La Depo-Provera suprime el apetito sexual en los hombres. Puede reducir la intensidad de la libido y las fantasías y los impulsos eróticos, de manera que el hombre puede sentirse menos impulsado a actuar según ellos (Roesler & Witztum, 2000). Sin embargo, los anti-andrógenos no eliminan todos los impulsos parafilicos ni cambian completamente la conducta sexual de una persona.

A veces, el uso de anti-andrógenos se define incorrectamente como *castración química*. La castración quirúrgica, la extirpación quirúrgica de los testículos, en algunas ocasiones, se ha realizado en violadores convictos y delincuentes sexuales violentos (Roesler & Witztum, 2000). La castración quirúrgica elimina las fuentes testiculares de testosterona. Los antiandrógenos suprimen, pero no eliminan, la producción testicular de testosterona. También, a diferencia de la castración quirúrgica, los efectos de los anti-andrógenos pueden invertirse cuando el tratamiento ha finalizado.

Las evidencias sugieren que los antiandrógenos ayudan a algunas personas cuando se emplean en conjunción con el tratamiento psicológico (Roesler & Witztum, 2000). Sin embargo, el valor de los anti-andrógenos ha estado limitado por altas tasas de rechazo y abandono (Roesler & Witztum, 2000). También existen cuestiones que tienen que ver con los efectos colaterales.

Aunque hemos acumulado una gran cantidad de información acerca de la investigación sobre las variaciones atípicas en la conducta sexual, nuestra comprensión acerca de ellas y nuestros enfoques de tratamiento siguen siendo poco satisfactorios.

Antiandrógeno

Sustancia química que reduce la libido rebajando el nivel de testosterona en el flujo sanguíneo.

APORTACIÓN DE AUTORES ESPAÑOLES

EL SEXO A TRAVÉS DE INTERNET

ANA ALEXANDRA CARVALHEIRA
Universidad de Salamanca

Internet es un mundo sin fronteras geográficas, un territorio libre que, por su fácil acceso y bajos costes, permite el paso a todas las formas de actividad sexual. La palabra «sexo» es el tópico de búsqueda más frecuente en la Red, y más del 50 por ciento de toda la comunicación a través de Internet es relativa al sexo.

La exploración y la expresión sexual a través de Internet asumen múltiples formas. Encontramos millones de *websites* para la búsqueda y consumo de material pornográfico —en un contexto individual—, desde las fotos a los vídeos interactivos en vivo, para todos los gustos y preferencias sexuales imaginables e inimaginables. En un contexto interpersonal, existen foros interactivos y un sin fin de servicios de tipo *chat*, además de toda la tecnología de vídeo-conferencia, el *netphone* y complementos como las *webcam*, placas de sonido y micrófonos. Esta coyuntura tecnológica, en constante desarrollo, permite una enorme diversidad de comportamientos sexuales a través de la Red. La influencia de Internet en la sexualidad es tan significativa que empieza a ser reconocida como la causa de la próxima revolución sexual (Cooper *et al.*, 2002). ¿De qué hablamos cuando hablamos de sexo a través de Internet?

¿QUÉ ES EL CIBERSEXO?

Cooper (2002) afirma que la actividad sexual *online* es el uso de Internet para cualquier actividad (texto, audio, imagen) que envuelva la sexualidad. Esto incluye la recreación, entretenimiento, exploración, información, educación, adquisición de material sexual, búsqueda de parejas sexuales, excitación sexual, compartir material erótico y conversaciones sexualmente explícitas (p. 106). Para este investigador, el cibersexo es una subcategoría de la actividad sexual *online* que implica el uso de contenidos computerizados para la estimulación o gratificación sexual: la búsqueda de fotos, involucrarse en *chateo* sexual, intercambio de *e-mails* sexualmente explícitos y compartir fantasías sexuales con masturbación.

Sandra Leiblum (1997) presenta el concepto de *netsex*, que significa cualquier tipo de comportamiento o materia sexual que puede estar disponible a través de un ordenador o *modem*, lo que incluye fotos, películas, sonidos, historias y comunicación en tiempo real. El *netsex* es un popurrí de estimulación sexual disponible, en un ambiente anónimo y relativamente seguro a cualquier hora del día o de la noche, con respuesta siempre para cualquier «apetito sexual no convencional» (Leiblum, 1997, p. 21).

El cibersexo en los *chats* es entrar en una interacción con alguien, con el fin de realizar una actividad sexual, por la comunicación escrita, en tiempo real, de contenido erótico-sexual, con el objetivo de excitación sexual, con una o varias parejas y aun con la posibilidad de utilización de complementos

accesorios como la *webcam*, que permite la visualización de las parejas también en tiempo real o de micrófono y placa de sonido para añadir la voz (Carvalhoira, 2005).

Parece tratarse de un concepto amplio que engloba distintos contextos. El cibersexo puede ser un comportamiento individual (búsqueda de imágenes) o un comportamiento interpersonal (*chateo* sexual, intercambio de *e-mails*), y en el último caso, puede aún ocurrir de forma sincrónica (en tiempo real) o anacrónica.

Reuniendo los aspectos comunes a todas las definiciones, podemos afirmar que cuando hablamos de cibersexo estamos hablando esencialmente de estimulación y gratificación sexual, intercambio de fantasías sexuales, comunicación erótica y masturbación, todo esto sucediendo en la ausencia de interacción física y con el anonimato como gran mediador.

El fenómeno que intentamos comprender es un patrón de sexualidad en ausencia de interacción física. En el cibersexo, la ausencia del cuerpo es la gran novedad.

¿CÓMO PODEMOS CONCEBIR EL SEXO SIN INTERACCIÓN FÍSICA?

Sin presencia física se pierde todo el valor de la comunicación no verbal y de la expresividad corporal. Si no hay interacción física, no existe el espacio sensorial tan fundamental en la experiencia erótico-sexual, no se puede tocar, oler, oír o ver. ¿Cómo puede ser la vivencia del sexo desposeída de la experiencia sensorial? Es cierto que el componente sensorial es fundamental en la experiencia erótica, pero hay otro igualmente importante, que es el espacio imaginario.

¿CUÁL ES EL ATRACTIVO DEL CIBERSEXO?

En el contexto *online*, la otra persona queda invisible, está como omnipresente, existe, pero no se puede ver. Su presencia existe a través de los contenidos que comunica. Y en esta invisibilidad la escritura adquiere un poder extraordinario. La desnudez del texto escrito puede permitir grandes vuelos en la imaginación y la fantasía, y la idealización de la otra persona con la que uno comunica puede ser inevitable. En estas condiciones, hay un lugar privilegiado para el sueño. En la comunicación escrita, el espacio imaginario asume un valor potenciado.

El ejercicio de intentar «adivinar» cómo es la otra persona puede ser muy interesante y estimulante para muchas personas. Estamos hablando del espacio imaginario como un espacio privilegiado porque están presentes la imaginación y la fantasía en la construcción de la otra persona. Implica un proceso de elaboración, plasmado por la invisibilidad de la otra persona, y se crea un clima de misterio y puede que una cierta calidad de interdicto en la idea casi transgresora de «ligar con un desconocido». En este contexto se reúnen algunos elementos

que pueden favorecer la existencia de una componente erótica. Y la escritura puede ser un extraordinario instrumento de comunicación erótica.

Los comportamientos sexuales en el cibersexo pueden incluir el uso de otros medios como la *webcam* o progresar de la escritura a la charla por teléfono, pasando por el frecuente intercambio de fotos de los protagonistas, en el sentido de una mayor revelación y menos anonimato.

La importancia del rol del anonimato es indudable. El anonimato ofrece la sensación de control sobre la naturaleza y contenido de la experiencia sexual y al mismo tiempo crea un clima de permisividad que sirve para promover y validar un comportamiento sexual. Además, el anonimato puede tener un doble rol en las interacciones. Por un lado, puede ofrecer seguridad, ser protector y libertador, facilitar la expresión verdadera de los intereses sexuales, y por otro lado, permite falsear aspectos de la identidad y facilitar el engaño y el juego. Las dos situaciones pueden constituir un atractivo, teniendo en cuenta las variables individuales.

En el ambiente *online* es posible el acceso a un gran número y diversidad de individuos, lo que permite encontrar personas con los mismos intereses y preferencias sexuales de una forma fácil y rápida. Así, el sentido de la inmediatez en la búsqueda de estimulación y satisfacción sexual también puede ser un gran atractivo.

¿CUÁLES SON LAS MOTIVACIONES PARA INVOLUCRARSE EN EL CIBERSEXO?

¿Qué es lo que lleva a las personas a buscar este tipo de actividad sexual?

Los resultados del estudio de Diane Wysocki (1998), una importante investigadora de la dimensión social de Internet sobre el sexo *online*, con una muestra de 133 sujetos, revelaron cinco razones básicas de la participación en BBS (*bulletin board systems*) sexualmente explícitos: la necesidad de anonimato, las limitaciones de tiempo en las vidas personales de los participantes, el hecho de compartir fantasías sexuales, participar en la actividad sexual *online* y conocer a otras personas con los mismos intereses sexuales. La motivación más apuntada fue la posibilidad de encontrar personas con los mismos intereses y deseos sexuales, puesto que esos sujetos tenían fantasías específicas que no eran satisfechas en las relaciones *offline*, y esta forma era la más rápida y fácil de encontrar esas personas (Wysocki, 1998).

En el estudio de Al Cooper y colaboradores (2002), con una muestra de 7 037 sujetos, los resultados revelaron las siguientes razones para la participación en el sexo *online*: la distracción (78 por ciento), la educación (35,1 por ciento), para luchar contra el estrés (29,4 por ciento), para la fantasía, «involucrarme en actividades sexuales que no haría en la realidad» (21,1 por ciento), «para socializarme con personas que comparten mis intereses» (18,5 por ciento), conocer personas para un en-

cuentro real (9,8 por ciento), para actividades sexuales *offline* (9,8 por ciento).

En un estudio portugués con una muestra de 1 266 usuarios de *chats* de carácter general, el 41,3 por ciento se habían involucrado en cibersexo en esos *chats*, revelando una diversidad de razones: el entretenimiento, la excitación resultante del hecho de no poder ver la otra persona, explorar y compartir fantasías sexuales, usar los *chats* con el fin de seleccionar personas con los mismos intereses para futuros encuentros sexuales *off-line*, buscar satisfacción sexual inmediata y satisfacer deseos que no pueden lograr en el mundo real. Los resultados revelaron aún la existencia de una minoría de sujetos que demuestran una preferencia exclusiva por el cibersexo, en detrimento de cualquier otra forma de actividad sexual (Carvalho, 2005).

Con base en las investigaciones, podemos afirmar que la diversidad es la piedra angular de las motivaciones para la búsqueda de sexo en Internet. La Red es un medio más, un instrumento con unas características especiales que también determinan el atractivo erótico del ciberespacio.

El sexo a través de Internet es mas bien concebido a lo largo de un continuo que va desde la simple curiosidad y expresión sexual normal y enriquecedora, hasta las expresiones más patológicas y comportamientos compulsivos (Leiblum, 1997; Cooper *et al.*, 2000).

Consideramos que el cibersexo puede ser un proceso individual, por ejemplo, cuando la persona busca material pornográfico, o puede ser un proceso interpersonal cuando presupone la comunicación entre dos o más personas. El cibersexo puede aún existir en el contexto de una relación formada en Internet. Y existe ya evidencia empírica de que se forman con frecuencia relaciones estrechas y significativas a través de Internet, que pueden progresar hacia el traslado al contexto *off-line*.

El fenómeno del *meeting online* ha originado ya muchas relaciones de compromiso, pero también la ruptura y el fin de otras que ya existían. Las implicaciones y consecuencias de estas nuevas formas de interacción relacional y sexual son todavía imprevisibles.

BIBLIOGRAFÍA

- CARVALHEIRA, A. (2005): *Relaciones interpersonales y comportamientos sexuales a través de Internet*. Tesis doctoral presentada a la Universidad de Salamanca.
- COOPER, A.; MORAHAN-MARTIN, J.; MATHY, R., y MAHEU, M. (2002): «Toward an increased understanding of user demographics in online sexual activities». *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28. Pp. 105-129.
- LEIBLUM, S. (1997): «Sex and the Net: clinical implications». *Journal of Sex Education and Therapy*, 22 (1). Pp. 21-27.
- WYSOCKI, D. K. (1998): «Let your fingers do the talking: sex on an adult chat-line». *Sexualities*, 1 (4). Pp. 425-452.

La coacción sexual



La violación: el crimen violento más íntimo

Incidencia de la violación

Tipos de violaciones

De cerca. Anatomía de una violación: Ann y Jim

Actitudes sociales, creencias y factores culturales que fomentan la violación

Características psicológicas de los violadores: ¿cómo son?

Autoevaluación. Creencias culturales que crean un clima que favorece la violación

De cerca. El (¡muy polémico!) punto de vista evolucionista de la violación

Readaptación de las víctimas de violación

Un mundo de diversidad. Asesinatos por honor: culpabilizar a la víctima hasta la muerte

Tratamiento de los supervivientes de violación

La prevención de la violación

El abuso sexual de menores

Patrones del abuso

La pedofilia

El incesto: romper los tabúes

De cerca. Cómo los abusos sexuales en la infancia pueden preparar el escenario para trastornos psicológicos en la edad adulta

Efectos del abuso sexual en los niños

La sexualidad humana en el nuevo milenio. Registros online de los delincuentes sexuales: una bendición o una desgracia

Prevención del abuso sexual de menores

Tratamiento de los supervivientes de abusos sexuales

Tratamiento de los violadores y los pedófilos

El acoso sexual

El acoso sexual en el lugar de trabajo

El acoso sexual en la facultad

Cómo resistir el acoso sexual

La violación: el crimen violento más íntimo

«Durante el curso escolar hablas con personas a las que les ha ocurrido, incluso de la clase alta, y todas dicen lo mismo. Que te hagas a la idea de que te va a suceder, y si no te ocurre, eres uno de los casos excepcionales. Dicen que si quieres una oportunidad de estar allí, si quieres graduarte, no lo digas. Te toca aguantarte con ello».

Sharon Fullilove (citado en Janofsky & Schemo, 2003)

Las mujeres de la Academia de las Fuerzas Aéreas, como otro medio millón de mujeres estadounidenses cada año, eran víctimas del crimen violento más común.

Pregunta: ¿Qué es la violación? La **violación** tiene sus aspectos sexuales —de hecho, aspectos desagradables y extremadamente sexuales—, pero también supone la subyugación de las mujeres por los hombres por la fuerza o por la amenaza de la fuerza (Mardorossian, 2002; Rozee & Koss, 2001).

En los primeros miles de años de historia, las únicas violaciones que eran castigadas eran aquellas que deshonoraban a las vírgenes. Estas violaciones eran consideradas crímenes contra la propiedad (las vírgenes eran propiedad de sus padres), no crímenes contra las personas. En la antigua Babilonia, las leyes de la violación se aplicaban también a las mujeres casadas. La ley babilónica exigía que el asaltante y *su víctima* fueran maniatados y lanzados al río. Como parte dañada (después de todo, *su* propiedad había sido dañada), el marido podía elegir entre dejar que su esposa se ahogara o salvarla. Responsabilizar a la víctima de la violación es, por tanto, una vieja tradición. Los antiguos hebreos lapidaban a la mujer casada que había sido violada, junto con su asaltante. En las antiguas culturas babilónica y hebrea, la esposa era considerada culpable de adulterio. Las vírgenes que eran violadas dentro de la protección de los muros de la ciudad también eran lapidadas por los hebreos. Se pensaba que podían haber conservado su pureza si hubieran gritado.

La definición actual de violación varía entre los Estados. La **violación forzada** se define normalmente como la relación sexual, con una persona que no consiente, mediante el uso de la fuerza o la amenaza de la fuerza. La **violación legal** es la relación sexual con una persona menor que no tiene edad para consentir, incluso si la persona actúa con consentimiento.

Tradicionalmente, un hombre no podía ser acusado de violar a su esposa aunque la hubiera forzado a mantener relaciones sexuales por la fuerza o con amenazas. Esta exclusión marital tiene su origen en la ley común inglesa que mantenía que una mujer «se entregaba» a su marido cuando se convertía en su esposa y no podía retractarse de su promesa. Sin embargo, hoy en día la mayoría de los Estados tienen leyes que contemplan la persecución de los maridos que violen a sus esposas.

Las leyes que hacen referencia a la violación también se aplican a los hombres que violan a otros hombres y a las mujeres que coaccionan a los hombres para que mantengan relaciones sexuales con ellas o que ayudan a los hombres a violar otras mujeres. La violación forzada es una forma de **asalto sexual**. Incluso cuando el ataque sexual no coincide con la definición de violación, como una penetración forzada anal con un objeto, como una botella o un palo de escoba, puede ser perseguido como un asalto sexual¹.

Violación Relación sexual que tiene lugar como resultado de la fuerza o amenaza de la fuerza, sin consentimiento. (La definición legal de violación varía según los Estados.) Véase también la *violación forzada* y la *violación legal*.

Violación forzada

Relación sexual con una persona sin su consentimiento, por el uso o la amenaza del uso de la fuerza.

Violación legal

Relación sexual con una persona menor de edad. La relación sexual en estas condiciones se considera una violación legal aunque exista cooperación por parte de la persona atacada.

Asalto sexual

Cualquier actividad sexual que implica el uso o la amenaza del uso de la fuerza.

¹ *N. del editor español:* En España la violación se refiere a un determinado tipo de conductas sexuales —penetración vaginal o anal y sexo oral— con personas que no consienten o que, por ser menores o ser personas con discapacidad, no pueden consentir libremente

Incidencia de la violación

Pregunta: ¿Cuál es la incidencia de la violación? En Estados Unidos, por ejemplo, el Estudio Nacional de Delitos con Víctimas (Departamento de Justicia de Estados Unidos, 2003) estima que 225 320 mujeres fueron asaltadas sexualmente en 2001. Este número incluye 76 850 violaciones y 62 620 intentos de violación. Esto significa que una mujer denunció ser violada cada siete minutos. Los hombres —6 770 de ellos— fueron también víctimas de violación.

Pero estos informes tienden a estar por debajo de la incidencia real de la violación. Están basados en las estadísticas de los delitos. Sin embargo, la mayoría de las violaciones no se denuncian a la policía ni son perseguidas (Fisher *et al.*, 2003; Watts & Zimmerman, 2002). Muchas mujeres deciden no denunciar los asaltos porque piensan que serán humilladas por el sistema de justicia. Otras temen las represalias de sus familias o del violador. Algunas, simplemente, asumen que el agresor no será detenido ni perseguido. Como viven en una cultura en la que a menudo se espera que las mujeres «sufran en silencio», las mujeres mexicanas, por ejemplo, más que las europeas, permanecen calladas acerca del abuso sexual y la violación (Lira *et al.*, 1999).

Existen dos razones por las cuales el Estudio Nacional de Delitos con Víctimas subestima la incidencia de la violación en Estados Unidos (Watts & Zimmerman, 2002). En primer lugar, muchas mujeres creen erróneamente que el sexo coactivo es violación solo cuando el violador es un extraño. En segundo lugar, muchas mujeres asumen erróneamente que solo la penetración vaginal forzada se define como violación, mientras que muchos Estados definen la violación más ampliamente. En cualquier caso, el peso de la evidencia sugiere que entre una de cada siete y una de cada cuatro mujeres en Estados Unidos son violadas a lo largo de su vida (Koss & Kilpatrick, 2001). La frecuencia de las violaciones denunciadas en Estados Unidos es casi siete veces mayor que en Gran Bretaña y más de diez veces mayor que en Japón (*Newsweek*, 1990). Más adelante consideraremos algunas de las influencias culturales que hacen de la sociedad estadounidense un caldo de cultivo para la violación.

Mujeres de todas las edades, etnias y clases sociales son violadas, pero las mujeres jóvenes corren un riesgo mayor. Las mujeres con edades entre los 16 y los 24 años corren un riesgo dos o tres veces mayor de ser violadas que las mujeres mayores (Departamento de Justicia de Estados Unidos, 2003).

Pregunta: ¿Qué tipos de violaciones existen?

Tipos de violaciones

Uno de los mitos centrales acerca de la violación en nuestra cultura es que la mayoría de las violaciones son perpetradas por extraños que merodean en callejones oscuros o intrusos que se cuelan a través de ventanas abiertas en mitad de la noche. La verdad es que la mayoría de las mujeres son violadas por hombres a los que conocen —a menudo, por hombres en los que confían—. La Figura 14.1 muestra que solo el 4 por ciento de las mujeres en el estudio de la NHSLS fueron «forzadas a realizar algo sexual que no querían hacer» por un extraño. Según el Departamento de Justicia de Estados Unidos (2003), cerca de dos tercios de las violaciones son cometidas por conocidos de la víctima. Los tipos de violación incluyen violación por desconocidos, violación por conocidos, violación en una cita, violación colectiva, violación masculina, violación marital y violación por mujeres.

Violación por un desconocido. La violación por un desconocido es la violación cometida por un asaltante (o asaltantes) que la persona atacada no conoce previamente. El violador

Violación por un desconocido

Violación cometida por un asaltante desconocido por la persona que es asaltada.

¿Verdad? ¿Ficción?

Es cierto que en Estados Unidos cada diez minutos es violada una mujer. Cada seis minutos está más cerca de la verdad.

Es cierto que la frecuencia de la violación es diez veces mayor en Estados Unidos que en Japón. (Es decir, la frecuencia de la violación *denunciada* es más de diez veces más alta en Estados Unidos.)

No es cierto que la mayoría de las violaciones sean cometidas por desconocidos en barrios desiertos o callejones oscuros. De hecho, la mayoría de las mujeres son violadas por hombres a los que conocen, no por desconocidos.

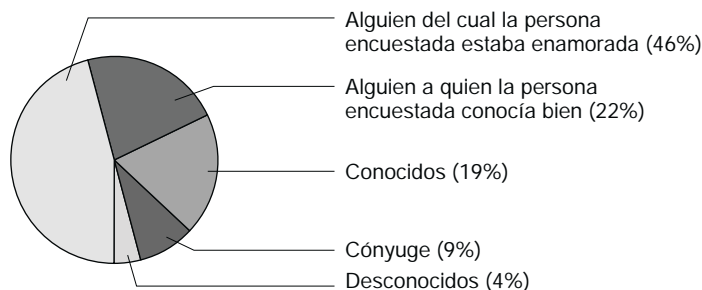


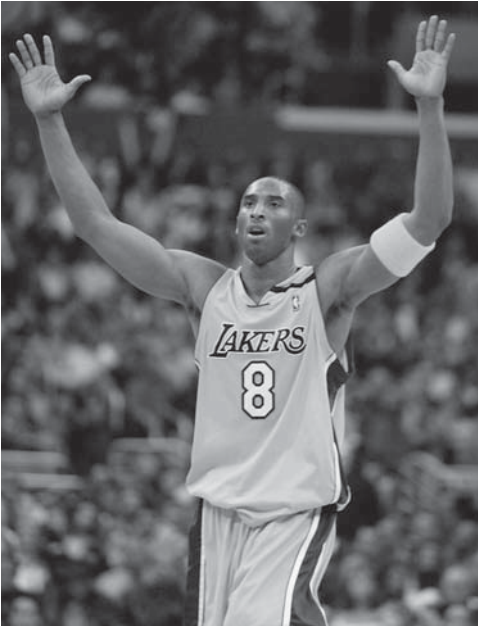
Figura 14.1. Relaciones de las mujeres con hombres que las forzaron a hacer algo sexual que no querían hacer. Solo el 4 por ciento de los asaltantes sexuales denunciados en el estudio de la NHLS fueron perpetrados por desconocidos. (Fuente: Adaptado de Laumann, E. O.; Gagnon, J. H.; Michael, R. T. & Michaels, S. (1994): *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago. University of Chicago Press, Figura 9.3, p. 338.)

desconocido a menudo selecciona objetivos que parecen vulnerables —mujeres que viven solas, que son mayores o con alguna discapacidad, que caminan por calles desiertas, que están dormidas o drogadas—. Después de elegir su objetivo, el violador puede buscar un momento y un lugar para cometer el crimen: un lugar desierto de la ciudad o una calle oscura.

Violación por un conocido. Las mujeres que son violadas, frecuentemente lo son por una persona a la que conocen, como compañeros de clase, compañeros de trabajo e incluso amigos de sus hermanos, más que por desconocidos (Schafran, 1995). Las violaciones por conocidos son mucho menos denunciadas a la policía que las violaciones por desconocidos (Fisher *et al.*, 2003). Una razón es que los supervivientes de una violación pueden no percibir el asalto sexual por personas conocidas como violaciones. Solo cerca de una cuarta parte de las mujeres, en un estudio nacional universitario, que han sido asaltadas sexualmente, se consideraron a sí mismas víctimas de una violación (Koss *et al.*, 1987; Koss & Killpatrick, 2001; Rozee & Koss, 2001). A pesar de la conciencia pública creciente de la violación por conocidos, muchos todavía piensan en los violadores como desconocidos acechando en las sombras y creen que una mujer debería ser capaz de resistir un avance sexual, a menos que el hombre utilice un arma. Los violadores conocidos tienden a racionalizar su conducta, asumen convicciones, como el enfoque tradicional en el que se espera que los hombres asuman un rol sexualmente agresivo en la cita, y la creencia de que los violadores son personas desconocidas. Incluso cuando los violadores conocidos son denunciados a la policía, pueden ser tratados como «malentendidos» de las riñas entre amantes más que como delitos violentos.

Violación en una cita. La violación en una cita es una forma de violación por una persona conocida. Los estudios entre mujeres universitarias muestran una tendencia consistente: entre el 10 por ciento y el 20 por ciento de las mujeres dicen ser forzadas en las citas para mantener una relación sexual (Koss & Kilpatrick, 2001; Tang *et al.*, 1995). Estos porcentajes se mantienen en la Universidad China de Hong Kong, así como en Estados Unidos (Tang *et al.*, 1995). En un estudio en Estados Unidos, la mayoría informaban que las violaciones en las citas eran cometidas por hombres a los cuales las mujeres conocían desde hacía un año, como media (Muehlenhard & Linton, 1987). Las violaciones solían ocurrir cuando la pareja había bebido mucho, estando después en el coche del hombre o de regreso a su residencia. El hombre tendía a percibir el deseo de su pareja por volver a casa

Violación por un conocido Violación por un conocido de la persona que es asaltada.



Acusado de violación. La estrella del baloncesto Kobe Bryant fue acusado en 2003 de violar a una mujer en Colorado. Admitió el adulterio, pero reivindicaba que el sexo fue consensuado.

con él como una señal de interés sexual, aunque ella se resistiese a sus avances. La mayoría de los hombres ignoraban las protestas de la mujer y superaban su resistencia por la fuerza. Ninguno utilizó un arma. Solo unos pocos emplearon amenazas de violencia.

Los hombres que cometen una violación en una cita pueden pensar que la aceptación de una cita indica disposición para tener relaciones sexuales. Pueden creer que las mujeres deberían responder de manera recíproca, aceptando el coito si se las lleva a cenar. Otros hombres asumen que las mujeres que frecuentan ciertos lugares, como bares para solteros, están expresando un acuerdo tácito para mantener relaciones sexuales con hombres que muestren interés por ellas. Algunos violadores en las citas creen que una mujer que se resiste al avance sexual solo está «jugando a hacerse la estrecha», para no parecer una «mujer fácil». Interpretan la resistencia como timidez. Para ellos es una estratagema en el juego del gato y el ratón que tipifica la «batalla de los sexos». Pueden pensar que cuando una mujer dice no, quiere decir sí, especialmente cuando ya se ha establecido una relación sexual (Monson *et al.*, 2000; Osman, 2003).

Según Roy Baumeister y sus colegas (2001, 2002), los asaltantes y las víctimas consideran los asaltos sexuales de muy diferentes maneras. Las mujeres se ven a sí mismas como derrotadas y profundamente dañadas. Los hombres a menudo se centran en sus propios deseos, ignorando los de la víctima, y no soportan su frustración sexual cuando la mujer dice que es hora de dejarlo. Cuanto más se centra el hombre en sus propios deseos e ignora los de la mujer, más probable es que cometa una violación (Bushman *et al.*, 2003). En estos casos, el motivo puede ser en gran medida sexual, pero el hombre sigue siendo un delincuente violento que no admite un no por respuesta.

El tema del consentimiento es el centro de la cuestión sobre si un acto sexual es una violación. A diferencia de los casos de violación por un desconocido, la violación en una cita ocurre en un contexto en el cual las relaciones sexuales podrían ocurrir voluntariamente. Así pues, el asunto del consentimiento puede convertirse en algo difícil. Los jurados y los jueces se enfrentan a menudo con una mujer demandante que alega que el hombre procesado, que puede aparecer vestido correctamente y con aspecto de ser el vecino de al lado, la forzó a mantener relaciones sexuales en contra de su voluntad. Como en las

apariciones ante los tribunales de Mike Tyson y Kobe Bryant, el procesado puede admitir que la relación sexual tuvo lugar, pero reivindicar que fue consentuada. Los jueces y los jurados entonces tienen que discernir entre las sombras de lo que significa «consentimiento».

El veredicto, en caso de violación en una cita, a menudo se reduce a la palabra de él contra la palabra de ella. A menudo, el testimonio de ella se hace menos persuasivo a los ojos del jurado, si queda claro que participó en actos consentuados con antelación, como compartir la cena, ver una película juntos, acompañarle a su casa, compartir una copa a solas y quizás besarse o acariciarse (Maxwell *et al.*, 2003; Osman, 2003). El asunto se enturbia más por el hecho de que algunas víctimas de violación en una cita, continúan su relación e incluso se casan con los responsables.

El problema de la violación en una cita se ha sometido a debate público en años recientes. Las marchas, bajo el lema «Recupera la noche», se han convertido en una forma común de protesta estudiantil, en las facultades universitarias, contra la conducta sexual errónea de los hombres. Muchas facultades han programado seminarios y talleres que tratan el tema de las violaciones en las citas.

La violación colectiva. En su estudio clásico de la violación, Groth y Birnbaum (1979) relatan la historia de Kurt, un euroamericano de 23 años, casado, padre de tres hijos, que estuvo implicado en varias violaciones con un amigo, Pete:

Miraba a Pete y me sentía de segunda clase comparado con él. Sentía que le pertenecía y no podía arrugarme ante las violaciones. Le idolatraba. Era el mejor luchador, amante, esquiador acuático y motorista que conocía. Tomar parte en los asaltos sexuales me hacía sentir a su altura [...] No tenía más amigos y me hacía sentir como nadie [...] Me hizo socio de su club de motoristas. Me hizo una persona.



Reivindicando la noche. ¿Quién es el culpable si una mujer es violada cuando sale sola de noche? Muchas mujeres —y hombres que se preocupan de las mujeres— marchan para demostrar su indignación con los hombres que podrían asaltar a mujeres que caminan solas y con una sociedad que demasiado a menudo acusa a la víctima de lo que le ocurre.

De
cerca

Anatomía de una violación: Ann y Jim

La violación en una cita es una preocupación insistente en las facultades universitarias, donde miles de mujeres han sido violadas por hombres a los que conocían o con los que habían tenido una cita, y donde existe mucha polémica acerca de lo que significa exactamente una violación en una cita. Considera el caso de Ann:

Lo conocí en una fiesta. Era muy atractivo y tenía una bonita sonrisa. Quería conocerlo pero no sabía cómo. No quería parecer demasiado lanzada. Entonces vino y se presentó. Hablamos y resulta que teníamos mucho en común. Me gustaba mucho. Cuando me invitó a su habitación para tomar una copa, pensé que era una buena idea. Era un buen conversador y quería que me invitara a salir de nuevo.

Cuando llegamos a su habitación, el único sitio para sentarse era la cama. No quería que se hiciera una idea equivocada, pero, ¿qué otra cosa podía hacer? Hablamos durante un rato y entonces hizo su primer movimiento. Yo estaba muy sobresaltada. Empezó a besarme. Me gustaba mucho, así que besarnos era muy agradable. Pero entonces me empujó sobre la cama. Intenté incorporarme y le dije que parara. Él era mucho más grande y más fuerte. Me asusté y empecé a llorar. Me quedé paralizada y me violó.

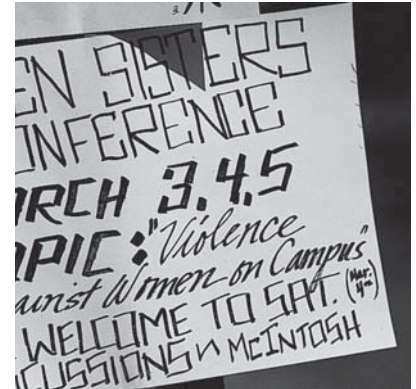
Fueron solo un par de minutos y fue terrible, fue muy brusco. Cuando acabó me preguntó qué era lo que iba mal, como si no lo supiera. Acababa de

violarme y él pensaba que todo había ido bien. Me llevó a casa y dijo que le gustaría verme de nuevo. Tenía mucho miedo de verlo de nuevo. Nunca pensé que eso pudiera ocurrirme.

Los universitarios varones, en las citas, frecuentemente perciben las protestas como parte de un juego sexual con el adversario (Bernat *et al.*, 1999). Un varón estudiante universitario decía: «Demonios, no», cuando se le preguntaba si en una cita había consentido en el sexo. Añadía: «Pero no dijo que no, así que debía desearlo también [...] Es la manera en que funciona esto» (Celis, 1991). Considera los comentarios de Jim, el hombre que violó a Ann:

La conocí en una fiesta. Estaba muy atractiva, llevaba un vestido que mostraba un cuerpo estupendo. Empezamos a hablar. Sabía que yo le gustaba por la manera en que me sonreía y me tocaba el brazo mientras hablaba. Parecía bastante relajada, así que la invité a mi habitación para tomar un trago [...] Cuando dijo que sí, sabía que iba a tener suerte.

Cuando llegamos a mi habitación, nos sentamos en la cama y empezamos a besarnos. Al principio todo iba bien. Entonces, cuando la tumbé sobre la cama, empezó a moverse y a decir que no quería. La mayoría de las mujeres no se muestran demasiado fáciles, así que sabía que estaba cumpliendo con el formulario. Cuando dejó de forcejear, sabía que



Combatir la violación en la facultad.

Muchas facultades y universidades han iniciado programas de concienciación de la violación para combatir el problema de la violación en las facultades. ¿Cuál es la frecuencia de la violación en tu facultad? ¿Qué estás haciendo por ello?

tendría que soltar unas cuantas lágrimas antes de que lo hiciéramos.

Aún estaba muy alterada cuando acabó todo, y no podía entenderlo. Si ella no quería tener sexo, ¿por qué vino a mi habitación? Podías saber por cómo vestía y cómo actuaba que no era virgen, así que ¿por qué opuso tanta resistencia? Es algo que no entiendo.

Aceptar una cita no equivale a consentir el coito. Acompañar a un hombre a su habitación no equivale a consentir el coito. Tampoco besarse y acariciarse equivale a consentir el coito. Cuando la mujer dice no, el hombre está obligado a tomar el no como respuesta.

Iba a un centro comercial y localizaba una víctima. Me aproximaba a ella con un cuchillo o un arma y entonces se la entregaba. Él la violaba primero y después yo podía hacerlo [...] Violamos unas ocho chicas juntos en un periodo de unos cuatro meses. (p. 113)

Participando en una violación colectiva, el seguidor, como Kurt, está intentando parecerse al estereotipo del hombre «masculino», duro y competente, que representa el otro.

Sin embargo, los seguidores pueden fortalecer el valor del instigador del acto. Uno de los encargados de planificar dichos actos destaca: «Tener un compañero es como tomar un trago. Me sentía envalentonado. Me sentía más fuerte. Me proporcionaba el valor para hacer algo que no habría hecho por mí mismo» (1979, p. 112).

Ejercer el poder es el motivo principal que se oculta tras las violaciones colectivas, aunque algunos atacantes pueden expresar también su rabia contra las mujeres. A menudo, los miembros del grupo creen que, una vez las mujeres mantienen un coito, se convierten en «putas». De ese modo, cada uno de los miembros del grupo puede mostrarse más agresivo cuando llega su turno.

El estudio universitario Koss (Koss *et al.*, 1987) mostraba que los asaltos sexuales que involucraban a un grupo de asaltantes tendían a ser más perversos que los asaltos individuales (Gidycz & Koss, 1990). Y eran relativamente pocas las víctimas de una violación colectiva las que denunciaban el ataque a la policía o buscaban el apoyo de un centro ayuda.

La violación masculina. La frecuencia de la violación masculina es desconocida porque la mayoría de los asaltos no son denunciados. El Departamento de Justicia de Estados Unidos (2003) estima que una de cada diez víctimas de violación es un hombre. La mayoría de los hombres que violan a otros hombres son heterosexuales. Sus motivos suelen incluir la dominación y el control, la venganza y la represalia, el sadismo y la degradación, y (cuando la violación es colectiva) para ganar estatus y afiliación (Krahe *et al.*, 2003). Los motivos sexuales pueden no existir.

La mayoría de las violaciones masculinas ocurren en prisiones, pero algunas se producen fuera de los muros de la cárcel. Los hombres son más a menudo atacados por múltiples asaltantes, son retenidos más tiempo y suelen ser más reacios a denunciar el asalto. Después de todo, la victimización no se ajusta al estereotipo masculino de la capacidad para la autodefensa. De los hombres se espera no solo que sean fuertes, sino también silenciosos. No obstante, las víctimas masculinas de una violación pueden sufrir efectos traumáticos similares a los sufridos por las víctimas femeninas (Krahe *et al.*, 2003).

La violación marital. Probablemente, las violaciones maritales son más comunes que las violaciones en una cita, porque previamente se ha establecido una relación sexual (Monson *et al.*, 2000; Osman, 2003). Un marido «tradicional» puede creer que tiene derecho al sexo con su esposa cuando quiera. Puede estar menos dispuesto a aceptar un rechazo. Puede creer que el deber de su esposa es satisfacer sus necesidades sexuales, incluso cuando ella no esté interesada. De hecho, los hombres que poseen mayor formación académica y que se muestran menos propensos a aceptar los estereotipos tradicionales sobre las relaciones sexuales tienden a cometer menos violaciones maritales (Basile, 2002).

Durante mucho tiempo las violaciones maritales no se han denunciado y a menudo no son reconocidas como violaciones por las víctimas (Monson *et al.*, 2000). También las mujeres pueden ser reacias a denunciar una violación marital por el temor a no ser creídas.

Los motivos de una violación marital varían. Algunos hombres utilizan el sexo para dominar a sus esposas. Otros degradan a sus esposas a través del sexo, especialmente después de una discusión. La coerción sexual a menudo ocurre en el contexto de un patrón de violencia, palizas e intimidación física marital (Johnson, 2003). En algunos casos, sin embargo, la violencia se limita a la relación sexual (Peacock, 1998). Algunos hombres ven el sexo como la solución a las disputas maritales. Piensan que si pueden forzar a sus esposas al sexo, «todo irá bien».

Las víctimas de violación marital pueden sentir tanto miedo a un daño mayor o incluso a la muerte como las víctimas de violación por un desconocido. Los efectos a largo plazo de la violación marital sobre las víctimas son similares también a los experimentados

por las víctimas de violación por un desconocido, incluyendo miedo, depresión y disfunciones sexuales (Bergen, 1998; Mahoney & Williams, 1998; Peacock, 1998). Más aún, la mujer que es violada por su esposo normalmente sigue viviendo con su asaltante y puede temer ataques repetidos.

La violación por mujeres. La violación por mujeres es poco frecuente. Cuando ocurre, a menudo implica la ayuda o la inducción a los hombres que están atacando a otras mujeres. La violación por mujeres puede ocurrir en una violación colectiva, cuando las mujeres pueden apoyar a líderes masculinos para ganar su aprobación. En dichos casos, una mujer puede actuar como señuelo para llevar a otra mujer a un lugar razonablemente seguro para la violación, o la mujer puede sujetar a la otra mujer mientras es asaltada.

Pero algunos hombres han sido violados por mujeres. Sarrel y Masters (1982) informaron de once casos de hombres que fueron asaltados sexualmente por mujeres, incluyendo el caso de un hombre de 37 años que fue obligado a tener relaciones sexuales por dos mujeres que lo acosaban a punta de pistola. En otro caso, un hombre de 27 años se quedó dormido en su hotel con una mujer que acababa de conocer en un bar y cuando despertó se encontró con que estaba atado a la cama, amordazado y con los ojos vendados. Entonces fue forzado a tener relaciones sexuales con cuatro mujeres diferentes, que le amenazaban con la castración si no se portaba satisfactoriamente. La violación de un hombre puede no ser reconocida como tal en aquellos Estados que definen la violación como la penetración forzada vaginal de una mujer por un hombre. En dichos casos, la asaltante —o asaltantes— puede ser acusada al amparo de otras leyes que contemplan los asaltos físicos o sexuales.

La violación es común en Estados Unidos.

Pregunta: ¿Qué factores sociales y culturales contribuyen a la alta frecuencia de las violaciones en Estados Unidos?

Actitudes sociales, creencias y factores culturales que fomentan la violación

Muchas personas tienen diversas creencias sobre la violación, como que «las mujeres dicen no cuando quieren decir sí», «todas las mujeres se sienten atraídas por un hombre que sea agresivo y fuerte», «la manera en que se visten las mujeres está pidiendo que las violen» y «los violadores están enloquecidos por el deseo sexual» (Maxwell *et al.*, 2003; Osman, 2003). Otra creencia que está firmemente arraigada es que las mujeres quieren ser violadas. La creencia de que las mujeres desean ser reducidas por los hombres y forzadas a mantener relaciones sexuales es una racionalización de la violencia (Powell, 1996).

Las creencias sobre la violación crean un clima social que la legitima. Aunque tanto hombres como mujeres son susceptibles a las convicciones sobre la violación, los investigadores encuentran que los hombres universitarios aceptan de mayor grado las creencias sobre la violación que las mujeres universitarias (Maxwell *et al.*, 2003; Van Wie & Gross, 2001). Los hombres también se aferran más obstinadamente a las convicciones sobre las violaciones en las citas que las mujeres, incluso después de asistir a cursos de formación sobre violación en las citas, diseñados para desafiar estos puntos de vista (Maxwell *et al.*, 2003). Dichas creencias no ocurren en un vacío social. Están relacionadas con otras actitudes sociales, incluyendo los estereotipos de los roles de género, la percepción del sexo como enfrentamiento y la aceptación de la violencia en las relaciones. El cuestionario que te proponemos en la página 399 te ayudará a determinar si albergas creencias que legitiman la violación.

Muchos observadores sostienen que nuestra sociedad alimenta a los violadores socializando a los varones en roles social y sexualmente dominantes (Bernat *et al.*, 1999; Davis

¿Verdad? ¿Ficción?

Es cierto que diez veces más mujeres que hombres son violadas en Estados Unidos. No es cierto que los hombres que violan a otros hombres sean gays. La mayoría de los hombres que violan son heterosexuales.

& Liddell, 2002; Holcomb *et al.*, 2002). Los varones son animados desde su infancia hacia una conducta agresiva y competitiva. La impronta de género puede conducir también a los hombres a rechazar rasgos «femeninos», como la ternura y la empatía, que podrían reprimir la agresividad (Davis & Liddell, 2002; Shultz *et al.*, 2000).

La investigación con estudiantes universitarios apoya la conexión entre la identificación con el estereotipo masculino y la tendencia a la violación o a disculparla. Los estudios han comparado a estudiantes que creen estrictamente en los roles tradicionales de género con estudiantes que mantienen actitudes menos rígidas. Los «tradicionalistas» muestran una mayor probabilidad de cometer una violación, aceptan con mayor grado la violencia contra las mujeres, tienden a culpar a las víctimas de las violaciones y se excitan más fácilmente con descripciones de violaciones (Check & Malamuth, 1983; Raichle & Lambert, 2000). Los universitarios varones que se identifican en mayor medida con el rol de género tradicional masculino más a menudo informan de mantener coacción verbal sexual y violación forzada (Bernat *et al.*, 1999; Shultz *et al.*, 2000).

¿Las lecciones aprendidas en los deportes competitivos predisponen a los jóvenes estadounidenses a la violencia sexual (Holcomb *et al.*, 2002)? Los chicos a menudo están expuestos a entrenadores que hacen hincapié en ganar a toda costa. Son entrenados para ser dominantes y derrotar a sus oponentes, incluso si ganar significa hacer daño o «eliminar» al rival. ¿Se traslada esta filosofía desde el campo de juego hasta las relaciones con las mujeres?

La conducta sexual y los deportes en nuestra cultura están relacionados con un lenguaje común. Un joven puede ser objeto de comentarios jocosos por parte de sus amigos después de una cita con una mujer con preguntas como «¿marcaste un tanto?», o, más claramente, «¿la metiste?». Considera, por ejemplo, la competitividad agresiva con la que este estudiante universitario ve las relaciones entre hombres y mujeres en una cita:

Se supone que un hombre ve una cita con una mujer como un plan premeditado para conseguir la mayor cantidad de sexo de ella. Todo lo que hace, lo juzga en términos de un criterio: «acostarse con ella». Se supone que la presiona constantemente para ver lo lejos que puede llegar. Ella es su adversario, su oponente en una batalla, y empieza a considerarla como un trofeo, un objeto, no una persona. Mientras ella está soñando en el amor, él está pensando cómo conquistarla. (Powell, 1991, p. 55)

Características psicológicas de los violadores: ¿cómo son?

Aunque la agresividad sexual puede estar grabada en nuestro tejido social, no todos los hombres son igualmente vulnerables a dichas influencias culturales. Así pues, los factores personales están también implicados.

Pregunta: ¿Qué factores psicológicos caracterizan a los violadores? ¿Son los violadores perturbados mentales? ¿Retrasados? ¿Están impulsados por un impulso sexual insaciable?

Gran parte de nuestro conocimiento acerca de las características psicológicas de los violadores se desprende de los estudios de casos de violadores encarcelados. Una conclusión que emerge es que no existe un tipo simple de violador. Los violadores varían en sus características psicológicas, antecedentes familiares, salud mental e historiales criminales (Prentky & Knight, 1991). Hablando en general, los violadores no son menos inteligentes ni están más enfermos mentalmente que otras personas (Renzetti & Curran, 1989). Muchos violadores no muestran evidencias de trastornos psicológicos (Dean & de Bruyn-Kops, 1982). Esto no quiere decir que su conducta sea «normal». Quiere decir que la mayoría de los violadores controlan su conducta y saben que es ilegal.

Autoevaluación

Creencias culturales que crean un clima que favorece la violación

Las siguientes afirmaciones están basadas en un cuestionario de Martha Burt (1980). Lee cada afirmación e indica si crees que es cierta o falsa rodeando la V o la F. Después, consulta el apéndice B para conocer las implicaciones de tus respuestas.

- | | |
|--|--|
| <p>V F 1. Una mujer que va a la casa o al apartamento de un hombre en su primera cita implica que ella desea tener sexo.</p> <p>V F 2. Cualquier mujer puede ser violada.</p> <p>V F 3. Una razón por la que las mujeres denuncian falsamente una violación es porque necesitan llamar la atención sobre sí mismas.</p> <p>V F 4. Cualquier mujer sana puede resistir con éxito a un violador si realmente lo desea.</p> <p>V F 5. Cuando las mujeres caminan por la calle sin ropa interior o con minifaldas y camisetas ajustadas, solo están buscando problemas.</p> <p>V F 6. En la mayoría de las violaciones, la víctima es promiscua o tiene mala reputación.</p> <p>V F 7. Si una mujer participa de buen grado en besuqueos y caricias y deja que las cosas se vayan de las manos, es culpa suya si su pareja la fuerza a tener sexo.</p> | <p>V F 8. Las mujeres que son violadas mientras hacen autoestop consiguen lo que estaban buscando.</p> <p>V F 9. Una mujer que es una creída y piensa que es lo bastante buena para hablar con los tíos en la calle merece que le den una lección.</p> <p>V F 10. Muchas mujeres tienen un deseo inconsciente de ser violadas y entonces inconscientemente se colocan en una situación en la que probablemente pueden ser atacadas.</p> <p>V F 11. Si una mujer se emborracha en una fiesta y tiene una relación con un hombre que acaba de conocer allí, podría considerarse «juego limpio» que otros hombres en la fiesta también quieran tener sexo con ella, quiera ella o no.</p> <p>V F 12. Muchas mujeres que denuncian una violación están mintiendo porque están resentidas y quieren vengarse del hombre al que acusan.</p> <p>V F 13. Muchas, si no la mayoría, de las violaciones son meras invenciones de mujeres que descubren que se quedaron embarazadas y quieren proteger su reputación.</p> |
|--|--|

Algunos violadores se sienten socialmente inadaptados y confiesan que no son capaces de encontrar parejas dispuestas. Algunos carecen de habilidades sociales y evitan las interacciones sociales con las mujeres (Overholser & Beck, 1986). Sin embargo, otros no son menos hábiles socialmente que los no violadores en el mismo grupo socioeconómico (Segal & Marshall, 1985). Algunos violadores son básicamente antisociales y tienen largos historiales de conducta violenta (Knight *et al.*, 1991). Tienden a actuar según sus impulsos, sin tener en cuenta el coste para la persona a la que atacan. El uso del alcohol también puede amortiguar el autocontrol y espolear la agresividad sexual.

Para algunos violadores, la violencia y la excitación sexual están imbricadas. Así pues, buscan combinar sexo y violencia para aumentar su excitación sexual (Quinsey *et al.*, 1984). Algunos violadores se excitan más que otros hombres (según el tamaño de sus erecciones) con las descripciones verbales o los vídeos que describen violaciones (Barbaree & Marshall, 1991). Sin embargo, otros investigadores han fracasado en el intento de encontrar patrones de excitación desviados en los violadores (Baxter *et al.*, 1986; Hall, 1989). Estos investigadores encuentran que, como grupo, los violadores, como la mayoría de otras personas, se excitan más con los estímulos provocados en una actividad sexual mutuamente consentida que con los estímulos que reciben en una violación.

Los estudios realizados con violadores encarcelados pueden criticarse basándose en que no representan a la población total de los violadores. Se estima que menos del 4 por ciento de los violadores son detenidos y eventualmente privados de libertad (Gibbs, 1991). La mayoría de las violaciones son cometidas por conocidos de la víctima, y éstos aún tienen una probabilidad menor de ser arrestados, condenados y encarcelados.

Para compensar este problema metodológico, los investigadores han intentado el método de estudio según el cual hombres que conservan su anonimato confiesan haber

De
cerca

El (imuy polémico!) punto de vista evolucionista de la violación

Según la teoría evolucionista, aquellos rasgos que ayudan a un individuo a alcanzar la madurez sexual y reproducirse tienen una mayor probabilidad de pasar a futuras generaciones. ¿Podría ser uno de esos rasgos la agresividad sexual? ¿Podría estar la agresividad sexual escrita de alguna manera en el código genético humano?

Según los psicólogos evolucionistas, podría ser cierto. Un argumento es que la violación es una forma de apareamiento común —incluso «normal»— en muchas especies (Archer & Vaughan, 2001). Los psicólogos evolucionistas aceptan el punto de vista de que, previamente a la civilización, los varones que eran más agresivos sexualmente por lo general tenían mayor probabilidad de transmitir sus genes a las futuras generaciones (Fisher, 2000; Koss, 2003; Thornhill & Palmer, 2000). La sociedad moderna de nuestros días, por el contrario, puede considerar que cualidades personales,

como la inteligencia y la formalidad, y conductas sociales, como el compromiso de mantener relaciones prolongadas, son más importantes que la fuerza bruta. La sociedad moderna también ha condenado la agresión sexual, considerándola un delito contra la mujer, que es victimizada, más que un delito contra la «propiedad» de otro hombre. Pero la sociedad moderna y el sistema legislativo actual son invenciones relativamente nuevas sobre el planeta, y el código genético humano es el producto de millones de años de evolución. Así pues, podría conservarse una tendencia «natural» para que los varones sean más agresivos sexualmente que las hembras e intenten conseguir lo que ellas poseen.

Aunque el enfoque evolucionista puede ver la coacción masculina como algo «natural», muchos o la mayoría de los psicólogos evolucionistas también están de acuerdo en que la violación es inexcusable y un acto criminal en la sociedad moderna,

y que los hombres pueden elegir no ser agresivos (Koss, 2003). Sí, es concebible que los hombres transporten genes que de vez en cuando les hagan manifestar impulsos agresivos, algunos de los cuales involucran los encuentros sexuales. Pero los hombres también transportan otros genes que les permiten ponerse en el lugar de la víctima y elegir no ser agresivos. La empatía —es decir, experimentar los sentimientos de otra persona— puede ser más común en las mujeres que en los hombres, pero no está ausente en ellos y pueden cultivarla, como se ha demostrado en numerosos programas de prevención de la violación (Davis & Liddell, 2002; Hall & Barongan, 1997; Holcomb *et al.*, 2002; O'Donohue *et al.*, 2003).

Nosotros no «aceptamos» la agresividad natural de los depredadores, como las serpientes y los grandes felinos, caminando desarmados por la jungla. ¿Por qué deberíamos aceptar la agresividad en otras personas, sea natural o no?

mantenido conductas sexuales coactivas, incluyendo la violación, y no haber sido identificados por el sistema judicial criminal. Harney y Muehlenhard (1991) resumieron los hallazgos de los investigadores sobre hombres que se declaraban sexualmente agresivos. Éstos presentaban las siguientes características:

- Perdonan la violación y la violencia contra las mujeres.
- Mantienen actitudes tradicionales de rol de género.
- Son experimentados sexualmente.
- Son hostiles hacia las mujeres.
- Mantienen la actividad sexual para expresar dominio social.
- Se excitan sexualmente con las descripciones de violaciones.
- Son irresponsables y carecen de conciencia social.
- Tienen grupos de amigos, como fraternidades, que les presionan hacia la actividad sexual.

Los móviles de los violadores: la búsqueda de los tipos. Aunque la excitación sexual es un elemento obvio e importante en una violación, algunos investigadores argumentan que el deseo sexual no es la motivación básica para la violación (Gebhard *et al.*, 1965; Groth & Birnbaum, 1979). Otros investigadores encuentran que la motivación sexual juega un papel clave

en las violaciones en las citas y por conocidos (Baumeister *et al.*, 2002; Bushman *et al.*, 2003). Basándose en el trabajo clínico con más de 1 000 violadores, Groth y Birnbaum proponen tres tipos básicos de violación: violación por cólera, violación por poder y violación sádica.

- **Violación por cólera.** La violación por cólera es un ataque vicioso y no planeado que se activa por la cólera y el resentimiento hacia las mujeres. El violador por cólera normalmente emplea más fuerza de la necesaria para obtener la sumisión. Sus víctimas a menudo son obligadas a cometer actos degradantes y humillantes. Típicamente, el violador por cólera confiesa haber sufrido humillaciones de manos de las mujeres y utiliza la violación como un instrumento de venganza.
- **Violación por poder.** El hombre que comete una violación por poder está motivado por el deseo de controlar y dominar a la mujer que viola (Mardorossian, 2002). La recompensa sexual es secundaria. El violador por poder está intentando «resolver dudas que le perturban acerca de su [de él] identidad sexual y valía, [o] combatir sentimientos profundamente arraigados de inseguridad y vulnerabilidad» (Groth & Hobson, 1983, p. 165).
- **Violación sádica.** El violador sádico realiza un ataque salvaje y ritualizado. Algunos sádicos atan a sus víctimas y las someten a experiencias y amenazas humillantes y degradantes. Algunos torturan o asesinan a sus víctimas. La mutilación es común. Groth (1979) estima que cerca del 40 por ciento de las violaciones son violaciones por cólera, el 55 por ciento son violaciones por poder y el 5 por ciento son violaciones sádicas.

Readaptación de las víctimas de violación

Muchas mujeres que son violadas temen por su vida durante el ataque. Se utilicen armas o amenazas, la experiencia de ser dominadas por un asaltante impredecible y amenazante es terrorífica. La mujer no sabe si sobrevivirá y se siente indefensa para hacer cualquier cosa.

Pregunta: ¿Cómo se readaptan las víctimas de una violación? Después de haber sido violadas, muchas víctimas entran en una crisis.

Muchas víctimas están traumatizadas en los días y semanas que siguen a su violación (Koss *et al.*, 2002, 2003). Tienen problemas para dormir y lloran frecuentemente. Suelen informar de trastornos alimenticios, cistitis, dolores de cabeza, irritabilidad, cambios de humor, ansiedad, depresión e irregularidad menstrual. Pueden volverse retraídas, hurañas y desconfiadas. La gente en Estados Unidos, por ejemplo, tiende a pensar que las mujeres que son violadas son en parte culpables de su asalto; por ello, algunas víctimas experimentan sentimientos de culpa y vergüenza. El sufrimiento emocional tiende a alcanzar su punto álgido unas tres semanas después del asalto y por lo general se mantiene elevado durante un mes, antes de comenzar a descender un mes o dos después (Koss *et al.*, 2002, 2003). Muchas víctimas se encuentran con problemas a más largo plazo. Un estudio realizado entre mujeres militares que habían sufrido violación y abuso físico encontró problemas psicológicos y de salud una década después del asalto (Sadler *et al.*, 2000). Algunas víctimas sufren daños físicos e infecciones transmitidas sexualmente, incluso HIV/SIDA.

Las víctimas de violación pueden encontrar problemas en el trabajo, como dificultades para relacionarse con los compañeros o con los jefes, o problemas para concentrarse. Sin embargo, el ajuste en el trabajo normalmente vuelve a niveles normales en un año (Calhoun & Atkeson, 1991). Las relaciones con sus cónyuges o parejas también se pueden ver perjudicadas. Los trastornos en el funcionamiento sexual son también comunes y pueden durar años. Las víctimas a menudo informan de falta de deseo sexual, temor al sexo y dificultad para excitarse sexualmente (Koss *et al.*, 2002, 2003).

Violación por cólera

Violación viciosa y no planeada que es activada por sentimientos de intensa cólera y resentimiento hacia las mujeres.

Violación por poder

Violación motivada por el deseo de controlar y dominar a la persona asaltada.

Violación sádica

Violación salvaje y altamente ritualizada en la cual la víctima es objeto de experiencias dolorosas y humillantes, amenazas y/o tortura.

Crisis Situación altamente estresante que puede implicar choque emocional, pérdida de autoestima y pérdida de capacidad para tomar decisiones.

Un mundo de diversidad

Asesinatos por honor: culpabilizar a la víctima hasta la muerte

Ésta es una historia sobre mujeres [...] que empieza con un hombre. Su nombre es Ghazi al Marine. Llevaba casado solo tres meses —nos dijo que fueron los tres meses más felices de su vida— cuando un asesino entró en su casa y disparó a su esposa.

«Estaba tumbada en aquella esquina», dijo señalando el lugar. «La sangre estaba por todas partes.»

Esa noche la policía arrestó a su hermano. Aparentemente asesinó a su hermana para limpiar el honor de su familia, un honor que quedó manchado cuando fue violada hacía tres años. Desde el momento en que fue violada hasta su matrimonio, había vivido en una prisión. No porque hubiera cometido ningún delito, sino porque, como docenas de otras mujeres, tenía que ser protegida de su familia.

En ciertos países, la reputación de una familia descansa en la reputación de sus mujeres. Todo lo que tienen que hacer para que la violencia esté justificada es ser vistas con un hombre con el que no estén emparentadas, rechazar a un pretendiente o incluso ser víctimas de un crimen sexual.

En Jordania, más de 30 mujeres al año son asesinadas en nombre del

«honor», un tercio de los crímenes nacionales. En Pakistán, las organizaciones de los derechos humanos aseguran que miles de mujeres y chicas son apuñaladas, disparadas, mutiladas o quemadas cada año.

En Bangladesh, un castigo típico es verter ácido sulfúrico sobre la cara de la mujer. «¿Por qué nos hacen esto?», pregunta Bina Akhtar. «No hicimos daño a nadie.» «Es el sentimiento masculino de que son responsables y están autorizados a controlar las vidas y los cuerpos de las mujeres», dice Asthma Khadar, una abogada de los derechos humanos en Jordania.

Los hombres que cometen estos crímenes saben que probablemente nunca serán castigados. Los pocos que son arrestados sienten pocos remordimientos:

«Estoy orgulloso de haberla matado», confiesa un hombre en prisión. «Estoy avergonzado de que fuera mi hermana.» Estos hombres pasarán unos pocos meses en prisión, como mucho, por el asesinato de una madre, una hermana, una hija o una esposa.

«La mayor parte del tiempo», dice Nazrin Huk, una activista de los derechos de la mujer de Bangladesh,

«las personas que vierten ácido consiguen escapar. La mayoría de ellos piensan: “Podemos hacerlo, ¿sabes?, no nos va a ocurrir nada”.»

Las protestas en algunos de estos países han provocado algunos signos de cambio. Por primera vez, el presidente de Pakistán, Pervez Musharraf, ha prometido: «Pakistán tratará los crímenes por honor como asesinatos».

En Jordania, el rey y la reina han prometido terminar con estas prácticas. En unos pocos casos, los tribunales han comenzado a castigar con sentencias más largas los crímenes por honor.

Ghazi al Marine le ha dicho a su abogado que luchará en los tribunales hasta asegurarse de que su mujer no murió en vano. Pero, ¿conseguirá justicia?

«Espero que sí», dice. «Debería ser colgado [...] como cualquiera que asesine a una mujer».

Los crímenes de honor continúan, pero al menos existe la posibilidad de que se haga justicia. Y solo un poco de menor aceptación de la violencia en nombre del honor.

Fuente: Reimpreso con permiso de Sheila MacVicar (5 de junio de 2000): *Crimes in the name of honor*. www.abcnews.com.

La mayoría de las mujeres no denuncian los asaltos sexuales a la policía. ¿Por qué? Los temores incluyen miedo a las represalias, el estigma social asociado a los supervivientes de violación, dudas acerca de que otros las creerán, la sensación de que no servirá de nada presentar cargos contra el agresor, la preocupación por la publicidad negativa y el temor a la angustia emocional a la que estarían sometidas si el caso llegara a juicio (Fisher *et al.*, 2003).

Violación y trastornos psicológicos. Las víctimas de violación corren un riesgo mayor que la media de desarrollar trastornos de ansiedad y depresión, y de abusar del alcohol y de otras sustancias (Koss *et al.*, 2002, 2003). Un trastorno común de ansiedad entre las víctimas de violación es el **trastorno de estrés post-traumático (PTSD)** (Koss *et al.*, 2003). El PTSD aparece tras la exposición a un evento traumático y a menudo aparece en soldados que estuvieron en combate (Asociación Americana de Psiquiatría, 2000). Las personas con PTSD pueden tener recuerdos vívidos de la experiencia traumática, sueños interrumpidos, parálisis emocional y nerviosismo. El PTSD puede durar años. La persona también puede desarrollar temores hacia situaciones relacionadas con el evento traumático. Por ejemplo, una mujer que fue violada en un ascensor puede tener miedo a subirse sola a un ascensor. Los investigadores también informan de que las mujeres que se culpan a sí mismas de la violación tienden a sufrir depresiones y problemas de adaptación más severos, incluyendo problemas sexuales (Koss *et al.*, 2002).

Si sufres una violación... Elizabeth Powell (1996) propone algunos consejos que se pueden seguir en caso de violación:

1. No te arregles: no te laves, ni siquiera te peines. Déjate la ropa como está. De otro modo, podrías destruir evidencias.
2. Considera muy seriamente denunciar el incidente a la policía. Puedes evitar que otra mujer sea asaltada, y tú serás responsable, iniciando el camino de víctima a superviviente.
3. Pide a un familiar o amigo que te lleve al hospital si no puedes llamar a una ambulancia o un coche de la policía. Si llamas al hospital, diles por qué estás pidiendo una ambulancia; quizás puedan enviar a alguien especializado en casos de violación.
4. Busca ayuda de una manera segura. Solicita ayuda médica. Ellos pueden encontrar daños de los que no eres consciente. Insiste en que se tomen registros visuales o escritos que documenten tu estado. Si decides presentar cargos, el fiscal puede necesitar estas pruebas para conseguir una condena.
5. Consulta a profesionales de la salud. Pregunta por tus riesgos biológicos. Pregunta qué tratamientos están disponibles. Pregunta por todo aquello que te pueda ayudar a estar mejor. Lleva las riendas. Exige confidencialidad si es lo que quieres. Rechaza lo que no desees.

Quizás también quieras realizar una llamada a una línea de atención telefónica o un centro de ayuda para casos de violación para pedir consejo, si es que existe alguno en tu localidad. Ellos pueden poner a tu disposición un voluntario para que te acompañe al hospital y te ayude en la evaluación médica y en la investigación policial si denuncias el ataque. No es inusual en las víctimas de violación que intenten borrar los detalles de la violación de su cabeza. Sin embargo, intentar recordar los detalles claramente te permitirá proporcionar una adecuada descripción del violador a la policía, incluyendo su ropa, el modelo de coche y demás. Esta información puede ayudar a la policía a detener al violador y facilitar la persecución.

Tratamiento de los supervivientes de violación

Pregunta: ¿Cómo podemos ayudar a los supervivientes de una violación? Típicamente, el tratamiento de los supervivientes implica ayudar a la mujer (la gran mayoría son mujeres) durante la crisis que sigue al ataque y después trabajar para facilitar su readaptación a largo plazo (Hensley, 2002). La intervención en la crisis típicamente proporciona al superviviente

Trastorno de estrés post-traumático Tipo de reacción de estrés provocado por un evento traumático y caracterizado por recuerdos vívidos de la experiencia en forma de sueños interrumpidos o sueños intrusivos, una sensación de entumecimiento emocional o un intervalo restringido de sentimientos y excitación corporal elevada. Abreviadamente, PTSD.

apoyo e información y le anima a expresar sus sentimientos y desarrollar estrategias para hacer frente al trauma. La psicoterapia, que involucra enfoques individuales y grupales, puede ayudar al superviviente a hacer frente a las consecuencias emocionales de la violación, evitar la autoinculpación, mejorar su autoestima, valorar la mezcla de sentimientos que rodean la experiencia y establecer o mantener relaciones sentimentales. Los terapeutas también reconocen la importancia de ayudar al superviviente de una violación a reunir apoyo social. La familia, los amigos, los líderes religiosos y los especialistas en el cuidado de la salud son todos potenciales fuentes de ayuda. Sin embargo, como entre los antiguos babilonios, las mujeres a menudo encuentran que aquellos en los que deberían encontrar apoyo —incluyendo los miembros de la familia y el clero— frecuentemente las culpan por haber sido atacadas (Filipas & Ullman, 2001; Sheldon & Parent, 2002). En las grandes ciudades y en muchas localidades, hombres y mujeres preocupados han formado centros de crisis para la violación y líneas de atención telefónica, grupos de ayuda, y especialistas formados para asesorar y conocer las necesidades de los supervivientes después del asalto. Algunos consejeros están especialmente entrenados para mediar entre los supervivientes de una violación y sus personas queridas —maridos, amantes y demás—. Estos consejeros ayudan a las personas a discutir y trabajar a través del complejo legado emocional de una violación. Los números telefónicos de estos servicios pueden conseguirse de los grupos feministas, el departamento de policía o las guías telefónicas.

Ayudar a los supervivientes para su readaptación es una cosa.

Pregunta: ¿Cómo podemos prevenir la violación?

La prevención de la violación

Acabar con las violaciones requerirá enormes cambios en las actitudes culturales y en los procesos de socialización. Sin embargo, la intervención educacional a una escala menor puede reducir su incidencia. Muchas facultades y universidades ofrecen programas de coeducación acerca de la violación que han reducido aparentemente la incidencia de la violación en las citas (Davis & Liddell, 2002; Holcomb *et al.*, 2002; O'Donohue *et al.*, 2003; Shultz *et al.*, 2000). Estos programas tienen como objetivo desarrollar la empatía por la víctima, explicando el daño producido por la violación, exponiendo las creencias culturales tradicionales que respaldan la violación y clarificando las fronteras entre animar en una cita a tener sexo y la violación.

Sin embargo, hasta que cambien las actitudes culturales que dan soporte a la violación, la «prevención de la violación» significa que las mujeres tomen unas cuantas precauciones. ¿Por qué deberían las mujeres ser aconsejadas para tomar medidas para prevenir la violación? ¿No supone el listado de estas medidas una manera soterrada de culpar a la mujer si fuera presa de un atacante? ¡No! Proporcionar información no supone culpar a la persona que es atacada. El violador es *siempre* responsable del asalto.

Como se trató en *The New Our Bodies, Ourselves* (Boston Women's Health Book Collective, 1992), las mujeres pueden tomar ciertas precauciones para ayudar a protegerse a sí mismas:

- Establece un juego de señales con otras mujeres en el edificio o en el vecindario.
- Haz que tu nombre aparezca en las guías telefónicas y en el buzón solo con las iniciales.
- Utiliza el cerrojo de las cerraduras.
- Cierra las ventanas e instala rejas de hierro en las ventanas de la primera planta.
- Mantén los pasillos y los accesos bien iluminados.
- Ten tus llaves a mano cuando te acerques al coche o a la puerta de la casa.
- No camines sola después de anochecer.

- Evita las áreas desiertas.
- No permitas que hombres que no conoces entren en tu casa o apartamento sin que te muestren antes sus credenciales.
- Mantén las puertas del coche cerradas y las ventanas subidas.
- Chequea el asiento de atrás de tu coche antes de entrar.
- No vivas en un edificio peligroso. (Nos damos cuenta de que esta sugerencia puede ser poco válida para las mujeres con pocos recursos económicos, que tienen pocas posibilidades de elegir el lugar donde viven.)
- No recojas autostopistas (incluyendo mujeres).
- No hables con hombres desconocidos en la calle.
- Grita «¡Fuego!», no «¡Violación!» Las personas acuden en tropel a apagar un fuego, pero evitan las escenas de violencia.

Powell (1996) añade las siguientes sugerencias para evitar las violaciones en las citas:

- Comunica tus límites sexuales a tu pareja. Dile lo lejos que estás dispuesta a llegar, de manera que sepa exactamente dónde están los límites. Por ejemplo, si tu pareja empieza a acariciarte de una manera que te hace sentir incómoda, puedes decirle: «Preferiría que no me tocaras así. Me gustas mucho, pero prefiero no intimar hasta este punto en nuestra relación».
- Queda con las nuevas citas en lugares públicos y evita conducir con un desconocido o un grupo de personas que acabas de conocer. Cuando quedes con una nueva cita, lleva tu propio coche y queda en un lugar público. No conduzcas con desconocidos o lles desconocidos o grupos de personas. En algunos casos de violaciones durante una cita, el grupo desaparece justo antes del asalto.
- Mantén tu rechazo de manera definitiva. Sé firme cuando rechaces proposiciones sexuales. Mira a tu pareja directamente a los ojos. Cuanto más firme te muestres, menos probable es que tu pareja malinterprete tus deseos.
- Sé consciente de tus temores. Advierte cualquier temor de no agradar a tu pareja que pudiera menguar tu seguridad. Si tu pareja te respeta, no necesitas temer una respuesta colérica o degradante. Pero si tu pareja no te respeta, lo mejor es ser consciente de ello y acabar con la relación cuanto antes.
- Presta atención a tus «vibraciones». Confía en tus intuiciones. Muchas víctimas de violación por un conocido dijeron después que sintieron algo extraño sobre el hombre pero no le prestaron atención.
- Toma precauciones especiales si estás en un nuevo entorno, como una facultad o una ciudad extranjera. Puedes ser especialmente vulnerable a los peligros cuando te estás familiarizando con un nuevo entorno, personas diferentes y diferentes costumbres.
- Si has roto una relación con alguien que no te gusta o con quien no te sientes cómoda, no le invites a casa. Muchas de las llamadas violaciones en una cita son cometidas por ex-amantes y ex-amigos.

Enfrentarse a un violador: ¿deberías luchar, huir o suplicar? ¿Qué puedes hacer si eres acosada por un violador? ¿Deberías intentar luchar contra él, huir o suplicarle que pare? Algunas mujeres han frustrado ataques suplicando o llorando. Gritar puede ser efectivo para ahuyentar a algunos atacantes (Byers & Lewis, 1988). Alejarse corriendo algunas veces funciona, pero correr puede no funcionar si la mujer es superada en número por un grupo de atacantes (Gidycz & Koss, 1990). Ninguna sugerencia simple funciona en todos los casos.

El entrenamiento en defensa personal puede ayudar a que las mujeres estén mejor preparadas para rechazar a un asaltante. Sin embargo, la resistencia física puede espolpear a

muchos violadores para que sean más agresivos (Powell, 1996). Las mujeres que se resisten incrementan sus oportunidades de evitar la consumación de la violación, pero la resistencia también aumenta las probabilidades de sufrir más daños.

Puede resultar difícil para una persona, si no imposible, pensar en sus opciones claramente y con calma mientras es atacada. Los expertos en violaciones recomiendan que las mujeres practiquen respuestas alternativas a un ataque de violación. Thompson (1991) sugiere que la autodefensa efectiva se construye sobre el empleo de estrategias múltiples, que van desde los intentos por evitar las situaciones potenciales de violación (como instalar sistemas de seguridad en el hogar o caminar solo por zonas bien iluminadas), hasta la aquiescencia cuando la resistencia activa podría resultar demasiado arriesgada, o el uso de formas de resistencia verbales o físicas más activas en algunas situaciones de bajo riesgo.

El abuso sexual de menores

Muchos consideran que el abuso sexual de menores está entre los más execrables de los delitos. Los niños que son asaltados sexualmente a menudo sufren problemas sociales y emocionales que afectan a su desarrollo y persisten en la edad adulta, afectando a su autoestima y a su habilidad para establecer relaciones íntimas.

Nadie sabe cuántos menores sufren abusos sexuales. La mayoría son niñas, pero una cuarta parte son niños (Edwards *et al.*, 2003). Entrevistas con 8 667 adultos de una HMO (Organización para el Mantenimiento de la Salud) sugieren que la frecuencia de abusos sexuales entre menores se acerca al 18 por ciento entre los chicos y al 25 por ciento entre las chicas (Edwards *et al.*, 2003). Estas estimaciones pueden estar por debajo de la frecuencia real, porque las personas pueden no denunciar dichos incidentes como consecuencia de falta de recuerdos, vergüenza o desconcierto.

Pregunta: ¿En qué consiste el abuso sexual de menores? El abuso sexual de niños va desde el exhibicionismo, los besos, las caricias y el tocamiento sexual, hasta el sexo oral, la penetración anal y, en las niñas, la penetración vaginal. Actos como tocar los órganos sexuales de los niños mientras se les cambia de ropa o se les baña, dormir con niños o aparecer desnudo delante de ellos están abiertos a la interpretación y a menudo son inocentes (Haugaard, 2000). El contacto sexual entre un adulto y un menor es abusivo aunque el menor se muestre dispuesto, porque los menores son legalmente incapaces de consentir una actividad sexual. Aunque la edad de consentimiento varía entre los Estados, las relaciones sexuales entre adultos y menores son ofensas criminales en todos ellos.

La actividad sexual voluntaria entre niños con edades similares no es abuso sexual. Los niños a menudo mantienen juegos sexuales consensuados con sus compañeros o hermanos, como cuando «juegan a los médicos» o en la masturbación mutua. Aunque dichas experiencias pueden recordarse en la edad adulta con sentimientos de vergüenza o culpa, no son típicamente tan dolorosas como las experiencias con adultos. Cuando la experiencia involucra coacción, o cuando el otro niño es significativamente mayor o está en una posición de poder sobre el más joven, el contacto sexual puede considerarse abuso sexual.

Preguntas: ¿De qué niños se abusa sexualmente? ¿Quién abusa de ellos?

Patrones del abuso

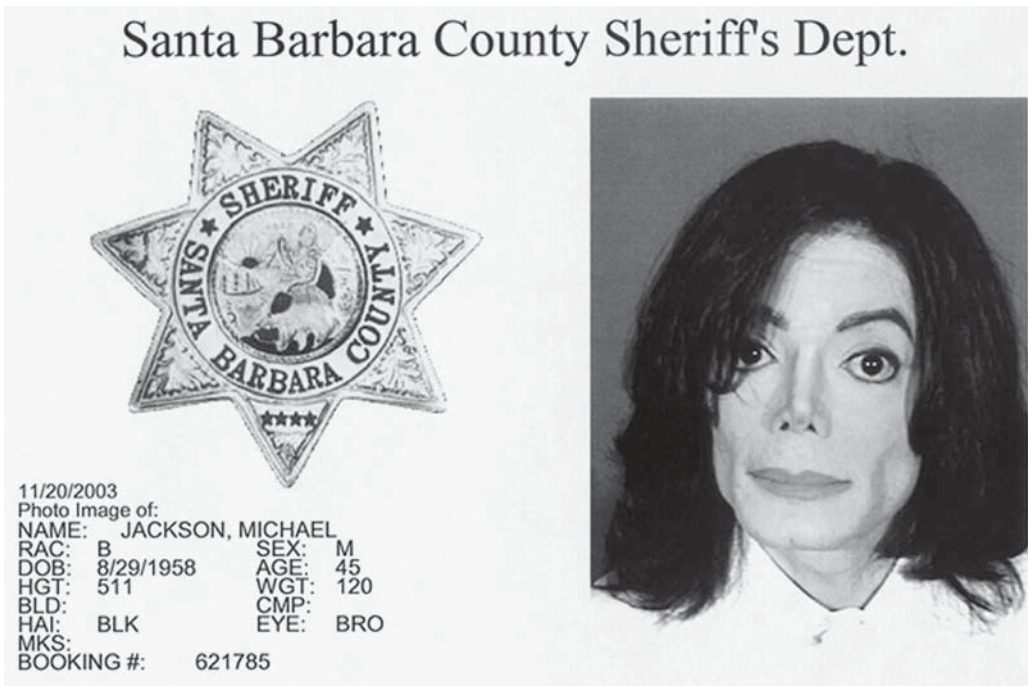
Por lo general, los niños de familias estables de clase media parecen correr menor riesgo de sufrir un abuso sexual que los niños de familias más pobres y menos cohesionadas

(Edwards *et al.*, 2003). En la mayoría de los casos, los niños que sufren abusos sexuales no son abordados por el consabido desconocido que acecha en el patio de la escuela. La mayoría de los que cometen agresiones sexuales contra los niños son cercanos a sus víctimas: familiares, familiares políticos, amigos de la familia y vecinos (Edwards *et al.*, 2003).

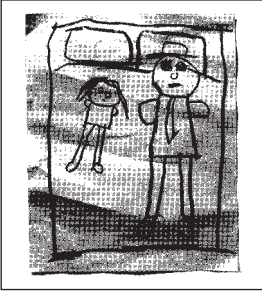
Los progenitores que descubren que su hijo ha sufrido abusos por parte de un miembro de la familia, a menudo son reacios a notificarlo a las autoridades. Algunos consideran que dichos problemas son «asuntos de familia» que es mejor mantener en privado. Otros pueden ser reacios a notificarlo a las autoridades por temor a que pueda avergonzar a la familia o a que puedan ser acusados de no saber proteger a su hijo. La decisión de informar del abuso a la policía depende en gran medida de la relación entre la persona que ha abusado y la que descubre el abuso. En un estudio en la comunidad de Boston, ninguno de los padres cuyos hijos sufrieron abusos por miembros de la familia lo notificaron a las autoridades. Por el contrario, el 23 por ciento de los progenitores cuyos hijos habían sufrido abusos por conocidos lo notificaron a las autoridades, y el 73 por ciento de los progenitores cuyos hijos sufrieron abusos por desconocidos lo hicieron (Finkelhor, 1984).

Típicamente, el niño inicialmente confía en el agresor. La fuerza física raramente es necesaria para conseguir sumisión, en gran medida por la indefensión de los niños, su ingenuidad y la sumisión a la autoridad de los adultos. Mientras que la mayoría de los niños que sufren abusos sexuales los sufren una sola vez, los que son objeto de abusos por miembros de la familia suelen sufrir abusos de manera repetida.

El tipo de abuso más común consiste en las caricias de los genitales (Edwards *et al.*, 2003). En una muestra de mujeres que habían sido molestadas cuando eran niñas, la



Acusado de acoso a menores. La estrella del pop Michael Jackson fue acusado de acoso a menores en 2003. Más de 60 oficiales de policía cayeron de pronto sobre la hacienda californiana de «Neverland» buscando evidencias. Diez años antes, Jackson acudió a los tribunales sin tener que ir a juicio por un caso que podía haber implicado acoso a un menor (Broder, 2003). ¿Qué motiva a los adultos a buscar actividad sexual con menores?



El monstruo en el dormitorio. No todos los monstruos son imaginarios. Algunos, como los responsables de incesto, son miembros de la familia.

mayoría de los contactos involucraban caricias de los genitales (38 por ciento de los casos) o exhibicionismo (20 por ciento de los casos). La penetración ocurrió en un 4 por ciento de los casos (Knudsen, 1991). Sin embargo, el abuso repetido por un miembro de la familia, por lo común, sigue un patrón que comienza con caricias afectivas durante los años de educación infantil, progresa hacia el sexo oral o la mutua masturbación durante los años de escuela y culmina con la penetración sexual (penetración vaginal o anal) durante la preadolescencia o la adolescencia.

Los niños que sufren abusos raramente informan de ello, a menudo por temor a las represalias del agresor o porque creen que serán castigados por ello. Los adultos pueden sospechar abusos si el niño muestra cambios bruscos en su personalidad o desarrolla miedos, dificultades en la escuela o trastornos alimenticios o del sueño. El pediatra también puede descubrir señales físicas de abusos durante un examen médico. La media de edad en la cual la mayoría de los niños sufren abusos por primera vez varía entre los seis y los doce años para las niñas y los siete y los diez años para los niños (Knudsen, 1991).

Tipos de acosadores. Los investigadores encuentran que la abrumadora mayoría de personas que abusan de menores (tanto niños como niñas) son varones (Edwards *et al.*, 2003). Aunque la mayoría de las personas que agreden sexualmente a los niños son adultos, algunos son adolescentes. Los adolescentes varones delincuentes sexuales presentan una probabilidad mayor que otros adolescentes de haber sido objeto de abusos cuando eran chicos. Algunos adolescentes delincuentes sexuales pueden estar imitando su propia victimización. Los adolescentes que agreden sexualmente a los niños también tienden a sentirse socialmente inadaptados y tienen miedo de las interacciones sociales con los de su edad del otro género (Katz, 1990).

Aunque la gran mayoría de las personas que agreden sexualmente a los niños son hombres, el número de mujeres puede ser mayor de lo que se ha creído habitualmente (Banning, 1989). Muchas mujeres que agreden sexualmente a los niños pueden seguir en el anonimato porque la sociedad otorga a las mujeres un rango mucho más libre de contacto físico con los niños que a los hombres. Una mujer que acaricia a un niño podría considerarse afectiva, o en el peor de los casos seductora, mientras que ante el mismo gesto un hombre podría ser tachado de agresor sexual de menores (Banning, 1989).

¿Qué motiva a una mujer para abusar sexualmente de niños, incluso de sus propios hijos? Algunas mujeres que agreden sexualmente a menores tienen historiales de haber dependido o haber sido rechazadas por varones abusivos (Matthews *et al.*, 1990). Algunas parecen haber sido manipuladas por sus maridos para que se implicaran en abusos sexuales. Otras parecen no haber satisfecho sus necesidades emocionales y baja autoestima, y pueden haber estado buscando aceptación, cercanía y atención a través de los actos sexuales con niños. Algunas, motivadas por sentimientos no resueltos de cólera, venganza, falta de poder o envidia, pueden ver a sus propios hijos, y a los de los demás, como objetivos seguros para proyectar estos sentimientos. Algunas ven sus delitos como expresiones de amor.

La gran mayoría de los agresores sexuales de menores son varones. ¿Por qué? Banning (1989), argumentando en un marco sociocultural, sugiere que en nuestra cultura los varones son socializados para buscar parejas más jóvenes y más débiles, de manera que ellos puedan ejercer su dominio fácilmente. Este patrón de socialización puede adquirir la forma extrema del desarrollo de un interés sexual por los niños y las niñas adolescentes; estas últimas, por su edad, son dominadas más fácilmente que las mujeres adultas.

El interés sexual por los niños puede también estar dominado por patrones inusuales de excitación sexual. Esto nos lleva a la pedofilia.

Pregunta: ¿Qué es la pedofilia?

La pedofilia

La **pedofilia** es una parafilia (véase el Capítulo 13) en la cual un adulto encuentra en los niños sus objetos de deseo sexual preferidos, y algunas veces exclusivos. La frecuencia de la pedofilia entre la población general es desconocida. Algunos pedófilos se sienten tan angustiados por sus impulsos que nunca actúan bajo su influencia. Sin embargo, muchos agreden sexualmente a niños y adolescentes, a menudo repetidamente. Algunos pedófilos son responsables de un gran número de asaltos sexuales a niños. Un estudio realizado con 232 pedófilos convictos mostró que cada uno había agredido sexualmente a una media de 76 niños (Abel *et al.*, 1989). Los pedófilos encarcelados, por lo general, han cometido muchas más agresiones sexuales que aquellas por las que fueron condenados.

Aunque a los pedófilos a veces se les llama acosadores de menores, no todos los acosadores de menores son pedófilos. La pedofilia implica una atracción sexual persistente o recurrente por los niños. Sin embargo, algunos acosadores de menores pueden buscar contactos sexuales con niños solo cuando están bajo una situación inusual de estrés o falta de otras válvulas de escapes sexuales. Así pues, no se ajustan al criterio clínico para el diagnóstico de la pedofilia.

Los pedófilos son casi exclusivamente varones (Cooper *et al.*, 1990). Algunos pedófilos se sienten atraídos solo por niños. Otros se sienten atraídos sexualmente también por adultos. Algunos pedófilos limitan su interés sexual por los niños a relaciones incestuosas con miembros de su familia. Otros agreden sexualmente a niños que no pertenecen a su familia. Algunos pedófilos limitan su interés sexual por los niños a mirarlos o desnudarlos. Otros los acarician o se masturban en su presencia. Algunos manipulan o coaccionan a los niños para mantener relaciones orales, anales o vaginales.

Los niños no suelen tener mucho mundo. A menudo son «engañados» por pedófilos que les dicen que les gustaría «mostrarles algo», «enseñarles una cosa» o hacer algo con ellos que les «gustará». Algunos pedófilos buscan ganar el afecto de los niños y disuadirlos de revelar la actividad sexual colmándoles de atenciones y regalos. Otros amenazan al niño o a la familia del niño para evitar que los denuncien.

No existe un perfil de personalidad consistente del pedófilo (Okami & Goldberg, 1992). La mayoría de los pedófilos no se ajustan al estereotipo común del «sucio viejo» con la trinchera que merodea alrededor de los patios de los colegios. Por el contrario, la mayoría son ciudadanos respetables y observantes de la ley, por lo general en los treinta y tantos o los cuarenta y tantos años. Muchos están casados o divorciados, con hijos propios.

La investigación sugiere que la atracción sexual por los niños puede ser más común de lo que se piensa. En un estudio, los investigadores entregaron una encuesta anónima a una muestra de 193 estudiantes universitarios varones (Briere & Runtz, 1989). Un alto porcentaje de los estudiantes (21 por ciento) admitieron haberse sentido atraídos sexualmente por niños. El 9 por ciento informaron de fantasías sexuales que involucraban a niños. El 5 por ciento confesaron masturbarse con dichas fantasías. El 7 por ciento informaron de que sería probable que tuvieran relaciones sexuales con un menor si supieran que podían evitar ser detenidos y castigados. Afortunadamente, la mayoría de las personas con estos intereses eróticos nunca actúan según ellos.

La pedofilia puede tener orígenes variados y complejos. Algunos pedófilos que carecen de habilidades sociales pueden dirigirse a los menores después de fracasar al establecer relaciones gratificantes con mujeres adultas (Overholser & Beck, 1986). La investigación, por lo general, apoya el estereotipo del pedófilo como débil, pasivo y tímido: un inepto social, un hombre aislado que se siente amenazado por las relaciones maduras (Ames & Houston, 1990). Algunos pedófilos fueron agredidos sexualmente cuando eran

Pedofilia Tipo de parafilia que se define por la atracción sexual a un estímulo inusual: niños. (Del griego *paidos*, que significa «niño», no del latín *pedis*, que significa «pie».)

niños. Los ciclos de abuso pueden perpetuarse de generación en generación si los niños que fueron objeto de abusos sexuales se convierten en agresores sexuales o parejas de agresores sexuales cuando son adultos.

Algunos pedófilos mantienen relaciones incestuosas con sus propios hijos. Algunos de estos pedófilos son muy dominantes, otros son muy pasivos. Unos pocos se encuentran entre estos extremos (Ames & Houston, 1990).

Pregunta: ¿Qué es el incesto?

El incesto: romper los tabúes

El incesto involucra a personas que son familiares de sangre, o consanguíneos. La ley también proscribe el coito entre un padrastro y la hijastra. Aunque unas pocas sociedades han permitido parejas incestuosas entre la realeza, todas las culturas conocidas tienen alguna forma de tabú sobre el incesto.

Puntos de vista sobre el tabú del incesto. Son numerosas las especulaciones sobre el origen del tabú del incesto. Una explicación sostiene que el tabú del incesto se desarrolló como una adaptación de los seres humanos primitivos para prevenir los efectos perjudiciales de la reproducción entre parientes próximos, cuando la línea familiar transporta defectos genéticos o enfermedades (Leavitt, 1990). Nuestros ancestros carecían de conocimientos sobre los mecanismos de la genética, pero habían observado que ciertas enfermedades o defectos tendían a manifestarse entre los miembros de una misma familia. Las evidencias sugieren que la descendencia de familiares próximos manifiesta un porcentaje mayor de enfermedades genéticas, retrasos mentales y otras anormalidades físicas (Ames & Houston, 1990). La reproducción entre parientes también puede influir en la supervivencia porque reduce el aporte de variación genética en el patrimonio genético. Así pues, puede reducir la habilidad de la población para adaptarse a los cambios en el entorno.

Otros teóricos explican el tabú del incesto en términos del papel que puede jugar en el mantenimiento de la estabilidad de la familia y el establecimiento de lazos de parentesco con grupos sociales más grandes (Harris & Johnson, 2003; Whitten, 2001). El antropólogo Bronislaw Malinowski (1927), por ejemplo, argumentaba que el tabú del incesto servía para reducir la competición sexual dentro de la familia. Si no se controlara el incesto, la competición podría crear rivalidad y hostilidad, de manera que la familia sería incapaz de funcionar como unidad social. Como la unidad familiar ayuda a la supervivencia de una sociedad, el tabú del incesto puede haberse desarrollado como una manera de mantener la familia intacta.

La teoría de la cooperación pone el énfasis en la importancia para la supervivencia de la sociedad de los lazos cooperativos entre los grupos familiares (Harris & Johnson, 2003; Whitten, 2001). La sociedad es compleja. Su supervivencia requiere la cooperación de un gran número de personas. El matrimonio establece lazos de parentesco que disminuyen el recelo y la hostilidad entre los grupos familiares y alienta la cooperación. Según la teoría de la cooperación, el tabú del incesto se establecería para asegurar que las personas se casarían fuera de sus propias familias y así crearían comunidades cohesionadas. Dichas teorías son fascinantes pero siguen siendo especulativas.

Tipos de incesto. La mayoría de nuestros conocimientos sobre las relaciones incestuosas hacen referencia al incesto entre padre e hija. ¿Por qué? La mayoría de los casos identificados implican a padres que fueron eventualmente encarcelados.

Cerca del 1 por ciento en una muestra de mujeres en cinco ciudades de Estados Unidos informaron de un encuentro sexual con su padre o con su padrastro (Cameron *et al.*, 1986). Pero el incesto entre hermano y hermana, no el incesto entre padre e hijo, es el tipo

Incesto Relación sexual o marital entre personas que están tan íntimamente relacionadas (familiares «de sangre») que las relaciones sexuales están prohibidas y castigadas por la ley. (Del latín *in-*, que significa «no», y *castus*, que significa «casto».)

de incesto más común (Waterman & Lusk, 1986). También parece que el incesto entre hermano y hermana está poco denunciado, posiblemente porque tiende a ser pasajero y es aparentemente menos dañino que el incesto entre padre e hijo. Finkelhor (1990) encontró que el 21 por ciento de los estudiantes universitarios varones de su muestra, y el 39 por ciento de las mujeres universitarias, informaron de relaciones incestuosas con un hermano del otro sexo. Solo el 4 por ciento informaron de una relación incestuosa con su padre. El incesto entre hermanos del mismo sexo es poco frecuente, y el incesto entre madre e hija es la forma de incesto menos común (Waterman & Lusk, 1986).

A continuación consideraremos los patrones de incesto más comunes: el incesto entre padre e hija y el incesto entre hermano y hermana.

El incesto entre padre e hija. El incesto entre padre e hija a menudo comienza con abrazos de afecto y después evoluciona hacia juegos sexuales de insinuación, largas caricias, abrazos, besos y contacto genital, incluso penetración. En algunos casos, el contacto genital ocurre de manera más brusca, normalmente cuando el padre ha estado bebiendo o ha estado discutiendo con su esposa. Por lo común, la fuerza no se emplea para conseguir la sumisión, pero las hijas a veces son dominadas y lesionadas físicamente por sus padres.

El incesto entre hermano y hermana. En este tipo de incesto, el hermano normalmente inicia la actividad sexual y asume el rol dominante. Algunos hermanos y hermanas jóvenes pueden ver su actividad sexual como una experimentación natural y desconocen que es un tabú.

Las evidencias sobre los efectos del incesto entre hermanos y hermanas son desiguales. En un estudio entre estudiantes universitarios, aquellos que informaron de incesto con hermanos durante su infancia no mostraron más evidencias de problemas de adaptación sexual que otros estudiantes universitarios (Greenwald & Leitenberg, 1989). El incesto entre hermanos probablemente es más perjudicial cuando es forzado o cuando la respuesta parental es severa.

Factores familiares en el incesto. El incesto frecuentemente ocurre en el contexto de una ruptura familiar general, como en familias en las cuales existe abuso del esposo, un matrimonio disfuncional o padres alcohólicos o físicamente abusivos (Alter-Reid *et al.*, 1986; Sirles & Franke, 1989). Sucesos traumáticos en la vida del padre, como la pérdida de un empleo o problemas laborales, a menudo preceden a la iniciación del incesto (Waterman, 1986).

Los padres que abusan de las hijas mayores tienden a ser dominantes y autoritarios con sus familias (Waterman, 1986). Los padres que abusan de hijas más pequeñas, en educación infantil, tienden a ser pasivos y dependientes y a tener baja autoestima. Como Waterman (1986) advierte:

[Los padres] pueden necesitar que les tranquilicen y les reconforten, y pueden sentirse especialmente seguros con los niños que están en educación infantil: «Me sentía seguro con ella [...] No tenía que interpretar ningún papel. Era tan pequeña que yo sabía que no quería y no podía hacerme daño».

Los matrimonios en las familias incestuosas tienden a caracterizarse por una relación desigual de poder entre los esposos. El padre abusivo es normalmente dominante. Otro hilo conductor que existe frecuentemente en las familias incestuosas es una relación sexual problemática entre los esposos. A menudo, la esposa rechaza sexualmente al marido (Waterman, 1986).

En su investigación clásica, Gebhard y sus colegas (1965) encontraron que muchos padres que cometían incesto con sus hijas eran devotos religiosos, fundamentalistas y moralistas. Quizás dichos hombres, cuando se sienten frustrados sexualmente, tienen menos tendencia a buscar válvulas de escape sexuales extramaritales o a recurrir a la masturbación

De
cerca

Cómo los abusos sexuales en la infancia pueden preparar el escenario para trastornos psicológicos en la edad adulta

Una manera en que los abusos sexuales durante la infancia pueden preparar el escenario para trastornos psicológicos en la edad adulta es incrementando la respuesta del cuerpo al estrés (Altemus *et al.*, 2003; Bremner *et al.*, 2003). La respuesta al estrés típicamente se mide en términos de la reactividad del sistema endocrino, que produce hormonas (en particular, hormonas del estrés, como la ACTH y el cortisol) en el sistema nervioso autónomo, que afecta al ritmo cardíaco, y otros síntomas de estrés, como la sudoración y la presión arterial.

Por ejemplo, un estudio realizado por Christine Heim y sus colegas (2000, 2002) reclutó 49 mujeres sanas con una edad media de 35 años. En las entrevistas, 27 de las mujeres confesaron abusos sexuales y/o físicos durante su infancia y 22 no lo hicieron; 23 de las mujeres fueron diagnosticadas con depresión grave y 26 no lo fueron. La totalidad de las

49 mujeres fueron sometidas a un estresor que ha demostrado elevar la producción de hormonas del estrés y las reacciones del sistema nervioso autónomo. Las mujeres tenían que reflexionar y hacer una exposición oral que incluía cálculos aritméticos mentales. Mientras tanto, se evaluaban sus niveles de hormonas del estrés y sus ritmos cardíacos. Como se muestra en la Tabla 14.1, la presencia de la depresión por sí sola no distinguía a las mujeres que estaban deprimidas (grupo B) de las mujeres que no lo estaban (grupo A). Sin embargo, las mujeres que informaron de un historial de abusos sexuales durante su infancia (grupos C y D) mostraban una probabilidad significativamente más elevada de expresar niveles más altos en sangre de ACTH y cortisol, como respuesta al estresor, que las mujeres que no tenían un historial de abusos (grupos A y B). El grupo D, que estaba formado por

mujeres que informaron de un historial de abusos y que también fueron diagnosticadas con depresión grave, mostraba niveles significativamente más elevados de hormonas del estrés y ritmo cardíaco que todos los demás grupos. Así pues, la combinación de abusos en la niñez y la depresión actual aparentemente hacen al cuerpo más sensible al estrés. Pero incluso entre las mujeres que no estaban deprimidas, el historial de abusos estaba relacionado con una mayor actividad del sistema endocrino y del sistema nervioso autónomo.

Otros estudios con mujeres adultas que han experimentado abusos sexuales durante su infancia aportaron resultados similares (Bremner *et al.*, 2003). Estos estudios sugieren que el abuso sexual infantil puede favorecer una reactividad corporal al estrés que perdura hasta la edad adulta, poniendo el escenario para problemas físicos y psicológicos.

TABLA 14.1

Respuestas a un estresor de mujeres con o sin un historial de abuso infantil

	Mujeres que no están sufriendo un episodio de depresión grave	Mujeres que están sufriendo un episodio de depresión grave
Mujeres que no tienen un historial de abuso en su infancia	GRUPO A-12 MUJERES Sistema endocrino: Pico de ACTH: 4,7 partes/litro Pico de cortisol: 339 partes/litro Sistema nervioso autónomo: Ritmo cardíaco: 78,4/minuto	GRUPO B-10 MUJERES Sistema endocrino: Pico de ACTH: 5,3 partes/litro Pico de cortisol: 337 partes/litro Sistema nervioso autónomo: Ritmo cardíaco: 83,8/minuto
Mujeres con un historial de abuso infantil en su infancia	GRUPO C-14 MUJERES Sistema endocrino: Pico de ACTH: 9,3 partes/litro Pico de cortisol: 359 partes/litro Sistema nervioso autónomo: Ritmo cardíaco: 82,2/minuto	GRUPO D-13 MUJERES Sistema endocrino: Pico de ACTH: 12,1 partes/litro Pico de cortisol: 527 partes/litro Sistema nervioso autónomo: Ritmo cardíaco: 89,7/minuto

Fuente de los datos: Heim, C., *et al.* (2000): «Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood». *Revista de la Asociación Médica Americana*, 284. Pp. 592-597.

como descarga sexual. En muchos casos, el padre que comete incesto está bajo una situación de estrés pero no encuentra un apoyo emocional y sexual adecuado en su esposa (Gagnon, 1977). Se dirige hacia una hija como esposa sustituta, a menudo después de haber estado bebiendo alcohol (Gebhard *et al.*, 1965). La hija puede convertirse, en las fantasías del padre, en la «mujer de la casa». Esta fantasía puede convertirse en su justificación para continuar la relación incestuosa. En algunas familias incestuosas ocurre un papel inverso. La hija objeto de abusos asume muchas de las responsabilidades de la madre en el mantenimiento de la casa y el cuidado de los hijos pequeños.

El abuso incestuoso se repite a menudo de generación en generación. Un estudio encontró que en 154 casos de niños que fueron objeto de abusos sexuales en la familia, más de un tercio de los delinquentes sexuales masculinos y cerca de la mitad de las madres habían sido objeto de abusos o fueron testigos de abusos cuando eran niños (Faller, 1989b).

Factores socioculturales, como la pobreza, el vivir de manera masificada y el aislamiento social y geográfico contribuyen al incesto en algunas familias (Waterman, 1986). El incesto entre hermanos puede ser favorecido por vivir de manera masificada y de abierta sexualidad, como ocurre entre algunas familias en situaciones económicas muy desfavorecidas.

Hemos considerado los factores que contribuyen al abuso sexual de los niños.

Pregunta: ¿Cuáles son los efectos del abuso sexual en los niños?

Efectos del abuso sexual en los niños

Los efectos de los abusos sexuales son variables, y no existe un síndrome único identificable que aparezca como consecuencia del abuso sexual (Resick, 2003; Saywitz *et al.*, 2000). No obstante, el abuso sexual a menudo inflige un daño psicológico grave en el niño, tanto si es perpetrado por un miembro de la familia, por un conocido o por un extraño. Los niños que son objeto de abusos sexuales pueden sufrir una variedad de dolencias psicológicas a corto o largo plazo, incluyendo cólera, depresión, ansiedad, trastornos alimenticios, conducta sexual inapropiada, conducta agresiva, conducta autodestructiva, promiscuidad sexual, abuso de drogas, intentos de suicidio, trastornos de estrés post-traumático, baja autoestima, disfunciones sexuales, desconfianza en los demás y sentimientos de indiferencia (Edwards *et al.*, 2003). El abuso sexual puede tener efectos físicos, como daños en los genitales, y puede causar problemas psicosomáticos como dolores de estómago y de cabeza.

Los niños que son objeto de abusos por lo común «exteriorizan» sus sentimientos. Los niños pequeños tienen rabietas o muestran una conducta agresiva o antisocial. Los niños mayores pasan a considerar la esencia del abuso (Herrera & McCloskey, 2003; Kendler *et al.*, 2000). Algunos niños que han sufrido abusos se vuelven retraídos y se refugian en fantasías o se niegan a salir de casa. Conductas regresivas, como chuparse los dedos, miedo a la oscuridad y temor a los extraños, son también comunes entre los niños que son objeto de abusos sexuales. Justo después de la agresión y en los años subsiguientes, muchos supervivientes de abuso sexual infantil —como muchos supervivientes de violación— muestran síntomas de trastorno de estrés post-traumático. Tienen recuerdos vívidos, pesadillas nocturnas, embotamiento de las emociones y sentimientos de distanciamiento de los demás (Herrera & McCloskey, 2003).

El desarrollo sexual de los menores que han sufrido abusos puede adquirir un carácter disfuncional. Por ejemplo, el superviviente puede volverse activo sexualmente de manera prematura, o promiscuo en la adolescencia y en la edad adulta (Browning, 2002; Herrera & McCloskey, 2003; Kendler *et al.*, 2000). Los investigadores encuentran que las chicas adolescentes que han sufrido abusos sexuales tienden a mantener coitos consentidos a edades más tempranas que sus compañeras que no los han sufrido (Browning, 2002; Herrera & McCloskey, 2003).

La
sexualidad
humana
en el
nuevo
milenio

Registros *online* de los delincuentes sexuales: una bendición o una desgracia

El Congreso de Estados Unidos comenzó a pedir a los Estados que conservaran los registros de delincuentes sexuales en 1996. Los Estados ahora están llegando más lejos publicando esta información en la *web*, junto con las fotos de los delincuentes y detalles escabrosos de sus ataques. Cualquiera con una computadora y un *modem* puede acceder a ellas. «Es la moda», decía Scott Matson (citado en Zielbauer, 2000), un investigador del Centro para la Gestión de los Delincuentes Sexuales. «Todo el mundo lo hace ahora.»

Los que apoyan esta publicación en la *web* argumentan que esta publicación en Internet es una manera potente y sencilla de dar a conocer información sobre delincuentes sexuales peligrosos. Publicar información *online* sobre delincuentes sexuales «debería hacer que los delincuentes sexuales se lo pensarán dos veces antes de atacar de nuevo en Wisconsin, y eso debería hacer de este Estado un lugar más seguro», decía el gobernador Tommy G. Thompson (Zielbauer, 2000) cuando anunció la intención de Wisconsin de crear un registro *online*.

Los críticos argumentan que estos registros *online* pueden estigmatizar y victimizar a los delincuentes sexuales, impidiendo que busquen ayuda. Así, eventualmente pueden ser responsables de que se cometan más delitos sexuales, en lugar de prevenirlos. Los críticos advierten que los *sitios web* no explican cómo proteger a los menores ni evalúan el peligro que representan los delincuentes sexuales. David A. D'Amora, director de un programa de tratamiento de delincuentes sexuales, cree que «simplemente soltar un montón de cosas en una pantalla es como echar gasolina sobre un fuego» (Zielbauer, 2000). Por ejemplo, los registros *online* han provocado que se castigue con violencia a los delincuentes sexuales. Los ex-delincuentes han sido acosados por sus vecinos, desahuciados por sus caseros,

despedidos de sus trabajos, incluso golpeados por matones. Algunos ejemplos:

- En 2000, dos hombres golpearon a un pedófilo convicto con un bate de béisbol en Florida. Lo amenazaron con matarlo si se acercaba a cualquier niño del barrio.
- En 1999, cuatro hombres en Dallas golpearon a un hombre retrasado de 27 años cuya dirección se publicó por error en un registro *online* en Texas.
- En 1998, un hombre de Linden, New Jersey, después de recibir un folleto de la policía, abrió fuego con una pistola del calibre 45 sobre la casa de un violador en libertad condicional y fue condenado por asalto con agravantes.
- También en 1998, residentes de un parque de caravanas en el Estado de Washington incendiaron una caravana días antes de que un delincuente sexual que había cumplido su condena se fuera a trasladar allí.

El registro de información sobre delincuentes sexuales en Internet está «en evolución, [...] es delicado y doloroso», afirma Roxanne Lieb, directora del Instituto del Estado de Washington para la política pública (Zielbauer, 2000). «Creo que es importante recordar que al menos con lo que empezamos fue con el desconocimiento, y eso es peor.»

«Creo que cuando los criminales violentos son soltados de nuevo en la sociedad, la comunidad tiene todo el derecho a saber quiénes son y lo que hicieron», decía Marc Klaas (Zielbauer, 2000), cuya hija fue secuestrada y estrangulada por un delincuente sexual. «Tú no querías contratar los servicios de una canguro que haya pasado años en prisión por un crimen violento. Si fueras madre soltera, seguramente no querías tener una cita con una de esas personas. La información a la comunidad crea algún tipo de control externo sobre estos individuos. Si las personas saben quiénes son, van a tener más cuidado que si las personas no lo saben.»

Los investigadores, por lo general, encuentran más similitudes que diferencias entre los géneros con respecto a los efectos de los abusos sexuales durante la infancia (Edwards *et al.*, 2003). Por ejemplo, tanto los chicos como las chicas tienden a sufrir miedos y sueños intermitentes. Sin embargo, existen algunas diferencias. La diferencia sexual más consistente parece ser que los chicos, más a menudo, «exteriorizan» sus problemas, quizás volviéndose más agresivos físicamente. Las chicas a menudo «interiorizan» sus dificultades, como sufriendo depresiones (Edwards *et al.*, 2003).

La adolescencia tardía y la edad adulta temprana parecen ser periodos especialmente difíciles para los supervivientes de abusos sexuales durante la infancia. Los estudios realizados con mujeres en estos grupos de edad revelan más problemas sociales y psicológicos en las mujeres que sufrieron abusos (Herrera & McCloskey, 2003; Kendler *et al.*, 2000). Las mujeres que se culpan a sí mismas por los abusos que sufrieron, aparentemente tienen una

autoestima más baja y sufren más depresiones que aquellas que no lo hacen (Edwards *et al.*, 2003). En la sección *De cerca* se sugiere un nexo biológico entre los abusos sexuales durante la infancia y los problemas sexuales en la edad adulta.

El abuso sexual de los menores es un delito devastador.

Pregunta: ¿Cómo podemos prevenirlo?

Prevención del abuso sexual de menores

A muchos de nosotros nuestros padres nos dijeron que nunca nos subiéramos en el coche con un desconocido y que no aceptáramos regalos. Sin embargo, muchos casos de abuso sexual son perpetrados por adultos familiares, a menudo un miembro de la familia o un amigo (Zielbauer, 2000). Los programas de prevención ayudan a los menores a entender qué es el abuso sexual y cómo pueden evitarlo. Un estudio en Estados Unidos mostró que dos de cada tres menores han participado en programas de prevención del abuso sexual en la escuela (Goleman, 1993). Además de aprender a evitar a los extraños, los menores necesitan reconocer las diferencias entre los tocamientos aceptables, como un abrazo de afecto o una palmada en la cabeza, y un tocamiento «malo» o inaceptable. Incluso los niños de la escuela infantil pueden aprender la distinción entre «tocar bien» o «tocar mal». Programas basados en la escuela pueden ayudar a preparar a los menores ante un eventual encuentro con un pedófilo (Goleman, 1993). Los menores que reciben entrenamiento tienen más probabilidad de emplear estrategias como correr, gritar o decir «no» cuando están siendo amenazados por un pedófilo, y también es más probable que denuncien los incidentes a los adultos.

Los investigadores reconocen que los menores pueden ser intimidados o reducidos fácilmente por los adultos o por niños de mayor edad. Los menores pueden ser incapaces de decir «no» en una situación sexualmente abusiva, incluso aunque quieran hacerlo y sepan que es lo correcto. Aunque los menores no siempre son capaces de prevenir el abuso, pueden ser animados a que se lo comuniquen a alguien. La mayoría de los programas de prevención hacen hincapié en comunicarles mensajes como: «No es culpa tuya», «Nunca te guardes secretos sobre algo malo o que te dé miedo» y «Siempre habla a tus padres sobre esto, especialmente si alguien te dice que no deberías hacerlo».

Los menores también necesitan estar prevenidos ante los tipos de amenazas que podrían recibir por revelar el abuso. Tienen una mayor probabilidad para no hacer caso de las amenazas si se les asegura que serán creídos si revelan el abuso, que sus padres seguirán queriéndoles y que ellos y sus familias serán protegidos del acosador.

Los programas de prevención para las escuelas se centran en proteger al menor. En la mayoría de los Estados, los profesores y los profesionales son requeridos para que informen a las autoridades de posibles abusos. Se necesitan controles más estrictos y una mejor selección para controlar la contratación de los empleados de las guarderías. Los administradores y los profesores en educación infantil y en las guarderías también necesitan ser educados para reconocer las señales del abuso sexual e informar de casos sospechosos. También serían útiles programas de tratamiento para ayudar a las personas que se sienten sexualmente atraídas por menores antes de que cometan actos abusivos.

Tratamiento de los supervivientes de abusos sexuales

Pregunta: ¿Qué puede hacerse para ayudar a los supervivientes de abusos sexuales? Como la mayoría de los casos de abuso sexual no se denuncian durante la infancia, la psicoterapia en la edad adulta a menudo ofrece la primera oportunidad a los supervivientes para enfrentarse a sentimientos persistentes de dolor, cólera y culpabilidad mal asumida. La

terapia individual o grupal puede ayudar a mejorar la autoestima y la habilidad del superviviente para desarrollar relaciones íntimas. El apoyo social es un factor importante para ayudar a los supervivientes de abuso sexual en la infancia a mantener su autoestima y minimizar el estrés que experimentan (Hyman et al., 2003).

Muchos terapeutas recomiendan un enfoque de tratamiento multicomponente, que puede involucrar una terapia individual para el niño, la madre y el padre; una terapia de grupo para el adolescente o incluso el preadolescente; una terapia de arte o terapia de juego para el niño más pequeño (como utilizar dibujos o marionetas para expresar sentimientos); consejo matrimonial para los padres, y una terapia de familia para todo el grupo familiar.

Tratamiento de los violadores y los pedófilos

Pregunta: ¿Cómo tratamos a los violadores y a los pedófilos? Antes de que intentemos responder esta pregunta, formulemos otra: ¿qué significa *tratamiento*? Cuando un profesional trata a alguien, el objetivo normalmente es ayudar a ese individuo. Cuando hablamos de tratar a un delincuente sexual, el objetivo, probablemente, es ayudar a la sociedad a eliminar ese problema de conducta.

Los violadores y los pedófilos son delincuentes, no pacientes. La mayoría de los violadores y los pedófilos son encarcelados como una forma de castigo, no de tratamiento. Sin embargo, pueden recibir tratamiento psicológico o rehabilitación en prisión para ayudar a prepararles para el momento en que sean liberados y se reintegren en la sociedad. La forma más común de tratamiento es la terapia de grupo, que se basa en la creencia de que aunque los delincuentes sexuales pueden engañar a los consejeros, no se pueden engañar fácilmente entre ellos (Kaplan, 1993). No obstante, la gran mayoría de los delincuentes sexuales encarcelados reciben poco o ningún tratamiento en prisión (Goleman, 1992). En California, por ejemplo, donde hay 15 000 delincuentes sexuales en prisión, el tratamiento se ha probado en un solo programa para solo 46 violadores y pedófilos (Goleman, 1992).

Los resultados de los programas de tratamiento en las prisiones son irregulares, en el mejor de los casos. Veamos un estudio canadiense entre 54 violadores que participaron en un programa de tratamiento. Tras salir de prisión, el 28 por ciento fueron condenados más tarde por un delito sexual y el 43 por ciento fueron condenados por un delito violento (Rice et al., 1990). El tratamiento tampoco tuvo éxito en evitar la reincidencia entre una muestra de 136 pedófilos (Rice et al., 1991).

Los hallazgos más prometedores fueron el resultado de programas innovadores en instalaciones carcelarias de California y Vermont (Goleman, 1992). En el programa de Vermont, la media de convictos por crímenes sexuales adicionales después de su liberación se redujo, al menos, a la mitad, en un grupo de delincuentes sexuales que tomaron parte en un programa de tratamiento, comparado con un grupo de control que no lo realizó. Estos programas innovadores utilizaron varias técnicas. El entrenamiento de la empatía se utilizó para aumentar la sensibilidad de los delincuentes hacia sus víctimas. Un ejercicio de empatía consistía en que el delincuente realizara una descripción por escrito de sus crímenes desde el punto de vista de la víctima. La técnica de sensibilización encubierta se utilizó para ayudar a los delincuentes sexuales a resistir sus fantasías sexuales desviadas, que a menudo les conducían a una conducta desviada. El delincuente podía acompañar, en su imaginación, escenas que implicaban violación y acoso, con consecuencias desagradables. A un exhibicionista, por ejemplo, se le podía pedir que practicara imaginándose que estaba a punto de hacer exhibicionismo y en ese momento era descubierto por sus

padres. Un pedófilo podía fantasear acerca de aproximarse sexualmente a un menor, solo para toparse con unos oficiales de policía.

Otro enfoque utiliza intervenciones médicas, como la castración, para reducir los niveles de testosterona y, en consecuencia, la libido de los delincuentes. Los expertos no se ponen de acuerdo en si la castración ayuda a los delincuentes sexuales a controlar sus impulsos sexuales (Roesler & Witztum, 2000). Muchos violadores castrados informan de una libido reducida, como podía esperarse de la reducción en la producción de testosterona que resulta de la extirpación de los testículos. Sin embargo, pueden seguir teniendo interés sexual y mantener la capacidad de erección. Y algunos repiten sus delitos. Otros investigadores informan de tasas de reincidencia más bajas entre los delincuentes sexuales castrados que entre otros delincuentes sexuales.

La castración quirúrgica es una medida extrema. Implica consideraciones éticas por su carácter invasivo y su irreversibilidad. Los medicamentos anti-andrógenos, como la Depo-Provera, de una manera química, reducen los niveles de testosterona (Roesler & Witztum, 2000). A diferencia de la castración quirúrgica, la «castración química» —con medicamentos anti-andrógenos— es reversible (Roesler & Witztum, 2000).

El acoso sexual

Muchos ciudadanos de Estados Unidos quedaron fascinados por la película de Michael Douglas y Demi Moore, *Acoso*. En esta película, Demi Moore es la jefa de Michael Douglas y hace uso de su poder para obligarle a tener relaciones sexuales con ella.

Pregunta: ¿Qué es el acoso sexual? El acoso sexual puede ser difícil de definir (Lewin, 1998b). Por ejemplo, el presidente de Estados Unidos, Bill Clinton, fue acusado de tocar con intención sexual, o «magrear», a una voluntaria de la Casa Blanca que se resistía, llamada Kathleen Willey, y a la que colocó la mano en su pene (Lewin, 1998b). Dicha conducta podría constituir claramente acoso sexual. Pero Clinton también mantuvo una relación de felación con una joven becaria, Monica Lewinsky. Aunque Lewinsky participó voluntariamente, algunos críticos advierten que la Casa Blanca es un lugar de trabajo y el poder de Clinton sobre la becaria hace que esa relación constituya un caso de acoso sexual.

Desde el punto de vista legal, el acoso sexual en el lugar de trabajo normalmente se define como «comentarios verbales, gestos, o contactos físicos de naturaleza sexual, repetidos y no solicitados, o deliberados, que se considera no son bien recibidos por el receptor» (Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo, 1981, p. 2). Los ejemplos de acoso sexual pueden variar desde juegos sexuales no bien recibidos, comentarios provocativos e insinuaciones sexuales, hasta evidentes asaltos sexuales, y pueden incluir conductas como las siguientes (Powell 1996):

- Acoso o abuso verbal.
- Presión sutil con intención de mantener actividad sexual.
- Comentarios sobre la ropa, el cuerpo o las actividades sexuales de una persona.
- Miradas lascivas o «comerse a alguien» con la vista.
- Tocamientos, palmaditas o pellizcos no bien recibidos.
- Rozarse contra el cuerpo de una persona.
- Petición de favores sexuales acompañados por implícitas o manifiestas amenazas que afectan al empleo de uno o su estatus de estudiante.
- Asalto físico. La idea aquí es que la agresión sexual, del tipo que fue acusado Clinton, podría ser acoso sexual pero podría también ser mucho más.

Acoso sexual

Comentarios verbales, gestos y contactos físicos de naturaleza sexual, deliberados o repetidos, y no solicitados, que no son bien recibidos por el receptor.

Tanto hombres como mujeres pueden cometer y ser objeto de acoso sexual. Sin embargo, a pesar de la trama de la película *Acoso*, cerca del 99 por ciento de los acosadores son hombres.

A menudo las acusaciones de acoso sexual son ignoradas o trivializadas por los compañeros de trabajo y por los empleados. La víctima puede llegar a escuchar cosas como: «¿Por qué armar tanto alboroto? No es como si te atacaran por la calle». Sin embargo, las evidencias muestran que las personas que son objeto de acoso sexual *sufren* por ello. Muchas informan de reacciones como ansiedad, irritabilidad, baja autoestima y accesos de cólera. Algunas encuentran el acoso en el trabajo tan insoportable que se resignan. Se dan casos de estudiantes universitarias que han perdido algún curso, se han cambiado de asignatura, han cambiado de programa de doctorado o incluso de facultad porque eran incapaces de poner freno al acoso sexual de algún profesor (Fitzgerald, 1993a, 1993b).

Una razón por la cual el acoso sexual es tan estresante es que, como con otras muchas formas de explotación o coacción sexual, la culpa tiende a recaer sobre la víctima (Powell, 1996). Algunos acosadores parecen creer que las acusaciones de acoso fueron exageradas o que la víctima «reaccionó de manera desmedida» o «me tomó demasiado en serio». En nuestra sociedad se espera que las mujeres sean «amables», sean pasivas y no monten una escena. La mujer que hace valer sus derechos puede ser considerada como una persona «extraña» y molesta, o como conflictiva. «Las mujeres son agredidas si se hacen valer y victimizadas si no lo hacen» (Powell, 1991, p. 114).

A veces el acoso sexual tiene más que ver con el abuso de poder que con el deseo sexual (Tedeschi & Felson, 1994). Son relativamente pocas las situaciones de acoso sexual que implican peticiones explícitas de favores sexuales. La mayoría involucran la expresión de poder como una táctica para controlar o intimidar a alguien, normalmente una mujer. El acosador está normalmente en una posición dominante y abusa de esa posición explotando la vulnerabilidad de la víctima. El acoso sexual puede emplearse como una táctica de control social. Puede ser una manera de mantener a las mujeres «en su sitio». Esto sucede especialmente en aquellos sectores de trabajo que tradicionalmente han sido cotos masculinos, como los cuerpos de bomberos, el gremio de la construcción o las academias militares. El acoso sexual refleja resentimiento y hostilidad hacia las mujeres que se aventuran más allá de las fronteras del papel femenino tradicional (Fitzgerald, 1993b).

El acoso sexual no se limita a los lugares de trabajo o a la universidad. También puede ocurrir entre pacientes y médicos, y entre terapeutas y clientes. Los terapeutas pueden utilizar su poder e influencia para presionar a los clientes a mantener relaciones sexuales. Dicho acoso puede estar disfrazado, expresado en términos de «beneficios terapéuticos» de la actividad sexual.

Dos escenarios donde ocurre el acoso sexual son el lugar de trabajo y la facultad.

El acoso sexual en el lugar de trabajo

Pregunta: ¿Cómo ocurre el acoso sexual en el lugar de trabajo? Los acosadores en el lugar de trabajo pueden ser empresarios, supervisores, colegas o clientes de la empresa. En algunos casos, los clientes realizan insinuaciones sexuales molestas hacia los empleados, y estas insinuaciones son ignoradas o aprobadas por el jefe. Si un trabajador le pide una cita a un compañero y es rechazado, no es acoso sexual. Sin embargo, si el trabajador persiste con las insinuaciones molestas y no toma un «no» por respuesta, la conducta cruza la línea y se convierte en acoso.

Quizás la forma más grave de acoso sexual, exceptuando la agresión descarada, involucre a un empresario o un supervisor que demanda favores sexuales como condición para

el empleo o el ascenso. En 1980, la Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo definió una serie de directrices que ampliaban la definición de acoso sexual en el lugar de trabajo para incluir cualquier conducta de naturaleza sexual que pueda interferir con un comportamiento de trabajo individual o pueda crear un ambiente laboral hostil, intimidatorio u ofensivo.

En 1986, la Corte Suprema de Estados Unidos reconoció el acoso sexual como una forma de discriminación sexual, bajo el Título VII de las Actas de los Derechos Civiles de 1964. En él se sostiene que los empresarios pueden ser considerados responsables si su conducta se estima que crea un entorno de trabajo hostil o abusivo, o interfiere con el comportamiento de trabajo de un empleado. Una norma de la Corte Suprema de 1993 sostiene que una persona no tiene por qué sufrir daño psicológico para demandar a un empresario en términos de acoso sexual («Court, 9-0», 1993). Más aún, los empresarios pueden ser responsables no solo de sus propias acciones, sino también del acoso sexual de sus empleados, cuando el empresario sabía, o debería haberlo sabido, que el acoso estaba teniendo lugar y no actuó para eliminarlo rápidamente (McKinney & Maroules, 1991). Para protegerse a sí mismas, muchas empresas y universidades han desarrollado programas para educar a los trabajadores acerca del acoso sexual, han establecido protocolos para tratar las quejas y han impuesto sanciones contra los acosadores.

Ante la ley, las personas que son objeto de acoso sexual pueden obtener una orden judicial para que cese el acoso, la readmisión en sus empleos (cuando los han perdido por resistirse a las insinuaciones sexuales), recibir las pagas atrasadas y los beneficios perdidos, y compensaciones económicas por el daño emocional infligido por el acoso. Sin embargo, por lo general resulta difícil probar los cargos de acoso sexual porque normalmente no hay testigos ni evidencias que lo corroboren. De resultas, relativamente pocas personas que sufren acoso sexual en el trabajo lo denuncian formalmente o buscan recursos legales. Como otras personas sometidas a otras formas de coacción sexual, las personas que experimentan acoso sexual en el trabajo a menudo no denuncian el acoso por temor a no ser creídos o ser objeto de represalias. Algunos temen que serán tachados de conflictivos o perderán sus empleos.

¿Es común el acoso sexual en el lugar de trabajo? Dos tercios de los hombres entrevistados por la revista *Harvard Business Review* afirmaban que las noticias sobre el acoso sexual en el trabajo eran exageradas (Castro, 1992). Sin embargo, un estudio realizado por la revista *Working Woman* mostraba que más del 90 por ciento de las empresas que estaban entre la lista Fortune 500 (las quinientas empresas más grandes de Estados Unidos) habían recibido quejas de acoso sexual de sus empleados. Más de un tercio de las empresas habían sido demandadas por cargos de acoso sexual. Un estudio entre empleados federales realizado por la Comisión Norteamericana de Igualdad de Oportunidades Laborales encontró que el 42 por ciento de las mujeres y el 14 por ciento de los hombres informaron de casos de acoso sexual (DeWitt, 1991). En total, una de cada dos mujeres dijo haber vivido alguna forma de acoso sexual en el trabajo o en la facultad. Los investigadores del resto del mundo encuentran que cerca del 70 por ciento de las mujeres que trabajan en Japón y el 50 por ciento de las que trabajan en Europa han vivido situaciones de acoso sexual (Castro, 1992). El acoso sexual contra las mujeres es más común en los lugares de trabajo en los cuales las mujeres tradicionalmente no han estado representadas (Fitzgerald, 1993b), como en los sectores de la construcción o naval.

El acoso sexual en la facultad

Pregunta: ¿Cómo ocurre el acoso sexual en la facultad? Las estimaciones de la frecuencia de acoso sexual de los estudiantes universitarios varían ampliamente entre los estudios. En total, entre el 25 por ciento y el 30 por ciento de los estudiantes informan de al menos un

incidente de acoso sexual en la facultad, y los hombres presentan una probabilidad dos veces mayor que las mujeres de cometer acoso sexual (Menard *et al.*, 2003). La ley federal que prohíbe la discriminación sexual en las instituciones académicas permite a los estudiantes demandar a sus facultades, exigiendo multas económicas por acoso sexual.

El acoso sexual en las facultades normalmente implica las formas menos graves de acoso, como comentarios sexistas y observaciones sexuales, así como avances, miradas sugerentes, proposiciones y tocamientos leves (Menard *et al.*, 2003). Relativamente pocos actos involucran el uso de presión directa para la relación sexual. La mayoría de los estudiantes que sufren acoso sexual no informan del incidente. Si lo hacen, normalmente es a un confidente, no a una persona de la autoridad.

La mayoría de las formas de acoso implican relaciones de poder desiguales entre el acosador y la persona acosada. El *acoso entre compañeros* ocurre entre personas que son iguales en poder, como en los casos de bromas sexuales reiteradas por parte de compañeros en el trabajo, el instituto o la facultad. El acosador puede incluso tener menos poder formal que la persona acosada. Por ejemplo, hay profesoras que han sido acosadas por estudiantes, en casos en los cuales la dominancia social tradicional del varón puede primar sobre la posición académica de la mujer, al menos en la cabeza del acosador.

Una forma común de acoso por estudiantes, que fue informada por cerca de un tercio de las profesoras encuestadas en un estudio, implica comentarios sexistas. Otra forma común de acoso incluye llamadas telefónicas obscenas, atención indebida y comentarios sexuales. Las insinuaciones sexuales explícitas son informadas por unos pocos profesores (Grauerholz, 1989). El profesorado masculino de la facultad y los miembros de la plantilla pueden también ser objeto de acoso. De 235 profesores encuestados en una universidad, el 6 por ciento informaron de haber sido acosados sexualmente por un estudiante (Fitzgerald *et al.*, 1988).

El acoso sexual también ocurre mucho antes de que los estudiantes lleguen a la facultad. Un estudio realizado en Estados Unidos entre estudiantes de Secundaria y Bachillerato encontró que muchos chicos y chicas se habían enfrentado al acoso en forma de agarrones o magreos, o habiendo sido objeto de humillaciones sexualmente explícitas mientras caminaban por los pasillos de la escuela (Henneberger, 1993).

La imagen que se desprende de una encuesta entre adolescentes estadounidenses, realizada por Louis Harris en 1993, entre los cursos de 8.º a 11.º, indica que las bromas y las insinuaciones sexuales se habían convertido en parte de un ritual molesto para muchos estudiantes, especialmente chicas, cuando recorrían los pasillos y las escaleras del instituto (Barringer, 1993c; Henneberger, 1993). Más de dos de cada tres chicas, y más de cuatro de cada diez chicos, dijeron haber sido tocados, agarrados o pellizcados en el instituto. Más aún, dos de cada tres chicos y cerca de una de cada dos chicas dijeron haber acosado a otros estudiantes. Muchos de los acosadores (el 41 por ciento de los chicos y el 31 por ciento de las chicas) veían sus acciones como «parte de la vida en el instituto» y «que no era para tanto». Las insinuaciones y los comentarios sexuales molestos tenían un impacto negativo tanto en los chicos como en las chicas, pero especialmente en las chicas. Una de cada tres chicas que experimentaron acoso sexual en el instituto confesaron que eso les había hecho sentir que no querían ir al instituto. Cerca del 28 por ciento dijeron que el acoso sexual les había hecho más difícil prestar atención en clase, y el 20 por ciento dijeron que habían bajado sus notas.

Cómo resistir el acoso sexual

¿Qué harías si fueras acosado sexualmente por un empresario o un profesor? ¿Cómo te enfrentarías a ello? ¿Intentarías ignorarlo y esperarías que parara?

Pregunta: ¿Cómo puede uno resistir el acoso sexual? Ofrecemos algunas sugerencias, adaptadas de Powell (1996), que pueden resultar de ayuda. Sin embargo, admite que la responsabilidad del acoso sexual siempre recae en el perpetrador y en la organización que permite que el acoso sexual tenga lugar, no en la persona que es objeto del acoso.

1. *Transmite una actitud profesional.* El acoso es a menudo frenado de repente respondiendo al acosador con una actitud profesional.
2. *Desanima la conducta acosadora y anima la conducta apropiada.* El acoso también puede pararse de repente moldeando la conducta del acosador. Tus reacciones ante el acosador pueden animar la conducta profesional y desanimar los flirteos o la conducta sugerente. Si el profesor acosador sugiere que regreses después de las clases para revisar tu trabajo sin que seáis molestados, establece los límites con seguridad. Dile al profesor que te sentirías más a gusto discutiendo tu trabajo durante el horario lectivo. Mantente en tu objetivo. Cíñete a los temas que tratáis. El acosador debería entender rápidamente el mensaje de que insistes en mantener una relación estrictamente profesional. Si el acosador insiste, no te culpes. Eres responsable solo de tus propias acciones. Cuando el acosador insiste, puede ser apropiada una respuesta más directa: «Profesor Jones, querría mantener nuestra relación sobre una base estrictamente profesional, OK?».
3. *Evita estar a solas con el acosador.* Si estás siendo acosado por tu profesor pero necesitas alguna orientación sobre la preparación de tu trabajo, acércate a él o ella después de clase, cuando otros estudiantes están alrededor, no en privado, durante las horas de tutoría. También puedes ir acompañado de un amigo que espere fuera del despacho mientras consultas a tu profesor.
4. *Guarda un registro.* Haz un registro de todos los incidentes de acoso para utilizarlo como documentación en el caso de que decidas hacer una denuncia oficial. El registro debería incluir lo siguiente: 1) dónde tuvo lugar el incidente, 2) la fecha y la hora, 3) lo que ocurrió, incluyendo las palabras exactas que se pronunciaron, si puedes recordarlas, 4) cómo te sentiste, y 5) los nombres de los testigos. Algunas personas que han sido objeto de acoso sexual han llevado una grabadora durante los encuentros con el acosador. Dichas grabaciones pueden no ser admitidas en un juicio, pero son persuasivas en procedimientos reivindicativos. Sin embargo, utilizar una grabadora oculta puede ser ilegal en tu Estado. Infórmate previamente.
5. *Habla con el acosador.* Puede ser incómodo tratar el asunto directamente con el acosador, pero hacerlo coloca al ofensor sobre la noticia de que eres consciente del acoso y quieres pararlo. Puede resultar de ayuda enmarcar tu enfoque en términos de una descripción de las acciones ofensivas específicas (por ejemplo: «Cuando estamos solos en la oficina intentas tocarme o rozarte conmigo repetidamente»), tus sentimientos sobre la conducta ofensiva («Me hace sentir como si mi intimidad estuviera siendo violada. Estoy muy afectada por esto y últimamente no he podido dormir muy bien»), y lo que tú querrías que hiciera el ofensor («Así que me gustaría que acordaras conmigo no intentar tocarme nunca más, ¿OK?»). Tener una charla con el acosador puede ponerle freno. Si el acosador niega las acusaciones, puede ser necesario llegar más lejos en las acciones.
6. *Escribe una carta al acosador.* Anota en un papel un registro de la conducta ofensiva y pon en conocimiento del acosador que el acoso debe parar. Tu carta podría: 1) describir lo que ocurrió («En varias ocasiones has hecho comentarios sexistas sobre mi cuerpo»), 2) describir cómo te sientes («Cuando me hablabas de esa manera me hacías sentir como un objeto sexual»), y 3) describir lo que

te gustaría que hiciera el acosador («Quiero que dejes de hacer comentarios sexistas sobre mí»).

7. *Busca apoyo.* El apoyo de personas en las que confías puede ayudarte a través del, a menudo difícil, proceso de resistir el acoso sexual. Hablar con otros te permite expresar tus sentimientos y recibir apoyo emocional, estímulo y consejo. Además, puede reforzar tu causa si tienes la oportunidad de identificar y hablar con otras personas que han sido acosadas por el ofensor.
8. *Pon una denuncia.* La ley exige a las empresas y organizaciones que respondan de manera razonable de las denuncias de acoso sexual. En las empresas grandes, se designa un funcionario (a menudo, un defensor del pueblo, un asesor público para casos de acoso) para que se haga cargo de dichas quejas. Organiza una cita con este funcionario para discutir tus experiencias. Consúltale sobre los procedimientos de reivindicación en la organización y sobre tu derecho a la confidencialidad. Pon a su disposición el registro de las fechas de los incidentes, lo que ocurrió, cómo te sentiste por ello, y demás.

Las dos mayores agencias del gobierno que se hacen cargo de los casos de acoso sexual son la Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo y la Comisión de los Derechos Humanos en cada Estado. Estas agencias ofrecen consejo sobre cómo puedes proteger tus derechos legales y proceder con una denuncia formal.

9. *Busca soluciones legales.* El acoso sexual es ilegal y perseguible. Si estás considerando acciones legales, consulta a un abogado que esté familiarizado con estos casos. Puedes tener derecho a recibir las pagas atrasadas (si fuiste despedido por razones que se derivaron del acoso sexual), a que se te restaure tu empleo, y a daños y perjuicios.

Para terminar, no nos preguntamos qué pueden hacer los supervivientes de violación, incesto y acoso sexual para recuperarse del daño que se les ha hecho. Nos preguntamos qué podemos hacer *todos* para moldear la sociedad de manera que el sexo no se utilice más como instrumento de poder, coacción y violencia.

APORTACIÓN DE AUTORES ESPAÑOLES

LA SEXUALIDAD EN PRISIÓN

RODRIGO J. CARCEDO
Universidad de Burgos

LA SEXUALIDAD DE LOS PRESOS

Diferentes autores han resaltado el malestar de las personas que están en prisión por la privación sexual que sufren durante el tiempo de cumplimiento de su condena. De hecho, se ha llegado a defender que la privación sexual es uno de los castigos que debe conllevar el hecho de estar en prisión (Marcos, 1971). Al mismo tiempo, los propios internos señalan esta privación como uno de los aspectos de su estancia en prisión que más sufrimiento les causa, en especial, no poder resolver y compartir sus necesidades sexuales con una pareja.

Las necesidades sexuales han de ser resueltas por el individuo para experimentar un estado de bienestar. La salud sexual

está muy relacionada con la salud general, entendida ésta como «el bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad» (OMS, 1958). De hecho, el instrumento creado por la OMS para medir la calidad de vida (WHOQOL) incluye la satisfacción sexual dentro de la subescala de salud social.

Por otra parte, también es un problema de salud que algunos internos mantengan contactos sexuales en prisión sin ningún tipo de protección contra el VIH/SIDA, las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados (Wohl *et al.*, 2000). Otro problema es que algunos de estos contactos sexuales no son consensuados, con las consecuencias que esto

implica para las personas internas, víctimas de agresiones sexuales en prisión (Cotton y Groth, 1982).

Por otro lado, en el caso de los internos que tenían pareja antes de entrar en prisión, su condena, especialmente si es muy larga y/o la prisión se encuentra muy lejos del domicilio de su pareja, es uno de los factores de riesgo de ruptura de la pareja más evidentes. Al mismo tiempo, las personas internas que no tenían pareja antes de entrar en prisión van a tener muy difícil, por no decir imposible, encontrar pareja durante el periodo de privación de libertad.

Desde otro punto de vista, el de la obligación constitucional de favorecer la reinserción social de los presos, el hecho de tener una relación de pareja y la estabilidad de dicha relación son factores tremendamente importantes para el éxito en el proceso de reinserción social, puesto que el hecho de tener una relación familiar sólida es el mejor predictor de una resocialización exitosa (Hairston, 1988).

Finalmente, existen pocos estudios sobre la vida sexual y afectiva de los presos. La inmensa mayoría de ellos han sido realizados en prisiones de Estados Unidos¹, lo que supone un enorme salto cualitativo con respecto a la situación de las prisiones españolas, menos restrictivas y más enfocadas a la reeducación y resocialización del preso. Por este motivo, desde la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca hemos llevado a cabo este primer estudio en nuestro país, que se ha plasmado en la realización de una tesis doctoral titulada *Necesidades sociales, emocionales y sexuales en presos. Estudio de un centro penitenciario* (Carcedo, 2005), donde hemos estudiado las necesidades afectivo-sexuales, entre otras, de una muestra de 90 internos del Centro Penitenciario de Topas (Salamanca): 10 internos clasificados en tercer grado y 80 en segundo grado, de los cuales 21 eran varones españoles, 39 varones extranjeros, 10 mujeres españolas y 10 mujeres extranjeras.

¿CÓMO ES LA VIDA SEXUAL DE LOS PRESOS?

En general, podemos hablar de la existencia de una sexualidad muy deficitaria, debido a las restricciones contextuales que tiene el hecho de estar en prisión, y de carencias afectivas importantes. La privación sexual y afectiva es bastante generalizada, aunque existen excepciones. En nuestro estudio, observamos que las mujeres estaban más satisfechas sexualmente que los hombres, aunque tan sólo se situaban en niveles intermedios de satisfacción. Al ser minoría en prisión (la *ratio* era de una mujer por cada 14 varones), tenían una mayor posibilidad de encontrar pareja dentro de la misma prisión. Esto aseguraba una mayor frecuencia de relaciones sexuales, aunque, de todos modos, no alcanzasen la frecuencia y calidad que desearían. Asimismo, la mayor parte de las internas tienen pareja dentro de la misma prisión, mientras que la mayor parte de los varones no la tienen.

En cuanto a las manifestaciones sexuales concretas, la tasa de masturbación aumenta ante la falta de relaciones sexuales (Hensley *et al.*, 2001). Así lo pudimos comprobar en nuestro estudio en ambos sexos, si bien pensamos que su frecuencia no es

aún mayor debido a la falta de intimidad en la que viven las personas internas, puesto que la inmensa mayoría comparten celda con otra persona. La masturbación es una conducta saludable y el recurso más fácil que tienen los internos. Aun así, habría que hacer lo posible para que no sea el sustituto de las relaciones interpersonales, de las que se encuentran tan necesitados.

También aparece el fenómeno de la homosexualidad situacional (Aldridge, 1983); en otras palabras, internos e internas que, ante la imposibilidad de mantener contactos sexuales con personas del otro sexo, los mantienen con personas de su mismo sexo. De hecho, la inmensa mayoría de estos internos e internas vuelven a mantener exclusivamente relaciones heterosexuales cuando recuperan su vida en libertad.

Algunos autores han señalado que estas conductas homosexuales tienen un componente más agresivo en los varones, puesto que es una manera de expresar poder y de conservar su rol masculino delante del resto de los internos, además de evitar ser etiquetados como homosexuales (Man y Cronan, 2001). De hecho, los agresores buscan víctimas que posean características más femeninas (voz suave, sin vello, etc.), por lo que algunos autores han hablado de relaciones «pseudoheterosexuales». Algo parecido ocurre con los transexuales que se sienten mujeres: algunos corren el riesgo de ser víctimas de agresiones sexuales, mientras que otros ejercen la prostitución en el módulo penitenciario para obtener beneficios económicos.

Por lo que respecta a las mujeres, la homosexualidad situacional en las prisiones parece estar más asociada a otras características, como el afecto y la vinculación emocional, la falta de contacto corporal y sexual, además de necesidades económicas (Greer, 2000; Maeve, 1999).

En cuanto al proceso de acercamiento, se establecen relaciones de amistad que progresivamente van aumentando en su grado de intimidad hasta que, en algunos casos, finalmente, se mantienen relaciones sexuales. No obstante, la coerción sexual está presente tanto en prisiones de varones como de mujeres. En el caso de los varones, los agresores suelen ser otros internos, mientras que en las prisiones de mujeres los agresores suelen ser mayoritariamente otras internas, además del personal de la prisión. Dos estudios realizados en prisiones norteamericanas encontraron que las estrategias coercitivas más empleadas difieren entre las prisiones de varones y mujeres. Las víctimas masculinas sufrieron en mayor medida amenazas de daño físico e intimidación y violencia física, mientras que las víctimas femeninas sufrieron en mayor medida la persuasión y presión verbal, así como amenazas e intimidación física, aunque el empleo de la fuerza fue mucho menor (Struckman-Johnson *et al.*, 1996; Struckman-Johnson y Struckman-Johnson, 2002).

En nuestro estudio no encontramos ninguna persona interna que afirmara haber mantenido contactos homosexuales en prisión, si bien nos consta, por el testimonio referido a otras personas, que sí se mantenían este tipo de contactos, especialmente entre las mujeres. No obstante, no pudimos comprobar este dato. Al mismo tiempo, encontramos un caso, que cumplía los criterios del trastorno de identidad sexual, que afirmaba haber mantenido contactos sexuales no deseados por que le presionaron o forzaron.

¹ Téngase esto en cuenta al leer el capítulo y al observar diferencias entre nuestros resultados y lo que exponen otros autores.

Finalmente, a los internos que tienen pareja estable y pueden acreditarlo (certificado de matrimonio, certificado de convivencia o una carta con fecha que certifique la existencia de una relación superior a seis meses —criterio específico del C.P. Topas—) les está permitido acceder a las comunicaciones íntimas. Estas comunicaciones consisten en visitas que se llevan a cabo en habitaciones acondicionadas para que los internos y sus parejas puedan disfrutar de un tiempo de intimidad y mantener relaciones sexuales si así lo desean. Las habitaciones son de unos 12 m², tienen una cama, una mesilla y un cuarto de baño con ducha. La duración de estas comunicaciones no ha de ser inferior a una hora ni superior a tres. Se establece un mínimo de una comunicación íntima al mes para los internos que tienen acceso a esta modalidad. En nuestro estudio, los internos que disfrutaban de un mayor número de comunicaciones íntimas eran aquellos que tenían a su pareja en prisión y que sumaban las comunicaciones de ambos; de este modo, algunas parejas podían llegar a tener una comunicación íntima semanal.

No obstante, algunos autores han señalado que las comunicaciones íntimas no son en sí mismas la solución al problema sexual de los presos (Valverde, 1997). Estas comunicaciones están dirigidas específicamente a mantener relaciones sexuales, tienen un tiempo límite escaso que no permite dedicar tiempo a comunicarse, intimar, etc., y se realizan en habitaciones no siempre acondicionadas adecuadamente. De hecho, algunos in-

ternos nos han informado de los sentimientos negativos que tienen sus parejas, especialmente cuando éstas no están familiarizadas con el sistema penitenciario. Algunos nos comentaron que sus parejas dejaron de venir a las visitas íntimas porque se sentían incómodas, observadas por los funcionarios, en un ambiente muy frío, declarando en algunos casos percibirse como «prostitutas que venían a lo que venían». Por otro lado, otros internos nos han informado de la presencia de disfunciones sexuales durante estas relaciones por la premura del tiempo, el miedo a ser escuchados por los funcionarios, etc.

¿CÓMO PODEMOS MEJORAR LA VIDA SEXUAL DE LOS PRESOS?

Parece obvio que la mejor manera de responder a esta pregunta es trasladar dicha cuestión a los propios internos, como así hicimos en nuestro estudio. Al preguntarles sobre las sugerencias que ellos harían para mejorar su vida sexual, principalmente hicieron referencia a aspectos relacionados con las comunicaciones íntimas y con la situación existente tanto fuera como dentro de prisión (véase la Tabla 14.2).

Las sugerencias aportadas varían dependiendo de la situación relacional de pareja del interno. Los internos que no tienen pareja (la inmensa mayoría son varones) principalmente proponen la posibilidad de tener acceso a las comunicaciones íntimas sin ser pareja estable (con amistades, conocidas, etc.) y compartir actividades con otras internas para tener la posibilidad

TABLA 14.2

Sugerencias aportadas por reclusos y reclusas para mejorar su vida sexual

A) Comunicaciones íntimas	B) Situación fuera de la prisión	C) Situación dentro de la prisión	D) Otras
Más largas.	Estar más cerca de mi pareja.	Actividades compartidas entre internos e internas en prisión.	Más comunicación sobre sexualidad con mi pareja.
Poder tener acceso a ellas sin ser pareja estable.	Más permisos de salida, libertad condicional, etc.	Vivir con mi pareja en un módulo de parejas (como es el caso del C.P. Madrid VI, Aranjuez).	Recibir clases de educación sexual.
Más frecuentes.		Dinero para tener pareja y/o sexo en prisión.	
No pedir certificado de convivencia ni exigir al menos 6 meses de relación para concederlas.			
Más intimidad.			
Más higiene y limpieza.			
Fecha de comunicación que se pueda cambiar («que pueda cambiarse para otro día si hoy no me apetece»).			
Ambiente más cálido y romántico.			
Mejor temperatura (mucho calor en verano y mucho frío en invierno).			
Poder llevar comida.			
No quitar las comunicaciones íntimas una vez que se conceden los permisos de salida (así está establecido por ley).			

de conocer alguna posible pareja. Los internos que tienen su pareja fuera de prisión (la mayor parte son varones) sugieren un mayor contacto con el exterior, pidiendo cumplir su condena en una prisión más cercana a su familia y recibiendo permisos de salida, adelantamiento de la libertad condicional, etc. Finalmente, los internos que tienen a su pareja dentro de prisión (la mayoría son mujeres) son los que tienen una mayor frecuencia de relaciones sexuales y, por ello, se centran más en aspectos relacionados con la mejora de las comunicaciones íntimas y con la mayor frecuencia de contacto con su pareja, como, por ejemplo, así ocurriría si fueran trasladados a una prisión con un módulo de parejas (ambos conviven en la misma celda).

En definitiva, y como resumen de todo lo dicho hasta aquí, la vida sexual y afectiva de los presos debe ser mejorada para favorecer su calidad de vida y su reinserción.

BIBLIOGRAFÍA

- CARCEDO, R. (2005): *Necesidades sociales, emocionales y sexuales de los presos. Estudio de un centro penitenciario*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Salamanca. Salamanca, España.
- HENSLEY, C. (Ed.). (2002): *Prison sex: Practice and policy*. Londres. Lynne Rienner.
-

El mundo del «sexo comercial»



Prostitución: sexo a la fuga

La incidencia de la prostitución en Estados Unidos

Tipos de prostitutas femeninas

Entrar en la «mala vida»

Los clientes de las prostitutas femeninas

La prostitución masculina

HIV/SIDA y prostitución

Pornografía y obscenidad

¿Qué es pornográfico?

Frecuencia y uso del erotismo y la pornografía

Pornografía y coacción sexual

Prostitución: sexo a la fuga

Hugh Grant violó la ley porque la prostitución es ilegal en California.

Pregunta: ¿Qué es la prostitución? La prostitución es la venta de actividad sexual por dinero. La prostitución es ilegal en casi todo Estados Unidos, excepto en algunos condados rurales de Nevada, donde está restringida a los burdeles con licencia del Estado.

Solicitar los servicios de una prostituta o de un chapero también es ilegal en muchos Estados. Sin embargo, la policía raramente persigue a los clientes o *johns*. (Hugh Grant llamó su atención por estar realizando un «acto obsceno» en un coche aparcado en la vía pública.) Los pocos clientes que son detenidos normalmente son penalizados con una pequeña multa. En ocasiones, los nombres de los clientes detenidos se publican en los periódicos locales, lo que puede disuadir a aquellos que temen la publicidad. Por otro lado, algunos creen que la indiscreción de Hugh Grant aumentó la taquilla de su película *Nueve meses*, que se estrenaba unos días después. Aunque existen prostitutas y chaperos, y los clientes pueden ser hombres y mujeres, el número de prostitutas supera con mucho al de chaperos, y virtualmente todos los clientes son hombres.

La prostitución es llamada también el «oficio más antiguo del mundo» —por buenas razones—. Se le puede seguir la pista, al menos, hasta la antigua Mesopotamia, donde prosperaba la prostitución en el templo. El historiador griego Herodoto dice que se esperaba de todas las mujeres de la ciudad que pasaran un tiempo en el templo. Ellas ofrecían sus cuerpos a los forasteros que visitaban el templo y ellos hacían una donación «religiosa».

La prostitución prosperó también en la Europa medieval y durante el periodo victoriano, sexualmente represivo, en el siglo XIX. Entonces, como ahora, el motivo más importante para la prostitución era económico. Muchas mujeres pobres ejercían la prostitución como una manera de ganarse la vida. En la Inglaterra victoriana, la prostitución se consideraba como una vía de escape para que los hombres satisficieran sus apetitos sexuales. Era una creencia muy extendida que las mujeres no disfrutaban del sexo. Así pues, se consideraba que era mejor para un hombre visitar a una prostituta que «ensuciar» a su esposa con sus pasiones carnales.

En el siglo XIX, en Estados Unidos, los hombres casados y solteros frecuentaban a las prostitutas regularmente. El uso de la prostitución rompía con todas las fronteras económicas y sociales. Con frecuencia ocurría en dos contextos: la iniciación sexual de los hombres y las visitas regulares a los burdeles.

La incidencia de la prostitución en Estados Unidos

Pregunta: ¿Está extendida la prostitución? Nadie sabe cuántas prostitutas hay en Estados Unidos, pero parece que hay cientos de miles. Las prostitutas se encuentran en las calles, en los burdeles, en las películas para adultos, en Internet, en las guías telefónicas y en los anuncios clasificados.

Dos tercios de los varones estadounidenses, en la muestra de Kinsey (Kinsey *et al.*, 1948), dijeron haber visitado a una prostituta al menos una vez. Entre el 15 por ciento y el 20 por ciento las visitaban regularmente. Sin embargo, el uso los servicios de prostitutas variaba con el nivel de formación académica. A la edad de 20 años, cerca del 50 por ciento de los varones sin formación universitaria de la muestra de Kinsey, pero solo el 20 por ciento de los varones con educación universitaria, habían visitado a una prostituta. A la edad de 25, las cifras se incrementaban hasta cerca de dos tercios para los varones sin formación universitaria, pero solo cerca del 25 por ciento para los varones universitarios.

Prostitución Venta de actividad sexual por dinero u objetos de valor, como drogas. (Del latín *prostituere*, que significa «exponerse». La implicación es que uno está poniendo su cuerpo en venta.)

Los datos de Kinsey presagiaban un descenso de la experiencia con prostitutas por la decadencia de la doble moral sexual. En efecto, los hombres jóvenes de las generaciones recientes tienen más probabilidades de ser iniciados sexualmente con sus novias. Como afirma Edgley (1989): «Un viejo y sagrado principio económico estaba funcionando; aquellos que cobran por un servicio no pueden competir con aquellos que lo dan gratis» (p. 392). El aumento de concienciación sobre las enfermedades de transmisión sexual, especialmente HIV/SIDA, también ha limitado el uso de los servicios de las prostitutas. Sin embargo, la prostitución sigue prosperando.

Tipos de prostitutas femeninas

Las prostitutas —llamadas de manera vulgar *fulanas*, *putas* o *señoritas de compañía*— por lo general se clasifican según el lugar en el que trabajan.

Pregunta: ¿Cuántos tipos de prostitutas existen? La mayor parte de las prostitutas hoy en día son callejeras; otras ejercen en una casa o burdel; muchas de ellas trabajan en salones de masajes, o son «señoritas de compañía» o prostitutas por teléfono (muchas prostitutas hoy en día tienen sus clientes habituales, «dejan que sus dedos hagan el recorrido por las páginas amarillas»). El tradicional burdel de prostitutas es menos común hoy en día que antes de la Segunda Guerra Mundial.

Prostitutas callejeras. Parte del misterio del caso de Hugh Grant es por qué buscaría los servicios de una prostituta. Otra parte es por qué buscó una prostituta que estaba haciendo la calle.

Aunque la mayoría de las prostitutas hacen la calle, éstas ocupan el escalón más bajo en la jerarquía de las prostitutas. Cobran las tarifas más bajas y suelen ser las menos deseables. También corren los riesgos más altos de abuso por los clientes y **proxenetas**. Las prostitutas que hacen la calle suelen venir de la indigencia y tener hijos no deseados (Dalla, 2003). Muchas son supervivientes de violación, abusos sexuales o incesto (Medrano *et al.*, 2003). Una gran parte de ellas son adolescentes que huyeron de su hogar y entraron en la prostitución para sobrevivir.

Las prostitutas callejeras, como su nombre indica, actúan en espacios públicos. De esta manera llaman más la atención que otras prostitutas y están más expuestas a ser detenidas. Para evitar ser detenidas, las prostitutas que hacen la calle pueden ofrecer sus servicios de manera indirecta. Pueden preguntar a los posibles clientes que pasan si quieren «pasar un buen rato» o «algo de diversión», más que sexo en sí. En muchas ciudades, las prostitutas que hacen la calle se visten de manera provocativa y reveladora.

El estereotipo de la prostituta representa una mujer que no responde sexualmente y que finge excitarse sexualmente con los *johns*, mientras que mantiene un ojo pendiente del reloj. Sin embargo, la mayoría de las prostitutas de una muestra en Filadelfia confesó que



Una prostituta callejera. Se estima que varios cientos de miles de prostitutas trabajan en Estados Unidos. Algunas prostitutas —que «hacen la calle»— desempeñan su trabajo literalmente caminando por las calles y reclutando a sus clientes entre los peatones y los conductores. Otras, que se pueden encontrar bajo las referencias de servicios de «masajes» o «compañía», dejan que sean los dedos de sus clientes los que recorran las páginas amarillas. Otras se anuncian online.

algunas formas de sexo con los clientes eran «muy satisfactorias» (Savitz & Rosen, 1988). Más del 60 por ciento de las prostitutas dijeron experimentar orgasmos con los clientes al menos de manera ocasional. La mayoría de las prostitutas también informaron de que tenían relaciones sexuales satisfactorias en sus vidas privadas y eran regularmente orgásmicas. Como parece lógico, conseguían mayor placer sexual de sus relaciones personales que de sus clientes.

En la mayoría de los lugares, las penas por ejercer la prostitución consisten en pequeñas multas o en cortos periodos en prisión. Muchos departamentos de policía, asediados por el tráfico de drogas y los crímenes violentos, consideran la prostitución un crimen «menor» o «fastidioso». Muchas prostitutas están inmersas en el círculo vicioso del sistema judicial. Pagan la multa; pasan una noche o dos entre rejas; vuelven a las calles.

Una prostituta de barra americana es una variación de la prostituta que hace la calle. Se acerca a los hombres en un bar que ella frecuenta, en lugar de en las calles. El pago de cierta cantidad al dueño del bar o al encargado asegura su cooperación, mientras la mujer es tolerada porque atrae clientes. Algunas prostitutas que hacen la calle trabajan en cines X y pueden realizar sus servicios en sus butacas con sexo manual u oral. El pago de una cantidad asegura la cooperación del encargado.

Muchas prostitutas que hacen la calle mantienen a un proxeneta (Williamson & Cluse-Tolar, 2002). Un proxeneta actúa como un amo-compañero-padre-amante. Proporciona a las prostitutas que hacen la calle protección, fianzas, y a veces pensión completa, a cambio de un alto porcentaje de sus ganancias. Sin embargo, las prostitutas son a menudo objeto de abuso físico por parte de sus proxenetas, que pueden utilizar amenazas y palizas como medios de control (Williamson & Cluse-Tolar, 2002).

Las prostitutas callejeras no permanecen en el negocio («vida laboral») durante mucho tiempo (Edgley, 1989). Algunas realizan la transición hacia una vida tradicional o se casan. Otras mueren jóvenes debido al abuso de drogas, las enfermedades, el suicidio o los abusos físicos a manos de sus proxenetas o clientes. Además, las supervivientes van siendo menos comerciales con la edad.

Las prostitutas callejeras que trabajan en hoteles y en convenciones por lo general mantienen un estatus más elevado que aquellas que trabajan en las calles o en los bares. Los clientes típicos son asistentes a convenciones u hombres de negocios que están lejos del hogar. La prostituta de hotel debe ser hábil para transmitir mensajes subliminales a potenciales clientes, sin llamar la atención del personal o de la seguridad del hotel. Normalmente proporcionan servicios sexuales en la misma habitación del hotel. Algunos directores de hotel tolerarán a prostitutas conocidas (generalmente a cambio del pago de una cantidad bajo cuerda) siempre y cuando la mujer se conduzca con discreción.

Prostitución de burdel. Muchas prostitutas de burdel ocupan un estatus intermedio entre las prostitutas callejeras y las prostitutas por teléfono, en la jerarquía de las prostitutas. Trabajan en un burdel o, más común hoy en día, en un salón de masajes.

La vida de la prostituta de burdel no es tan lucrativa como la de la chica de compañía ni tan degradante como la de la callejera. Algunas prostitutas asociadas con los salones de masajes o que trabajan para los servicios de acompañamiento pueden no considerarse a sí mismas como «prostitutas de verdad» porque no deambulan por las calles y porque trabajan en un negocio que presenta una imagen legal. Burdel, casa de putas, casa del placer, casa de mala reputación: éstos son algunos de los nombres que reciben los locales en los que trabajan las prostitutas. Pero los tiempos de los burdeles en Estados Unidos han pasado. Los burdeles oficiales hoy en día son raros, excepto en Nevada, donde son legales y están regulados. Las prostitutas de burdel reparten las ganancias con la dirección. Además de

Prostitutas

callejeras Prostitutas que buscan a sus clientes en las calles.

Proxenetas Hombres que ejercen de agentes de las prostitutas y viven de sus ingresos. (Del francés medieval *pimper*, que significa «vestir con elegancia».)

sus «ganancias», reciben pensión completa. Están disponibles durante tres semanas al mes, veinticuatro horas al día. Cuando llega un cliente, desfilan por la habitación. Después de que una ha sido elegida, las demás siguen esperando, descansando, leyendo o viendo la televisión.

Algunas prostitutas de burdel llevan vidas de degradación (Jeffreys, 1998). Muchas mujeres asiáticas pobres han sido llevadas a Estados Unidos engañadas por promesas de una vida próspera. Al llegar, se han encontrado esclavizadas en burdeles, trabajando por propinas y sin que se les permita irse. Un burdel de estas características fue cerrado recientemente por la policía en el 208 de Bowery, en Nueva York. Allí vivían más de treinta mujeres que habían entrado de manera ilegal en Estados Unidos desde Tailandia, y que llamaron la atención de la policía cuando una mujer saltó desde una ventana (Goldberg, 1995).

Los salones de masajes. La naturaleza detesta el vacío. Los «salones de masajes» han florecido de costa a costa de Estados Unidos para llenar el vacío creado por la desaparición de los burdeles. Muchos salones de masajes son establecimientos legítimos que proporcionan masajes —y solo masajes— a los clientes. Masajistas masculinos y femeninos están autorizados en muchos Estados, y las leyes les prohíben ofrecer servicios sexuales. Muchos locales obligan a que el masajista, o la masajista, mantenga ciertas partes de su cuerpo cubiertas (algunas masajistas femeninas en barrios residenciales de Detroit llevan un pañuelo en la cabeza o un ligüero para cumplir la norma) y no toque los genitales de los clientes.

Sin embargo, muchos salones de masajes sirven de tapadera para la prostitución. A menudo se encuentran en los centros comerciales de barrios de clase media, donde hay grandes aparcamientos. En estos establecimientos, los clientes típicamente pagan la tarifa de un masaje estándar y después dan «propina» por los «extras».

Los salones de masajes, por lo general, ofrecen estimulación manual del pene (masaje «local»), sexo oral y, menos frecuentemente, coito («servicio completo»). Algunas prostitutas de salón de masajes están mejor educadas que las prostitutas callejeras y las trabajadoras de los burdeles, y no trabajarían en esos lugares.

Servicios de compañía. Si Hugh Grant hubiera contratado un servicio de compañía, probablemente nunca nos hubiéramos enterado. Las personas que acuden a las convenciones o están en viaje de negocios suelen recurrir a las listas de «masajes» y «servicios de compañía» en el directorio telefónico o en los anuncios personales de los periódicos locales, más que buscar prostitutas de hotel. Los servicios que trabajan «a domicilio» envían una masajista (o un masajista) o una «persona de compañía» a la habitación del hotel.

Los servicios de compañía son típicamente (pero no siempre) tapaderas para la prostitución. Los servicios de compañía se encuentran en todas las grandes ciudades estadounidenses y se presentan como negocios legítimos que proporcionan servicios de compañía para hombres. Ciertamente, uno encontrará compañía femenina, para funciones corporativas y para hombres sin compromiso que se encuentran lejos de casa, bajo el epígrafe de «servicios de compañía». Sin embargo, muchos servicios de compañía negocian, a veces, servicios sexuales después de que se ha cumplido el servicio de compañía formal, o en lugar de éste.

Muchas prostitutas que trabajan para servicios de compañía tienen su origen en clases medias y han recibido una buena educación —lo mejor para defenderse en una conversación social—. Los servicios de compañía pueden establecer acuerdos con empresas legítimas para proporcionar «compañías» que visiten clientes o potenciales clientes. También proporcionan compañías femeninas para «entretener» en las convenciones. Por su origen en la alta sociedad, Sidney Biddle Barrow, la llamada Madame Mayflower, acaparó la atención de los medios de comunicación cuando se descubrió que regentaba un exclusivo «servicio de compañía» en la ciudad de Nueva York, en la década de 1980.

¿Verdad? ¿Ficción?

No todos los servicios de masajes y de compañía que se anuncian en las páginas amarillas son tapaderas para la prostitución. Las masajistas y los masajistas legítimos a menudo advierten que están autorizados por sus Estados.

De hecho, parece que la mayoría de las prostitutas femeninas fueron objeto de abusos cuando eran niñas.

Prostitutas por teléfono. Las prostitutas por teléfono ocupan el estatus más alto en la escala social de la prostitución femenina. Muchas de ellas se anuncian como un servicio de compañía. Las prostitutas por teléfono suelen ser las prostitutas más atractivas y mejor educadas, y suelen cobrar las tarifas más elevadas por sus servicios. Muchas tienen su origen en la clase media (Edgley, 1989). Muchas prostitutas por teléfono trabajan por su cuenta, de manera que no tienen necesidad de compartir sus ingresos con una empresa de servicios de compañía o con un salón de masajes. Consecuentemente, pueden llevar un estilo de vida de lujo cuando van bien los negocios, vivir en barrios caros y llevar ropa de diseño, y pueden ser selectivas con sus clientes. Sin embargo, tienen gastos para mantener los servicios: la lavandería, los caseros, los porteros y, a veces, la policía.

Las prostitutas por teléfono pueden acompañar a sus clientes a cenar y a otros eventos sociales, proporcionándoles no solo sexo, sino también conversación encantadora y agradable (Edgley, 1989). Las prostitutas por teléfono pueden crear en sus clientes la sensación de que son importantes y atractivos. Pueden simular placer sexual y crear la ilusión de que el tiempo no importa. Importa, por supuesto. Para las prostitutas por teléfono, como para otros empresarios, el tiempo es dinero.

Las prostitutas por teléfono pueden recibir a los clientes en su apartamento o ir «a domicilio» a las casas o a los hoteles de los clientes. Algunas prostitutas por teléfono comercian o venden «libros negros» donde aparecen listados de clientes y sus preferencias sexuales. Para protegerse de la policía y de eventuales abusos de los clientes, las prostitutas por teléfono pueden insistir en recibir una tarjeta de empresa del cliente, o el número de teléfono de su casa, antes del contacto personal. También pueden investigar si el cliente es de hecho la persona que pretende ser.

Ahora poseemos algunas ideas de los varios tipos de prostitutas.

Pregunta: ¿Cómo se ven envueltas las prostitutas en la «mala vida»?

Entrar en la «mala vida»

Ningún factor por sí solo explica la entrada en la prostitución femenina, pero la pobreza y/o el abuso físico figuran de manera importante en los antecedentes de la mayoría de las prostitutas femeninas (Bamgbose, 2002; Medrano *et al.*, 2003). A menudo vienen de hogares conflictivos o con una sola figura parental, de áreas urbanas pobres o comunidades agrícolas rurales.

Para las mujeres jóvenes de orígenes humildes y con una formación marginal, la vida de la prostituta puede parecer seductora. Es una alternativa al trabajo servil y sombrío, que de otra manera es el único que está a su alcance. Sobre la base de sus estudios con prostitutas callejeras en Milwaukee, Romensko y Miller (1989) concluyeron que:

La pobreza, y los muchos factores concomitantes, la pobreza patente en la sociedad estadounidense, fueron los factores que empujaron a estas mujeres hacia el mundo del trabajo ilícito. Por el contrario, las luces brillantes, el dinero y la independencia que las calles parecen ofrecer —cosas de las que carecían las vidas de estas mujeres antes de su entrada en la vida de las calles— fueron tentaciones que condujeron a estas mujeres a la vida de la calle. (p. 112)

Los investigadores encuentran un nivel elevado de trastornos psicológicos entre las prostitutas. Melissa Farley y sus colegas (1998) entrevistaron a cerca de 500 prostitutas de Estados Unidos, Europa, África y Asia, y encontraron que cerca de dos tercios podían ser diagnosticadas de **trastorno por estrés post-traumático** (TEPT). Las prostitutas también muestran porcentajes elevados de problemas médicos más allá de las enfermedades de transmisión sexual. Cerca del 90 por ciento confesaron que querían dejar la «mala vida».

Prostitutas por teléfono Prostitutas que organizan sus contactos sexuales por teléfono.

Trastorno por estrés post-traumático Un tipo de reacción de estrés producido por un evento traumático y caracterizado por recuerdos vívidos de la experiencia en forma de sueños interrumpidos o recuerdos intrusivos, una sensación de entumecimiento emocional o un rango restringido de sentimientos y una respuesta física elevada. Abreviadamente, TEPT.

La evidencia transcultural que se desprende de un estudio realizado entre 41 prostitutas en Bélgica mostró patrones similares de psicopatología (De Schamphelre, 1990). Comparadas con otras mujeres (auxiliares de vuelo femeninas), las prostitutas callejeras del estudio belga mostraban más miedos, ansiedad, resentimiento y depresión. También tenían relaciones más pobres con sus familias y su salud era más precaria. En un estudio realizado en Estados Unidos, las prostitutas femeninas adolescentes tenían una probabilidad mayor que las adolescentes femeninas normales, o delincuentes que no ejercieron la prostitución, de mostrar síntomas de trastornos psicológicos y de haber recibido clases de educación especial en la escuela (Gibson *et al.*, 1988).

La pobreza tiene mucho que ver con la entrada de las mujeres jóvenes en la prostitución en muchos países. En algunos Estados del Tercer Mundo, como Tailandia, muchos padres empobrecidos del entorno rural venden a sus hijas a reclutadores que las colocan en burdeles de la ciudad (Bamgbose, 2002; Gomes do Espirito & Etheredge, 2003). Muchas de las mujeres envían todo el dinero que pueden a casa y también trabajan duro para intentar pagar a los proxenetes y liberarse así de sus lazos financieros.

En Estados Unidos y en Canadá, muchas de las que se inician en la prostitución son adolescentes que se han escapado de casa. Los antecedentes familiares de las adolescentes que huyen de casa son variables: algunas vienen de familias de clase media o alta, mientras que otras crecieron en la pobreza. Sin embargo, la discordia y la disfunción familiar frecuentemente ponen el marco para que vivan en las calles y ejerzan la prostitución (Dalla, 2003; Medrano *et al.*, 2003).

Algunos adolescentes que han sufrido abusos sexuales o incesto aprenden cómo separar las emociones y los afectos del sexo, para sobrevivir a experiencias sexuales no deseadas. La transición a la prostitución puede representar una extensión de esta desafortunada experiencia de aprendizaje. Aunque las prostitutas adolescentes, en un primer momento, pueden comenzar en la prostitución por dinero, Price (1989) reconoció que los supervivientes de abusos sexuales o incesto pueden ser atraídos a la prostitución porque han aprendido que el sexo puede ganar la atención o el afecto por parte de los adultos:

Para un adolescente solitario, la atención por parte de un viejo adinerado no es tan diferente de la atención que él o ella recibían en casa. De hecho, puede ser preferible, en la medida en que no implica ningún abuso físico. (p. 84)

Por supuesto, no todos los menores que han sido objeto de abusos sexuales llegan a ejercer la prostitución. Solo el 12 por ciento de una muestra predominantemente femenina, entre 16 y 18 años, que habían sido objeto de abusos sexuales, llegaron a ejercer la prostitución (Seng, 1989). Los menores que son víctimas de abusos sexuales y se escapan de casa tienen muchas más probabilidades de llegar a ejercer la prostitución que aquellos que no lo hicieron (Seng, 1989). Los que se escapan de casa también tienen una mayor probabilidad de convertirse en adictos al alcohol y las drogas.

Los clientes de las prostitutas femeninas

Hugh Grant era un *john*. Esa es la manera en que muchas prostitutas en Estados Unidos se refieren a sus clientes. También utilizan términos como «cliente» y «primo».

Pregunta: ¿Quiénes son los clientes? Los hombres que recurren a los servicios de prostitutas son de todo tipo y profesión y representan a todos los grupos socioeconómicos y raciales. La mayoría de los clientes son «clientes ocasionales». Los ejemplos incluyen comerciales que están en viaje de trabajo o personal militar que está de paso en la ciudad sin pareja sexual estable. Los hombres están más interesados que las mujeres en la novedad y

variedad sexual (Barash & Lipton, 2001; Klusman, 2002; Schmitt, 2003), y la variedad puede proporcionar un motivo importante para los clientes ocasionales.

Los «clientes habituales» recurren a los servicios de las prostitutas como su válvula de escape más importante o exclusiva. Algunos clientes habituales nunca han establecido una relación sexual íntima. Algunos hombres adinerados que desean evitar relaciones íntimas son clientes habituales de las prostitutas por teléfono.

Los «clientes compulsivos» se sienten impelidos hacia las prostitutas para satisfacer alguna necesidad psicológica o sexual. Repetidamente pueden tomar la decisión de no volver a recurrir a las prostitutas, pero se sienten incapaces de controlar sus impulsos. Algunos clientes compulsivos sufren un complejo de puta-virgen. Ven a las mujeres como pecadoras o santas. Se permiten disfrutar del sexo solo con prostitutas, y solo a éstas les pedirían actos sexuales como la felación. El sexo marital para ellos es una obligación.

Motivos para recurrir a los servicios de las prostitutas. Parecen ser seis los motivos para recurrir a estos servicios:

1. *Sexo sin negociación.* La investigación de las diferencias sexuales sugiere que los hombres tienen un impulso sexual más fuerte que las mujeres (Peplau, 2003). La prostitución, de alguna manera, compensa esta situación haciendo que las mujeres estén disponibles para satisfacer los caprichos del hombre. Recurriendo a los servicios de las prostitutas, los hombres no tienen necesidad de invertir tiempo, esfuerzo y dinero en una cita y en conocer a alguien para conseguir un poco de actividad sexual. Hugh Grant podía tener ganas de sexo, pero de su novia lo separaban un continente y un océano. La prostituta callejera estaba dispuesta a proporcionar sexo en ausencia de una relación.
2. *Sexo sin compromiso.* La investigación de las diferencias sexuales también muestra que los hombres están más dispuestos que las mujeres a mantener relaciones sexuales en ausencia de compromiso (Peplau, 2003). Las prostitutas no exigen del hombre más compromiso que el pago de los servicios prestados.
3. *Sexo por el erotismo y la variedad.* Muchas prostitutas ofrecen «algo extra» en forma de sexo novedoso o raro —por ejemplo, sexo oral, el uso de vestuario (como atuendos de cuero) y rituales—. Los hombres pueden desear estos tipos de actividades, pero no las obtienen de sus parejas regulares. Los hombres, como ya hemos mencionado, están más interesados que las mujeres en la variedad sexual (Barash & Lipton, 2001; Klusman, 2002; Schmitt, 2003), y las prostitutas proporcionan variedad o novedad a las parejas sexuales.
4. *La prostitución por sociabilidad.* En el siglo XIX y principios del XX, los burdeles no solo eran un lugar donde encontrar sexo, sino también un sitio en el que hacer una parada entre la casa y el trabajo. En muchas ocasiones, el sexo era algo secundario comparado con la compañía y la conversación que los hombres podían encontrar en los burdeles, especialmente en las «casas de mala reputación» del viejo Oeste. (De manera similar, las mujeres que acuden a los locales de *strippers* masculinos se divierten relacionándose con sus amigas, así como con el espectáculo [Montemurro *et al.*, 2003].)
5. *El sexo lejos de casa.* El uso contemporáneo mayoritario de la prostitución ocurre entre hombres que están lejos de casa, como puede ser el caso de hombres de negocios que asisten a una convención o aficionados de un evento deportivo fuera de casa. En estos cotos típicamente masculinos, la presión de los compañeros puede animar a las aventuras sexuales.

Complejo de puta-virgen Un estereotipo rígido que considera a las mujeres pecadoras o santas.

6. *El sexo problemático.* Las personas que tienen minusvalías físicas o que están desfiguradas de alguna manera a veces buscan los servicios de prostitutas por la dificultad para atraer a otras parejas o por temor al rechazo. (Una prostituta de un burdel del Estado de Nevada decía que era la favorita del jefe porque aceptaba clientes con parálisis cerebral.) Algunos hombres solitarios que carecen de parejas sexuales pueden buscar prostitutas como sustitutas.

Todas las prostitutas que hemos tratado hasta ahora son mujeres.

Preguntas: ¿Los hombres también ejercen la prostitución? ¿Qué sabemos sobre ellos?

La prostitución masculina

Los hombres también ejercen la prostitución. Algunos tienen clientes femeninos, pero la mayoría tienen clientes masculinos. Los prostitutos masculinos que sirven a clientes femeninos —gigolós— son poco frecuentes. Las clientes de los gigolós típicamente son mujeres mayores, ricas y no comprometidas. Los gigolós pueden actuar como acompañantes o como hijos sustitutos para las mujeres, y pueden o no ofrecer servicios sexuales. Muchos gigolós son aspirantes a actores o modelos.

La inmensa mayoría de los prostitutos prestan sus servicios a hombres gays. Los hombres que sirven a hombres se llaman **chaperos**. Sus clientes típicamente se llaman **scores**. Los chaperos tienen una media de edad de 17 o 18 años y se inician en la prostitución a una edad media de 14 años (Coleman, 1989). Típicamente, no han terminado sus estudios de Educación Primaria y pocos, por no decir ninguno, tienen algún tipo de formación. La mayoría proviene de la clase trabajadora y de las clases más bajas. Muchos prostitutos, como muchas prostitutas, vienen de familias con conflictos, alcoholismo y/o abusos físicos (Minichiello *et al.*, 2001).

Los chaperos pueden tener una orientación gay, bisexual o heterosexual. En un estudio a gran escala realizado en Australia, la mitad de los prostitutos encuestados se describían a sí mismos como gays (Minichiello *et al.*, 2001). Cerca de un tercio (31 por ciento) dijeron ser bisexuales, y el 5,5 por ciento se consideraban a sí mismos heterosexuales.

Un estudio noruego encuestó a todos los adolescentes entre los 14 y los 17 años de edad en las escuelas públicas y privadas de Oslo, la capital del Estado (Pedersen & Hegna, 2003). La tasa de participación fue del 94 por ciento (10 828 estudiantes). Cerca del 1,4 por ciento de la muestra habían vendido favores sexuales, lo que incluía tres veces más chicos que chicas. De éstos, la mitad lo habían hecho más de diez veces. Se encontró que la prostitución estaba relacionada con la iniciación de las relaciones sexuales a una edad temprana, problemas de conducta, abuso del alcohol y otras drogas (incluida la heroína), y abusos físicos y sexuales. Los prostitutos dijeron que muchos de sus clientes eran gays o bisexuales. Los adolescentes no usaban condones habitualmente, con lo que se exponían al riesgo de contraer HIV/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

El motivo más importante para ejercer la prostitución masculina, como la prostitución femenina, es el dinero (Minichiello *et al.*, 2001; Zhou *et al.*, 2002). Escaparse de casa también es un punto de partida para los prostitutos, como lo es para las prostitutas.

Las personas mantienen actividades de riesgo.

Pregunta: ¿Cuál es el papel de la prostitución en la transmisión del HIV y de otras enfermedades de transmisión sexual?

HIV/SIDA y prostitución

La preocupación acerca de la propagación de las STI por la prostitución no es nada nueva. En la década de 1960, dos de cada tres prostitutas encuestadas por Gebhard (1969) habían

¿Verdad? ¿Ficción?

No es cierto que los clientes típicos de las prostitutas tengan dificultades para establecer relaciones sexuales con otras mujeres. Muchos hombres a menudo recurren a las prostitutas buscando variedad sexual o porque buscan actividad sexual cuando están lejos de casa.

Chaperos Hombres que ejercen la prostitución con clientes masculinos.

Scores Clientes de los chaperos.

contraído gonorrea o sífilis. Aunque las prostitutas están todavía expuestas a un elevado riesgo de contraer o extender estas y otras STI, como la clamidia, el riesgo de VIH/SIDA encierra una amenaza aún más seria. El riesgo de VIH/SIDA ha sido relacionado tanto con la prostitución masculina como con la femenina (Gomes do Espirito & Etheredge, 2003; Medrano *et al.*, 2003; Pedersen & Hegna, 2003; Zhou *et al.*, 2002).

El sexo con prostitutas es el factor más importante en la transmisión del VIH entre hombre y mujer en África, donde el VIH se transmite principalmente en las relaciones sexuales entre hombre y mujer. Las prostitutas corren un riesgo mayor de transmisión de VIH porque tienen relaciones sexuales con muchas parejas, a menudo sin preservativo (Gomes do Espirito & Etheredge, 2003). Más aún, muchas prostitutas y sus clientes y otras parejas sexuales se inyectan drogas y comparten agujas contaminadas (Miniciello *et al.*, 2001). El VIH/SIDA se extiende entonces desde las prostitutas hasta los clientes y a las parejas de sus clientes.

Pornografía y obscenidad

La producción y distribución de materiales sexualmente explícitos es una industria próspera (Lane, 2000). En Estados Unidos, por ejemplo, se venden mensualmente veinte millones de revistas «para adultos». Las películas X o para adultos (también llamadas películas *porno*) se han trasladado desde los teatros de mala muerte para adultos hasta los cuartos de estar de media América, en forma de lectores de DVD y canales por cable para adultos. Nadie sabe cuántas personas reciben en sus casas cada día fotos clasificadas X, vídeos, programas por cable, e incluso sexo en vivo por Internet desde otros países. Sin embargo, se estima que existen al menos entre 30 000 y 60 000 *sitios web* de orientación sexual (Lane, 2000).

La pornografía es ciertamente popular, pero también muy polémica. Muchos se oponen a la pornografía por motivos morales. Las feministas se oponen a la pornografía argumentando que retrata a las mujeres en roles degradantes y deshumanizantes, como objetos sexuales que sirven a los deseos de los hombres, como ninfomaníacas insaciables o como masoquistas sexuales que disfrutan siendo agredidas y violadas. Más aún, algunas feministas mantienen que las representaciones de las mujeres en roles sexualmente subordinados pueden animar a los hombres a tratarlas como objetos sexuales y aumentar las violaciones potenciales (Itzin, 2002).

Pregunta: ¿Qué es la pornografía?

¿Qué es pornográfico?

El diccionario Webster define **pornografía** como «escritos, imágenes, etc., con la intención de excitar el deseo sexual». La inclusión de la expresión «con la intención de» sitúa la determinación de lo que es pornográfico en la mente de la persona que compone la obra. Aplicar esta definición hace imposible determinar qué es pornográfico. Si un director de cine admite que él o ella querían excitar a la audiencia sexualmente, ¿podemos juzgar que el trabajo es pornográfico, incluso si no se muestran escenas de desnudos o sexo explícito? Por otra parte, las representaciones de personas que están manteniendo relaciones sexuales podrían no ser pornográficas si la obra tiene la intención de ser una expresión artística o un medio de educación, más que una intención lasciva. Muchas obras que fueron una vez prohibidas en Estados Unidos por su contenido sexual explícito, como las novelas *Trópico de Cáncer*, de Henry Miller; *El amante de Lady Chatterley*, de D. H. Lawrence,

Pornografía Material escrito, visual o de audio sexualmente explícito y producido con la intención de provocar o aumentar la excitación sexual. (De las raíces griegas que significan «escribir sobre las prostitutas».)



Sexo online. Aunque la mujer podría estar en Estados Unidos, como sugiere el letrero detrás de ella, el sexo online puede llegar desde cualquier lugar del mundo, y a menudo así es.

y *Ulises*, de James Joyce, son reconocidas ahora como obras literarias, más que incursiones en la pornografía. Incluso las obras de Mark Twain *Huckleberry Finn*, de John Steinbeck *Las uvas de la ira* y de Ernest Hemingway *Por quién doblan las campanas*, han sido prohibidas en algunos lugares, porque los ciudadanos locales las encontraron ofensivas, obscenas o moralmente inaceptables.

Así que existe un elemento subjetivo en la definición de pornografía. Una estatua erótica que excite sexualmente a los que la observan puede no ser considerada pornográfica si la intención del escultor era exclusivamente artística. Una fotografía de un cuerpo desnudo, que fue tomada con la intención de excitar sexualmente, puede ser pornográfica.

Una definición alternativa encuentra que un material es pornográfico si otros lo juzgan ofensivo. Esta definición también depende de un juicio subjetivo; en este caso, de la persona expuesta al material. En otras palabras, lo que para una persona es pornográfico, para otra puede ser una obra de arte. Por otra parte, la mayoría de las personas no encuentran dificultad en distinguir entre la desnudez artística, la desnudez que se presenta con el propósito de aportar información (como las ilustraciones de este libro) y la desnudez pornográfica (Eck, 2001).

Los poderes legislativos normalmente promulgan leyes sobre la **obscenidad** más que sobre la pornografía.

Pregunta: ¿Qué es la obscenidad? En el caso de Miller contra California (1973), el juez del Tribunal Supremo William Brennan argumentó que la obscenidad es «imposible de definir con suficiente claridad como para resistir el ataque sobre argumentos imprecisos». Como respuesta, el juez del Tribunal Supremo Potter Stewart bromeó acerca de que no podía definir la obscenidad, pero que sabía reconocerla cuando la veía. Sin embargo, incluso el Tribunal Supremo se ha tomado su tiempo para definir la obscenidad y determinar cuándo la obscenidad entra en conflicto con la libertad de expresión, garantizada por la Declaración de Derechos. Después de todo, *Huckleberry Finn* una vez fue considerada obscena.

La pornografía puede ser pornografía dura o pornografía blanda. La pornografía dura incluye descripciones sexualmente explícitas de órganos y actos sexuales. La pornografía blanda, representada por las películas eróticas y los reportajes de *Playboy*, muestra fotografías de desnudos más artísticas y actos sexuales más sugeridos (o simulados) que explícitos.



¿Arte u obscenidad? La imagen de la izquierda muestra a los iconos sexuales y estrellas del pop Britney Spears y Madonna besándose mientras actúan en la gala de los Premios de Música y Vídeo de la MTV en 2004. La imagen de la derecha revela la noticia más espectacular relacionada con la gala de presentación de la Superbowl 2004: «fallo de vestuario» de Janet Jackson. Aunque otros artistas habían girado de manera incesante, se habían agarrado la entrepierna y habían rapeado sobre la violación y la mutilación criminal, fueron el pecho de Janet Jackson y el adorno del pezón los que tuvieron a los bustos parlantes de Sean Hannity y Joe Scarborough echando espuma por la boca durante semanas en las noticias por cable. Gracias a Justin Timberlake, que jugaba a atacar a la señorita Jackson durante la canción, ahora tenemos un nuevo americanismo «wardrobe malfunction» (fallo de vestuario). Nadie objetó el hecho de que la letra de la canción afirmaba que él iba a dejar desnuda a Jackson al final de la canción. Mensaje: la violencia está bien considerada en Estados Unidos. ¿El sexo? Manténlo (literalmente) oculto.

Frecuencia y uso del erotismo y la pornografía

Pregunta: ¿Cómo está de extendido el uso de la pornografía? Muchos de nosotros hemos sido expuestos a materiales sexualmente explícitos, ya sea en la forma de una novela, un reportaje fotográfico en *Penthouse* o *Club*, una película X o un *sitio web* para adultos. En los resultados del, quizás, único trabajo fiable que tenemos sobre el tema, el estudio de la NHSLS encontró que cerca de uno de cada cuatro hombres (23 por ciento) y una de cada diez mujeres (11 por ciento) habían alquilado una película X durante el año anterior (Michael *et al.*, 1994). El 16 por ciento de los hombres y el 4 por ciento de las mujeres habían comprado libros o revistas explícitamente sexuales. El estudio no preguntó acerca del uso de pornografía en Internet, pero los *sitios web* para adultos han proliferado hasta el punto de que amenazan la viabilidad financiera de las «revistas para hombres».

Las personas en Estados Unidos suelen empezar con la pornografía en sus años de instituto, a menudo inducidos por sus compañeros. Las chicas tienen más probabilidad de exponerse a la pornografía por la influencia de sus novios que al contrario.

La pornografía típicamente se emplea para provocar o aumentar la excitación sexual, a menudo como una ayuda a la masturbación (Boies, 2002; Strager, 2003). Las parejas también pueden utilizar material pornográfico para aumentar su excitación sexual mientras hacen el amor. Ver un DVD *sexy* o leer en voz alta un relato erótico pueden animar su apetito sexual o sugerir técnicas sexuales nuevas.

Los investigadores han encontrado que tanto los hombres como las mujeres se excitan psicológicamente con las fotografías, las películas o las grabaciones sonoras porno-

gráficas (Peplau, 2003). Es decir, tanto hombres como mujeres responden a los estímulos pornográficos con vasocongestión de los genitales y mio-tonía (tensión muscular). Sin embargo, en las mujeres existe una diferencia entre la respuesta fisiológica y las sensaciones subjetivas de la excitación. A pesar de lo que ocurre en sus cuerpos, las mujeres tienden a encontrar las escenas románticas más excitantes sexualmente que las escenas sexualmente explícitas (Laan & Heiman, 1994). Las mujeres —recuerda— son menos receptivas al sexo que los hombres, sin una implicación emocional (Peplau, 2003). La mayoría de las mujeres quieren que el sexo esté conectado con una relación emocional. Es el romance lo que anima a la mayoría de las mujeres a dejarse llevar por la excitación genital, cuando lo hacen. Incluso en la elección de materiales eróticos, las mujeres prefieren, más que los hombres, que se incluya un elemento romántico (Hardy, 2001).

La exposición repetida a los mismos materiales pornográficos disminuye progresivamente la respuesta sexual a ellos. Las personas pueden volver a excitarse con los materiales familiares si se deja transcurrir algún tiempo. Los materiales novedosos también suelen reactivar la respuesta sexual (Goodson *et al.*, 2001; Stein *et al.*, 2001).

Diferencias sexuales en la respuesta a la pornografía. Tanto hombres como mujeres pueden excitarse fisiológicamente con la pornografía; sin embargo, hombres y mujeres no necesariamente comparten la misma respuesta subjetiva o el mismo nivel de interés por ella. La pornografía visual (películas o fotografías sexualmente explícitas) es un coto más masculino (Boies, 2002; Goodson *et al.*, 2001). La mayoría de los materiales visuales eróticos se producen por hombres para hombres. Los intentos de comercializar materiales visuales para mujeres tienen una larga historia de fracasos (Hardy, 2001). Las mujeres pueden leer novelas románticas eróticas, pero muestran escaso interés por las fotografías, las películas o los *sitios web* eróticos (Hardy, 2001). Las mujeres pueden encontrar que los materiales eróticos les resultan desagradables, especialmente cuando retratan a las mujeres en roles poco favorecedores, como «putas», subordinadas a los deseos de los hombres y/o excitadas por la dominación masculina.

Desde el punto de vista evolucionista, ¿podría estar realizándose un proceso de selección de la especie? ¿Los hombres ancestrales que se excitaban en mayor medida por la visión de una hembra que pasara por allí, tendrían ventajas reproductivas sobre sus compañeros menos excitables? Las hembras, por el contrario, tienen menos oportunidades de apareamiento y deben conseguir lo mejor de cualquier oportunidad reproductora seleccionando al macho como mejor proveedor posible. Excitarse sexualmente con la visión de los genitales masculinos podría animar a coitos aleatorios, lo que reduciría el éxito reproductivo femenino.

Pornografía y coacción sexual

Pregunta: ¿Es la pornografía una diversión inofensiva o es una causa de violencia sexual u otros actos antisociales? Consideremos varias fuentes de evidencias para examinar esta pregunta incriminatoria, comenzando con la historia (los hallazgos de una comisión gubernamental en 1970 revisaron las evidencias que estaban disponibles en ese momento).

La Comisión sobre Obscenidad y Pornografía. En la década de 1960, el Congreso de Estados Unidos creó la Comisión sobre Obscenidad y Pornografía para estudiar los efectos de la pornografía. Después de revisar la investigación existente, la comisión (Abelson *et al.*, 1970) concluyó que no hay evidencias de que la pornografía conduzca a crímenes de violencia u ofensas sexuales como el exhibicionismo, el *voyeurismo* o la pedofilia. Algunas personas se excitaban con la pornografía e incrementaban la frecuencia de su actividad sexual

habitual, como la masturbación o el coito con parejas habituales, después de la exposición. Sin embargo, no mantuvieron una conducta antisocial. Estos resultados han sido replicados en muchas ocasiones.

Encontrando a la pornografía básicamente inofensiva, la comisión recomendó que «la legislación federal, estatal o local no debería buscar interferir con el derecho de los adultos que desean leer, poseer o ver materiales sexualmente explícitos» (Abelson *et al.*, 1970, p. 58). Sin embargo, el congresista —y después presidente de Estados Unidos— Richard Nixon rechazó las conclusiones y la recomendación con argumentos morales y políticos, no científicos.

El Informe de la Comisión Meese. En 1985, Ronald Reagan, entonces presidente de Estados Unidos, nombró un comité encabezado por el ministro de Justicia, Edwin Meese, para volver a examinar los efectos de la pornografía. En 1986, la Comisión del Ministro de Justicia de Estados Unidos sobre Pornografía, conocida como la Comisión Meese, hizo público un informe que llegó a conclusiones muy diferentes a las de la comisión de 1970. La Comisión Meese dijo haber encontrado una relación causal entre la violencia sexual y la exposición a la pornografía violenta (Departamento de Justicia de Estados Unidos, 1986). La comisión afirmó que se había producido un incremento sustancial de la pornografía violenta desde que se había reunido la anterior comisión. Más aún, el informe concluyó que la exposición a la pornografía, que retrataba a las mujeres en roles degradantes o subordinados, incrementaba la aceptación de la violación en las mentes de los que la veían. La comisión no encontró ninguna evidencia que relacionara la exposición a la pornografía no violenta y no degradante (actividad sexual consensuada en parejas en roles igualitarios) y la violencia sexual, pero advertía que solo una pequeña fracción de los materiales pornográficos en el mercado eran de este tipo.

La comisión hizo públicas 92 recomendaciones para una aplicación estricta de las leyes de la obscenidad y mayores restricciones a la distribución de la pornografía. Algunas recomendaciones se centraban en la aplicación y el cumplimiento de las leyes existentes sobre pornografía infantil. Otras animaban a los Estados que aún no lo habían hecho a que consideraran la posesión de pornografía infantil como un delito.

Las conclusiones de la comisión son polémicas. Las críticas aseguran que aunque la Comisión Meese no falseó los datos descaradamente, sus conclusiones reflejan una generalización basada en hallazgos de laboratorio (Wilcox, 1987). Edward Donnerstein y sus colegas (1987) afirmaron que la Comisión Meese fracasó a la hora de distinguir entre los efectos de los materiales sexualmente explícitos *per se* y los efectos de los materiales violentos. No existen evidencias de que exista una relación entre la exposición a materiales sexualmente explícitos (sin contenido violento) y la agresión sexual. Donnerstein y sus colegas concluyeron que la violencia, no el sexo, es lo obsceno.

Pornografía y delincuentes sexuales. Otro enfoque para examinar el papel de la pornografía en los delitos de violencia sexual implica comparar la experiencia de los delincuentes sexuales y de los que no lo son con los materiales pornográficos. Una revisión de la bibliografía de investigación encontró pocas —o ninguna— diferencias entre los niveles de exposición a la pornografía entre delincuentes sexuales encarcelados y grupos de comparación de individuos que fueron encarcelados por delitos no sexuales (Marshall, 1989).

Sin embargo, las evidencias también muestran que al menos uno de cada tres violadores y pedófilos hacen uso de pornografía para excitarse sexualmente inmediatamente antes y durante la ejecución de sus delitos (Marshall, 1989). Es decir, la pornografía puede estimular sexualmente los impulsos desviados en ciertos subgrupos de hombres que están predispuestos a cometer actos de violencia sexual (Marshall, 1989).

Pornografía violenta. Los estudios basados en experimentos de laboratorio han mostrado que los hombres expuestos a pornografía violenta presentan una probabilidad mayor de ser agresivos y de mostrar menos sensibilidad hacia las mujeres que han sido atacadas sexualmente. En un estudio clásico (Donnerstein, 1980), 120 varones estudiantes universitarios se relacionaban con un hombre o con una mujer, cómplices del experimentador, que los trataban de una manera neutral o de una manera hostil. A los participantes del estudio entonces se les mostraban películas pornográficas neutras no violentas o películas pornográficas violentas. En estas últimas, un hombre asaltaba la casa de una mujer y la violaba. A los participantes entonces se les daba la oportunidad de provocar una descarga eléctrica al hombre o a la mujer cómplice, presumiblemente para escarmentarlos por su actitud. La medida de la agresión era la intensidad elegida de la descarga. De hecho, las descargas eran ficticias, pero los participantes no sabían que el aparato de descargas eléctricas era falso. Los hombres que habían visto las películas pornográficas violentas mostraban mayor agresión hacia las mujeres que los hombres que habían visto las películas no violentas.

En otro estudio, la agresión de los hombres contra las mujeres cómplices que seguían el visionado de la pornografía violenta (una escena de violación) se incrementaba con imágenes de la mujer que era violada, mientras ésta disfrutaba con la experiencia o excitándose durante la violación (Donnerstein & Berkowitz, 1981). Estos hallazgos sugieren que las imágenes de mujeres disfrutando o excitándose por su victimización pueden legitimar la violencia contra las mujeres en la mente del espectador, reforzando la creencia cultural de que algunas mujeres necesitan ser dominadas y se excitan sexualmente por un hombre arrollador.

Algunas investigaciones sugieren que es la violencia en la pornografía violenta, y no el hecho de que sea más o menos explícita sexualmente, lo que endurece las actitudes de los hombres hacia las supervivientes de violaciones. En un estudio (Donnerstein *et al.*, 1987), estudiantes universitarios varones fueron expuestos a películas que consistían en pornografía violenta, pornografía no violenta (una pareja teniendo una relación sexual consentida) o violencia no sexualmente explícita. Tanto las películas pornográficas violentas como las no violentas mostraban a una mujer que era atada y abofeteada a punta de pistola, pero la versión no pornográfica no contenía actividad sexual explícita ni desnudos. Los hombres previamente habían sido tratados de una manera colérica o neutral por una mujer cómplice del experimentador. Los resultados mostraron que, comparadas con la pornografía no violenta, tanto las películas pornográficas violentas como las películas no pornográficas violentas producían mayor aceptación de las creencias sobre la violación, incrementaban la disposición a forzar a una mujer a mantener una relación sexual y conducían a una mayor probabilidad de cometer una violación (si el hombre también sabía que saldría impenable). Estos efectos ocurrían independientemente de que el hombre estuviera encolerizado con la mujer o no.

Sin embargo, las investigaciones sobre los efectos de la pornografía deberían interpretarse con cautela (Seto *et al.*, 2001). La mayoría de estas investigaciones se han realizado con estudiantes universitarios, cuya conducta puede ser o no típica de la población general o de las personas con propensión hacia la violencia sexual. Otro asunto es que la mayoría de los estudios en esta área están basados en experimentos de laboratorio que incluyen agresiones simuladas o juicios de simpatía hacia mujeres hipotéticas que han sido retratadas como víctimas de violación. Ninguno de ellos midió la violencia real contra las mujeres fuera del laboratorio. Todavía carecemos de evidencias concluyentes de que los hombres normales hayan sido o pudieran ser espoleados a cometer una violación por la exposición a pornografía violenta.

En su revisión detallada de la bibliografía de investigación sobre pornografía y agresión sexual, Neil Malamuth y sus colegas (2000) analizaron los datos de estudios que no

encontraban relaciones fiables entre pornografía y agresión, integraron los hallazgos de los sumarios de la bibliografía de investigación y analizaron los datos de un cuestionario, obtenidos de una muestra representativa nacional de 2 972 varones universitarios, con una edad media de 21 años. Cada método de análisis apoyaba la existencia de algunas conexiones fiables entre la frecuencia de uso de la pornografía y una conducta sexualmente agresiva, particularmente en los casos de pornografía violenta y para los hombres que tenían a ser sexualmente agresivos.

La pornografía no violenta. La pornografía no violenta puede no contener escenas de violencia sexual, pero típicamente representa a las mujeres en roles degradantes o deshumanizantes, como sexualmente promiscuas, insaciables y serviles (Itzin, 2002). ¿Podrían dichas representaciones de las mujeres reforzar los estereotipos tradicionales de las mujeres como objetos sexuales? ¿Podrían conducir a los espectadores a perdonar los actos de violación, al sugerir que las mujeres son esencialmente promiscuas? ¿Podrían las descripciones de las mujeres como fácilmente accesibles sexualmente, inspirar a los hombres a rechazar «un no por respuesta» en las citas?

En una investigación clásica, Zillmann y Bryant (1984) expusieron a hombres y mujeres participantes en el estudio a seis sesiones de pornografía durante seis semanas consecutivas. Los participantes fueron expuestos a una dosis masiva de pornografía, consistente en seis películas pornográficas no violentas en cada sesión semanal, o a una dosis intermedia consistente en tres películas pornográficas y tres películas neutras en cada sesión, o a una no-dosis de control consistente en seis películas no sexuales en cada sesión. Cuando más tarde fueron examinados en un estudio supuestamente independiente, tanto los hombres como las mujeres que recibieron una exposición intensiva a la pornografía, especialmente aquellos que recibieron la dosis masiva, dieron castigos más indulgentes a un violador que se describía en un artículo del periódico. Más aún, los hombres se volvieron más insensibles en sus actitudes hacia las mujeres.

En un estudio más reciente, 71 hombres vieron una de estas tres películas: una película sexualmente explícita y degradante para las mujeres, una película sexualmente explícita pero no degradante para las mujeres o una película no sexual (de control) (Mulac *et al.*, 2002). Después, los hombres trabajaban en parejas con mujeres para resolver ciertos problemas. Los hombres que vieron las películas sexualmente explícitas se comportaban de manera más dominante hacia sus parejas en la resolución del problema que aquellos que habían visto la película de control. Más aún, los hombres que vieron la película explícitamente sexual y degradante para las mujeres mostraron más dominación que aquellos que vieron la película explícitamente sexual pero no degradante.

En general, parece que, al menos para algunos hombres, la exposición a la pornografía puede hacer que sus actitudes hacia las mujeres sean más negativas e insensibles. Algunos hombres que ven pornografía pueden llegar a considerar a las mujeres como juguetes sexuales que han de ser evaluadas meramente por sus atributos físicos y por su papel para proporcionar alivio sexual, no como individuos.

Otra preocupación es el posible efecto de la pornografía no violenta sobre los valores sexuales y familiares de los espectadores. La pornografía no violenta típicamente representa encuentros sexuales improvisados entre personas que se acaban de conocer. ¿Podría la exposición repetida a estos materiales alterar las actitudes de los espectadores hacia los valores sexuales y familiares tradicionales? Zillmann (1989) aporta evidencias de que la exposición repetida a este tipo de pornografía no violenta, de alguna manera socava los valores sexuales y familiares tradicionales. Cuando se les comparó con personas que vieron películas no sexuales, los hombres y las mujeres que estuvieron expuestos, a lo largo de un

periodo de seis semanas, en sesiones semanales de una hora de duración, con escenas de encuentros sexuales explícitos entre personas que se acababan de conocer, demostraron una mayor aceptación que los controles que vieron películas no sexuales, de sexo premarital y extramarital y de relaciones sexuales simultáneas con múltiples parejas. Los hombres y las mujeres que vieron dicha pornografía también confesaron desear menos hijos que las personas de los grupos de control y se mostraban relativamente menos comprometidos con el matrimonio como una «institución esencial». La exposición prolongada a la pornografía puede también alentar la insatisfacción con la apariencia física y la conducta sexual de la pareja propia (Zillmann, 1989).

Con la pornografía más disponible que nunca *online*, existe la preocupación de la eventual adicción al «ciberporno», lo cual podría ser otro factor que contribuya al debilitamiento de los lazos familiares. Ya tratamos la «adicción al cibersexo» en el capítulo sobre las variaciones sexuales atípicas. Son muchos los artículos sobre el tema que aparecen en revistas populares y que sugieren que esta «variación sexual» particular se está haciendo habitual, o al menos común. Por ejemplo, un artículo en *Ladies' Home Journal* se titulaba «¿Se está interponiendo el ciberporno entre vosotros?» y reflejaba la preocupación de algunas mujeres cuyas parejas pasan más tiempo buscando sexo *online* que con ellas.

Considera el caso de «Michael»:

Michael, de 32 años, seis de ellos en un matrimonio ya agotado, espera que su mujer se acueste para poder conectarse con mujeres cuyas imágenes llenan los *sitios* de ciberporno que tiene marcados en su navegador. Pasará horas, admite, babeando entre toda clase de chicas de piernas esculturales. Se imagina a la chica hablándole y más. «Me relaja», dice Michael, de Sacramento, California. «Lo conseguí. Las conseguí». Su esposa —concede— no lo sabe. (Sachar, 2003)

A medida que el tiempo pasa, sin duda escribiremos más sobre la pornografía en Internet y sus efectos sobre los individuos, sus parejas y la vida familiar. Algunos observadores sugieren que el ciberporno y las relaciones por *chat* son las formas de relación más novedosas del nuevo milenio. Para algunos puede llegar a convertirse en un trastorno psicológico, un tipo de trastorno obsesivo-compulsivo en el cual las personas tienen dificultad para evitar lavarse las manos continuamente. Y más y más estudiantes pasan las noches en sus dormitorios navegando en busca de sexo, en lugar de estudiar. Está disponible, es gratis, está justo en las habitaciones de los estudiantes; la tentación es tremenda y el daño potencial está todavía por determinar.

APORTACIÓN DE AUTORES ESPAÑOLES

ABUSO SEXUAL EN ESPAÑA

FÉLIX LÓPEZ SÁNCHEZ
Universidad de Salamanca

En el caso de España, no se había hecho ningún estudio de prevalencia verdaderamente significativo hasta los años noventa. En la actualidad, creemos que puede hablarse de que el silencio sobre este tema se ha roto parcialmente.

Aún permanecen entre nosotros abundantes falsas creencias sobre los abusos sexuales. En un estudio realizado por nuestro equipo sobre una muestra representativa de la socie-

dad española (López *et al*, 1994) hemos encontrado que algunas de estas creencias están aún presentes en nuestro país.

Así, buena parte de la población comparte algunas falsas creencias entre las que destacan: la atribución de grave patología a los agresores (compartida en algún grado por el 72 por ciento de las personas entrevistadas), la creencia de que si ocurriera en su entorno se enterarían (compartida por el 72,6 por

ciento) y el suponer que si la madre se enterara, lo denunciaría (compartida por el 76 por ciento).

Es también sorprendente la distancia que existe entre la opinión de que estos casos deberían ser denunciados (mantenida por el 92,6 por ciento de la muestra) y la conducta real de denuncia de ellos (sólo fueron denunciados el 12,3 por ciento).

Todos los autores están de acuerdo en que los abusos sexuales son más frecuentes en chicas (Browne y Finkelhor, 1986), aunque estudios recientes ponen de relieve que los varones sufren más abusos de los que indicaban los primeros estudios (Risen y Koss, 1987; Finkelhor, 1994; López *et al.*, 1994). La Tabla 15.1 representa los datos sobre prevalencia en España, dentro del contexto internacional.

Resultados que, más allá de la variabilidad, explicable por las diferencias en los conceptos y en la metodología, ponen de manifiesto, entre otros, los siguientes hechos:

- La prevalencia de los abusos es muy elevada en todos los países estudiados. Teniendo en cuenta que estos estudios se consideran, en su conjunto, bastante representativos, quiere decir que estamos ante un problema de grandes dimensiones sociales. Dimensión que recobra todo su peso cuando se conocen los efectos que tienen sobre numerosos sujetos, como veremos más adelante.
- Los abusos sexuales son más frecuentes en las mujeres que en los hombres, pero en ambos sexos la prevalencia es alta.
- Los resultados no son, en todo caso, comparables ni generalizables de unos países a otros. En realidad, no sabemos si las diferencias encontradas se deben a alguno de los múltiples factores de las diferentes metodologías

de investigación o son representativas de la realidad de cada país. En este caso, sólo los estudios con muestras nacionales podrían tener algún valor.

Por lo que hace relación específicamente a la población española, en el estudio, realizado con una muestra representativa de 2 000 sujetos entrevistados, entre 18 y 60 años, estratificados por sexo, grupos de edad y autonomías (López *et al.*, 1994), encontramos una prevalencia del 19 por ciento a 15 por ciento de varones y 23 por ciento de mujeres. Este estudio es uno de los más representativos a nivel internacional y uno de los realizados con metodología más exigente: entrevistas personales de larga duración realizadas por especialistas.

Si es preocupante que los abusos se produzcan con tanta frecuencia, no lo es menos que se repitan buena parte de ellos. La repetición del abuso aumenta la posibilidad de que los efectos sean especialmente graves, porque es más probable que la víctima se sienta culpable por haber evitado su repetición y porque las relaciones más continuadas entre agresor y víctima pueden entrañar otros factores de riesgo.

Limitándonos a datos sobre nuestro país, el 55,8 por ciento de los casos de abuso ocurrieron solo una vez, pero el 44,2 por ciento se repitieron entre 1 y 25 veces más.

Con fines didácticos y estadísticos, hemos resumido las diez variables referidas a los tipos de abuso en once categorías mutuamente excluyentes (aunque en la realidad se pueden producir varias de estas conductas en una situación de abuso). Para ello hemos ordenado las conductas en función de su gravedad teórica y hemos asignado a cada entrevistado, la más grave de todas las que ocurrieron). (Véase la Tabla 15.2.)

TABLA 15.1

Prevalencia de los abusos en distintos países y en España (Finkelhor, 1994)

País y autor	Víctimas (%)		Muestra	Método	Respuesta (%)	Concepto
	H	V				
Australia, Goldman, 88	28	9	991 (Est.)	CUESTIONARIO	90	A
Canadá, Badgley, 84	18	8	2 008 (N)	CUESTIONARIO	94	A y E
Costa Rica, Krugman, n.p.	32	13	497 (Est.)	CUESTIONARIO	99	A
Dinamarca	14	7	1 280 (N)	CUESTIONARIO	66	?
España, López, 94	23	15	2 000 (N)	ENTREVISTA	82	A
Estados Unidos, Finkelhor, 90	27	6	2 626 (N)	TELÉFONO	76	A
Finlandia, Sariola, 85	14	7	7 349 (N)	CUESTIONARIO	89	A
Gran Bretaña, Baker, 85	12	8	2 019 (N)	ENTREVISTA		A
Grecia, Agathonos, 90	10	4	746 (Est.)	CUESTIONARIO	95	A
Holanda, Draijer, 90	33	—	1 054 (N)	ENTREVISTA	49	A
Irlanda, Council, n.p.	7	5	500 (Lc.)	CUESTIONARIO		A
Noruega, Schei, 90	19	9	1 017 (N)	CUESTIONARIO	48	A
Nueva Zelanda	13	—	314 (Lc)	CUESTIONARIO	74	E
Santo Domingo, Ruiz, 87	—	18	279 (Lc)	CUESTIONARIO	?	?
Suecia, Ronstron, 85	9	3	938 (N)	CUESTIONARIO	93	A

TABLA 15.2

Conductas puestas en juego durante la experiencia del abuso en función del sexo de la víctima

Categorías

	No excluyentes ^a			Excluyentes ^b		
	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total
Conductas no contacto						
Proposiciones actividad sexual	55 (41 %)	55 (27 %)	110 (33 %)	12 (9 %)	9 (4 %)	21 (6 %)
Exhibicionismo	33 (25 %)	77 (38 %)	110 (33 %)	7 (5 %)	46 (23 %)	53 (16 %)
Conductas contacto						
Caricias por encima cintura	79 (59 %)	89 (44 %)	168 (50 %)	16 (12 %)	24 (12 %)	40 (12 %)
Caricias por debajo cintura	89 (66 %)	105 (52 %)	194 (58 %)	63 (47 %)	71 (35 %)	134 (40 %)
Intento de coito anal	10 (8 %)	6 (3 %)	16 (5 %)	2 (2 %)	2 (1 %)	4 (1 %)
Intento de coito vaginal	0 (0 %)	28 (14 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	12 (6 %)	12 (4 %)
Masturbación	21 (16 %)	21 (10 %)	42 (12 %)	16 (12 %)	17 (8 %)	33 (10 %)
Sexo oral	16 (12 %)	17 (8 %)	33 (10 %)	11 (8 %)	10 (5 %)	21 (6 %)
Coito anal	6 (4 %)	3 (2 %)	9 (3 %)	5 (4 %)	1 (1 %)	6 (2 %)
Coito vaginal 0 (0 %)	10 (5 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	10 (5 %)	10 (3 %)	20 (6 %)
NS/NC	2 (2 %)	17 (8 %)	19 (6 %)	2 (2 %)	1 (1 %)	3 (1 %)
Total conductas no contacto	19 (14 %)	55 (27 %)	74 (22 %)			
Total conductas contacto	115 (86 %)	148 (73 %)	263 (78 %)			

^a Formato original de los datos. Se contempla la posibilidad de que varias conductas ocurrieran simultánea o consecutivamente durante la experiencia de abuso.

^b Transformación de los datos originales. A cada víctima se le asignó la conducta más grave de todas las que ocurrieron durante el abuso. Como orden de gravedad se tomó el que figura en la tabla.

La pubertad es el periodo en el que los niños y las niñas son más vulnerables, como confirman todas la investigaciones, aunque es probable que a medida que descendemos en edad

algunos casos de abusos no sean reconocidos como tales por los niños muy pequeños o, simplemente, no los recuerden. (Véase la Tabla 15.3.)

TABLA 15.3

Edades de las víctimas por sexos cuando ocurrieron los abusos

Edades	Varones	Mujeres	Total
4 - 5	3 (2 %)	9 (4 %)	14 (4 %)
6 - 7	9 (7 %)	25 (12 %)	34 (10 %)
8 - 9	20 (15 %)	33 (16 %)	53 (16 %)
10 - 11	15 (11 %)	33 (16 %)	48 (14 %)
12 - 13	35 (26 %)	50 (25 %)	85 (25 %)
14 - 15	38 (28 %)	33 (16 %)	71 (21 %)
16	14 (10 %)	20 (10 %)	34 (10 %)
M	12	11,1	11,4
SD	3	3,2	3,2

BIBLIOGRAFÍA

LÓPEZ, F.; CARPINTERO, E., y HERNÁNDEZ, A. (1994): *Los abusos sexuales de menores*. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales.
 LÓPEZ, F. (1995): *La prevención de los abusos sexuales de menores*. Salamanca. Amaru.
 LÓPEZ, F. (2000): *La inocencia rota. Los abusos sexuales a menores*. Barcelona. Océano.

IDENTIFICACIÓN DEL AUTOR

La correspondencia debe dirigirse a Félix López, Departamento de Psicología, Universidad de Salamanca, Avenida de la Merced, 109-131, 37005 Salamanca (España). Teléfono: 34-923-236815. Fax: 34-923-294604. E-Mail: flopez@usal.es.

Formación de especialistas en sexología en España y Latinoamérica



DR. JUAN JOSÉ BORRÁS Y DRA. MARÍA PÉREZ CONCHILLO

*Directores del Instituto de Psicología, Sexología
y Medicina Espill. Valencia. España.*

www.espill.org

Formación en sexología en España

Programas de formación de postgrado en sexología

Formación sexológica de profesionales

Formación en sexología en Latinoamérica

Agradecimientos

Hace más de 25 años, ya la OMS¹ recomendaba «que la sexología se desarrolle como disciplina autónoma destinada a la educación y formación de los profesionales de la salud». Pese a que la OMS se ha reiterado en su propuesta en 2000² para todo el mundo, sólo se ha cumplido en la Universidad de Québec, en Montreal (L'UQAM), donde existe una licenciatura en sexología. Lo que tenemos es:

Programas de formación en sexología. Con carácter de postgrado, de larga duración y que suponen una formación especializada. Dentro de éstos, hay que diferenciar los que forman especialistas en educación sexual de los que forman en terapia sexual.

Formación sexológica complementaria. Dirigida a profesionales, generalmente del ámbito de la salud (médicos, psicólogos, ayudantes técnicos sanitarios) y de la educación y ciencias serias y rigurosas. En cuanto a la formación, en los países hispanoparlantes nos encontramos con un panorama similar al del resto de países de nuestro entorno occidental desarrollado, coexistiendo programas de formación de postgrado en sexología junto a cursos de formación sexológica destinados a profesionales.

Formación en sexología en España

Programas de formación de postgrado en sexología

La formación en sexología en España se inicia hace 25 años. La iniciativa surge al margen de la universidad, siendo entidades y grupos privados los que iniciaron programas de formación de especialistas en sexología. La mayoría continúan ofreciendo estos programas hoy en día (véase la Tabla 1) y tienen en común aspectos como su duración, de alrededor de unas 300 horas presenciales, con una programación de clases durante un fin de semana al mes a lo largo de dos años. Algunas de las entidades también han venido ofertando programas de menor duración, de alrededor de 150 horas.

El proceso de consolidación de la sexología como ciencia pasa por la incorporación de la misma al ámbito universitario. En España, desde finales de los años 80 comienzan a surgir estudios de sexología. La Tabla 2 resume las características de los programas universitarios de formación en sexología. Se trata de master, postgrado de 500 horas de duración, programa de doctorado en sexología de 320 horas y, desde hace un año, un grado superior en sexología.

Formación sexológica de profesionales

La oferta universitaria se extiende también a cursos de formación en temas de sexualidad. Se puede observar que, junto con asignaturas en la licenciatura en psicología y cursos de doctorado, también se ofrecen cursos de postgrado universitarios destinados a dar formación sexológica a profesionales de otras disciplinas. Ésta es una vertiente fundamental en sexología, particularmente urgente entre aquellos relacionados directamente con la salud y la educación.

En la Tabla 3 se resumen hasta 1995 las características de los cursos universitarios de formación en materias de sexualidad destinados a diferentes colectivos profesionales. En

¹ Organización Mundial de la Salud (1975): *Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud*. Informe de una reunión de la OMS. Col. Serie de Informes Técnicos, n.º 572.

² Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000): *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*. Actas Reunión de Consulta. Antigua Guatemala, Guatemala.

consecuencia, tampoco existen en España colegios profesionales de sexólogos. Esta situación es similar en la inmensa mayoría de países del mundo en los que se realiza formación en sexología.

Formación en sexología en Latinoamérica (Tabla 4)

En Brasil, imparten formación instituciones privadas como CESEX, declarada de utilidad pública federal y cuyos certificados son aprobados como créditos por algunas universidades; el Instituto Paulista de Sexualidade (InPaSex), de larga tradición en el país y cuyos títulos son exclusivamente privados, y, más recientemente, el Master en Sexología ofrecido por la Universidad Gama Filho, de Río de Janeiro.

En el caso de México, cabe destacar la larga trayectoria de formación que vienen realizando la Asociación Mexicana para la Salud Sexual, A.C. (AMSSAC) e IMESEX, única institución con reconocimiento de validez oficial por el Ministerio mexicano de Educación.

Venezuela es el único país en el que existe la posibilidad de hacerse especialista en sexología médica. El Centro de Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela, desde 1981, está reconocido por Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICIT), y el Consejo Nacional de Universidades (CNU) le concedió en 1991 la investidura legal para otorgar títulos de doctorado, maestría y especialización. Destaca también, con más de 30 años de andadura profesional, la Unidad de Terapia y Educación Sexual (UTES). En Cuba, un master en LENESEX.

Muchos países (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México, República Dominicana, Uruguay, etc.) presentan formación complementaria en sexología para profesionales, bien títulos propios de universidades o bien realizados por instituciones privadas y avalados o reconocidos por universidades o estamentos gubernamentales (Tabla 5).

Un tipo de formación relativamente nuevo es el realizado *online*, a través de la *web*.

Agradecimientos

Una parte de la recopilación de información para la elaboración de este apartado ha sido posible gracias a la colaboración de formadores que han respondido un cuestionario que al efecto les fue remitido. Agradecemos su inestimable ayuda, garantía ya de por sí del rigor de los programas de formación que llevan adelante:

ÁLVAREZ-GAYOU, JUAN LUIS. Fundador y Director del Instituto Mexicano de Sexología (México).

CAVALCANTI, RICARDO. Centro de Sexología de Brasilia, CESEX (Brasil).

DÍAZ MORFA, JOSÉ. Asociación Española de Sexología Clínica, AESC (España).

FLORES COLOMBINO, ANDRÉS (Uruguay).

GARAY SALAS, PATRICIA. Coordinadora del Magister en Afectividad y Sexualidad (Chile).

MACHERA, MARCELA. Grupo de Mujeres de la Argentina-Foro de VIH Mujeres y Familia (Argentina).

ROMERO S., LEONARDO. Secretario de la FLASSES (Colombia).

SEPÚLVEDA PARADA, ELENA. Magister en Afectividad y Sexualidad (Chile).

TABLA 1

Entidades organizadoras de los programas pioneros de formación sexológica en España

Entidad y su <i>web</i>	Inicio de la formación en sexología	Nombre del programa de formación	Lugares en que se imparte	Titulación
Instituto de Ciencias Sexológicas www.sexologiaysociedad.com	1979	Master en Sexología	Madrid	Título privado
Instituto Espill de Psicología, Sexología y Medicina. Valencia. www.espill.org	1983	Master en Sexología y Psicoterapia Integradora	Valencia y Barcelona	Título Universidad de Valencia desde 1995
Sociedad Sexológica de Madrid / Fundación Sexpol www.ctv.es/USERS/sexpol	1984	Master en Orientación y Terapia Sexual	Madrid	Título privado
Sociedad Malagueña de Sexología / Instituto Andaluz de Sexología y Psicología. www.iasexologia.com	1991	Master en Sexología y Terapia Sexual	Málaga y Sevilla	Título privado
Instituto de Sexología. Málaga. www.institutodesexologia.org	1994	Master en Sexología y Terapia Sexual	Málaga	Título privado
Asociación Española de Sexología Clínica. www.aesc.com.es	1984	Curso de Terapia Sexual y de Pareja	Madrid	Título privado
Instituto de Sexología Al-Andalus. www.sexandalus.org	1999	Master en Sexología, Terapia Sexual y Género	Granada	Título privado

TABLA 2

Programas de postgrado universitarios de formación sexológica en España (larga duración)

Organiza	Programa	Inicio	Lugar	Título	Horas	Perfil de entrada
Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)*	Master	Finales de la década de 1980	A distancia	Master en Sexualidad Humana	500	Todo licenciado
Universidad de Salamanca	Programa de doctorado	Finales de la década de 1980	Salamanca	Doctor en Psicología: Sexualidad, Pareja y Estudios sobre Familia	320	Todo licenciado
Universidad de Alcalá. Instituto de Ciencias Sexológicas	Postgrado	1994	Madrid	Experto en Sexología	250	Todo licenciado
Universidad de Valencia. Instituto de Sexología y Psicoterapia Espill	Master	1995	Valencia	Master universitario en Sexología y Psicoterapia Integradora	1705	Preferencia médicos y psicólogos
Plan Canario de Educación y Atención a la Sexualidad Juvenil. Universidades de la Laguna y de las Palmas de Gran Canaria	Master	1997	La Laguna	Master en Sexualidad y Relaciones Interpersonales en Adolescentes y Jóvenes	500	Todo licenciado o diplomado

* La UNED ha dejado de ofertar el programa Master desde el año 1998.

TABLA 3

Formación universitaria complementaria en temas de sexualidad en España

Nombre de la asignatura	Universidad, Escuela	Horas	Inicio
Psicobiología del Desarrollo Sexual	Universitat Jaume I (UJI)	60	1990
Psicobiología de la Conducta Sexual	Universitat Jaume I (UJI)	60	1990
Prácticum en Planificación y Terapia Sexual	Universitat Jaume I (UJI)	320	1990
Farmacología de la Conducta Sexual	Universitat Jaume I (UJI)	20	1990
Diploma en Sexología y Planificación Familiar	Instituto Espill Universidad de Valencia. Colegio Oficial de Enfermería	100	1996
Formador en Educación Sexual	Universidad de Alcalá. Instituto de Ciencias Sexológicas	250	1994
Psicología de la Sexualidad Sexualidad y Salud	Universidad de Vigo	60	1995
Psicología de la Sexualidad	Universidad de San Sebastián	80	1995
Sexualidad y Menopausia	Universidad de Salamanca		1995
Sexualitat Humana	Universidad de Barcelona. Diplomatura de Enfermería Diplomatura de Terapia Ocupacional	60	1995
Master: Terapia Sexual y de Parella	Universidad de Barcelona		1995
Certificat d'Aprofitament: Disfunción Eréctil e Infertilidad Masculina	Universidad de Barcelona		1995
Fundamentos Biológicos y Psicosociales de la Sexualidad Humana	Universidad de Murcia	45	1995
Sexualidad y Salud (optativa)	Universidad de Jaén		1995
La Pareja: Sexualidad y Salud	Universidad Salamanca		1995
Disfunciones Sexuales Orgánicas	Universidad Salamanca	405	1995
Sexología Clínica	Universidad Salamanca	40	1995
Sexología de las Ciencias de la Reproducción Humana	Universidad Salamanca	40	1995
Psicología de la Sexualidad		45	1979
Desarrollo Sexual, Afectivo y Social		45	2000
Promoción del Desarrollo Sexual, Afectivo y Social		45	2000
Intervención en Sexualidad Adulta y Vejez		45	2000
Educación Sexual en la Escuela		45	1995

TABLA 4

Programas de postgrado de formación en sexología en Latinoamérica. La mayoría están vinculados y/o tienen reconocida su formación por instituciones gubernamentales.

Institución	Nombre del programa de formación	Año de inicio	Lugar en el que se imparte	Perfil de entrada de los alumnos	Duración (horas)	Titulación
AMSSAC Asociación Mexicana para la Salud Sexual, A.C. www.amssac.org	Formación Profesional en Terapia Sexual	1988	Ciudad de México	Profesionales de las Ciencias de la Salud, Educación y Comunicación	500	Terapeuta sexual
	Formación de Educadores Sexuales			Profesionales de la Salud, la Educación y ramas afines	300	Diplomado en Sexualidad Humana
	Formación de Educadores Sexuales Infantiles			Profesionales de la Salud, la Educación y ramas afines	90	Diplomado en Educación Sexual Infantil y Desarrollo Humano
CESEX (Centro de Sexología de Brasilia) Entidad de utilidad pública federal www.cesex.org.br	CITS - Curso Intensivo de Terapia Sexual	1980	Brasilia, D.F.	Médicos y psicólogos	150 teóricas y 100 prácticas	Curso Intensivo de Terapia Sexual
	Curso de Educación Sexual		Brasilia y a distancia	Cualquier profesional	450	Curso de Educación Sexual
Centro de Estudios, Terapias e Investigaciones en Sexualidad (CETIS)	Curso de Formación en Sexualidad Humana y Terapia Sexual	1981	Buenos Aires	Médicos, psicólogos		Título privado
Centro de Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela http://cippsv.com/pages/postgrado/postgrado5.htm	Postgrado en Sexología Médica	1985	Caracas	Médicos	1260	Título académico de Maestría en Ciencias, mención Sexología Médica
Instituto Paulista de Sexualidade (InPaSex) www.inpasex.com.br	Curso de Terapia Sexual (Curso de Especialización en Psicoterapia con Enfoque en la Sexualidad)	1992	São Paulo	Psicólogos, médicos, estudiantes de último año de graduación y residentes	512	Título privado Curso de Especialización en Psicoterapia con Enfoque en la Sexualidad

TABLA 4 (continuación)

Programas de postgrado de formación en sexología en Latinoamérica. La mayoría están vinculados y/o tienen reconocida su formación por instituciones gubernamentales.

Institución	Nombre del programa de formación	Año de inicio	Lugar en el que se imparte	Perfil de entrada de los alumnos	Duración (horas)	Titulación
Instituto Mexicano de Sexología y su institución el Instituto de Enseñanza Superior e Investigación Sexológica Imesex	Especialidad en Sexología Educativa	1994	Ciudad de México	Educativas	Especialidad 500	Grado académico de Especialista o Grado académico de Maestro
Institución de enseñanza superior privada. Reconocimiento de validez de estudios otorgado por el Ministerio de Educación. Registro como Institución Científica por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT)	Especialidad en Sensibilización y Manejo de Grupos en la Educación de la Sexualidad	2000		Cualquier profesional de cualquier área que esté interesado o vinculado a la educación	Carga teórica 30 %, vivencial 40 % y práctica 20 %	
	Maestría en Sexología Educativa, Sensibilización y Manejo de Grupos			Área Clínica sólo para médicos y psicólogos	700 horas. 20% teórica, 40% vivencial, 20% investigación y 20% práctica	Maestría
www.imesex.edu.mx	Especialidad en Sexología Clínica			Discapacidad		
	Maestría en Sexología Clínica			Cualquier profesional		
	Maestría en Discapacidad y Sexualidad					
Universidad de Santiago de Chile (Estatal, Pública) www.fcsm.usach.cl/mas	Magister en Afectividad y Sexualidad Mención en Educación y Mención Clínica	2004	Santiago de Chile	Profesionales de las Ciencias de la Salud, Educación y Comunicación	1394 374 teóricas	Magister en Afectividad y Sexualidad. Mención Clínica o Mención en Educación Afectivo-Sexual
Universidad Abierta Interamericana www.sasharg.com.ar/diplomatura.html	Diplomatura en Salud Sexual y Avances en Sexualidad y Salud		Buenos Aires	Preferencia: Psicología, Medicina	52	Título Diplomado en Salud Sexual y Avances en Sexualidad y Salud por la UAI
Universidad de Medellín www.usbmed.edu.co/posgrados/oriensexual.htm	Especialización en Orientación y Educación Sexual	1996	Medellín	Cualquier profesional	432	Especialista en Orientación y Educación Sexual

TABLA 5

Cursos de formación complementaria en sexología en Latinoamérica

Institución	Nombre del programa de formación	Año de inicio	Lugar en el que se imparte	Perfil de entrada de los alumnos	Duración (horas)	Titulación
Universidad Tecnológica de Bolívar (privada) mherrera@unitecnologica.edu.co	Taller de Educación Sexual (asignatura perteneciente al área de humanidades)	2004	Cartagena, Colombia	Asignatura de libre configuración, cualquier alumno de la universidad	48 horas al semestre 35 teóricas y 13 prácticas	Ninguna Asignatura universitaria
Mujeres de la Argentina - Foro de VIH Mujeres y Familia www.grupodemujeres.org.ar	Prevención y contención detrás de los muros y diario Salsa, Vida y Salud	1996	Cárceles y lugares de encierro	Toda la sociedad		Multiplicador de Prevención y Educación Sexual
Instituto Uruguayo de Capacitación Sexológica	Curso de Sexología Clínica	1997	Montevideo	Cualquier profesional	450	Certificado privado
Instituto Superior de Educación Física www.isef.edu.uy	Curso de Sexología para estudiantes de la carrera de Profesor de Educación Física		Montevideo, Maldonado y Paysandú	Estudiantes de la carrera de Profesor de Educación Física	32	Ninguna Asignatura de la carrera

Bibliografía

- Abbey, A., et al. (2001). Alcohol and sexual assault. *Alcohol Research & Health*, 25(1), 43-51.
- Abel, G. G., et al. (1989). The measurement of the cognitive distortions of child molesters. *Annals of Sex Research*, 2, 135-152.
- Abelson, H., et al. (1970). Public attitudes toward and experience with erotic materials. In *Technical Reports of the Commission on Obscenity and Pornography*, Vol. 6. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Abramowitz, S. (1986). Psychosocial outcomes of sex reassignment surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 183-189.
- Ackerman, D. (1991). *The moon by whale light*. New York: Random House.
- ACOG (The American College of Obstetricians and Gynecologists). (2003, July 31). Weighing the pros and cons of cesarean delivery. ACOG News Release. http://www.acog.com/from_home/publications/press_releases/nr07-31-03-3.cfm
- Adachi, M., et al. (2000). Androgen-insensitivity syndrome as a possible coactivator disease. *The New England Journal of Medicine* online, 343(12).
- Adams, H. E., et al. (1981). Behavior therapy with sexual deviations. In S. M. Turner, K. S. Calhoun, & H. E. Adams (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy* (pp. 318-346). New York: Wiley.
- Adams, K. M. (2003). Clergy sex abuse: A commentary on celibacy. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 10(2-3), 91-92.
- Adams, H. E., Wright, L. W., Jr., & Lohr, B. A. (1996). Is homophobia associated with homosexual arousal? *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 440-445.
- Affonso, D. D., De, A. K., Horowitz, J. A., & Mayberry, L. J. (2000). An international study exploring levels of postpartum depressive symptomatology. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(3), 207-216.
- After years of decline, Caesareans on the rise again. (2000, August 29). The Associated Press online.
- Akhtar, S. (1988). Four culture-bound psychiatric syndromes in India. *The International Journal of Social Psychiatry*, 34, 70-74.
- Alexander, C. J., Sipski, M. L., & Findley, T. W. (1993). Sexual activities, desire, and satisfaction in males pre- and post-spinal cord injury. *Archives of Sexual Behavior*, 22, 217-228.
- Alexander, G. M. (2003). An evolutionary perspective of sex-typed toy preferences: Pink, blue, and the brain. *Archives of Sexual Behavior*, 32(1), 7-14.
- Allen, P. L. (2000). *The wages of sin: Sex and disease, past and present*. Chicago: University of Chicago Press.
- Allyn, D. (2001). *Make love, not war: The sexual revolution: An unfettered history*. London: Routledge.
- Altemus, M., Cloitre, M., & Dhabhar, F. S. (2003). Enhanced cellular immune response in women with PTSD related to childhood abuse. *American Journal of Psychiatry*, 160(9), 1705-1707.
- Alterman, E. (1997, November). Sex in the '90s. *Elle*, pp. 128-134.
- Alter-Reid, K., et al. (1986). Sexual abuse of children: A review of the empirical findings. *Clinical Psychology Review*, 6, 249-266.
- Althof, S. E. (1994). Paper presented to the annual meeting of the American Urological Association. San Francisco.
- Altman, L. K. (1993a, February 21). New caution, and some reassurance, on vasectomy. *The New York Times*, Section 4, p. 2.
- Altman, L. K. (1995c, July 7). Drug for treating impotence is ready for sale, FDA says. *The New York Times*, p. A13.
- Amato, P. R. (2001). Children of divorce in the 1990s: An update of the Amato and Keith (1991) meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 15(3), 355-370.
- American Academy of Pediatrics. (2002, February 7). *A woman's guide to breastfeeding*. <http://www.aap.org/family/brstguid.htm>
- American Cancer Society. (2003). <http://www.cancer.org/>
- American Infertility Association. (2002). Cited in J. E. Brody. (2002a, January 1). What women must know about fertility. *The New York Times*, p. F6.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. DSM-IV-TR. Washington, DC: Author.
- American Psychological Association, Committee on Gay and Lesbian Concerns. (1991). Avoiding heterosexual bias in language. *American Psychologist*, 46, 973-974.
- American Psychological Association (1998a, March 16). Sexual harassment: Myths and realities. APA Public Information Home Page; www.apa.org
- Ames, M. A., & Houston, D. A. (1990). Legal, social, and biological definitions of pedophilia. *Archives of Sexual Behavior*, 19, 333-342.
- Anderson, J. L., et al. (1992). Was the Duchess of Windsor right? A cross-cultural review of the socioecology of ideals of female body shape. *Ethology and Sociobiology*, 13, 197-227.
- Anderson, S. E., et al. (2003). Relative weight and race influence average age at menarche: Results from two nationally representative surveys of U.S. girls studied 25 years apart. *Pediatrics*, 111, 844-850.
- Anderson, V. N. (1992). For whom is this world just? Sexual orientation and AIDS. *Journal of Applied Social Psychology*, 22, 248-259.
- Anderssen, N., Amlie, C., & Ytteroy, E. A. (2002). Outcomes for children with lesbian or gay parents: A review of studies from 1978 to 2000. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43(4), 335-351.
- Angier, N. (1991, August 30). Zone of brain linked to men's sexual orientation. *The New York Times*, pp. A1, D18.
- Angier, N. (1993a). Future of the pill may lie just over the counter. *The New York Times*, Section 4, p. 5.
- ANRG (2000). Traditional Chinese society. <http://weber.ucsd.edu/~thall/cbs.html>
- Apperloo, M. J. A., et al. (2003). In the mood for sex: The value of androgens. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29(2), 87-102.
- Archer, J., & Vaughan, A. E. (2001). Evolutionary theories of rape. *Psychology, Evolution & Gender*, 3(1), 95-101.
- Armas, G. C. (2000, May 15). Census: Unmarried couples increase. The Associated Press.
- Armstrong, K., Eisen, A., & Weber, B. (2000). Assessing the risk of breast cancer. *The New England Journal of Medicine* online, 342(8).
- Arriaga, X. B., & Rusbult, C. E. (1998). Standing in my partner's shoes: Partner perspective taking and reactions to accommodative dilemmas. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 24(9), 927-948.
- Arthur, B. I., Jr., et al. (1998). Sexual behaviour in *Drosophila* is irreversibly programmed during critical period. *Current Biology*, 8(21), 1187-1190.
- Ashley-Koch, A., Yang, Q., & Olney, R. S. (2000). Sickle hemoglobin (Hb S) allele and sickle cell disease. *American Journal of Epidemiology*, 151(9), 839-845.
- Ashton, A. K., et al. (2000). Antidepressant-induced sexual dysfunction and *Ginkgo biloba*. *American Journal of Psychiatry*, 157, 836-837.
- Astley, S. J., & Clarren, S. K. (2001). Measuring the facial phenotype of individuals with prenatal alcohol exposure: Correlations with brain dysfunction. *Alcohol & Alcoholism*, 36(2), 147-159.
- Australia scientists find flowers dupe lonely bees. (2000, June 16). Reuters News Agency online.
- Auvert, B., et al. (2001). Male circumcision is one of the factors influencing the transmission of HIV during sexual intercourse. *AIDS*, 15(Suppl4), S31-S40.
- Avis, N. E. (2003). Depression during the menopausal transition. *Psychology of Women Quarterly*, 27(2), 91-100.
- Bach, G. R., & Deutsch, R. M. (1970). *Pairing*. New York: Peter H. Wyden.
- Bäckström, T., et al. (2003). The role of hormones and hormonal treatments in premenstrual syndrome. *CNS Drugs*, 17(5), 325-342.
- Bader, M. (2003). *Arousal: The secret logic of sexual fantasies*. New York: Griffin Trade Paperback.

- Baenninger, M. A., & Elenteny, K. (1997). Cited in Azar, B. (1997). Environment can mitigate differences in spatial ability. *APA Monitor*, 28(6), 28.
- Baer, H., Allen, S., & Braun, L. (2000). Knowledge of human papillomavirus infection among young adult men and women: Implications for health education and research. *Journal of Community Health: The Publication for Health Promotion & Disease Prevention*, 25(1), 67-78.
- Bagley, C., & D'Augelli, A. R. (2000). Suicidal behaviour in gay, lesbian, and bisexual youth. *British Medical Journal*, 320, 1617-1618.
- Bailes, E., et al. (2003). Hybrid origin of HIV in chimpanzees. *Science*, 300(5626), 1713.
- Bailey, J. M. (2003a). Personal communication.
- Bailey, J. M. (2003b). *The man who would be queen: The science of gender-bending and transsexualism*. Washington, DC: Joseph Henry Press.
- Bailey, J. M., Dunne, M. P., & Martin, N. G. (2000a). Genetic and environmental influences on sexual orientation and its correlates in an Australian twin sample. *Journal of Personality & Social Psychology*, 78(3), 524-536.
- Bailey, J. M., et al. (1999). A family history study of male sexual orientation using three independent samples. *Behavior Genetics*, 29(2), 79-86.
- Bailey, J. M., Kim, P. Y., Hills, A., & Linsenmeier, J. A. W. (1997). Butch, femme, or straight acting? Partner preferences of gay men and lesbians. *Journal of Personality & Social Psychology*, 73(5), 960-973.
- Bailey, J. M., Kirk, K. M., Zhu, G., Dunne, M. P., & Martin, N. G. (2000b). Do individual differences in sociosexuality represent genetic or environmentally contingent strategies? Evidence from the Australian twin registry. *Journal of Personality & Social Psychology*, 78(3), 537-545.
- Bailey, J. M., & Oberschneider, M. (1997). Sexual orientation and professional dance. *Archives of Sexual Behavior*, 26(4), 433-444.
- Bailey, J. M., & Pillard, R. C. (1991). A genetic study of male sexual orientation. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1089-1096.
- Bailey, J. M., & Zucker, K. J. (1995). Childhood sex-typed behavior and sexual orientation: A conceptual analysis and quantitative review. *Developmental Psychology*, 31, 43-55.
- Bailey, R. C. (2000). A study in rural Uganda of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus. *New England Journal of Medicine* online, 343(5).
- Baker, J. N. (1990, Summer/Fall). Coming out. (Special Issue). *Newsweek*, pp. 60-61.
- Baker, S., Thalberg, S., & Morrison, D. (1988). Parents' behavioral norms as predictors of adolescent sexual activity and contraceptive use. *Adolescence*, 23, 278-281.
- Balter, L., & Tamis-LeMonda, C. S. (Eds.). (1999). *Child psychology: A handbook of contemporary issues*. Philadelphia, PA: Psychology Press.
- Bambgbose, O. (2002). Teenage prostitution and the future of the female adolescent in Nigeria. *International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology*, 46(5), 569-585.
- Ban on Prenatal Scans Ordered Enforced. (2003, September 11). *The New York Times*, p. 6.
- Bancroft, J. (1990). Commentary: Biological contributions to sexual orientation. In D. P. McWhirter, S. A. Sanders, & J. M. Reinish (Eds.), *Homosexuality/heterosexuality: Concepts of sexual orientation* (pp. 101-111). New York: Oxford University Press.
- Bancroft, J., Loftus, J., & Long, J. S. (2003). Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of Sexual Behavior*, 32(3), 193-208.
- Banmen, J., & Vogel, N. (1985). The relationship between marital quality and interpersonal sexual communication. *Family Therapy*, 12, 45-58.
- Banning, A. (1989). Mother-son incest: Confronting a prejudice. *Child Abuse and Neglect*, 13, 563-570.
- Barash, D. P., & Lipton, J. E. (2001). *The myth of monogamy*. New York: Freeman.
- Barbaree, H. E., & Marshall, W. L. (1991). The role of male sexual arousal in rape: Six models. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 621-630.
- Barnard, N. D., Scialli, A. R., Hurllock, D., & Bertron, P. (2000). Diet and sex-hormone binding globulin, dysmenorrhea, and premenstrual symptoms. *Obstetrics & Gynecology*, 95, 245-250.
- Barnett, J. E., & Dunning, C. (2003). Clinical perspectives on elderly sexuality. *Archives of Sexual Behavior*, 32(3), 295-296.
- Barouch, D. H., et al. (2000). Control of viremia and prevention of clinical AIDS in Rhesus monkeys by cytokine-augmented DNA vaccination. *Science*, 290(5491), 486-492.
- Barr, H. M., Streissguth, A. P., Darby, B. L., & Sampson, P. D. (1990). Prenatal exposure to alcohol, caffeine, tobacco, and aspirin. *Developmental Psychology*, 26, 339-348.
- Barrett, M. B. (1990). *Invisible lives: The truth about millions of women-loving women*. New York: Harper & Row (Perennial Library).
- Barringer, F. (1993b, April 15). Sex survey of American men finds 1% are gay. *The New York Times*, p. A1.
- Barringer, F. (1993c, June 2). School hallways as gauntlets of sexual taunts. *The New York Times*, p. B7.
- Bar-Tal, D., & Saxe, L. (1976). Perceptions of similarly and dissimilarly physically attractive couples and individuals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33, 772-781.
- Barth, R. P., et al. (2002). Methodological lessons from the National Survey of Child and Adolescent Well-Being: The first three years of the USA's first national probability study of children and families investigated for abuse and neglect. *Children & Youth Services Review*, 24(6-7), 513-541.
- Basile, K. C. (2002). Attitudes toward wife rape: Effects of social background and victim status. *Violence & Victims*, 17(3), 341-354.
- Basow, S. A., & Rubinfeld, K. (2003). "Troubles talk": Effects of gender and gender-typing. *Sex Roles*, 48(3-4), 183-187.
- Basson, R. (2002). Are our definitions of women's desire, arousal, and sexual pain disorders too broad and our definition of orgasmic disorder too narrow? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(4), 289-300.
- Bastian, L. A., Smith, C. M., & Nanda, K. (2003). Is this woman perimenopausal? *Journal of the American Medical Association*, 289, 895-902.
- Bauerle, S. Y., Amirkhan, J. H., & Hupka, R. B. (2002). An attribution theory analysis of romantic jealousy. *Motivation & Emotion*, 26(4), 297-319.
- Baumeister, R. F. (1988a). Gender differences in masochistic scripts. *Journal of Sex Research*, 25, 478-499.
- Baumeister, R. F. (1988b). Masochism as escape from self. *Journal of Sex Research*, 25, 28-59.
- Baumeister, R. F. (2000). Gender differences in erotic plasticity: The female sex drive as socially flexible and responsive. *Psychological Bulletin*, 126(3), 347-374.
- Baumeister, R. F., & Catanese, K. (2001). Victims and perpetrators provide discrepant accounts: Motivated cognitive distortions about interpersonal transgressions. In Joseph P. Forgas et al. (Eds.), *The social mind: Cognitive and motivational aspects of interpersonal behavior* (pp. 274-293). New York: Cambridge University Press.
- Baumeister, R. F., Catanese, K. R., & Vohs, K. D. (2001). Is there a gender difference in strength of sex drive? Theoretical views, conceptual distinctions, and a review of relevant evidence. *Personality & Social Psychology Review*, 5(3), 242-273.
- Baumeister, R. F., Catanese, K. R., & Wallace, H. M. (2002). Conquest by force: A narcissistic reactance theory of rape and sexual coercion. *Review of General Psychology*, 6(1), 92-135.
- Baxter, D. J., Barbaree, H. E., & Marshall, W. L. (1986). Sexual responses to consenting and forced sex in a large sample of rapists and nonrapists. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 215-222.
- Bean, J. L. (2002). Expressions of female sexuality. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(Suppl1), 29-38.
- Becerra, L., Breiter, H. C., Wise, R., Gonzalez, R. G., & Borsook, D. (2001). Reward circuitry activation by noxious thermal stimuli. *Neuron*, 32(5), 927-946.
- Beckstead, A. L. (2001). Cures versus choice: Agendas in sexual reorientation therapy. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 5(3-4), 87-115.
- Begley, S., & Check, E. (2000, August 5). Sex and the single fly. *Newsweek*, 44-45.
- Belgrave, F. Z., van Oss Marian, B., & Chambers, D. B. (2000). Cultural, contextual, and intrapersonal predictors of risky sexual attitudes among urban African American girls in early adolescence. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 6(3), 309-322.
- Bell, A. P., & Weinberg, M. S. (1978). *Homosexualities: A study of diversity among men and women*. New York: Simon & Schuster.
- Bell, A. P., Weinberg, M. S., & Hammersmith, S. K. (1981). *Sexual preference: Its development in men and women*. Bloomington: University of Indiana Press.
- Bellavia, G., & Murray, S. (2003). Did I do that? Self-esteem-related differences in reactions to romantic partner's mood. *Personal Relationships*, 10(1), 77-95.

- Beller, M., & Gafni, N. (2000). Can item format (multiple choice vs. open-ended) account for gender differences in mathematics achievement? *Sex Roles*, 42(1-2), 1-21.
- Bem, S. L. (1975). Sex role adaptability: One consequence of psychological androgyny. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 634-643.
- Bem, S. L. (1983). Gender schema theory and its implications for child development: Raising gender-aschematic children in a gender-schematic society. *Signs*, 8, 598-616.
- Bem, S. L. (1993). *The lenses of gender*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Bem, S. L., Martyna, W., & Watson, C. (1976). Sex typing and androgyny: Further explorations of the expressive domain. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 1016-1023.
- Benotsch, E. G., & Kalichman, S. C. (2002). Preventing HIV and AIDS. In L. A. Jason & D. S. Glenwick (Eds.), *Innovative strategies for promoting health and mental health across the life span* (pp. 205-226). New York: Springer.
- Ben-Ze'ev, A. (2003). Privacy, emotional closeness, and openness in cyberspace. *Computers in Human Behavior*, 19(4), 451-467.
- Ben-Zur, H. (2003). Peer risk behavior and denial of HIV/AIDS among adolescents. *Sex Education*, 3(1), 75-85.
- Berenbaum, S. A., & Hines, M. (1992). Early androgens are related to childhood sex-typed toy preferences. *Psychological Science*, 3(3), 203-206.
- Bergen, R. K. (1998). The reality of wife rape: Women's experiences of sexual violence in marriage. In Bergen, R. K. (Ed.), *Issues in intimate violence* (pp. 237-250). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Berger, L. (2000, June 25). A racial gap in infant deaths, and a search for reasons. *The New York Times*, p. WH13.
- Berger, L. (2002, December 10). After long hiatus, new contraceptives emerge. *The New York Times*.
- Berke, R. L. (1997, June 15). Suddenly, the new politics of morality. *The New York Times*, p. E3.
- Berke, R. L. (1998, August 2). Chasing the polls on gay rights. *The New York Times*, p. WK3.
- Berman, J. R., & Berman, L. A., et al. (2001). Effect of sildenafil on subjective and physiologic parameters of the female sexual response in women with sexual arousal disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(5), 411-420.
- Berman, L. (2000). Paper presented to the annual meeting of the American Urological Association, Atlanta, Georgia. Cited in "Women, too, may benefit from Viagra." (2000, May 1). CNN.
- Bernat, J. A., Wilson, A. E., & Calhoun, K. S. (1999). Sexual coercion history, calloused sexual beliefs and judgments of sexual coercion in a date rape analogue. *Violence and Victims*, 14(2), 147-160.
- Bernstein, W. M., et al. (1983). Causal ambiguity and heterosexual affiliation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 19, 78-92.
- Berscheid, E. (2003). On stepping on land mines. In Sternberg, R. J. (Ed.), *Psychologists defying the crowd: Stories of those who battled the establishment and won* (pp. 33-44). Washington, DC: American Psychological Association.
- Berscheid, E., & Reis, H. T. (1998). Attraction and close relationships. In Gilbert, D. T., Fiske, S. T. (Eds.), et al. *The handbook of social psychology*, Vol. 2 (4th ed.). (pp. 193-281). New York: McGraw-Hill.
- Berscheid, E., & Walster, E. (1978). *Interpersonal attraction*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Bialy, M., & Sachs, B. D. (2002). Androgen implants in medial amygdala briefly maintain noncontact erection in castrated male rats. *Hormones & Behavior*, 42(3), 345-355.
- Bianchi, S. M., & Spain, D. (1997). *Women, work and family in America*. Population Reference Bureau.
- Billy, J. O. G., et al. (1993). The sexual behavior of men in the United States. *Family Planning Perspectives*, 25, 52-60.
- Birkhead, T. R. (2000). *Promiscuity: An evolutionary history of sperm competition*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bjorklund, D. F., & Kipp, K. (1996). Parental investment theory and gender differences in the evolution of inhibition mechanisms. *Psychological Bulletin*, 120, 163-188.
- Blake, S. M., et al. (2003). Condom availability programs in Massachusetts high schools: Relationships with condom use and sexual behavior. *American Journal of Public Health*, 93, 955-962.
- Blanchard, R. (1988). Nonhomosexual gender dysphoria. *Journal of Sex Research*, 24, 188-193.
- Blanchard, R. (1989). The concept of autogynephilia and the typology of male gender dysphoria. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 177(10), 616-623.
- Blanchard, R., & Hucker, S. J. (1991). Age, transvestism, bondage, and concurrent paraphilic activities in 117 fatal cases of autoerotic asphyxia. *British Journal of Psychiatry*, 159, 371-377.
- Blanchard, R., Steiner, B. W., & Clemmensen, L. H. (1985). Gender dysphoria, gender reorientation, and the clinical management of transsexualism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 295-304.
- Blanker, M. H., et al. (2001). Erectile and ejaculatory dysfunction in a community-based sample of men 50 to 78 years old: Prevalence, concern, and relation to sexual activity. *Urology*, 57(4), 763-768.
- Blickstein, I., Goldman, R. D., & Mazkereth, R. (2000). Risk for one or two very low-birth-weight twins: A population study. *Obstetrics & Gynecology*, 96(3), 400-402.
- Blumstein, P., & Schwartz, P. (1990). Intimate relationships and the creation of sexuality. In D. P. McWhirter, S. A. Sanders, & J. M. Reinisch (Eds.), *Homosexuality/heterosexuality: Concepts of sexual orientation* (pp. 307-320). New York: Oxford University Press.
- Boss, S., & Maltz, W. (2001). *Private thoughts: Exploring the power of women's sexual fantasies*. New York: New World Library.
- Boston Women's Health Book Collective. (1992). *The New Our Bodies, Ourselves*. New York: Simon & Schuster.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*, Vol. 1. New York: Basic Books.
- Boxer, S. (2000, July 22). Truth or lies? In sex surveys, you never know. *The New York Times* online.
- Bradbard, M. R., & Endsley, R. C. (1983). The effects of sex typed labeling on preschool children's information-seeking and retention. *Sex Roles*, 9, 247-261.
- Bradford, J. M. W. (1998). Treatment of men with paraphilia. *New England Journal of Medicine*, 338, 464-465.
- Bradford, J. M. W. (2001). The neurobiology, neuropharmacology, and pharmacological treatment of the paraphilias and compulsive sexual behaviour. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46(1), 26-34.
- Bradley, S. J., Oliver, G. D., Chernick, A. B., & Zucker, K. J. (1998). Experiment of nurture: Ablatio penis at 2 months, sex reassignment at 7 months, and a psychosexual follow-up in young adulthood. *Pediatrics* online, 102(1), p. e9.
- Braithwaite, D. O., Olson, L. N., Golish, T. D., Soukup, C., & Turman, P. (2001). "Becoming a family": Developmental processes represented in blended family discourse. *Journal of Applied Communication Research*, 29(3), 221-247.
- Brecher, E. M., and the Editors of Consumer Reports Books. (1984). *Love, sex, and aging*. Boston: Little, Brown.
- Bremner, J. D., et al. (2003). Assessment of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis over a 24-hour diurnal period and in response to neuroendocrine challenges in women with and without childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 54(7), 710-718.
- Breslow, N. (1989). Sources of confusion in the study and treatment of sadomasochism. *Journal of Social Behavior and Personality*, 4, 263-274.
- Breslow, N., Evans, L., & Langley, J. (1985). On the prevalence and roles of females in the sadomasochistic subculture: Report on an empirical study. *Archives of Sexual Behavior*, 14, 303-317.
- Breslow, N., Evans, L., & Langley, J. (1986). Comparisons among heterosexual, bisexual and homosexual male sadomasochists. *Journal of Homosexuality*, 13, 83-107.
- Bretschneider, J., & McCoy, N. (1988). Sexual interest and behavior in healthy 80- to 102-year-olds. *Archives of Sexual Behavior*, 17, 109.
- Briere, J., & Runtz, M. (1989). University males' sexual interest in children: Predicting potential indices of "pedophilia" in a nonforensic sample. *Child Abuse and Neglect*, 13, 65-75.
- Broder, J. M. (2003, November 20). Michael Jackson faces arrest on charges of child molesting. *The New York Times* online.
- Broder, M. S., Kanouse, D. E., Mittman, B. S., & Bernstein, S. J. (2000). The appropriateness of recommendations for hysterectomy. *Obstetrics & Gynecology*, 95, 199-206.
- Brody, J. E. (1992b, November 11). PMS is a worldwide phenomenon. *The New York Times*, p. C14.
- Brody, J. E. (1998c). Sour note in the Viagra symphony. *The New York Times*, p. F7.

- Brody, J. E. (2002a, January 1). What women must know about fertility. *The New York Times*, p. F6.
- Bronner, E. (1998, February 1). Just say maybe. No sexology, please. We're Americans. *The New York Times*, p. WK6.
- Brooks-Gunn, J., & Furstenberg, F. F. (1989). Adolescent sexual behavior. *American Psychologist*, 44, 249-257.
- Broude, G. J., & Greene, S. J. (1976). Cross-cultural codes on twenty sexual attitudes and practices. *Ethnology*, 15, 409-429.
- Brown, M., Perry, A., Cheesman, A. D., & Pring, T. (2000). Pitch change in male-to-female transsexuals: Has phonosurgery a role to play? *International Journal of Language & Communication Disorders*, 35(1), 129-136.
- Brown, R. A. (1994). Romantic love and the spouse selection criteria of male and female Korean college students. *The Journal of Social Psychology*, 134(2), 183-189.
- Brown, T. (2002). A proposed model of bisexual identity development that elaborates on experiential differences of women and men. *Journal of Bisexuality*, 2(4), 67-91.
- Browning, C. R. (2002). Trauma or transition: A life-course perspective on the link between childhood sexual experiences and men's adult well-being. *Social Science Research*, 31(4), 473-510.
- Browning, J. R., Hatfield, E., Kessler, D., & Levine, T. (2000). Sexual motives, gender, and sexual behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 29(2), 135-153.
- Bruene, M., & Ribbert, H. (2002). Grundsätzliches zur Konzeption einer evolutionären Psychiatrie. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 153(1), 4-11.
- Buunk, B. P., et al. (2002). Age and gender differences in mate selection criteria for various involvement levels. *Personal Relationships*, 9(3), 271-278.
- Bullough, V. L. (2002). Masturbation: A historical overview. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 14(2-3), 17-33.
- Bullough, V. L., & Weinberg, T. S. (1989). Women married to transvestites: Problems and adjustments. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 1, 83-104.
- Burt, M. R. (1980). Cultural myths and supports for rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 217-230.
- Bushman, B. J., Bonacci, A. M., van Dijk, M., & Baumeister, R. F. (2003). Narcissism, sexual refusal, and aggression: Testing a narcissistic reactance model of sexual coercion. *Journal of Personality & Social Psychology*, 84(5), 1027-1040.
- Buss, D. M. (1994). *The evolution of desire: Strategies of human mating*. New York: Basic Books.
- Buss, D. M. (2003). The dangerous passion: Why jealousy is as necessary as love and sex. *Archives of Sexual Behavior*, 32(1), 79-80.
- Buss, D. M., & Schmitt, D. P. (1993). Sexual strategies theory: An evolutionary perspective on human mating. *Psychological Review*, 100, 204-232.
- Beve, A. (2000). Cited in Altman, L. K. (2000, July 11). Mystery factor is pondered at AIDS talk: Circumcision. *The New York Times* online.
- Byers, E. S., & Grenier, G. (2003). Premature or rapid ejaculation: Heterosexual couples' perceptions of men's ejaculatory behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 32(3), 261-270.
- Byers, E. S., & Lewis, K. (1988). Dating couples' disagreements over the desired level of sexual intimacy. *Journal of Sex Research*, 24, 15-29.
- Byrd, J., Hyde, J. S., DeLamater, J. D., & Plant, E. A. (1998). Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *Journal of Family Practice*, 47(4), 305-308.
- Caceres, C. F., & van Griensven, G. J. P. (1994). Male homosexual transmission of HIV-1. *AIDS*, 8(8), 1051-1061.
- Cacioppo, J. T., Hawkey, L. C., & Bernston, G. G. (2003). The anatomy of loneliness. *Current Directions in Psychological Science*, 12(3), 71-74.
- Cado, S., & Leitenberg, H. (1990). Guilt reactions to sexual fantasies during intercourse. *Archives of Sexual Behavior*, 19, 49-64.
- Calderone, M. S., & Johnson, E. W. (1989). *Family book about sexuality* (rev. ed.). New York: Harper & Row.
- Calhoun, K. S., & Atkeson, B. M. (1991). *Treatment of rape victims: Facilitating social adjustment*. New York: Pergamon Press.
- Call, V., Sprecher, S., & Schwartz, P. (1995). The incidence and frequency of marital sex in a national sample. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 639-652.
- Calle, E. E., Rodriguez, C., Walker-Thurmond, K., & Thun, M. J. (2003). Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults. *New England Journal of Medicine*, 348, 1625-1638.
- Cameron, P., et al. (1986). Child molestation and homosexuality. *Psychological Reports*, 58, 327-337.
- Campbell, W. K., Foster, C. A., & Finkel, E. J. (2002). Does self-love lead to love for others? A story of narcissistic game playing. *Journal of Personality & Social Psychology*, 83(2), 340-354.
- Cappella, J. N., & Palmer, M. T. (1990). Attitude similarity, relational history, and attraction: The mediating effects of kinesic and vocal behaviors. *Communication Monographs*, 5, 161-183.
- Carlson, M. (1990, July 9). Abortion's hardest cases. *Time*, pp. 22-26.
- Carrère, S., Buehlman, K. T., Gottman, J. M., Coan, J. A., & Ruckstuhl, L. (2000). Predicting marital stability and divorce in newlywed couples. *Journal of Family Psychology*, 14(1), 42-58.
- Castellsague, X., et al. (2002). Male circumcision, penile human papillomavirus infection, and cervical cancer in female partners. *New England Journal of Medicine*, 346(15), 1105-1112.
- Castro, J. (1992, January 20). Sexual harassment: A guide. *Time*, p. 37.
- Cates, W., Jr., & Raymond, E. G. (1998). Vaginal spermicides. In R. A. Hatcher et al. *Contraceptive technology* (17th rev. ed.) (pp. 357-370). New York: Ardent Media.
- CDC (See Centers for Disease Control and Prevention).
- Celis, W. (1991, January 2). Students trying to draw line between sex and an assault. *The New York Times*, pp. 1, B8.
- Census: Americans marry later in life. (2001, June 29). The Associated Press.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2000a). Alcohol policy and sexually transmitted disease rates-United States, 1981-1995. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 49, 346-349.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2000b). *HIV/AIDS surveillance report: U.S. HIV and AIDS cases reported through December 1999*, 11(2).
- Centers for Disease Control and Prevention. (2000c, June 23). Contribution of assisted reproductive technology and ovulation-inducing drugs to triplet and higher-order multiple births-United States, 1980-1997. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 49, 535-538.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2000d, June 23). Trends in gonorrhea rates-Selected states and United States, 1998. *Morbidity and Mortality Weekly Report*.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2000e, June 9). Youth risk behavior surveillance-United States, 1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 49(SS05), 1-96.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2000f). National and state-specific pregnancy rates among adolescents-United States, 1995-1997. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 49(27).
- Centers for Disease Control and Prevention. (2000g). Abortion surveillance: Preliminary analysis-United States, 1997. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48, 1171-1174, 1191.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2000h, June 9). Youth risk behavior surveillance-United States, 1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 49(SS05), 1-96.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2001a, May 12). Table III. Provisional cases of selected notifiable diseases preventable by vaccination, United States week ending May 12, 2001. *Morbidity and Mortality Weekly Report* Tables (Morbidity).
- Centers for Disease Control and Prevention (2001b, June). Genital herpes. National Center for HIV, STD and TB Prevention. Division of Sexually Transmitted Diseases. http://www.cdc.gov/nchstp/dstd/Fact_Sheets/facts_Genital_Herpes.htm
- Centers for Disease Control and Prevention (2002a). Laboratory guidelines screening tests to detect *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* infections. National Center for HIV, STD and TB Prevention. Division of Sexually Transmitted Diseases. <http://www.cdc.gov/STD/LabGuidelines/default.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention (2002b). Oral alternatives to cefixime for the treatment of uncomplicated *Neisseria gonorrhoeae* urogenital infections. National Center for HIV, STD and TB Prevention. Division of Sexually Transmitted Diseases. <http://www.cdc.gov/STD/treatment/Cefixime.htm>

- Centers for Disease Control and Prevention. (2003). *HIV/AIDS surveillance report: U.S. HIV and AIDS cases reported through December 2002*, 14(2).
- Chakrabarti, N., Chopra, V. K., & Sinha, V. K. (2002). Masturbatory guilt leading to severe depression and erectile dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(4), 285-288.
- Chambers, C. (2000, October 13). Americans are overwhelmingly happy and optimistic about the future of the U.S. Marital status strongly affects both happiness and optimism. Princeton, NJ: Gallup News Service.
- Chan, C. (1992). Cultural considerations in counseling Asian American lesbians and gay men. In S. Dworkin & F. Gutierrez (Eds.), *Counseling gay men and lesbians: Journey to the end of the rainbow*. Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development.
- Chance, S. E., Brown, R. T., Dabbs, J. M., Jr., & Casey, R. (2000). Testosterone, intelligence and behavior disorders in young boys. *Personality & Individual Differences*, 28(3) 437-445.
- Chao, Q., Wang, P., & He, N. (2001). Comparative research on self-concept of middle school students from complete and divorced families. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 9(2), 143.
- Charny, I. W., & Parnass, S. (1995). The impact of extramarital relationships on the continuation of marriages. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 21, 100-115.
- Chavez, M. L., & Spitzer, M. F. (2002). Herbs and other dietary supplements for premenstrual syndrome and menopause. *Psychiatric Annals*, 32(1), 61-71.
- Cheating going out of style but sex is popular as ever. (1993, October 19). *Newsday*, p. 2.
- Check, J. V. P., & Malamuth, N. M. (1983). Sex-role stereotyping and reactions to depictions of stranger versus acquaintance rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 344-356.
- Cheng, H., & Furnham, A. (2002). Personality, peer relations, and self-confidence as predictors of happiness and loneliness. *Journal of Adolescence*, 25(3), 327-339.
- China develops electronic contraceptive for men. (1998, March 15). Reuters News Agency online.
- Chlebowski, R. T. (2000). Primary care: Reducing the risk of breast cancer. *The New England Journal of Medicine* online, 343(3).
- Chlebowski, R. T., et al. (2003). Influence of estrogen plus progestin on breast cancer and mammography in healthy postmenopausal women: The Women's Health Initiative Randomized Trial. *Journal of the American Medical Association*, 289, 3243-3253.
- Christin-Maitre, S., Bouchard, P., & Spitz, I. M. (2000). Drug therapy: Medical termination of pregnancy. *The New England Journal of Medicine* online, 342(13).
- Clark, M. S., Mills, J. R., & Corcoran, D. M. (1989). Keeping track of needs and inputs of friends and strangers. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 15, 533-542.
- Clemons, M., & Goss, P. (2001). Mechanisms of disease: Estrogen and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 344, 276-285.
- Cnattingius, S., Bergstrom, R., Lipworth, L., & Kramer, M. S. (1998). Prepregnancy weight and the risk of adverse pregnancy outcomes. *New England Journal of Medicine*, 338, 147-152.
- Cochran, S. D., Sullivan, J. G., & Mays, V. M. (2003). Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 53-61.
- Cohen, A. B., & Tannenbaum, I. J. (2001). Lesbian and bisexual women's judgments of the attractiveness of different body types. *Journal of Sex Research*, 38(3), 226-232.
- Cohen, E. (1998, March 26). Study: "Male pill" proves 95% effective. CNN.
- Cohen, E., & Feig, C. (2003, July 22). Delivery debate: Vaginal or C-section? More women are selecting surgery without a medical reason. CNN.
- Cohen, M. S. (2000). Preventing sexual transmission of HIV: New ideas from sub-Saharan Africa. *The New England Journal of Medicine*, 342(13), 970-973.
- Colapinto, J. (2000). *As nature made him: The boy who was raised as a girl*. New York: HarperCollins.
- Colditz, G. A., et al. (1993). Family history, age, and risk of breast cancer: Prospective data from the nurses' health study. *Journal of the American Medical Association*, 270, 338-343.
- Cole, C. J. (1995, August). Cited in "Sex, the single lizard, and the missing parent." *National Geographic*.
- Cole, C. L., & Cole, A. L. (1999). Marriage enrichment and prevention really works: Interpersonal competence training to maintain and enhance relationships. *Family Relations: Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 48(3), 273-275.
- Cole, F. S. (2000). Extremely preterm birth-Defining the limits of hope. *The New England Journal of Medicine* online, 343(6).
- Cole, S. S. (1988). Women's sexuality, and disabilities. *Women and Therapy*, 7, 277-294.
- Coleman, E. (1989). The development of male prostitution activity among gay and bisexual adolescents [Special Issue: Gay and lesbian youth]. *Journal of Homosexuality*, 17, 131-149.
- Coleman, E. (2002). Masturbation as a means of achieving sexual health. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 14(2-3), 5-16.
- Coles, R., & Stokes, G. (1985). *Sex and the American teenager*. New York: Harper & Row.
- Coley, Rebekah Levine, & Chase-Lansdale, P. Lindsay (1998). Adolescent pregnancy and parenthood: Recent evidence and future directions. *American Psychologist*. Feb 53(2) 152-166.
- Collaer, M. L., & Hines, M. (1995). Human behavioral sex differences: A role for gonadal hormones during early development? *Psychological Bulletin*, 118, 55-107.
- Collaer, M. L., & Nelson, J. D. (2002). Large visuospatial sex difference in line judgment: Possible role of attentional factors. *Brain & Cognition*, 49(1), 1-12.
- Collins, N. L., & Miller, L. C. (1994). Self-disclosure and liking: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 116, 457-475.
- Condon, J. W., & Crano, W. D. (1988). Inferred evaluation and the relation between attitude similarity and interpersonal attraction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 789-797.
- Connor, E. M., et al. (1994). Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *New England Journal of Medicine*, 331, 1173-1180.
- Constantine, L., & Constantine, J. (1973). *Group marriage*. New York: Macmillan.
- Cooke, B. M., Breedlove, S. M., & Jordan, C. L. (2003). Both estrogen receptors and androgen receptors contribute to testosterone-induced changes in the morphology of the medial amygdala and sexual arousal in male rats. *Hormones & Behavior*, 43(2), 336-346.
- Cooper, A., Delmonico, D. L., & Burg, R. (2000). Cybersex users, abusers, and compulsives: New findings and implications. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 7(1-2), 5-29.
- Cooper, A., Scherer, C. R., Boies, S. C., & Gordon, B. L. (1999). Sexuality on the Internet: From sexual exploration to pathological expression. *Professional Psychology: Research & Practice*, 30(2), 154-164.
- Cooper, A. J., et al. (1990). A female sex offender with multiple paraphilias: A psychologic, physiologic (laboratory sexual arousal) and endocrine case study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 334-337.
- Cooper, M. L. (2002). Alcohol use and risky sexual behavior among college students and youth: Evaluating the evidence. *Journal of Studies on Alcohol*, Suppl14, 101-117.
- Cory, G. A. (2002). MacLean's evolutionary neuroscience, the CSN model and Hamilton's rule: Some developmental, clinical, and social policy implications. *Brain & Mind*, 3(1), 151-181.
- Cosgray, R. E., et al. (1991). Death from auterotic asphyxiation in a long-term psychiatric setting. *Perspectives in Psychiatric Care*, 27, 21-24.
- Cotten-Huston, A. L., & Waite, B. M. (2000). Anti-homosexual attitudes in college students: Predictors and classroom interventions. *Journal of Homosexuality*, 38(3), 117-133.
- Court, 9-0, makes sex harassment easier to prove. (1993, November 10). *The New York Times*, pp. A1, A22.
- Courtenay, W. H. (2000). Engendering health: A social constructionist examination of men's health beliefs and behaviors. *Psychology of Men & Masculinity*, 1(1), 4-15.
- Coutinho, E. M., & Segal, S. J. (2003). *Is menstruation obsolete?: How suppressing menstruation can help women who suffer from anemia, endometriosis, or PMS*. New York: Oxford University Press.
- Cowley, G., & Rogers, A. (1997, November 17). Rebuilding the male machine. *Newsweek*, pp. 66-67.
- Cox, B., Sneyd, M. J., Paul, C., Delahunt, B., & Skegg, D. C. G. (2002). Vasectomy and risk of prostate cancer. *Journal of the American Medical Association*, 287, 3110-3115.
- Cox, C. L., Wexler, M. O., Rusbult, C. E., & Gaines, S. O., Jr. (1997). Prescriptive support

- and commitment processes in close relationships. *Social Psychology Quarterly*, 60(1), 79-90.
- Cox, D. J. (1988). Incidence and nature of male genital exposure behavior as reported by college women. *Journal of Sex Research*, 24, 227-234.
- Cramer, D., et al. (1998, January). *The Lancet*. Cited in Associated Press (1998, January 9). Painkiller may lower cancer risk. America Online.
- Crews, D. (1994). Animal sexuality. *Scientific American*, 270(1), 108-114.
- Cronin, A. (1993, June 27). Two viewfinders, two views of Gay America. *The New York Times*, Section 4, p. 10.
- Crossette, B. (2000, August 29). Researchers raise fresh issues in breast-feeding debate. *The New York Times* online.
- Crowne, D. P., & Marlowe, D. A. (1960). A new scale of social desirability independent of pathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 351.
- Cummings, S. R., et al. (1999). The effect of raloxifene on risk of breast cancer in postmenopausal women: Results from the MORE randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 281, 2189-2197.
- Cunningham, G., Cordero, E., & Thornby, J. (1989). Testosterone replacement with transdermal therapeutic systems. *Journal of the American Medical Association*, 261, 2525-2531.
- Cunningham, M. R., et al. (1995). "Their ideas of beauty are, on the whole, the same as ours": Consistency and variability in the cross-cultural perception of female physical attractiveness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(2), 261-279.
- Curnoe, S., & Langevin, R. (2002). Personality and deviant sexual fantasies: An examination of the MMPs. *Journal of Clinical Psychology*, 58(7), 803-815.
- Curtis, R. C., & Miller, K. (1986). Believing another likes or dislikes you: Behavior making the beliefs come true. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 284-290.
- Cutler, W. B. (1999). Human sex-attractant hormones: Discovery, research, development, and application in sex therapy. *Psychiatric Annals*, 29(1), 54-59.
- Cutler, W. B., Friedmann, E., & McCoy, N. L. (1998). Pheromonal influences on sociosexual behavior in men. *Archives of Sexual Behavior*, 27(1), 1-13.
- Dabbs, J. M., Jr., Chang, E.-L., Strong, R. A., & Milun, R. (1998). Spatial ability, navigation strategy, and geographic knowledge among men and women. *Evolution & Human Behavior*, 19(2), 89-98.
- Dabbs, J. M., Jr., Hargrove, M. F., & Heusel, C. (1996). Testosterone differences among college fraternities: Well-behaved vs rambunctious. *Personality & Individual Differences*, 20(2), 157-161.
- Dabbs, J. M., Jr., & Morris, R. (1990). Testosterone, social class, and antisocial behavior in a sample of 4,462 men. *Psychological Science*, 1, 1-3.
- Dalla, R. L. (2003). When the bough breaks . . . : Examining intergenerational parent-child relational patterns among street-level sex workers and their parents and children. *Applied Developmental Science*, 7(4), 216-228.
- Daly, M., & Wilson, M. (1998). Cited in Brody, J. E. (1998, February 10). Genetic ties may be factor in violence in stepfamilies. *The New York Times*, pp. F1, F4.
- Damon, W. (2002). Dominance, sexism, and inadequacy: Testing a compensatory conceptualization in a sample of heterosexual men involved in SM. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 14(4), 25-45.
- Dantzker, M. L., & Eisenman, R. (2003). Sexual attitudes among Hispanic college students: Differences between males and females. *International Journal of Adolescence & Youth*, 11(1), 79-89.
- Darling, C. A., & Davidson, J. K., Sr. (1986). Coitally active university students: Sexual behaviors, concerns, and challenges. *Adolescence*, 21, 403-419.
- Darling, C. A., Davidson, J. K., & Jennings, D. A. (1991). The female sexual response revisited: Understanding the multiorgasmic experience in women. *Archives of Sexual Behavior*, 20, 527-540.
- Darling, C. A., Davidson, J. K., & Passarello, L. C. (1992). The mystique of first intercourse among college youth: The role of partners, contraceptive practices, and psychological reactions. *Journal of Youth and Adolescence*, 21, 97-117.
- D'Augelli, A. R. (1992a). Lesbian and gay male undergraduates' experiences of harassment and fear on campus. *Journal of Interpersonal Violence*, 7, 383-395.
- Davidson, J. K., & Hoffman, L. E. (1986). Sexual fantasies and sexual satisfaction: An empirical analysis of erotic thought. *Journal of Sex Research*, 22(2), 184-205.
- Davis, D., Shaver, P. R., & Vernon, M. L. (2003). Physical, emotional, and behavioral reactions to breaking up: The roles of gender, age, emotional involvement, and attachment style. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 29(7), 871-884.
- Davis, K. E., Frieze, I. H., & Maiuro, R. D. (Eds.). (2002). *Stalking: Perspectives on victims and perpetrators*. (pp. 212-236). New York: Springer.
- Davis, S. (2000). Testosterone and sexual desire in women. *Journal of Sex Education & Therapy*, 25(1), 25-32.
- Davis, T. L., & Liddell, D. L. (2002). Getting inside the house: The effectiveness of a rape prevention program for college fraternity men. *Journal of College Student Development*, 43(1), 35-50.
- Davison, G. C. (1977). Elimination of a sadistic fantasy by a client-controlled counterconditioning technique. In J. Fischer & H. Gochios (Eds.), *Handbook of behavior therapy with sexual problems*. New York: Pergamon Press.
- Dawes, R. M. (1989). Statistical criteria for establishing a truly false consensus effect. *Journal of Experimental Social Psychology*, 25, 1-17.
- Dawn, M., et al. (2000). Risk of breast cancer with oral contraceptive use in women with a family history of breast cancer. *Journal of the American Medical Association*, 284, 1791-1798.
- Dawood, K., Pillard, R. C., Horvath, C., Revelle, W., & Bailey, J. M. (2000). Familial aspects of male homosexuality. *Archives of Sexual Behavior*, 29(2), 155-163.
- Day, N. L., & Richardson, G. A. (1994). Comparative teratogenicity of alcohol and other drugs. *Alcohol Health and Research World*, 18(1), 42-48.
- Dean, C. W., & de Bruyn-Kops, E. (1982). The crime and consequences of rape. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Dekker, A., & Schmidt, G. (2002). Patterns of masturbatory behaviour: Changes between the sixties and the nineties. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 14(2-3), 35-48.
- Dekker, J. (1993). Inhibited male orgasm. In W. O'Donohue & J. H. Geer (Eds.), *Handbook of sexual dysfunctions: Assessment and treatment* (pp. 279-301). Boston: Allyn & Bacon.
- Delgado, J. (1969). *Physical control of the mind*. New York: Harper & Row.
- Demmer, C. (2002). Impact of improved treatments on perceptions about HIV and safer sex among inner-city HIV-infected men and women. *Journal of Community Health: The Publication for Health Promotion & Disease Prevention*, 27(1), 63-73.
- Dennerstein, L., Dudley, E. C., Hopper, J. L., Guthrie, J. R., & Burger, H. G. (2000). A prospective population-based study of menopausal symptoms. *Obstetrics & Gynecology*, 96(3), 351-358.
- Denny, N., Field, J., & Quadagno, D. (1984). Sex differences in sexual needs and desires. *Archives of Sexual Behavior*, 13, 233-245.
- den Tonkelaar, I., & Odden, B. J. (2000). Determinants of long-term hormone replacement therapy and reasons for early discontinuation. *Obstetrics & Gynecology*, 95(4), 507-512.
- de Raad, B., & Doddema-Winsemius, M. (1992). Factors in the assortment of human mates: Differential preferences in Germany and the Netherlands. *Personality and Individual Differences*, 13, 103-114.
- Derby, C. A. (2000, October 2). Cited in Study finds exercise reduces the risk of impotence. The Associated Press.
- de Schampheleire, D. (1990). MMPI characteristics of professional prostitutes: A cross-cultural replication. *Journal of Personality Assessment*, 54, 343-350.
- Desmond, A. M. (1994). Adolescent pregnancy in the United States: Not a minority issue. *Health Care for Women International*, 15(4), 325-331.
- DeSteno, D., Bartlett, M. Y., Braverman, J., & Salovey, P. (2002). Sex differences in jealousy: Evolutionary mechanism or artifact of measurement? *Journal of Personality & Social Psychology*, 83(5), 1103-1116.
- DeWitt, K. (1991, October). The evolving concept of sexual harassment. *The New York Times*.
- Diamond, L. M. (2000). Sexual identity, attractions, and behavior among young sexual-minority women over a 2-year period. *Developmental Psychology*, 36(2), 241-250.

- Diamond, L. M. (2002). "Having a girlfriend without knowing it": Intimate friendships among adolescent sexual-minority women. *Journal of Lesbian Studies*, 6(1), 5-16.
- Diamond, L. M. (2003a). What does sexual orientation orient? A biobehavioral model distinguishing romantic love and sexual desire. *Psychological Review*, 110(1), 173-192.
- Diamond, L. M. (2003b). Was it a phase? Young women's relinquishment of lesbian/bisexual identities over a 5-year period. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 352-364.
- Diamond, M. (1993). Homosexuality and bisexuality in different populations. *Archives of Sexual Behavior*, 22, 291-310.
- Diamond, M. (1996). Prenatal predisposition and the clinical management of some pediatric conditions. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 22(3), 139-147.
- Dick-Read, G. (1944). *Childbirth without fear: The principles and practices of natural childbirth*. New York: Harper & Bros.
- Dijkstra, P., & Buunk, B. P. (2002). Sex differences in the jealousy-evoking effect of rival characteristics. *European Journal of Social Psychology*, 32(6), 829-852.
- Dilley, J. W., et al. (2003). Availability of combination therapy for HIV: Effects on sexual risk taking in a sample of high-risk gay and bisexual men. *AIDS Care*, 15(1), 27-37.
- DiMatteo, M. R., et al. (1996). Cesarean childbirth and psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Health Psychology*, 15, 303-314.
- Dindia, K., & Allen, M. (1992). Sex differences in self-disclosure: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 112, 106-124.
- Dindia, K., & Timmerman, L. (2003). Accomplishing romantic relationships. In J. O. Greene & B. R. Burleson (Eds.), *Handbook of communication and social interaction skills* (pp. 685-721). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Donnelly, D., & Fraser, J. (1998). Gender differences in sado-masochistic arousal among college students. *Sex Roles*, 39(5-6), 391-407.
- Donner, F., & Babcock, D. F. (2003). Smelling the roses? *Science*, 299, 1993-1994.
- Donnerstein, E. (1980). Aggressive erotica and violence against women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 269-277.
- Donnerstein, E., & Berkowitz, L. (1981). Victim reactions in aggressive erotic films as a factor in violence against women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 710-724.
- Donovan, C. (2000, May 30). Confronting teen pregnancy. *The Washington Post*, p. Z17.
- Downs, M., & Nazario, B. (2003, February 11). Aphrodisiacs through the ages. WebMD Features.
- Drew, W. L. (2000). Ganciclovir resistance: A matter of time and titre. *Lancet*, 356, 609-610.
- Drews, C. D., et al. (1996, April). *Pediatrics*. Cited in "Smokers more likely to bear retarded babies, study says" (1996, April 10), *The New York Times*, p. B7.
- Drigotas, S. M., Rusbult, C. E., & Verette, J. (1999). Level of commitment, mutuality of commitment, and couple well-being. *Personal Relationships*, 6(3), 389-409.
- Driver, J., Tabares, A., Shapiro, A., Nahm, E. Y., & Gottman, J. M. (2003). Interactional patterns in marital success and failure: Gottman laboratory studies. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (3rd ed.) (pp. 493-513). New York: Guilford Press.
- Duenwald, M. (2002, July 16). Hormone therapy: One size, clearly, no longer fits all. *The New York Times*.
- Duggirala, M. K., et al. (2003). A human papillomavirus type 16 vaccine. *New England Journal of Medicine*, 348, 1402-1405.
- Dwyer, M. (1988). Exhibitionism/voyeurism. *Journal of Social Work and Human Sexuality*, 7, 101-112.
- Dye, M. L., & Davis, K. E. (2003). Stalking and psychological abuse: Common factors and relationship-specific characteristics. *Violence & Victims*, 18(2), 163-180.
- Eason, E., & Feldman, P. (2000). Much ado about a little cut: Is episiotomy worthwhile? *Obstetrics & Gynecology*, 95(4), 616-618.
- Eason, E., Labrecque, M., Wells, G., & Feldman, P. (2000). Preventing perineal trauma during childbirth: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 95, 464-471.
- Eck, B. A. (2001). Nudity and framing: Classifying art, pornography, information, and ambiguity. *Sociological Forum*, 16(4), 603-632.
- Edgley, C. (1989). Commercial sex: Pornography, prostitution, and advertising. In K. McKinney & S. Sprecher (Eds.), *Human sexuality: The societal and interpersonal context* (pp. 370-424). Norwood, NJ: Ablex.
- Edser, S. J., & Shea, J. D. (2002). An exploratory investigation of bisexual men in monogamous, heterosexual marriages. *Journal of Bisexuality*, 2(4), 5-29.
- Edwards, T. M. (2000, August 28). Single by choice. *Time Magazine* online, 156(9).
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the Adverse Childhood Experiences study. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1453-1460.
- Eggers, D. (2000, May 7). Intimacies. *The New York Times Magazine*, pp. 76-77.
- Ehrhardt, A. A. (1998). Cited in Bronner, E. (1998, February 1). Just say maybe. No sexology, please. We're Americans. *The New York Times*, p. WK6.
- Eisenberg, M., & Wechsler, H. (2003). Substance use behaviors among college students with same-sex opposite-sex experience: Results from a national study. *Addictive Behaviors*, 28(5), 899-913.
- El-Defrawi, M. H., Lotfy, G., Dandash, K. F., Refaat, A. H., & Eyada, M. (2001). Female genital mutilation and its psychosexual impact. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(5), 465-473.
- El-Gibaly, O., Ibrahim, B., Mensch, B. S., & Clark, W. H. (2002). The decline of female circumcision in Egypt: Evidence and interpretation. *Social Science & Medicine*, 54(2), 205-220.
- Elle. (2003, June). The Elle/MSNBC.com Sex & Body Image Survey. *Elle*, pp. 110-113.
- Ellertson, C. (2000). Nuisance or natural and healthy? Should monthly menstruation be optional for women? *The Lancet*, 355, 922.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1977). The basic clinical theory of rational-emotive therapy. In A. Ellis & R. Grieger (Eds.), *Handbook of rational-emotive therapy*. New York: Springer.
- Ellis, E. M. (2000). *Divorce wars: Interventions with families in conflict*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ellis, L., & Ames, M. A. (1987). Neurohormonal functioning and sexual orientation: A theory of homosexuality-heterosexuality. *Psychological Bulletin*, 101, 233-258.
- Erel, O., & Burman, B. (1995). Interrelatedness of marital relations and parent-child relations: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 118, 108-132.
- Fagot, B. I., Rodgers, C. S., & Leinbach, M. D. (2000). Theories of gender socialization. In T. Eckes & H. M. Trautner (Eds.), *The developmental social psychology of gender* (pp. 65-89). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Faller, K. C. (1989b). Why sexual abuse? An exploration of the intergenerational hypothesis. *Child Abuse and Neglect*, 13, 543-548.
- Fallon, A. E., & Rozin, P. (1985). Sex differences in perceptions of desirable body shape. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 102-105.
- Farley, M., Baral, I., & Sezgin, U. (1998). Prostitution in five countries: Violence and post-traumatic stress disorder. *Feminism & Psychology*, 8(4), 405-426.
- FDA approves abortion pill. (2000, September 28). Associated Press online.
- Feig, C. (2003, February 12). Experts fear HIV rates increasing in U.S. Boston: CNN.
- Feingold, A. (1991). Sex differences in the effects of similarity and physical attractiveness on opposite-sex attraction. *Basic and Applied Social Psychology*, 12, 357-367.
- Feingold, A. (1994). Gender differences in personality: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 116, 429-456.
- Feldman, H. A., Goldstein, I., Hatzichristou, D. G., Krane, R. J., & McKinlay, J. B. (1994). Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study. *Journal of Urology*, 151(1), 54-61.
- Felson, R. B. (2002). *Violence and gender reexamined*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: Norton.
- Fensterheim, H., & Kantor, J. S. (1980). Behavioral approach to sexual disorders. In B. Wolman & J. Money (Eds.), *Handbook of human sexuality*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Beauvais, A. L. (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry*, 56(10), 876-880.

- Ferraro, G. (2004). *Cultural anthropology: An applied perspective* (5th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Fichner-Rathus, L. (2004). *Understanding art*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Filipas, H. H., & Ullman, S. E. (2001). Social reactions to sexual assault victims from various support sources. *Violence & Victims, 16*(6), 673-692.
- Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse: Theory and research*. New York: Free Press.
- Finkelhor, D. (1990). Early and long-term effects of child sexual abuse: An update. *Professional Psychology: Research and Practice, 21*, 325-330.
- Finkenauer, C., & Hazam, H. (2000). Disclosure and secrecy in marriage: Do both contribute to marital satisfaction? *Journal of Social & Personal Relationships, 17*(2), 245-263.
- Finkenauer, C., & Meeus, W. (2000). How (pro-) social is the caring motive? *Psychological Inquiry, 11*(2), 100-103.
- Finley, C. (2003). Cited in Downs, M., & Nazario, B. (2003, February 11). Aphrodisiacs through the ages. WebMD Features.
- Fish, L. S., Busby, D., & Killian, K. (1994). Structural couple therapy in the treatment of inhibited sexual drive. *American Journal of Family Therapy, 22*(2), 113-125.
- Fisher, B. S., Daigle, L. E., Cullen, F. T., & Turner, M. G. (2003). Reporting sexual victimization to the police and others: Results from a national-level study of college women. *Criminal Justice & Behavior, 30*(1), 6-38.
- Fisher, H. E. (2000). Brains do it: Lust, attraction and attachment. *Cerebrum, 2*, 23-42.
- Fishman, J. R., & Mamo, L. (2001). What's in a disorder? A cultural analysis of medical and pharmaceutical constructions of male and female sexual dysfunction. *Women & Therapy, 24*(1-2), 179-193.
- Fitzgerald, L. F. (1993a). *Sexual harassment in higher education: Concepts and issues*. Washington, DC: National Education Association.
- Fitzgerald, L. F. (1993b). Sexual harassment: Violence against women in the workplace. *American Psychologist, 48*, 1070-1076.
- Fitzgerald, L. F., et al. (1988). Academic harassment: Sex and denial in scholarly garb. *Psychology of Women Quarterly, 12*, 329-340.
- Flaxman, S. M., & Sherman, P. W. (2000). Morning sickness: A mechanism for protecting mother and embryo. *The Quarterly Review of Biology, 75*(2), 113-148.
- Fletcher, J. (1966). *Situation ethics*. Philadelphia: Westminster Press.
- Fletcher, J. (1967). *Moral responsibility: Situation ethics at work*. Philadelphia: Westminster Press.
- Fletcher, S. W., & Colditz, G. A. (2002). Failure of estrogen plus progestin therapy for prevention. *Journal of the American Medical Association online, 288*(3).
- Ford, C. S., & Beach, F. A. (1951). *Patterns of sexual behavior*. New York: Harper & Row.
- Forgas, J. P., Levinger, G., & Moylan, S. J. (1994). Feeling good and feeling close: Affective influences on the perception of intimate relationships. *Personal Relationships, 1*(2), 165-184.
- Franzoi, S. L., & Herzog, M. E. (1987). Judging physical attractiveness: What body aspects do we use? *Personality and Social Psychology Bulletin, 13*, 19-33.
- Fraser, A. M., Brockert, J. E., & Ward, R. H. (1995). Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *New England Journal of Medicine, 332*, 1113-1117.
- Frayser, S. (1985). *Varieties of sexual experience: An anthropological perspective on human sexuality*. New Haven, CT: Human Relations Area Files Press.
- Fredricks, J. A., & Eccles, J. S. (2002). Children's competence and value beliefs from childhood through adolescence: Growth trajectories in two male-sex-typed domains. *Developmental Psychology, 38*(4), 519-533.
- Freiberg, P. (1995). Psychologists examine attacks on homosexuals. *APA Monitor, 26*(6), 30-31.
- Freud, S. (1922/1959). Analysis of a phobia in a 5-year-old boy. In A. & J. Strachey (Ed. & Trans.), *Collected papers* (Vol. 3). New York: Basic Books. (Original work published 1909.)
- Freund, K., & Blanchard, R. (1986). The concept of courtship disorder. *Journal of Sex and Marital Therapy, 12*, 79-92.
- Freund, K., Watson, R., & Rienzo, D. (1988). The value of self-reports in the study of voyeurism and exhibitionism. *Annals of Sex Research, 1*, 243-262.
- Frey, K. S., & Ruble, D. N. (1992). Gender constancy and the "cost" of sex-typed behavior: A test of the conflict hypothesis. *Developmental Psychology, 28*, 714-721.
- Friday, N. (1973). *My secret garden*. New York: Trident.
- Fried, P. A., & Smith, A. M. (2001). A literature review of the consequences of prenatal marijuana exposure: An emerging theme of a deficiency in aspects of executive function. *Neurotoxicology & Teratology, 23*(1), 1-11.
- Friedman, D. (2001). *A mind of its own: A cultural history of the penis*. New York: Free Press.
- Friedman, R. C., & Downey, J. I. (1994). Homosexuality. *New England Journal of Medicine, 331*, 923-930.
- Friedman, R. C., & Downey, J. I. (2001). The Oedipus complex and male homosexuality. In Peter Hartocollis (Ed.), *Mankind's Oedipal destiny: Libidinal and aggressive aspects of sexuality* (pp. 113-138). Madison, CT: International Universities Press.
- Friedrich, W. N. (1998). Cited in Gilbert, S. (1998). "New light shed on normal sexual behavior in a child." *The New York Times*, p. F7.
- Friedrich, W. N., & Gerber, P. N. (1994). Autoerotic asphyxia: The development of a paraphilia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*(7), 970-974.
- Frisch, R. (1997). Cited in Angier, N. (1997a). Chemical tied to fat control could help trigger puberty. *The New York Times*, pp. C1, C3.
- Frodi, A. M., Macauley, J., & Thome, P. R. (1977). Are women always less aggressive than men? A review of the experimental literature. *Psychological Bulletin, 84*, 634-660.
- Frohlich, P., & Meston, C. (2002). Sexual functioning and self-reported depressive symptoms among college women. *Journal of Sex Research, 39*(4), 321-325.
- Frost, M. H., et al. (2000). Long-term satisfaction and psychological and social function following bilateral prophylactic mastectomy. *Journal of the American Medical Association, 284*, 319-324.
- Fuentes-Afflick, E., & Hessel, N. A. (2000). Interpregnancy interval and the risk of premature infants. *Obstetrics & Gynecology, 95*, 383-390.
- Fugger, E. F., et al. (1998, September 9). *Human reproduction*. Cited in Kolata, G. (1998, September 9). Researchers report success in method to pick baby's sex. *The New York Times* online.
- Gabriel, T. (1995b, June 12). A new generation seems ready to give bisexuality a place in the spectrum. *The New York Times*, p. A12.
- Gagnon, J. H. (1977). *Human sexualities*. Glenview, IL: Scott, Foresman.
- Gagnon, J. H. (1990). Gender preferences in erotic relations: The Kinsey scale and sexual scripts. In D. P. McWhirter, S. A. Sanders, & J. M. Reinisch (Eds.), *Homosexuality/Heterosexuality: Concepts of sexual orientation* (pp. 177-207). New York: Oxford University Press.
- Gagnon, J. H., Giami, A., Michaels, S., & de Colomby, P. (2001). A comparative study of the couple in the social organization of sexuality in France and the United States. *Journal of Sex Research, 38*(1), 24-34.
- Gagnon, J. H., & Simon, W. (1973). *Sexual conduct: The social origins of human sexuality*. Chicago: Aldine.
- Gagnon, J. H., & Simon, W. (1987). The sexual scripting of oral-genital contacts. *Archives of Sexual Behavior, 16*, 1-25.
- Gallagher, A. M., et al. (2000). Gender differences in advanced mathematical problem solving. *Journal of Experimental Child Psychology, 75*(3), 165-190.
- Gallant, J. E. (2000). Strategies for long-term success in the treatment of HIV infection. *Journal of the American Medical Association, 283*, 1329-1334.
- Garnets, L., & Kimmel, D. (1991). In J. D. Goodchilds (Ed.), *Psychological perspectives on human diversity in America*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Garwood, S. G., et al. (1980). Beauty is only "name deep": The effect of first name in ratings of physical attraction. *Journal of Applied Social Psychology, 10*, 431-435.
- Gates, G. J., & Sonenstein, F. L. (2000). Heterosexual genital sexual activity among adolescent males: 1988 and 1995. *Family Planning Perspectives, 32*(6), 295-297, 304.
- Gebhard, P. H., et al. (1965). *Sex offenders: An analysis of types*. New York: Harper & Row.
- Gebhard, P. H. (1969). Misconceptions about female prostitutes. *Medical Aspects of Human Sexuality, 3*, 24-26.
- Geer, J., Heiman, J., & Leitenberg, H. (1984). *Human sexuality*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- George, W. H., Stoner, S. A., Norris, J., Lopez, P. A., & Lehman, G. L. (2000). Alcohol expectancies

- and sexuality: A self-fulfilling prophecy analysis of dyadic perceptions and behavior. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(1), 168-176.
- Ghizzani, A. (2003). Aging and male sexuality. *Archives of Sexual Behavior*, 32(3), 294-295.
- Gibbs, N. (1991, June 3). When is it rape? *Time*, pp. 48-54.
- Gibson, A. I., et al. (1988). Adolescent female prostitutes. *Archives of Sexual Behavior*, 17, 431-438.
- Gidycz, C. A., & Koss, M. P. (1990). A comparison of group and individual sexual assault victims. *Psychology of Women Quarterly*, 14, 325-342.
- Gijs, L., & Gooren, L. (1996). Hormonal and psychopharmacological interventions in the treatment of paraphilias: An update. *Journal of Sex Research*, 33, 273-290.
- Gilbert, S. (1996, September 25). No long-term link is found between pill and breast cancer. *The New York Times*, p. C9.
- Gillis, J. S., & Avis, W. E. (1980). The male-taller norm in mate selection. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 6, 396-401.
- Giovanucci, E., et al. (1993a). A prospective cohort study of vasectomy and prostate cancer in U.S. men. *Journal of the American Medical Association*, 269, 873-877.
- Giovanucci, E., et al. (1993b). A retrospective cohort study of vasectomy and prostate cancer in U.S. men. *Journal of the American Medical Association*, 269, 878-882.
- Glass, S. P., & Wright, T. L. (1992). Justifications of extramarital relationships: The association between attitudes, behaviors, and gender. *Journal of Sex Research*, 29, 361-387.
- Gleicher, N., Oleske, D. M., Tur-Kaspa, I., Vidali, A., & Karande, V. (2000). Reducing the risk of high-order multiple pregnancy after ovarian stimulation with gonadotropins. *The New England Journal of Medicine*, 343(1), 2-7.
- Gnagy, S., Ming, E. E., Devesa, S. S., Hartge, P., & Whittemore, A. S. (2000). Declining ovarian cancer rates in U.S. women in relation to parity and oral contraceptive use. *Epidemiology*, 11(2), 102-105.
- Goff, S. P. (2004). HIV: Replication trimmed back. *Nature*, 427, 791-793.
- Gold, S. R., & Gold, R. G. (1993). Sexual aversions: A hidden disorder. In W. O'Donohue & J. H. Geer (Eds.), *Handbook of sexual dysfunctions: Assessment and treatment* (pp. 83-102). Boston: Allyn & Bacon.
- Goldberg, C. (1995, September 11). Sex slavery, Thailand to New York. *The New York Times*, pp. B1, B6.
- Goldberg, C., & Elder, J. (1998, January 16). Public still backs abortion, but wants limits, poll says. *The New York Times*, pp. A1, A16.
- Goldberg, J., Holtz, D., Hyslop, T., & Tolosa, J. E. (2002). Has the use of routine episiotomy decreased? Examination of episiotomy rates from 1983 to 2000. *Obstetrics & Gynecology*, 99(3), 395-400.
- Goldenberg, R. L., & Klerman, L. V. (1995). Adolescent pregnancy-Another look. *New England Journal of Medicine*, 332, 1161-1162.
- Goldman, J. A., & Harlow, L. L. (1993). Self-perception variables that mediate AIDS-preventive behavior in college students. *Health Psychology*, 12, 489-498.
- Goldschmidt, L., Day, N. L., & Richardson, G. A. (2000). Effects of prenatal marijuana exposure on child behavior problems at age 10. *Neurotoxicology & Teratology*, 22(3), 325-336.
- Goldstein, I. (1998). Cited in Kolata, G. (1998, April 4). Impotence pill: Would it also help women? *The New York Times*, pp. A1, A6.
- Goldstein, I. (2000). Cited in Norton, A. (2000, September 1). Exercise helps men avoid impotence. *Reuters News Agency* online.
- Goldstein, I., et al. (1998). Oral sildenafil in the treatment of erectile dysfunction. *New England Journal of Medicine*, 338, 1397-1404.
- Goleman, D. (1988, October 18). Chemistry of sexual desire yields its elusive secrets. *The New York Times*, pp. C1, C15.
- Goleman, D. (1992). Therapies offer hope for sex offenders. *The New York Times*, pp. C1, C11.
- Goleman, D. (1993, October 6). Abuse-prevention efforts aid children. *The New York Times*, p. C13.
- Golish, T. D. (2003). Stepfamily communication strengths: Understanding the ties that bind. *Human Communication Research*, 29(1), 41-80.
- Gomes do Espirito, M. E., & Etheredge, G. D. (2003). HIV prevalence and sexual behaviour of male clients of brothels' prostitutes in Dakar, Senegal. *AIDS Care*, 15(1), 53-62.
- Gomez, J., & Smith, B. (1990). Taking the home out of homophobia: Black lesbian health. In E. C. White (Ed.), *The Black women's health book: Speaking for ourselves*. Seattle: Seal Press.
- Goode, E. (2000, June 25). Thinner: The male battle with anorexia. *The New York Times*, p. MH8.
- Goodson, P., McCormick, D., & Evans, A. (2001). Searching for sexually explicit materials on the Internet: An exploratory study of college students' behavior and attitudes. *Archives of Sexual Behavior*, 30(2), 101-118.
- Goodstein, L. (2004, February 27). Two studies cite child sex abuse by 4 percent of priests. *The New York Times* online.
- Gordon, A. E., et al. (2002). Why is smoking a risk factor for Sudden Infant Death Syndrome? *Child: Care, Health & Development*, 28(Suppl1), 23-25.
- Gordon, S., & Snyder, C. W. (1989). *Personal issues in human sexuality: A guidebook for better sexual health* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Gottman, J. M., Coan, J., Carrère, S., & Swanson, C. (1998). Predicting marital happiness and stability from newlywed interactions. *Journal of Marriage and the Family*, 60, 5-22.
- Gottman, J. M., & Levenson, R. W. (1999). What predicts change in marital interaction over time? A study of alternative medicine. *Family Process*, 38(2), 143-158.
- Gottman, J. M., Swanson, C., & Murray, J. (1999). The mathematics of marital conflict: Dynamic mathematical nonlinear modeling of newlywed marital interaction. *Journal of Family Psychology*, 13(1), 3-19.
- Grabrick, D. M., et al. (2000). Risk of breast cancer with oral contraceptive use in women with a family history of breast cancer. *Journal of the American Medical Association*, 284(14), 1791-1798.
- Grady, D. (2002, November 21). Vaccine appears to prevent cervical cancer. *The New York Times* online.
- Grady, D. (2003a). Postmenopausal hormones: Therapy for symptoms only. *New England Journal of Medicine*, 348(19), 1835-1837.
- Grady, D. (2003b, June 25). Study finds new risks in hormone therapy. *The New York Times*.
- Graham, C. A. (2003). A new view of women's sexual problems. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29(4), 325-327.
- Grauerholz, E. (1989). Sexual harassment of women professors by students: Exploring the dynamics of power, authority, and gender in a university setting. *Sex Roles*, 21, 789-801.
- Grazioli, R., & Terry, D. J. (2000). The role of cognitive vulnerability and stress in the prediction of postpartum depressive symptomatology. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(4), 329-347.
- Green, R. (2003). When therapists do not want their clients to be homosexual: A response to Rosik's article. *Journal of Marital & Family Therapy*, 29(1), 29-38.
- Greenberg, E. R., et al. (1984). Breast cancer in mothers given diethylstilbestrol in pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 311, 1393-1398.
- Greene, B. (1994). Ethnic-minority lesbians and gay men: Mental health and treatment issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 243-251.
- Greene, B. (2000). African American lesbian and bisexual women. *Journal of Social Issues*, 56(2), 239-249.
- Greenwald, E., & Leitenberg, H. (1989). Long-term effects of sexual experiences with siblings and non-siblings during childhood. *Archives of Sexual Behavior*, 18, 389-399.
- Griffin, E., & Sparks, G. G. (1990). Friends forever: A longitudinal exploration of intimacy in same-sex friends and platonic pairs. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 29-46.
- Griffith, K. H., & Hebl, M. R. (2002). The disclosure dilemma for gay men and lesbians: "Coming out" at work. *Journal of Applied Psychology*, 87(6), 1191-1199.
- Grön, G., Wunderlich, A. P., Spitzer, M., Tomczak, R., & Riepe, M. W. (2000). Brain activation during human navigation: gender-different neural networks as substrate of performance. *Nature Neuroscience*, 3(4), 404-408.
- Grosser, B. I., Monti-Bloch, L., Jennings-White, C., & Berliner, D. L. (2000). Behavioral and electrophysiological effects of androstadienone, a human pheromone. *Psychoneuroendocrinology*, 25(3), 289-300.
- Groth, A. N., & Birnbaum, H. J. (1979). *Men who rape: The psychology of the offender*. New York: Plenum Press.
- Groth, A., & Hobson, W. (1983). The dynamics of sexual assault. In L. Schlesinger & E. Revitch (Eds.), *Sexual dynamics of antisocial behavior*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Gruber, C. J., et al. (2002). Mechanisms of disease: Production and actions of estrogens. *New England Journal of Medicine*, 346, 340-352.

- Gruslin, A., et al. (2000). Maternal smoking and fetal erythropoietin levels. *Obstetrics & Gynecology*, 95(4), 561-564.
- Grych, J. H., Fincham, F. D., Jouriles, E. N., & McDonald, R. (2000). Interparental conflict and child adjustment: Testing the mediational role of appraisals in the cognitive-contextual framework. *Child Development*, 71(6), 1648-1661.
- Guay, A. T. (2001). Decreased testosterone in regularly menstruating women with decreased libido: A clinical observation. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(5), 513-519.
- Guelseren, L. (1999). Dogum sonrası depresyon: Bir goezden gecirme. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 10(1), 58-67.
- Guzick, D. S., & Hoeger, K. (2000). Sex, hormones, and hysterectomies. *The New England Journal of Medicine* online, 343(10).
- Haake, P., et al. (2003). Acute neuroendocrine response to sexual stimulation in sexual offenders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(4), 265-271.
- Hafen, M., Jr., & Crane, D. R. (2003). When marital interaction and intervention researchers arrive at different points of view: The active listening controversy. *Journal of Family Therapy*, 25(1), 4-14.
- Haldeman, D. C. (2002). Gay rights, patient rights: The implications of sexual orientation conversion therapy. *Professional Psychology: Research & Practice*, 33(3), 260-264.
- Half in California oppose gay marriage. (2003, August 29). <http://www.euroseek.com/news/21323.html>
- Hall, G., Collins, A., Csemiczky, G., & Landgren, B. (2002). Lipoproteins and BMI: A comparison between women during transition to menopause and regularly menstruating healthy women. *Maturitas*, 41(3), 177-185.
- Hall, G. C. N. (1989). Sexual arousal and arousability in a sexual offender population. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 145-149.
- Hall, G. C. N., & Barongan, C. (1997). Prevention of sexual aggression. *American Psychologist*, 52, 5-14.
- Halperin, D. T., & Bailey, R. C. (1999). Male circumcision and HIV infection: 10 years and counting. *Lancet*, 354, 1813-1815.
- Halpern, D. F. (1997). Sex differences in intelligence: Implications for education. *American Psychologist*, 52, 1091-1102.
- Halpern, D. F. (2003). Sex differences in cognitive abilities. *Applied Cognitive Psychology*, 17(3), 375-376.
- Halpern, D. F., & LaMay, M. L. (2000). The smarter sex: A critical review of sex differences in intelligence. *Educational Psychology Review*, 12(2), 229-246.
- Hamer, D. H., et al. (1993, July 16). A linkage between DNA markers on the X chromosome and male sexual orientation. *Science*, 261, 321-327.
- Hanrahan, J. P., et al. (1992). The effect of maternal smoking during pregnancy on early infant lung function. *American Review of Respiratory Disease*, 145, 1129-1135.
- Hansen, M., Kurinczuk, J. J., Bower, C., & Webb, S. (2002). The risk of major birth defects after intracytoplasmic sperm injection and in vitro fertilization. *New England Journal of Medicine*, 346, 725-730.
- Hardy, S. (2001). More black lace: Women, eroticism and subjecthood. *Sexualities*, 4(4), 435-453.
- Harney, P. A., & Muehlenhard, C. L. (1991). Rape. In E. Grauerholz & M. A. Koralewski (Eds.), *Sexual coercion: A sourcebook on its nature, causes, and prevention* (pp. 3-16). Lexington, MA: Lexington Books.
- Harold, G. T., Fincham, F. D., Osborne, L. N., & Conger, R. D. (1997). Mom and Dad are at it again: Adolescent perceptions of marital conflict and adolescent psychological distress. *Developmental Psychology*, 33, 333-350.
- Harris, C. R. (2000). Psychophysiological responses to imagined infidelity: The specific innate modular view of jealousy reconsidered. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(6), 1082-1091.
- Harris, C. R. (2003). A review of sex differences in sexual jealousy, including self-report data, psychophysiological responses, interpersonal violence, and morbid jealousy. *Personality & Social Psychology Review*, 7(2), 102-128.
- Harris, M., & Johnson, O. (2003). *Cultural anthropology* (6th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Hart, J., et al. (1991). Sexual behavior in pregnancy: A study of 219 women. *Journal of Sex Education and Therapy*, 17, 86-90.
- Hartung, T. K., Nash, J., Ngubane, N., & Fredlund, V. G. (2002). AIDS awareness and sexual behaviour in a high HIV prevalence area in rural northern KwaZulu-Natal, South Africa. *International Journal of STD & AIDS*, 13(12), 829-832.
- Haslam, C., & Draper, E. S. (2001). A qualitative study of smoking during pregnancy. *Psychology, Health & Medicine*, 6(1), 95-99.
- Hass, A. (1979). *Teenage sexuality*. New York: Macmillan.
- Hassebrauck, M. (2003). Romantische Männer und realistische Frauen: Geschlechtsunterschiede in Beziehungskognitionen. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 34(1), 25-35.
- Hatcher, R. A. (2001). *Contraceptive technologies*. London: British Medical Association.
- Hatcher, R. A., et al. (1998). *Contraceptive technology* (17th rev. ed.). New York: Ardent Media.
- Hatfield, E., & Rapson, R. L. (2002). Passionate love and sexual desire: Cultural and historical perspectives. In Vangelisti, A. L., Reis, H. T., et al. (Eds.), *Stability and change in relationships. Advances in personal relationships* (pp. 306-324). New York: Cambridge University Press.
- Hatfield, E., & Sprecher, S. (1986). Measuring passionate love in intimate relationships. *Journal of Adolescence*, 9, 383-410.
- Haugaard, J. J. (2000). The challenge of defining child sexual abuse. *American Psychologist*, 55(9), 1036-1039.
- Hawley, L. C., Bursleson, M. H., Berntson, G. G., & Cacioppo, J. T. (2003). Loneliness in everyday life: Cardiovascular activity, psychosocial context, and health behaviors. *Journal of Personality & Social Psychology*, 85(1), 105-120.
- Hawley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2003). Loneliness and pathways to disease. *Brain, Behavior & Immunity*, 17(Suppl1), S98-S105.
- Healy, P. (2003, November 13). L.I. Athletes are said to face juvenile trial. *The New York Times* online.
- Heath, R. (1972). Pleasure and brain activity in man. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 154, 3-18.
- Heim, C., et al. (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *Journal of the American Medical Association*, 284, 592-597.
- Heim, C., Newport, D. J., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2002). Dr. Heim and colleagues reply. *American Journal of Psychiatry*, 159(1), 157-158.
- Heiman, J. R. (2000). Book review: The technology of orgasm: "Hysteria," the vibrator, and women's sexual satisfaction. *The New England Journal of Medicine* online, 342(25).
- Hendrick, C., & Hendrick, S. (1986). A theory and method of love. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 392-402.
- Hendrick, C., & Hendrick, S. (Eds.). (2000). *Close relationships: A sourcebook*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hendrick, C., & Hendrick, S. (2003). Romantic love: Measuring Cupid's arrow. In S. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 235-249). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hendrick, S., & Hendrick, C. (2002). Love. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 472-484). London, U.K.: Oxford University Press.
- Henneberger, M. (with M. Marriott). (1993). For some, rituals of abuse replace youthful courtship. *The New York Times*, pp. A1, A33.
- Henshaw, S. K. (2003, May 1). U.S. teenage pregnancy statistics with comparative statistics for women aged 20-24. http://www.guttmacher.org/pubs/teen_stats.html
- Hensley, L. G. (2002). Treatment for survivors of rape: Issues and interventions. *Journal of Mental Health Counseling*, 24(4), 330-347.
- Herrera, V. M., & McCloskey, L. A. (2003). Sexual abuse, family violence, and female delinquency: Findings from a longitudinal study. *Violence & Victims*, 18(3), 319-334.
- Herrington, D. M., et al. (2000). Effects of estrogen replacement on the progression of coronary-artery atherosclerosis. *The New England Journal of Medicine* online, 343(8).
- Herrmann, H. C., Chang, G., Klugherz, B. D., & Mahoney, P. D. (2000). Hemodynamic effects of sildenafil in men with severe coronary artery disease. *The New England Journal of Medicine*, 342(22), 1622-1626.
- Hicks, T. V., & Leitenberg, H. (2001). Sexual fantasies about one's partner versus someone else: Gender differences in incidence and frequency. *Journal of Sex Research*, 38(1), 43-50.
- Hillis, D. M. (2000, June 9). Origins of HIV. *Science*, 288(5472), 1757-1759.
- Hines, D. A., & Saudino, K. J. (2003). Gender differences in psychological, physical, and sexual aggression among college students

- using the Revised Conflict Tactics Scales. *Violence & Victims*, 18(2), 197-217.
- Hines, M., Ahmed, S. F., & Hughes, I. A. (2003). Psychological outcomes and gender-related development in complete androgen insensitivity syndrome. *Archives of Sexual Behavior*, 32(2), 93-101.
- Hines, T. M. (2001). Clinical opinion: The G-spot: A modern gynecologic myth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 185(2), 359-362.
- Hingson, R. W., et al. (2002). *A call to action: Changing the culture of drinking at U.S. colleges*. Washington, DC: National Institutes of Health, National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Hirozawa, A. (2001). In Sub-Saharan Africa, circumcised men are less likely than uncircumcised men to become infected with HIV. *International Family Planning Perspectives* online, 27(2).
- Hitt, J. (1998, January 18). Who will do abortions here? *The New York Times Magazine*, pp. 20-27, 42-55.
- Ho, D. D. (1995). Time to hit HIV, early and hard. *New England Journal of Medicine*, 333, 450-451.
- Hobfoll, S. E., Jackson, A. P., Lavin, J., Britton, P. J., & Shepherd, J. B. (1993). Safer sex knowledge, behavior, and attitudes of inner-city women. *Health Psychology*, 12, 481-488.
- Hodis, J. Cited in Kolata, G. (2002a, December 22). Chasing youth, many gamble on hormones. *The New York Times* online.
- Hofferth, S. L., & Anderson, K. G. (2003). Are all dads equal? Biology versus marriage as a basis for paternal investment. *Journal of Marriage & Family*, 65(1), 213-232.
- Hofmeyr, D. G., & Greeff, A. P. (2002). The influence of a vasectomy on the marital relationship and sexual satisfaction of the married man. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(4), 339-352.
- Holcomb, D. R., Savage, M. P., Seehafer, R., & Waalkes, D. M. (2002). A mixed-gender date rape prevention intervention targeting freshman college athletes. *College Student Journal*, 36(2), 165-179.
- Holman, T. B., & Jarvis, M. O. (2003). Hostile, volatile, avoiding, and validating couple-conflict types: An investigation of Gottman's couple-conflict types. *Personal Relationships*, 10(2), 267-282.
- Honeycutt, J. M., & Cantrill, J. G. (2001). *Cognition, communication, and romantic relationships*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Horne, A. (2003). Oedipal aspirations and phallic fears: On fetishism in childhood and young adulthood. *Journal of Child Psychotherapy*, 29(1), 37-52.
- Horowitz, H. L. (2002). *Rereading sex: Battles over sexual knowledge and suppression in nineteenth-century America*. New York: Knopf.
- Howard, J. A., Blumstein, P., & Schwartz, P. (1987). Social or evolutionary theories: Some observations on preferences in mate selection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 194-200.
- Howards, S. S. (1995). Current concepts: Treatment of male infertility. *New England Journal of Medicine*, 332, 312-317.
- Hsiao, M., Liu, C., Chen, K., & Hsieh, T. (2002). Characteristics of women seeking treatment for premenstrual syndrome in Taiwan. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(2), 150-155.
- Hughes, I. A. (2000). A novel explanation for resistance to androgens. *The New England Journal of Medicine* online, 343(12).
- Hunt, M. (1974). *Sexual behavior in the 1970's*. New York: Dell.
- Hunter, D. J., et al. (1996). Cohort studies of fat intake and the risk of breast cancer: A pooled analysis. *New England Journal of Medicine*, 334, 356-361.
- Hunter, M., & O'Dea, I. (2001). Cognitive appraisal of the menopause: The Menopause Representations Questionnaire (MRQ). *Psychology, Health & Medicine*, 6(1), 65-76.
- Hussain, A. (2002, June 26). It's official. Men really are afraid of commitment. Reuters.
- Huxley, R. R. (2000). Nausea and vomiting in early pregnancy: Its role in placental development. *Obstetrics & Gynecology*, 95, 779-782.
- Hyde, J. S., Fennema, E., & Lamon, S. J. (1990). Gender differences in mathematics performance: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 107, 139-155.
- Hyde, J. S., & Plant, E. A. (1995). Magnitude of psychological gender differences: Another side to the story. *American Psychologist*, 50, 159-161.
- Hyman, S. M., Gold, S. N., & Cott, M. A. (2003). Forms of social support that moderate PTSD in childhood sexual abuse survivors. *Journal of Family Violence*, 18(5), 295-300.
- Illes, J. (2000, October). Beauty secrets of ancient Egypt: Nefertem, Ancient Lord of Perfume. *Tour Egypt Monthly*, 5(1).
- Imperato-McGinley, J., et al. (1974). Steroid 5 reductase deficiency in man: An inherited form of male pseudohermaphroditism. *Science*, 186, 1213-1215.
- Ironson, G., Balbin, E., & Schneiderman, N. (2002). Health psychology and infectious diseases. In T. J. Boll, S. B. Johnson, et al. (Eds.), *Handbook of clinical health psychology: Vol. 1. Medical disorders and behavioral applications* (pp. 5-36). Washington, DC: American Psychological Association.
- Isay, R. A. (1990). Psychoanalytic theory and the therapy of gay men. In D. P. McWhirter, S. A. Sanders, & J. M. Reinisch (Eds.), *Homosexuality/Heterosexuality: Concepts of sexual orientation* (pp. 283-303). New York: Oxford University Press.
- Itzin, C. (2002). Pornography and the construction of misogyny. *Journal of Sexual Aggression*, 8(3), 4-42.
- Jackson, L. A., & Ervin, K. S. (1992). Height stereotypes of women and men: The liabilities of shortness for both sexes. *Journal of Social Psychology*, 132, 433-445.
- Jacob, S., Hayreh, D. J. S., & McClintock, M. K. (2001). Context-dependent effects of steroid chemosignals on human physiology and mood. *Physiology & Behavior*, 74(1-2), 15-27.
- Jacob, S., & McClintock, M. K. (2000). Psychological state and mood effects of steroidal chemosignals in women and men. *Hormones and Behavior*, 37(1), 57-78.
- Jacobson, J. L., & Jacobson, S. W. (1994). Prenatal alcohol exposure and neurobehavioral development: Where is the threshold? *Alcohol Health and Research World*, 18(1), 30-36.
- Jameson, M. (2000, June 12). Childbirth that's not so labor-intensive. *Los Angeles Times*.
- Jankowiak, W. R., & Fischer, E. F. (1992). A cross-cultural perspective on romantic love. *Ethnology*, 31, 149-155.
- Janofsky, M., & Schemo, D. J. (2003, March 16). Women recount cadet life: Forced sex and fear. *The New York Times* online.
- Jeffreys, S. (1998). *The idea of prostitution*. Spinifex.
- Jennings, V. H., Lamprecht, V. M., & Kowal, D. (1998). Fertility awareness methods. In R. A. Hatcher et al. (1998). *Contraceptive technology* (17th rev. ed.) (pp. 309-324). New York: Ardent Media.
- Jetter, A. (2000, February 22). Breast cancer in Blacks spurs hunt for answers. *The New York Times*, p. D5.
- Johannes, C. B., et al. (2000). Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: Longitudinal results from the Massachusetts male aging study. *The Journal of Urology*, 163, 460.
- Johanson, R. (2000). Perineal massage for prevention of perineal trauma in childbirth. *The Lancet*, 355(9200), 250-251.
- Johnson, H. (2003). The cessation of assaults on wives. *Journal of Comparative Family Studies*, 34(1), 75-91.
- Johnstone, S. J., et al. (2001). Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(1), 69-74.
- Jones, A., et al. (1994). Erectile disorder and the elderly: An analysis of the case for funding. *Sexual and Marital Therapy*, 9(1), 9-15.
- Jones, B. E., & Hill, M. J. (2002). *Mental health issues in lesbian, gay, bisexual, and transgender communities: Review of psychiatry, Volume 21*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Jorgensen, S. R., et al. (1980). Dyadic and social network influences on adolescent exposure to pregnancy risk. *Journal of Marriage and the Family*, 42, 141-155.
- Kafka, M. P. (2003). Sex offending and sexual appetite: The clinical and theoretical relevance of hypersexual desire. *International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology*, 47(4), 439-451.
- Kaiser Family Foundation, Holt, T., Greene, L., & Davis, J. (2003). *National Survey of Adolescents and Young Adults: Sexual health knowledge, attitudes and experiences*. Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Kalb, C. (2004, January 26). Brave new babies. *Newsweek*.
- Kalick, S. M. (1988). Physical attractiveness as a status cue. *Journal of Experimental Social Psychology*, 24, 469-489.
- Kamen, P. (2002). *Her way: Young women remake the sexual revolution*. New York: Broadway Books.

- Kaplan, H. S. (1974). *The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions*. New York: Brunner/Mazel.
- Kaplan, H. S. (1979). *Disorders of sexual desire*. New York: Simon and Schuster.
- Kaplan, H. S. (1987). *Sexual aversion, sexual phobias, and panic disorder*. New York: Brunner/Mazel.
- Kaplan, H. S. (1990). Sex, intimacy, and the aging process. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 18, 185-205.
- Katz, M. H., et al. (2002). Impact of highly active antiretroviral treatment on HIV seroincidence among men who have sex with men: San Francisco. *American Journal of Public Health*, 92(3), 388-394.
- Katz, R. C. (1990). Psychosocial adjustment in adolescent child molesters. *Child Abuse and Neglect*, 14, 567-575.
- Kavanagh, A. M., Mitchell, H., & Giles, G. G. (2000). Hormone replacement therapy and accuracy of mammographic screening. *The Lancet*, 355, 270-274.
- Kendler, K. S., et al. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and Cotwin control analysis. *Archives of General Psychiatry*, 57(10), 953-959.
- Kendler, K. S., Thornton, L. M., Gilman, S. E., & Kessler, R. C. (2000). Sexual orientation in a U.S. national sample of twin and nontwin sibling pairs. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1843-1846.
- Kennedy, N., & McDonough, M. (2002). Koro: A case in an eastern European asylum seeker in Ireland. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 19(4), 130-131.
- Kennedy, R. (2003). Interracial intimacies: Sex, marriage, identity, and adoption. New York: Knopf.
- Kerns, J. G., & Fine, M. A. (1994). The relation between gender and negative attitudes toward gay men and lesbians: Do gender role attitudes mediate this relation? *Sex Roles*, 31(5-6), 297-307.
- Kersting, K. (2003). Cognitive sex differences: A "political minefield." *Monitor on Psychology*, 34(5).
- Kessler, R. C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74(1), 5-13.
- Khoury, M. J., Burke, W., & Thomson, E. J. (Eds.). (2000). *Genetics and public health in the 21st century: Using genetic information to improve health and prevent disease*. New York: Oxford University Press.
- Killmann, P. R., et al. (1987). The treatment of secondary orgasmic dysfunction II. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 13, 93-105.
- Kim, A. A., Kent, C. K., & Klausner, J. D. (2002). Increased risk of HIV and sexually transmitted disease transmission among gay or bisexual men who use Viagra, San Francisco 2000-2001. *AIDS*, 16(10), 1425-1428.
- Kimble, D. P. (1992). *Biological psychology* (2nd ed.). Fort Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich.
- King, R. (2000). Cited in Frazier, L. (2000, July 16). The new face of HIV is young, black. *The Washington Post*, p. C01.
- Kingsberg, S. A. (2002). The impact of aging on sexual function in women and their partners. *Archives of Sexual Behavior*, 31(5), 431-437.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., & Gebhard, P. H. (1953). *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Kippax, S., & Smith, G. (2001). Anal intercourse and power in sex between men. *Sexualities*, 4(4), 413-434.
- Kirby, D. (2000, October 3). More options, and decisions, for men with prostate cancer. *The New York Times* online.
- Kirchheimer, S., & Smith, M. (2003, May 28). Condoms in schools don't boost teen sex: Key is making condom programs part of overall sex education, says one expert. WebMD Medical News.
- Kirkpatrick, R. C. (2000). The evolution of human homosexual behavior. *Current Anthropology*, 41(3), 385-413.
- Kirn, W. (1997, August 18). The ties that bind. *Time*, pp. 48-50.
- Kite, M. E. (1992). Individual differences in males' reactions to gay males and lesbians. *Journal of Applied Social Psychology*, 22, 1222-1239.
- Kjerulff, K. H., et al. (2000). Effectiveness of hysterectomy. *Obstetrics & Gynecology*, 95, 319-326.
- Klein, E. A. (2000). *Management of prostate cancer*. Totowa, NJ: Humana Press.
- Klein, H. G. (2000). Will blood transfusion ever be safe enough? *Journal of the American Medical Association* online, 284(2).
- Kleinplatz, P. J. (2003). What's new in sex therapy? From stagnation to fragmentation. *Sexual & Relationship Therapy*, 18(1), 95-106.
- Klusmann, D. (2002). Sexual motivation and the duration of partnership. *Archives of Sexual Behavior*, 31, 275-287.
- Klüver, H., & Bucy, P. C. (1939). Preliminary analysis of functions of the temporal lobes in monkeys. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 42, 979.
- Knapp, M. L., & Vangelisti, A. L. (2000). *Interpersonal Communication and Human Relationships*, 4th ed. Boston: Allyn & Bacon.
- Knight, R. A., et al. (1991). *Antisocial personality disorder and Hare assessments of psychopathy among sexual offenders*. Manuscript in preparation.
- Knight, S. E. (1989). Sexual concerns of the physically disabled. In B. W. Heller, L. M. Flohr, & L. S. Zegans (Eds.), *Psychosocial interventions with physically disabled persons* (pp. 183-199). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Knox, D. (1983). *The love attitudes inventory* (rev. ed.). Saluda, NC: Family Life Publications.
- Knox, D., Gibson, L., Zusman, M., & Gallmeier, C. (1997a). Why college students end relationships. *College Student Journal*, 31(4), 449-452.
- Knox, D., & Schacht, C. (2002). *Choices in relationships-An introduction to marriage and the family*, 7th ed. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company.
- Knox, D., Schacht, C., & Zusman, M. E. (1999a). Love relationships among college students. *College Student Journal*, 33(1), 149-151.
- Knox, D., Zusman, M. E., & Nieves, W. (1997b). College students' homogamous preferences for a date and mate. *College Student Journal*, 31(4), 445-448.
- Knudsen, D. D. (1991). Child sexual coercion. In E. Grauerholz & M. A. Koralewski (Eds.), *Sexual coercion: A sourcebook on its nature, causes, and prevention* (pp. 17-28). Lexington, MA: Lexington Books.
- Kockott, G., & Fahrner, E. (1987). Transsexuals who have not undergone surgery: A follow-up study. *Archives of Sexual Behavior*, 16, 511-522.
- Kohlberg, L. (1966). A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. In E. E. Maccoby (Ed.), *The development of sex differences*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Kolata, G. (1998c, September 9). Researchers report success in method to pick baby's sex. *The New York Times* online.
- Kolata, G. (2002a, December 22). Chasing youth, many gamble on hormones. *The New York Times* online.
- Kolata, G. (2000b, April 5). Estrogen tied to slight rise in heart attacks. *The New York Times*, pp. A1, A20.
- Kolata, G. (2004, February 26). Cell protein gives monkeys innate immunity to H.I.V. *The New York Times* online.
- Kontula, O., & Haavio-Mannila, E. (2002). Masturbation in a generational perspective. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 14(2-3), 49-83.
- Koren, G., Pastuszak, A., & Ito, S. (1998). Drug therapy: Drugs in pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 338, 1128-1137.
- Koss, M. P. (2003). Evolutionary models of why men rape: Acknowledging the complexities. In C. B. Travis (Ed.), *Evolution, gender, and rape* (pp. 191-205). Cambridge, MA: MIT Press.
- Koss, M. P., Bailey, J. A., Yuan, N. P., Herrera, V. M., & Lichter, E. L. (2003). Depression and PTSD in survivors of male violence: Research and training initiatives to facilitate recovery. *Psychology of Women Quarterly*, 27(2), 130-142.
- Koss, M. P., Figueredo, A. J., & Prince, R. J. (2002). Cognitive mediation of rape's mental, physical and social health impact: Tests of four models in cross-sectional data. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 70(4), 926-941.
- Koss, M. P., Gidycz, C. A., & Wisniewski, N. (1987). The scope of rape: Incidence and prevalence of sexual aggression and victimization in a national sample of higher education students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 162-170.
- Koss, M. P., & Kilpatrick, D. G. (2001). Rape and sexual assault. In E. Gerrity et al. (Eds.), *The mental health consequences of torture*. Plenum series on stress and coping (pp. 177-193). Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Kouros-Mehr, H., et al. (2001). Identification of non-functional human VNO receptor genes

- provides evidence for vestigiality of the human VNO. *Chemical Sciences*, 26(9), 1167-1174.
- Koutsky, L. A., et al. (2002). A controlled trial of a human papillomavirus type 16 vaccine. *New England Journal of Medicine*, 347, 1645-1651.
- Kowal, D. (1998). Coitus interruptus (withdrawal). In R. A. Hatcher et al. (1998), *Contraceptive technology* (17th rev. ed.) (pp. 303-308). New York: Ardent Media.
- Krahe, B., Waizenhofer, E., & Moller, I. (2003). Women's sexual aggression against men: Prevalence and predictors. *Sex Roles*, 49(5-6), 219-232.
- Kramer, M. S., et al. (2000). The contribution of mild and moderate preterm birth to infant mortality. *Journal of the American Medical Association*, 284, 843-849.
- Kramer, M. S., et al., for the PROBIT Study Group. (2001). Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): A randomized trial in the Republic of Belarus. *Journal of the American Medical Association*, 285, 413-420.
- Kristof, N. D. (2002, December 6). Love and race. *The New York Times* online.
- Krueger, R. B., & Kaplan, M. S. (2002). Behavioral and psychopharmacological treatment of the paraphilic and hypersexual disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, 8(1), 21-32.
- Kuiper, B., & Cohen-Kettenis, P. (1988). Sex reassignment surgery: A study of 141 Dutch transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 17, 439-457.
- Kulik, L. (2000). Gender identity, sex typing of occupations, and gender role ideology among adolescents: Are they related? *International Journal for the Advancement of Counseling*, 22(1), 43-56.
- Kunkel, L. E., & Temple, L. L. (1992). Attitudes towards AIDS and homosexuals: Gender, marital status, and religion. *Journal of Applied Social Psychology*, 22, 1030-1040.
- Kurdek, L. A., & Schmitt, J. P. (1986). Relationship quality of gay men in closed or open relationships. *Journal of Homosexuality*, 12(2), 85-99.
- Laan, E., & Heiman, J. (1994). *Archives of Sexual Behavior*.
- Ladas, A. K., Whipple, B., & Perry, J. D. (1982). *The G spot and other recent discoveries about human sexuality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Laino, C. (2000, September 17). Herpes vaccine works well in women but fails to protect men, studies show. MSNBC online.
- Lalezari, J. P., et al. (2003). Enfuvirtide, an HIV-1 fusion inhibitor, for drug-resistant HIV infection in North and South America. *New England Journal of Medicine*, 348(22), 2175-2185.
- Lamanna, M. A., & Riedmann, A. (1997). *Marriages and families*, 6th ed. Belmont, CA: Wadsworth.
- Lamaze, F. (1981). *Painless childbirth*. New York: Simon & Schuster.
- Lamberti, D. (1997). Cited in Alterman, E. (1997, November). Sex in the '90s. *Elle*.
- Lane, F. S., III. (2000). *Obscene profits: The entrepreneurs of pornography in the cyber age*. London: Routledge.
- Lang, R. A., et al. (1989). An examination of sex hormones in genital exhibitionists. *Annals of Sex Research*, 2, 67-75.
- Langevin, R. (2003). A study of the psychosexual characteristics of sex killers: Can we identify them before it is too late? *International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology*, 47(4), 366-382.
- Langevin, R., et al. (1979). Experimental studies of the etiology of genital exhibitionism. *Archives of Sexual Behavior*, 8, 307-332.
- Langhinrichsen-Rohling, J., Palarea, R. E., Cohen, J., & Rohlin, M. L. (2002). Breaking up is hard to do: Unwanted pursuit behaviors following the dissolution of a romantic relationship. In K. E., Davis, I. H. Frieze, et al. (Eds.), *Stalking: Perspectives on victims and perpetrators* (pp. 212-236). New York: Springer.
- Langille, D. B., & Curtis, L. (2002). Factors associated with sexual intercourse before age 15 among female adolescents in Nova Scotia. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 11(3), 91-99.
- Langlois, J. H., et al. (2000). Maxims or myths of beauty? A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*, 126(3), 390-423.
- Laqueur, T. W. (2003). *Solitary sex: A cultural history of masturbation*. <http://www.newzonebooks.com>: Zone Books.
- Larsson, I., & Svedin, C. (2002). Experiences in childhood: Young adults' recollections. *Archives of Sexual Behavior*, 31(3), 263-273.
- Lau, J. T. F., Siah, P. C., & Tsui, H. Y. (2002). A study of the STD/AIDS related attitudes and behaviors of men who have sex with men in Hong Kong. *Archives of Sexual Behavior*, 31(4), 367-373.
- Laumann, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T., & Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press.
- Laumann, E. O., Masi, C. M., Zuckerman, E. W., et al. (1997, April 2). Circumcision in the United States: Prevalence, prophylactic effects, and sexual practice. *The Journal of the American Medical Association*, 277, 1052-1057.
- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States. Prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281(6), 537-544.
- Lavoisier, P., et al. (1995). Clitoral blood flow increases following vaginal pressure stimulation. *Archives of Sexual Behavior*, 24, 37-45.
- Law, J. (2000). The politics of breastfeeding: Assessing risk, dividing labor. *Signs*, 25(2), 407-450.
- Lawrence, R. A. (2001). Breastfeeding in Belarus. *Journal of the American Medical Association* online, 285(4).
- Laws, D. R., & Marshall, W. L. (2003). A brief history of behavioral and cognitive behavioral approaches to sexual offenders: Part 1. Early developments. *Sexual Abuse: Journal of Research & Treatment*, 15(2), 75-92.
- Lawton, C. A., & Morrin, K. A. (1999). Gender differences in pointing accuracy in computer-simulated 3D mazes. *Sex Roles*, 40(1-2), 73-92.
- Leahey, E., & Guo, G. (2001). Gender differences in mathematical trajectories. *Social Forces*, 80(2), 713-732.
- Leary, W. E. (1990, September 13). New focus on sperm brings fertility successes. *The New York Times*, p. B11.
- Leary, W. E. (1998, September 29). Older people enjoy sex, survey says. *The New York Times*, p. F8.
- Leavitt, G. C. (1990). Sociobiological explanations of incest avoidance: A critical review of evidential claims. *American Anthropologist*, 92, 971-993.
- Lederman, M. M., & Valdez, H. (2000). Immune restoration with antiretroviral therapies: Implications for clinical management. *Journal of the American Medical Association*, 284, 223-228.
- Lee, D. T. S., et al. (2001). A psychiatric epidemiological study of postpartum Chinese women. *American Journal of Psychiatry*, 158(2), 220-226.
- Lee, J. K. P., Jackson, H. J., Pattison, P., & Ward, T. (2002). Developmental risk factors for sexual offending. *Child Abuse & Neglect*, 26(1), 73-92.
- Legato, M. J. (2000, May 12). Cited in Study of children born without penises finds nature determines gender. The Associated Press online.
- Leiblum, S. R., & Rosen, R. C. (1991). Couples therapy for erectile disorders: Conceptual and clinical considerations. Special issue: The treatment of male erectile disorders. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 17, 147-159.
- Leiblum, S. R., & Rosen, R. C. (Ed.). (2000). Principles and practice of sex therapy, 3rd ed. New York: Guilford Press.
- Leinders-Zufall, T., et al. (2000). Ultrasensitive pheromone detection by mammalian vomeronasal neurons. *Nature*, 405, 792-796.
- Leitenberg, H., Detzler, M. J., & Srebnik, D. (1993). Gender differences in masturbation and the relation of masturbation experience in preadolescence and/or early adolescence to sexual behavior and sexual adjustment in young adulthood. *Archives of Sexual Behavior*, 22, 87-98.
- Leitenberg, H., Greenwald, E., & Tarran, M. J. (1989). The relation between sexual activity among children during preadolescence and/or early adolescence and sexual behavior and sexual adjustment in young adulthood. *Archives of Sexual Behavior*, 18, 299-313.
- Leitenberg, H., & Henning, K. (1995). Sexual fantasy. *Psychological Bulletin*, 117, 469-496.
- Leland, J. (2000, May 29). The science of women and sex. *Newsweek*, pp. 48-54.
- Lester, W. (2000, May 31). Poll: Americans back some gay rights. The Associated Press online.
- Levine, D. (2000). Virtual attraction: What rocks your boat. *CyberPsychology & Behavior*, 3(4), 565-573.
- Levinger, G. (1980). Toward the analysis of close relationships. *Journal of Experimental Social Psychology*, 16, 510-544.
- Levy, D. S. (1991, September 16). Why Johnny might grow up violent and sexist. *Time*, pp. 16-19.
- Lewin, T. (1992, February 28). Canada court says pornography harms women. *The New York Times*, p. B7.
- Lewin, T. (1998a, January 17). Debate distant for many having abortions. *The New York Times*, pp. A1, A9.

- Lewin, T. (1998b, March 23). Debate centers on definition of harassment. *The New York Times*, pp. A1, A28.
- Lewis, P. H. (2000, June 22). Snooping software enters the mainstream. *The New York Times* online.
- Libman, E. (1989). Sociocultural and cognitive factors in aging and sexual expression: Conceptual and research issues. *Canadian Psychology*, 30, 560-567.
- Lichtenstein, P., et al. (2000). Environmental and heritable factors in the causation of cancer: Analyses of cohorts of twins from Sweden, Denmark, and Finland. *New England Journal of Medicine*, 343(2), 78-85.
- Lief, H.I., & Hubschman, L. (1993). Orgasm in the postoperative transsexual. *Archives of Sexual Behavior*, 22 145-155.
- Lin, G., & Wang, Q. (2003). Predictors of non-use of condoms among drug users in China: Implications for HIV harm reduction. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 10(2), 141-146.
- Linnet, O. I., & Ogrinc, F. G. (1996). Efficacy and safety of intracavernosal alprostadil in men with erectile dysfunction. *New England Journal of Medicine*, 334, 873-877.
- Ling, F. W. (2000). Recognizing and treating premenstrual dysphoric disorder in the obstetric, gynecologic, and primary care practices. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(Suppl 12), 9-16.
- Lippa, R. (2001). On deconstructing and reconstructing masculinity-femininity. *Journal of Research in Personality*, 35(2), 168-207.
- Lippa, R., & Arad, S. (1997). The structure of sexual orientation and its relation to masculinity, femininity, and gender diagnosticity: Different for men and women. *Sex Roles*, 37(3-4), 187-208.
- Lippincott, J. A., Wlazelek, B., & Schumacher, L. J. (2000). Comparison: Attitudes toward homosexuality of international and American college students. *Psychological Reports*, 87(3, Pt 2), 1053-1056.
- Lipshultz, L. I. (1996). Injection therapy for erectile dysfunction. *New England Journal of Medicine*, 334, 913-914.
- Liptak, A. (2003, January 23). Circumcision opponents use the legal system and legislatures. *The New York Times* online.
- Lira, L. R., Koss, M. P., & Russo, N. F. (1999). Mexican American women's definitions of rape and sexual abuse. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 21(3), 236-265.
- Liu, X., et al. (2000). Behavioral and emotional problems in Chinese children of divorced parents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(7), 896-903.
- Loder, N. (2000). U.S. science shocked by revelations of sexual discrimination. *Nature*, 405, 713-714.
- Long, C. R., Seburn, M., Averill, J. R., & More, T. A. (2003). Solitude experiences: Varieties, settings, and individual differences. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 29(5), 578-583.
- Lott, B. (1985). The potential enhancement of social/personality psychology through feminist research and vice versa. *American Psychologist*, 40, 155-164.
- Lown, J., & Dolan, E. (1988). Financial challenges in remarriage. *Lifestyles: Family and Economic Issues*, 9, 73-88.
- Lue, T. F. (2000). Drug therapy: Erectile dysfunction. *The New England Journal of Medicine* online, 342(24).
- Lynxwiler, J., & Gay, D. (1994). Reconsidering race differences in abortion attitudes. *Social Science Quarterly*, 75(1), 67-84.
- Maartens, L. W. F., Knottnerus, J. A., & Pop, V. J. (2002). Menopausal transition and increased depressive symptomatology: A community based prospective study. *Maturitas*, 42(3), 195-200.
- Maccoby, E. E. (1990). Gender and relationships: A developmental account. *American Psychologist*, 45, 513-520.
- Maccoby, E. E., & Jacklin, C. N. (1974). Myth, reality and shades of gray: What we know and don't know about sex differences. *Psychology Today*, 8(7), 109-112.
- MacDonald, T. K., MacDonald, G., Zanna, M. P., & Fong, G. T. (2000). Alcohol, sexual arousal, and intentions to use condoms in young men: Applying alcohol myopia theory to risky sexual behavior. *Health Psychology*, 19, 290-298.
- Mahoney, P., & Williams, L. M. (1998). Sexual assault in marriage: Prevalence, consequences, and treatment of wife rape. In J. L. Jasinski & L. M. Williams (Eds.), *Partner violence: A comprehensive review of 20 years of research*. (pp. 113-162). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Maines, R. P. (1999). *The technology of orgasm: "Hysteria," the vibrator, and women's sexual satisfaction*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Major, B., Cozzarelli, C., Cooper, M. L., Zubek, J., Richards, C., et al. (2000). Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Archives of General Psychiatry*, 57, 777-784.
- Malamuth, N. M., Addison, T., & Koss, M. (2000). Pornography and sexual aggression: Are there reliable effects and can we understand them? *Annual Review of Sex Research*, 11, 26-91.
- Male contraceptive tests positive. (2003, October 6). CNN.
- Malec, K. (2003, Summer). The abortion-breast cancer link: How politics trumped science and informed consent. *Journal of American Physicians and Surgeons*, 8(2). <http://www.abortionbreastcancer.com/jpands.pdf>
- Maletzky, B. M. (1980). Self-referred vs. court-referred sexually deviant patients: Success with assisted covert sensitization. *Behavior Therapy*, 11, 306-314.
- Maletzky, B. M., & Steinhauer, C. (2002). A 25-year follow-up of cognitive/behavioral therapy with 7,275 sexual offenders. *Behavior Modification*, 26(2), 123-147.
- Malinowski, B. (1927). *Sex and repression in savage society*. London: Kegan Paul, Trench, Trubner & Co.
- Malinowski, B. (1929). *The sexual life of savages in north-western Melanesia*. New York: Eugenic.
- Man pays victim's husband in fondling case. (2000, June 2). Reuters News Agency online.
- Mansergh, G., et al. (2002). "Barebacking" in a diverse sample of men who have sex with men. *AIDS*, 16(4), 653-659.
- Mantovani, F. (2001). Networked seduction: A test-bed for the study of strategic communication on the Internet. *CyberPsychology & Behavior*, 4(1), 147-154.
- Marazziti, D., et al. (2003). Normal and obsessive jealousy: A study of a population of young adults. *European Psychiatry*, 18(3), 106-111.
- Marchbanks, P. A., et al. (2000). Cigarette smoking and epithelial ovarian cancer by histologic type. *Obstetrics & Gynecology*, 95, 255-260.
- Marchbanks, P. A., et al. (2002). Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 346, 2025-2032.
- Marcus, A. J. (1995). Aspirin as a prophylaxis against colorectal cancer. *New England Journal of Medicine*, 333, 656-658.
- Marcus, D. K., & Miller, R. S. (2003). Sex differences in judgments of physical attractiveness: A social relations analysis. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 29(3), 325-335.
- Mardrossian, C. M. (2002). Toward a new feminist theory of rape. *Signs*, 27(3), 743-775.
- Marks, G., Miller, N., & Maruyama, G. (1981). Effect of targets' physical attractiveness on assumption of similarity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 198-206.
- Marquis, C. (2003, March 16). Living in sin. *The New York Times*, p. WK2.
- Marrazzo, J. (2003). Vulvovaginal candidiasis: Over-the-counter treatment doesn't seem to lead to resistance. *British Medical Journal*, 326, 993-994.
- Marshall, D. (1971). Sexual behavior on Mangaia. In D. Marshall & R. Suggs (Eds.), *Human sexual behavior: Variations in the ethnographic spectrum* (pp. 103-162). New York: Basic Books.
- Marshall, W. L. (1989). Pornography and sex offenders. In D. Zillmann & J. Bryant (Eds.), *Pornography: Research advances and policy considerations* (pp. 185-214). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Marsiglio, W. (1993a). Adolescent male's orientation toward paternity and contraception. *Family Planning Perspectives*, 25, 22-31.
- Marsiglio, W. (1993b). Attitudes toward homosexual activity and gays as friends: A national survey of heterosexual 15- to 19-year-old males. *Journal of Sex Research*, 30, 12-17.
- Martin, C. L., & Halverson, C. F., Jr. (1983). The effects of sex-typing schemas on young children's memory. *Child Development*, 54, 563-574.
- Martinez, F. D., Cline, M., & Burrows, B. (1992). Increased incidence of asthma in children of smoking mothers. *Pediatrics*, 89, 21-26.
- Martinson, F. M. (1976). Eroticism in infancy and childhood. *The Journal of Sex Research*, 2, 251-262.
- Martz, J. M., et al. (1998). Positive illusion in close relationships. *Personal Relationships*, 5(2), 159-181.
- Marwick, C. (2000). Consensus panel considers osteoporosis. *Journal of the American Medical Association* online, 283(16).

- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1979). *Homosexuality in perspective*. Boston: Little, Brown.
- Matthews, K. A., et al. (1990). Influences of natural menopause on psychological characteristics and symptoms of middle-aged healthy women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 345-351.
- Maundeni, T. (2000). The consequences of parental separation and divorce for the economic, social and emotional circumstances of children in Botswana. *Childhood: A Global Journal of Child Research*, 7(2), 213-223.
- Maxson, S. C. (1998). Homologous genes, aggression, and animal models. *Developmental Neuropsychology*, 14(1), 143-156.
- Maxwell, C. D., Robinson, A. L., & Post, L. A. (2003). The nature and predictors of sexual victimization and offending among adolescents. *Journal of Youth & Adolescence*, 32(6), 465-477.
- Maybach, K. L., & Gold, S. R. (1994). Hyperfemininity and attraction to macho and non-macho men. *Journal of Sex Research*, 31(2), 91-98.
- McAndrew, F. T. (2002). New evolutionary perspectives on altruism: Multilevel-selection and costly-signaling theories. *Current Directions in Psychological Science*, 11(2), 79-82.
- McBride, C. K., Paikoff, R. L., & Holmbeck, G. N. (2003). Individual and familial influences on the onset of sexual intercourse among urban African American adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 159-167.
- McCabe, K. A. (2000). Child pornography and the Internet. *Social Science Computer Review*, 18(1), 73-76.
- McCaughy, M., & French, C. (2001). Women's sex-toy parties: Technology, orgasm, and commodification. *Sexuality & Culture: An Interdisciplinary Quarterly*, 5(3), 77-96.
- McCoy, N. L., & Pitino, L. (2002). Pheromonal influences on sociosexual behavior in young women. *Physiology & Behavior*, 75(3), 367-375.
- McDonough, Y. Z. (1998, January 24). What Barbie really taught me. *The New York Times Magazine*, p. 70.
- McElduff, A., & Beange, H. (2003). Men's health and well-being: Testosterone deficiency. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 28(2), 211-213.
- McGuire, R. J., Carlisle, J. M., & Young, B. G. (1965). Sexual deviation as conditioned behavior: A hypothesis. *Behaviour Research and Therapy*, 2, 185-190.
- McKinney, K., & Maroules, N. (1991). Sexual harassment. In E. Grauerholz & M. A. Koralewski (Eds.), *Sexual coercion: A sourcebook on its nature, causes, and prevention* (pp. 29-44). Lexington, MA: Lexington Books.
- McLean, P. M. (1976). Brain mechanisms of elemental sexual functions. In B. J. Sadock et al. (Eds.), *The sexual experience*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- McMahon, M. J., et al. (1996). Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *The New England Journal of Medicine*, 335, 689-695.
- McNeil, D. G., Jr. (2004, March 27). Fast saliva test for HIV gains federal approval. *The New York Times online*.
- Mead, M. (1935). *Sex and temperament in three primitive societies*. New York: Dell.
- Mead, M. (1967). *Male and female: A study of the sexes in a changing world*. New York: William Morrow.
- Meana, M., & Binik, Y. M. (1994). Painful coitus: A review of female dyspareunia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(5), 264-272.
- Medrano, M. A., Hatch, J. P., Zule, W. A., & Desmond, D. P. (2003). Childhood trauma and adult prostitution behavior in a multiethnic heterosexual drug-using population. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 29(2), 463-486.
- Meijers-Heijboer, H., et al. (2000). Presymptomatic DNA testing and prophylactic surgery in families with a BRCA1 or BRCA2 mutation. *The Lancet online*, 355(9220).
- Meijers-Heijboer, H., et al. (2001). Breast cancer after prophylactic bilateral mastectomy in women with a BRCA1 or BRCA2 mutation. *New England Journal of Medicine*, 345, 159-164.
- Menard, K. S., et al. (2003). Gender differences in sexual harassment and coercion in college students: Developmental, individual, and situational determinants. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(10), 1222-1239.
- Merck Manual of Medical Information (2002). Cited in Brody, J. E. (2002a, January 1). What women must know about fertility. *The New York Times*, F6.
- Messenger, J. C. (1971). Sex and repression in an Irish folk community. In D. S. Marshall and R. C. Suggs (Eds.), *Human sexual behavior: Variations in the ethnographic spectrum* (pp. 3-37). New York: Basic Books.
- Meston, C. M., & Frohlich, P. F. (2000). The neurobiology of sexual function. *Archives of General Psychiatry*, 57(11), 1012-1030.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697.
- Meyer, I. H., Rossano, L., Ellis, J. M., & Bradford, J. (2002). A brief telephone interview to identify lesbian and bisexual women in random digit sampling. *Journal of Sex Research*, 39(2), 139-144.
- Meyer, J. K., & Reter, D. J. (1979). Sex reassignment: Follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1010-1015.
- Meyer, T. (1998, February 18). AZT short treatment works. The Associated Press online.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L., et al. (1995). Prenatal estrogens and the development of homosexual orientation. *Developmental Psychology*, 31(1), 12-21.
- Michael, R. T., Gagnon, J. H., Laumann, E. O., & Kolata, G. (1994). *Sex in America: A definitive survey*. Boston: Little, Brown.
- Michelson, D., et al. (2000). Female sexual dysfunction associated with antidepressant administration: A randomized, placebo-controlled study of pharmacologic intervention. *American Journal of Psychiatry*, 157, 239-243.
- Migeon, C. J., & Donohue, P. A. (1991). Congenital adrenal hyperplasia caused by 21-hydroxylase deficiency: Its molecular basis and its remaining therapeutic problems. *Endocrinology & Metabolism Clinics of North America*, 20(2), 277-296.
- Mikach, S. M., & Bailey, J. M. (1999). What distinguishes women with unusually high numbers of sex partners? *Evolution & Human Behavior*, 20(3), 141-150.
- Mill, J. S. (1939). Utilitarianism. In E. A. Burt (Ed.), *The English philosophers*. New York: The Modern Library. (Original work published 1863)
- Miller, B. C., McCoy, J. K., & Olson, T. D. (1986). Dating age and stage as correlates of adolescent sexual attitudes and behavior. *Journal of Adolescent Research*, 1, 361-371.
- Miller, G. T., & Pitnick, S. (2002). Sperm-female coevolution in *Drosophila*. *Science*, 298, 1230-1233.
- Miller, M. (1998). Cited in Bronner, E. (1998, February 1). Just say maybe. No sexology, please. We're Americans. *The New York Times*, p. WK6.
- Minichiello, V., et al. (2001). Male sex workers in three Australian cities: Socio-demographic and sex work characteristics. *Journal of Homosexuality*, 42(1), 29-51.
- Missailidis, K., & Gebre-Medhin, M. (2000). Female genital mutilation in eastern Ethiopia. *The Lancet*, 356, 137-138.
- Modell, J. G., May, R. S., & Katholi, C. R. (2000). Effect of bupropion-SR on orgasmic dysfunction in nondepressed subjects: A pilot study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(3), 231-240.
- Mofenson, L. M. (2000). Perinatal exposure to zidovudine-Benefits and risks. *The New England Journal of Medicine online*, 343(11).
- Mohr, D. C., & Beutler, L. E. (1990). Erectile dysfunction: A review of diagnostic and treatment procedures. *Clinical Psychology Review*, 10, 123-150.
- Money, J. (1994). The concept of gender identity disorder in childhood and adolescence after 39 years. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 20(3), 163-177.
- Money, J. (2000). Reflections of a gender biographer. *Men & Masculinities*, 3(2), 209-216.
- Monson, C. M., Langhinrichsen-Rohling, J., & Binderup, T. (2000). Does "no" really mean "no" after you say "yes"? Attributions about date and marital rape. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(11), 1156-1174.
- Montano, D., Kasprzyk, D., von Haefen, I., & Fishbein, M. (2001). Toward an understanding of condom use behaviours: A theoretical and methodological overview of Project SAFER. *Psychology, Health & Medicine*, 6(2), 139-150.
- Montemurro, B., Bloom, C., & Madell, K. (2003). Ladies night out: A typology of women patrons of a male strip club. *Deviant Behavior*, 24(4), 333-352.

- Moore, S., & Leung, C. (2002). Young people's romantic attachment styles and their association with well-being. *Journal of Adolescence*, 25(2), 243-255.
- Morley, J. E., & Perry, H. M., III. (2003). Androgens and women at the menopause and beyond. *Journals of Gerontology: Series A: Biological Sciences & Medical Sciences*, 58A(5), 409-416.
- Morley, J. E., & van den Berg, L. (2000). *Endocrinology of aging*. Totowa, NJ: Humana Press.
- Morofushi, M., Shinohara, K., Funabashi, T., & Kimura, F. (2000). Positive relationship between menstrual synchrony and ability to smell 5alpha-androst-16-en-3alpha-ol. *Chemical Senses*, 25(4), 407-411.
- Morris, L. B. (2000, June 25). For the partum blues, a question of whether to medicate. *The New York Times* online.
- Morris, N., et al. (1987). Marital sex frequency and midcycle female testosterone. *Archives of Sexual Behavior*, 7, 157-173.
- Morrison, E. S., et al. (1980). *Growing up sexual*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Mortola, J. F. (1998). Premenstrual syndrome: Pathophysiologic considerations. *New England Journal of Medicine*, 338, 256-257.
- Muehlenhard, C. L., & Linton, M. A. (1987). Date rape and sexual aggression in dating situations: Incidence and risk factors. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 186-196.
- Mulac, A., Jansma, L. L., & Linz, D. G. (2002). Men's behavior toward women after viewing sexually-explicit films: Degradation makes a difference. *Communication Monographs*, 69(4), 311-328.
- Mulick, P. S., & Wright, L. W., Jr. (2002). Examining the existence of biphobia in the heterosexual and homosexual populations. *Journal of Bisexuality*, 2(4), 45-64.
- Mundy, L. (2000, July 16). Sex and sensibility. *The Washington Post* online.
- Munarriz, R., et al. (2002). Androgen replacement therapy with dehydroepiandrosterone for androgen insufficiency and female sexual dysfunction: Androgen and questionnaire results. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(Suppl1), 165-173.
- Murray, S. L., Bellavia, G., Feeney, B., Holmes, J. G., & Rose, P. (2001). The contingencies of interpersonal acceptance: When romantic relationships function as a self-affirmational resource. *Motivation & Emotion*, 25(2), 163-189.
- Murray, S. L., & Holmes, J. G. (2000). Seeing the self through a partner's eyes: Why self-doubts turn into relationship insecurities. In A. Tesser, R. B. Felson, et al. (Eds.), *Psychological perspectives on self and identity* (pp. 173-197). Washington: American Psychological Association.
- Nabel, G. J., & Sullivan, N. J. (2000). Antibodies and resistance to natural HIV infection. *The New England Journal of Medicine* online, 343(17).
- Nadler, R. D. (1990). Homosexual behavior in nonhuman primates. In D. P. McWhirter, S. A. Sanders, & J. M. Reinisch (Eds.), *Homosexuality/heterosexuality: Concepts of sexual orientation* (pp. 138-170). New York: Oxford University Press.
- Naimi, T. S., et al. (2003a). Binge drinking among U.S. adults. *Journal of the American Medical Association*, 289(1), 70-75.
- Naimi, T. S., et al. (2003b). Definitions of binge drinking. *Journal of the American Medical Association*, 289(13), 1636.
- Nakaya, M. (2002). Fluvoxamine treatment of a Japanese patient with Koro. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(12), 1182-1183.
- Nanda, S., & Warms, R. L. (2004). *Cultural anthropology* (8th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Narod, S. A., et al. (1998). Oral contraceptives and the risk of hereditary ovarian cancer. *New England Journal of Medicine*, 339, 424-428.
- National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. (2003, September 30). Teens say parents most influence their sexual decisions: New polling data and "Tips for Parents" released. http://www.teenpregnancy.org/about/announcements/pr/2003/release9_30_03.asp
- National Cancer Institute. (2003). <http://www.nci.nih.gov/>
- National Center for Biotechnology Information (NCBI). (2000, March 30). National Institute of Health. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/disease/SRY.html>
- Nduati, R., et al. (2000). Effect of breastfeeding and formula feeding on transmission of HIV-1. *Journal of the American Medical Association*, 283, 1167-1174.
- Neerman-Arbez, M. (2003, June 4). Genes implicated in sexual differentiation. Geneva Foundation for Medical Education and Research. http://www.gfmer.ch/Endo/Lectures_10/Sexualdi.htm
- Neff, K. D., & Harter, S. (2003). Relationship styles of self-focused autonomy, other-focused connectedness, and mutuality across multiple relationship contexts. *Journal of Social & Personal Relationships*, 20(1), 81-99.
- Nelson, H. D., Humphrey, L. L., Nygren, P., Teutsch, S. M., & Allan, J. D. (2002). Postmenopausal hormone replacement therapy: Scientific review. *Journal of the American Medical Association*, 288, 872-881.
- Nevid, J. S. (1984). Sex differences in factors of romantic attraction. *Sex Roles*, 11, 401-411.
- Ngai, S. W., Tang, O. S., Chan, Y. M., & Ho, P. C. (2000). Vaginal misoprostol alone for medical abortion up to 9 weeks of gestation: Efficacy and acceptability. *Human Reproduction*, 15(5), 1159-1162.
- Nieder, T., & Sieffge-Krenke, I. (2001). Coping with stress in different phases of romantic development. *Journal of Adolescence*, 24(3), 297-311.
- Nieto, J. J., Cogswell, D., Jesinger, D., & Hardiman, P. (2000). Lipid effects of hormone replacement therapy with sequential transdermal 17-beta-estradiol and oral progesterone. *Obstetrics & Gynecology*, 95, 111-114.
- Nosek, M. A., et al. (1994). Wellness models and sexuality among women with physical disabilities. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 25(1), 50-58.
- Nour, N. W. (2000). Cited in Dreifus, C. (2000, July 11). A conversation with Dr. Nawal M. Nour: A life devoted to stopping the suffering of mutilation. *The New York Times* online.
- O'Brien, L. T., & Crandall, C. S. (2003). Stereotype threat and arousal: Effects on women's math performance. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 29(6), 782-789.
- O'Connor, T. G., Caspi, A., DeFries, J. C., & Plomin, R. (2000). Are associations between parental divorce and children's adjustment genetically mediated? An adoption study. *Developmental Psychology*, 36(4), 429-437.
- O'Dell, K. M. C., & Kaiser, K. (1997). Sexual behaviour: Secrets and flies. *Current Biology*, 7(6), R345-R347.
- O'Doherty, J., et al. (2003). Beauty in a smile: The role of medial orbitofrontal cortex in facial attractiveness. *Neuropsychologia*, 41(2), 147-155.
- O'Donnell, L., et al. (2003). Long-term influence of sexual norms and attitudes on timing of sexual initiation among urban minority youth. *Journal of School Health*, 23(2), 68-75.
- O'Donohue, W., Yeater, E. A., & Fanetti, M. (2003). Rape prevention with college males: The roles of rape myth acceptance, victim empathy, and outcome expectancies. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(5), 513-531.
- Ogletree, S. M., & Ginsburg, H. J. (2000). Kept under the hood: Neglect of the clitoris in common vernacular. *Sex Roles*, 43(11-12), 917-926.
- Okami, P., & Goldberg, A. (1992). Personality correlates of pedophilia: Are they reliable indicators? *Journal of Sex Research*, 29, 297-328.
- Okami, P., Weisner, T., & Olmstead, R. (2002). Outcome correlates of parent-child bedsharing: An eighteen-year longitudinal study. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 23(4), 244-253.
- O'Keefe, M. J., et al. (2003). Learning, cognitive, and attentional problems in adolescents born small for gestational age. *Pediatrics*, 112(2), 301-307.
- Olds, J. (1956). Pleasure centers in the brain. *Scientific American*, 193, 105-116.
- Olds, J., & Milner, P. (1954). Positive reinforcement produced by electrical stimulation of the septal area and other regions of the rat brain. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 47, 419-427.
- Osman, S. L. (2003). Predicting men's rape perceptions based on the belief that "No" really means "Yes." *Journal of Applied Social Psychology*, 33(4), 683-692.
- Ostrow, D. E., et al. (2002). Attitudes towards highly active antiretroviral therapy are associated with sexual risk taking among HIV-infected and uninfected homosexual men. *AIDS*, 16(5), 775-780.
- Overbeek, P. (1999). Cited in Philipkoski, K. (1999, October 28). Why men are that way. Wired Digital, Inc.
- Overholser, J. C., & Beck, S. (1986). Multimethod assessment of rapists, child molesters, and three control groups on behavioral and psychological measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 682-687.

- Padma-Nathan, H., et al. (1997). Treatment of men with erectile dysfunction with transurethral alprostadil. *New England Journal of Medicine*, 336, 1-7.
- Palace, E. M. (1995). Modification of dysfunctional patterns of sexual arousal through autonomic arousal and false physiological feedback. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 604-615.
- Palmore, E. (1981). *Social patterns in normal aging: Findings from the Duke Longitudinal Study*. Durham, NC: Duke University Press.
- Paraskevis, D., et al. (2003). Analysis of the evolutionary relationships of HIV-1 and SIVcpz sequences using Bayesian inference: Implications for the origin of HIV-1. *Molecular Biology and Evolution*, 20, 1986-1996.
- Parsons, N. K., Richards, H. C., & Kanter, G. D. (1990). Validation of a scale to measure reasoning about abortion. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 107-112.
- Pasupathi, M., Carstensen, L. L., Levenson, R. W., & Gottman, J. M. (1999). Responsive listening in long-married couples: A psycholinguistic perspective. *Journal of Nonverbal Behavior*, 23(2), 173-193.
- Pauly, B., & Edgerton, M. (1986). The gender-identity movement. *Archives of Sexual Behavior*, 15, 315-329.
- Pawlowski, B., & Koziel, S. (2002). The impact of traits offered in personal advertisements on response rates. *Evolution & Human Behavior*, 23(2), 139-149.
- Peacock, P. (1998). Marital rape. In R. K. Bergen (Ed.), *Issues in intimate violence* (pp. 225-235). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Pearlstein, T., & Steiner, M. (2000). Non-antidepressant treatment of premenstrual syndrome. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(Suppl 12), 22-27.
- Pedersen, W., & Hegna, K. (2003). Children and adolescents who sell sex: A community study. *Social Science & Medicine*, 56(1), 135-147.
- Peplau, L. A. (2003). Human sexuality: How do men and women differ? *Current Directions in Psychological Science*, 12(2), 37-40.
- Peplau, L. A., & Cochran, S. D. (1990). A relationship perspective on homosexuality. In D. P. McWhirter, S. A. Sanders, & J. M. Reinisch (Eds.), *Homosexuality/heterosexuality: Concepts of sexual orientation* (pp. 321-349). New York: Oxford University Press.
- Perrett, D. I. (1994). *Nature*. Cited in Brody, J. E. (1994, March 21). Notions of beauty transcend culture, new study suggests. *The New York Times*, p. A14.
- Perriens, J. (2000). Cited in UNAIDS calls for continued commitment to microbicides. (2000, July 12). UNAIDS press release.
- Perry, D. G., & Bussey, K. (1979). The social learning theory of sex differences: Imitation is alive and well. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1699-1712.
- Perry, J. D., & Whipple, B. (1981). Pelvic muscle strength of female ejaculation: Evidence in support of a new theory of orgasm. *Journal of Sex Research*, 17, 22-39.
- Perry, P. J., et al. (2001). Bioavailable testosterone as a correlate of cognition, psychological status, quality of life, and sexual function in aging males: Implications for testosterone replacement therapy. *Annals of Clinical Psychiatry*, 13(2), 75-80.
- Peto, J. (2002). Breast cancer may be inherited. Paper delivered to the Oncogenomics conference in Dublin, May.
- Pettit, R. B. (Ed.). (2003). Sexual teens, sexual media: Investigating media's influence on adolescent sexuality. *Journal of Social & Personal Relationships*, 20(2), 262-263.
- Phillips, F. (2003, April 8). Support for gay marriage. *Boston Globe*.
- Pillard, R. C. (1990). The Kinsey Scale: Is it familial? In D. P. McWhirter, S. A. Sanders, & J. M. Reinisch (Eds.), *Homosexuality/heterosexuality: Concepts of sexual orientation* (pp. 88-100). New York: Oxford University Press.
- Pillard, R. C., & Weinrich, J. D. (1986). Evidence of familial nature of male homosexuality. *Archives of Sexual Behavior*, 43, 808-812.
- Pinkerton, S. D., Bogart, L. M., Cecil, H., & Abramson, P. R. (2002). Factors associated with masturbation in collegiate sample. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 14(2-3), 103-121.
- Pinkerton, S. D., Cecil, H., Bogart, L. M., & Abramson, P. R. (2003a). The pleasures of sex: An empirical investigation. *Cognition & Emotion*, 17(2), 341-353.
- Pinkerton, S. D., et al. (2003b). HIV/AIDS knowledge and attitudes of STD clinic attendees in St. Petersburg, Russia. *AIDS & Behavior*, 7(3), 221-228.
- Pistella, C. L., & Bonati, F. A. (1999). Adolescent women's recommendations for enhanced parent-adolescent communication about sexual behavior. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 16(4), 305-315.
- Plant, E. A., Hyde, J. S., Keltner, D., & Devine, P. G. (2000). The gender stereotyping of emotions. *Psychology of Women Quarterly*, 24(1), 81-92.
- Plante, T. G. (2003). Priests behaving badly: What do we know about priest sex offenders? *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 10(2-3), 93-97.
- Plomin, R. (Ed.). (2002). *Behavioral genetics in the postgenomic era*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Plomin, R., & Crabbe, J. (2000). DNA. *Psychological Bulletin*, 126(6), 806-828.
- Poll: Abortion views conflicted. (2000, June 18). The Associated Press.
- Pollack, H. A. (2001). Sudden infant death syndrome, maternal smoking during pregnancy, and the cost-effectiveness of smoking cessation intervention. *American Journal of Public Health*, 91(3), 432-436.
- Poniewozik, J., et al. (2000, June 26). We like to watch: Led by the hit Survivor, voyeurism has become TV's hottest genre. Why the passion for peeping? *Time*, 155(26), 56-62.
- Potosky, A. L., et al. (2000). Health outcomes after prostatectomy or radiotherapy for prostate cancer: Results from the Prostate Cancer Outcomes Study. *Journal of the National Cancer Institute*, 92, 1582-1592.
- Poussaint, A. (1990, September). An honest look at Black gays and lesbians. *Ebony*, pp. 124-131.
- Powell, E. (1991). *Talking back to sexual pressure*. Minneapolis, MN: CompCare Publishers.
- Powell, E. (1996). *Sex on your terms*. Boston: Allyn & Bacon.
- Prentky, R. A., & Knight, R. A. (1991). Identifying critical dimensions for discriminating among rapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 643-661.
- Preti, G., Cutler, W. B., et al. (1986). Human axillary secretions influence women's menstrual cycles: The role of donor extract of females. *Hormones and Behavior*, 20, 474-482.
- Preti, G., Wysocki, C. J., Barnhart, K. T., Sondheimer, S. J., & Leyden, J. J. (2003). Male axillary extracts contain pheromones that affect pulsatile secretion of luteinizing hormone and mood in women recipients. *Biology of Reproduction*, 68(6), 2107-2113.
- Price, M., Gutheil, T. G., Commons, M. L., Kafka, M. P., & Dodd-Kimney, S. (2001). Telephone scatologia: Comorbidity and theories of etiology. *Psychiatric Annals*, 31(4), 226-232.
- Price, M., Kafka, M., Commons, M. L., Gutheil, T. G., & Simpson, W. (2002). Telephone scatologia: Comorbidity with other paraphilias and paraphilia-related disorders. *International Journal of Law & Psychiatry*, 25(1), 37-49.
- Price, V. A. (1989). Characteristics and needs of Boston street youth: One agency's response [Special Issue: Runaway, homeless, and shut-out children and youth in Canada, Europe, and the United States]. *Children and Youth Services Review*, 11, 75-90.
- Proctor, F., Wagner, N., & Butler, J. (1974). The differentiation of male and female orgasm: An experimental study. In N. Wagner (Ed.), *Perspectives on human sexuality*. New York: Behavioral Publications.
- Prostatecare. (2003). A comprehensive guide to prostate health. www.prostatecare.com.
- Puente, S., & Cohen, D. (2003). Jealousy and the meaning (or nonmeaning) of violence. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 29(4), 449-460.
- Quartaro, G. K., & Spier, T. E. (2002). We'd like to ask you some questions, but we have to find you first: Internet-based study of lesbian clients in therapy with lesbian feminist therapists. *Journal of Technology in Human Services*, 19(2-3), 109-118.
- Quayle, E., & Taylor, M. (2002). Child pornography and the Internet: Perpetuating a cycle of abuse. *Deviant Behavior*, 23(4), 331-362.
- Quayle, E., & Taylor, M. (2003). Model of problematic Internet use in people with sexual interest in children. *CyberPsychology & Behavior*, 6(1), 93-106.
- Quereshi, B. (2003). <http://www.familymedicine.co.uk/features/circum3.htm>
- Quinsey, V. L., Chaplin, T. C., & Upfold, D. (1984). Sexual arousal to nonsexual violence and sadomasochistic themes among rapists and non-sex-offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 651-657.
- Rachlin, K. (2002). Transgender individuals' experiences of psychotherapy. *International Journal of Transgenderism*, 6(1).

- Rahman, Q., & Wilson, G. D. (2003). Born gay? The psychobiology of human sexual orientation. *Personality & Individual Differences, 34*(8), 1337-1382.
- Raichle, K., & Lambert, A. J. (2000). The role of political ideology in mediating judgments of blame in rape victims and their assailants: A test of the just world, personal responsibility, and legitimization hypotheses. *Personality & Social Psychology Bulletin, 26*(7), 853-863.
- Raj, R. (2002). Towards a transpositive therapeutic model: Developing clinical sensitivity and cultural competence in the effective support of transsexual and transgendered clients. *International Journal of Transgenderism, 6*(2).
- Rakic, Z., Starcevic, V., Starcevic, V. P., & Marinkovic, J. (1997). Testosterone treatment in men with erectile disorder and low levels of total testosterone in serum. *Archives of Sexual Behavior, 26*(5), 495-504.
- Rako, S. (2003). *No more periods? The risks of menstrual suppression and other cutting-edge issues about hormones and women's health*. New York: Crown.
- Ralph, D., & McNicholas, T. (2000). UK management guidelines for erectile dysfunction. *British Medical Journal, 321*, 499-503.
- Rathus, S. A. (1978). Treatment of recalcitrant ejaculatory incompetence. *Behavior Therapy, 9*, 962.
- Rathus, S. A. (2002). *Psychology in the new millennium*. Fort Worth: Harcourt College Publishers.
- Rathus, S. A. (2003). *Voyages: Childhood and adolescence*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Rawlins, R. (1998). Cited in Kolata, G. (1998, September 9). Researchers report success in method to pick baby's sex. *The New York Times* online.
- Rawson, R. A., Washton, A., Domier, C. P., & Reiber, C. (2002). Drugs and sexual effects: Role of drug type and gender. *Journal of Substance Abuse Treatment, 22*(2), 103-108.
- Reaney, P. (1998, January 15). Discovery may lead to cervical cancer vaccine. Reuters News Agency online.
- Reddy, D. M., et al. (2002). Effect of mandatory parental notification on adolescent girls' use of sexual health care services. *Journal of the American Medical Association, 288*, 710-714.
- Reed, M., & Lampe, M. S. (2003). *Margaret Sanger: Her life in her words*. Barricade Books.
- Refaat, A., Dandash, K. F., El-Defrawi, M. H., & Eyada, M. (2001). Female genital mutilation and domestic violence among Egyptian women. *Journal of Sex & Marital Therapy, 27*(5), 593-598.
- Reiner, W. G. (2000, May 12). Cited in Study of children born without penises finds nature determines gender. Associated Press online.
- Reinisch, J. M. (1990). *The Kinsey Institute new report on sex: What you must know to be sexually literate*. New York: St. Martin's Press.
- Renzetti, C. M., et al. (2001). Sourcebook on violence against women. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Resick, P. A. (2003). Post hoc reasoning in possible cases of child sexual abuse: Just say no. *Clinical Psychology: Science & Practice, 10*(3), 349-351.
- Reynolds, A., & Caron, S. L. (2000). How intimate relationships are impacted when heterosexual men crossdress. *Journal of Psychology & Human Sexuality, 12*(3), 63-77.
- Reynolds, S. J., et al. (2004). Male circumcision and risk of HIV-1 and other sexually transmitted infections in India. *The Lancet, 363*(9414), 1039
- Ricci, E., Parazzini, F., & Pardi, G. (2000). Caesarean section and antiretroviral treatment. *The Lancet, 355*(9202), 496-502.
- Rice, M. E., Harris, G. T., & Quinsey, V. L. (1990). A follow-up of rapists assessed in a maximum-security psychiatric facility. *Journal of Interpersonal Violence, 5*, 435-448.
- Rice, M. E., Quinsey, V. L., & Harris, G. T. (1991). Sexual recidivism among child molesters released from a maximum security psychiatric institution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 381-386.
- Richters, J., Hendry, O., & Kippax, S. (2003). When safe sex isn't safe. *Culture, Health & Sexuality, 5*(1), 37-52.
- Rickwood, A. M. K., Kenny, S. E., & Donnell, S. C. (2000). Towards evidence based circumcision of English boys: Survey of trends in practice. *British Medical Journal, 321*, 792-793.
- Riggio, R. E., & Woll, S. B. (1984). The role of nonverbal cues and physical attractiveness in the selection of dating partners. *Journal of Social and Personal Relationships, 1*, 347-357.
- Rimm, E. (2000). Lifestyle may play role in potential for impotence. Paper presented to the annual meeting of the American Urological Association, Atlanta, May.
- Ring-Cassidy, E., & Gentles, I. (2002). *Women's health after abortion: The medical and psychological evidence*. The deVeber Institute.
- Roberts, D. (2000). Black women and the pill. *Family Planning Perspectives* online, 32(2).
- Robinson, J. N., Norwitz, E. R., Cohen, A. P., & Lieberman, E. (2000). Predictors of episiotomy use at first spontaneous vaginal delivery. *Obstetrics & Gynecology, 96*(2), 214-218.
- Roddy, R. E., et al. (1998). A controlled trial of Nonoxynol 9 film to reduce male-to-female transmission of sexually transmitted diseases. *New England Journal of Medicine, 339*, 504-510.
- Rodriguez, I., Greer, C. A., Mok, M. Y., & Mombaerts, P. (2000). A putative pheromone receptor gene expressed in human olfactory mucosa. *Nature Genetics, 26*(1), 18-19.
- Roesler, A., & Witzum, E. (2000). Pharmacotherapy of paraphilias in the next millennium. *Behavioral Sciences & the Law, 18*(1), 43-56.
- Romenesko, K., & Miller, E. M. (1989). The second step in double jeopardy: Appropriating the labor of female street hustlers. *Crime and Delinquency, 35*, 109-135.
- Rosen, R. C., & Laumann, E. O. (2003). The prevalence of sexual problems in women: How valid are comparisons across studies? Commentary on Bancroft, Loftus, and Long's (2003) "Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships." *Archives of Sexual Behavior, 32*(3), 209-211.
- Rosik, C. H. (2003). Motivational, ethical, and epistemological foundations in the treatment of unwanted homoerotic attraction. *Journal of Marital & Family Therapy, 29*(1), 13-28.
- Rösler, A., & Witzum, E. (1998). Treatment of men with paraphilia with a long-acting analogue of gonadotropin releasing hormone. *New England Journal of Medicine, 338*, 416-422.
- Rosman, J. P., & Resnick, P. J. (1989). Sexual attraction to corpses: A psychiatric review of necrophilia. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law, 17*, 153-163.
- Ross, J. L., Roeltgen, D., Feuillan, P., Kushner, H., & Cutler, W. B. (2000). Use of estrogen in young girls with Turner syndrome: Effects on memory. *Neurology, 54*(1), 164-170.
- Ross, M., & Need, J. (1989). Effects of adequacy of gender reassignment surgery on psychological adjustment: A follow-up of fourteen male-to-female patients. *Archives of Sexual Behavior, 18*, 145-153.
- Royce, R. A., Peña, A., Cates, W., Jr., & Cohen, M. S. (1997). Sexual transmission of HIV. *The New England Journal of Medicine, 336*, 1072-1078.
- Roze, P. D., & Koss, M. P. (2001). Rape: A century of resistance. *Psychology of Women Quarterly, 25*(4), 295-311.
- Rozin, P., & Fallon, A. (1988). Body image, attitudes to weight, and misperceptions of figure preferences of the opposite sex: A comparison of men and women in two generations. *Journal of Abnormal Psychology, 97*, 342-345.
- Rubin, A., & Adams, J. (1986). Outcomes of sexually open marriages. *Journal of Sex Research, 22*, 311-319.
- Rubin, A. J. (2000, June 18). Americans narrowing support for abortion. *The Los Angeles Times* online.
- Rusbult, C. E., Martz, J. M., & Agnew, C. R. (1998). The Investment Model Scale: Measuring commitment level, satisfaction level, quality of alternatives, and investment size. *Personal Relationships, 5*(4), 357-391.
- Rusbult, C. E., & Van Lange, P. A. M. (2003). Interdependence, interaction and relationships. *Annual Review of Psychology, 54*, 351-375.
- Russo, J. (2003). A new form of birth control pills. Retrieved on June 26, 2003, from www.ivilagehealth.com.
- Russo, N. F., Horn, J. D., & Schwartz, R. (1992). U.S. abortion in context: Selected characteristics and motivations of women seeking abortions. *Journal of Social Issues, 48*, 183-202.
- Sachar, E. (2003). Is cyberporn coming between you? *Ladies' Home Journal* online.
- Sadalla, E. K., Kenrick, D. T., & Vershure, B. (1987). Dominance and heterosexual attraction. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 730-738.
- Sadker, M., & Sadker, D. (1994). *How America's schools cheat girls*. New York: Scribners.
- Sadler, A. G., Booth, B. M., Nielson, D., & Doebbeling, B. N. (2000). Health-related consequences of physical and sexual violence:

- Women in the military. *Obstetrics & Gynecology*, 96(3), 473-480.
- Sagan, C., & Dryan, A. (1990, April 22). The question of abortion: A search for answers. *Parade Magazine*, pp. 4-8.
- Sagarin, B. J., Becker, D. V., Guadagno, R. E., Nicasle, L. D., & Millevoi, A. (2003). Sex differences (and similarities) in jealousy. The moderating influence of infidelity experience and sexual orientation of the infidelity. *Evolution & Human Behavior*, 24(1), 17-23.
- Sandroni, P. (2003). Cited in Downs, M., & Nazario, B. (2003, February 11). Aphrodisiacs through the ages. WebMD Features.
- Sanger, M. (1938). *Margaret Sanger: An autobiography*. New York: Norton.
- Sangrador, J. L., & Yela, C. (2000). "What is beautiful is loved": Physical attractiveness in love relationships in a representative sample. *Social Behavior & Personality*, 28(3), 207-218.
- Santelli, J. S., et al. (2003). Reproductive health in school-based health centers: Findings from the 1998-99 census of school-based health centers. *Journal of Adolescent Health*, 32(6), 443-451.
- Santtila, P., Sandnabba, N. K., Alison, L., & Nordling, N. (2002). Investigating the underlying structure in sadomasochistically oriented behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 31(2), 185-196.
- Sarrel, P., & Masters, W. (1982). Sexual molestation of men by women. *Archives of Sexual Behavior*, 11, 117-131.
- Savin-Williams, R. C., & Diamond, L. M. (2000). Sexual identity trajectories among sexual-minority youths: Gender comparisons. *Archives of Sexual Behavior*, 29(6), 607-627.
- Savitz, L., & Rosen, L. (1988). The sexuality of prostitutes: Sexual enjoyment reported by "streetwalkers." *Journal of Sex Research*, 24, 200-208.
- Saywitz, K. J., Mannarino, A. P., Berliner, L., & Cohen, J. A. (2000). Treatment for sexually abused children and adolescents. *American Psychologist*, 55(9), 1040-1049.
- Schafer, R. B., & Keith, P. M. (1990). Matching by weight in married couples: A life cycle perspective. *Journal of Social Psychology*, 130, 657-664.
- Schafran, L. H. (1995, August 26). Rape is still underreported. *The New York Times*, p. A19.
- Schellenberg, E. G., Hirt, J., & Sears, A. (1999). Attitudes toward homosexuals among students at a Canadian university. *Sex Roles*, 40(1-2), 139-152.
- Schiavi, R. C., et al. (1990). Healthy aging and male sexual function. *American Journal of Psychiatry*, 147, 766-771.
- Schieve, L. A., et al. (1999). Live-birth rates and multiple-birth risk using in vitro fertilization. *Journal of the American Medical Association*, 282, 1832-1838.
- Schmidt, P. J., et al. (1998). Differential behavioral effects of gonadal steroids in women with and in those without premenstrual syndrome. *New England Journal of Medicine*, 338, 209-216.
- Schmitt, D. P. (2003). Universal sex differences in the desire for sexual variety: Tests from 52 nations, 6 continents, and 13 islands. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(1), 85-104.
- Schmitt, D. P., Shackelford, T. K., Duntley, J., Tooke, W., & Buss, D. M. (2001). The desire for sexual variety as a key to understanding basic human mating strategies. *Personal Relationships*, 8(4), 425-455.
- Schmitt, M. T., Branscombe, N. R., & Postmes, T. (2003). Women's emotional responses to the pervasiveness of gender discrimination. *European Journal of Social Psychology*, 33(3), 297-312.
- Schonfeld, A. M., et al. (2001). Verbal and nonverbal fluency in children with heavy prenatal alcohol exposure. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(2), 239-246.
- Schott, R. L. (1995). The childhood and family dynamics of transvestites. *Archives of Sexual Behavior*, 24, 309-327.
- Schroder, M., & Carroll, R. A. (1999). New women: Sexological outcomes of male-to-female gender reassignment surgery. *Journal of Sex Education & Therapy*, 24(3), 137-146.
- Schroeder-Printzen, I., et al. (2000). Surgical therapy in infertile men with ejaculatory duct obstruction: Technique and outcome of a standardized surgical approach. *Human Reproduction*, 15, 1364-1368.
- Schwartz, I. M. (1993). Affective reactions of American and Swedish women to their first premarital coitus: A cross-cultural comparison. *Journal of Sex Research*, 30, 18-26.
- Schwartz, M. F., & Masters, W. H. (1984). The Masters and Johnson treatment program for dissatisfied homosexual men. *American Journal of Psychiatry*, 141, 173-181.
- Seftel, A. D., Oates, R. D., & Krane, R. J. (1991). Disturbed sexual function in patients with spinal cord disease. *Neurologic Clinics*, 9, 757-778.
- Segal, Z. V., & Marshall, W. L. (1985). Heterosexual social skills in a population of rapists and child molesters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 55-63.
- Seagraves, R. T., & Althof, S. (1998). Psychotherapy and pharmacotherapy of sexual dysfunctions. In P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 447-471). London: Oxford University Press.
- Seagraves, R. T., et al. (2001). Bupropion sustained release (SR) for the treatment of hypoactive sexual desire disorder (HSDD) in nondepressed women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(3), 303-316.
- Segrin, C., Powell, H. L., Givertz, M., & Brackin, A. (2003). Symptoms of depression, relational quality, and loneliness in dating relationships. *Personal Relationships*, 10(1), 25-36.
- Seidman, S. M. (2003). The aging male: Androgens, erectile dysfunction, and depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(Suppl 10), 31-37.
- Seiffge-Krenke, I., & Kuehnemund, M. (2001). Relationship experiences during adolescence: How important are they for predicting romantic outcomes in young adulthood? *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 33(2), 112-123.
- Seligman, L., & Hardenburg, S. A. (2000). Assessment and treatment of paraphilias. *Journal of Counseling & Development*, 78(1), 107-113.
- Sell, R. L., Wells, J. A., & Wypij, D. (1995). The prevalence of homosexual behavior and attraction in the United States, the United Kingdom, and France: Results of national, population-based samples. *Archives of Sexual Behavior*, 24, 235-248.
- Seltzer, R. (1992). The social location of those holding antihomosexual attitudes. *Sex Roles*, 26, 391-398.
- Selvin, B. W. (1993, June 1). Transsexuals are coming to terms with themselves and Society. *New York Newsday*, pp. 55, 58, 59.
- Semans, J. (1956). Premature ejaculation: A new approach. *Southern Medical Journal*, 49, 353-358.
- Sample, S. J., Patterson, T. L., & Grant, I. (2003). HIV-positive gay and bisexual men: Predictors of unsafe sex. *AIDS Care*, 15(1), 3-15.
- Seng, M. J. (1989). Child sexual abuse and adolescent prostitution: A comparative analysis. *Adolescence*, 24, 665-675.
- Servin, A., Nordenström, A., Larsson, A., & Bohlin, G. (2003). Prenatal androgens and gender-typed behavior: A study of girls with mild and severe forms of congenital adrenal hyperplasia. *Developmental Psychology*, 39(3), 440-450.
- Seto, M. C., Maric, A., & Barbaree, H. E. (2001). The role of pornography in the etiology of sexual aggression. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 35-53.
- Sex abuse victims in Boston Church estimated at over 1,000. (2003). *The New York Times* online.
- Shackelford, T. K., Buss, D. M., & Bennett, K. (2002). Forgiveness or breakup: Sex differences in responses to a partner's infidelity. *Cognition & Emotion*, 16(2), 299-307.
- Sharp, D. (2002). Telling the truth about sex. *Lancet*, 359(9312), 1084.
- Shaywitz, B. A., et al. (1995). Sex differences in the functional organization of the brain for language. *Nature*, 373, 607-609.
- Sheldon, J. P., & Parent, S. L. (2002). Clergy's attitudes and attributions of blame toward female rape victims. *Violence Against Women*, 8(2), 233-256.
- Shenon, P. (1995, July 15). New Zealand seeks causes of suicides by young. *The New York Times*, p. A3.
- Sherwin, B. B., Gelfand, M. M., & Brender, W. (1985). Androgen enhances sexual motivation in females: A prospective, crossover study of sex steroid administration in the surgical menopause. *Psychosomatic Medicine*, 47, 339-351.
- Shettles, L. (1982, June). Predetermining children's sex. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 172.
- Shibley-Hyde, J., & Durik, A. M. (2000). Gender differences in erotic plasticity: Evolutionary or sociocultural forces? Comment on Baumeister (2000). *Psychological Bulletin*, 126(3), 375-379.
- Shifren, J. L., et al. (2000). Transdermal testosterone treatment in women with impaired sexual function after oophorectomy. *The New England Journal of Medicine* online, 343(10), 682-688.

- Shipko, S. (2000, February 7). Antidepressants linked to sexual side effects. WebMD/Healthon.
- Shlipak, M. G., et al. (2000). Estrogen and progesterone, lipoprotein(a), and the risk of recurrent coronary heart disease events after menopause. *Journal of the American Medical Association*, 283, 1845-1852.
- Shukla, P. R., & Singh, R. H. (2000). Supportive psychotherapy in Dhat syndrome patients. *Journal of Personality & Clinical Studies*, 16(1), 49-52.
- Shultz, S. K., Scherman, A., & Marshall, L. J. (2000). Evaluation of a university-based date rape prevention program: Effect on attitudes and behavior related to rape. *Journal of College Student Development*, 41(2), 193-201.
- Shuster, S. M., & Sassaman, C. (1997). Genetic interaction between male mating strategy and sex ratio in a marine isopod. *Nature*, 388(6640), 373-377.
- Silber, S. J. (1991). *How to get pregnant with the new technology*. New York: Time Warner.
- Simonsen, G., Blazina, C., & Watkins, C. E., Jr. (2000). Gender role conflict and psychological well-being among gay men. *Journal of Counseling Psychology*, 47(1), 85-89.
- Simpson, J. L. (2000, June 1). Invasive diagnostic procedures for prenatal genetic diagnosis. *Journal Watch Women's Health*.
- Singer, J., & Singer, I. (1972). Types of female orgasm. *Journal of Sex Research*, 8, 255-267.
- Singh, D. (1994a). Body fat distribution and perception of desirable female body shape by young Black men and women. *International Journal of Eating Disorders*, 16(3), 289-294.
- Singh, D. (1994b). Is thin really beautiful and good? Relationship between waist-to-hip ratio (WHR) and female attractiveness. *Personality and Individual Differences*, 16(1), 123-132.
- Singh, D., Vidaurri, M., Zambarano, R. J., & Dabbs, J. M., Jr. (1999). Lesbian erotic role identification: Behavioral, morphological, and hormonal correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(6), 1035-1049.
- Singletary, K. W., & Gapstur, S. M. (2001). Alcohol and breast cancer: Review of epidemiologic and experimental evidence and potential mechanisms. *Journal of the American Medical Association*, 286, 2143-2151.
- Sipski, M. L., Alexander, C. J., & Rosen, R. (2001). Sexual arousal and orgasm in women. *Annals of Neurology*, 49(1), 35-44.
- Sirles, E. A., & Franke, P. J. (1989). Factors influencing mother's reactions to intrafamily sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 13, 131-139.
- Slovenko, R. (2001). Aphrodisiacs: Then and now. *Journal of Psychiatry & Law*, 29(1), 103-116.
- Smith, M. J., Schmidt, P. J., & Rubinow, D. R. (2003). Operationalizing DSM-IV criteria for PMDD: Selecting symptomatic and asymptomatic cycles for research. *Journal of Psychiatric Research*, 37(1), 75-83.
- Smock, P. J. (2000). *Annual Review of Sociology*. Cited in Nagourney, E. (2000, February 15). Study finds families bypassing marriage. *The New York Times*, p. F8.
- Solano, C. H., Batten, P. G., & Parish, E. A. (1982). Loneliness and patterns of self-disclosure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 524-531.
- Solomon, C. G., & Dluhy, R. G. (2003). Rethinking postmenopausal hormone therapy. *New England Journal of Medicine*, 348(7), 579-580.
- Sommerfeld, J. (2000, April 18). Lifting the curse: Should monthly periods be optional? MSNBC online.
- Spark, R. F. (1991). *Male sexual health: A couple's guide*. Mount Vernon, NY: Consumer Reports Books.
- Speckens, A. E. M., et al. (1995). Psychosexual functioning of partners of men with presumed non-organic erectile dysfunction: Cause or consequence of the disorder? *Archives of Sexual Behavior*, 24, 157-172.
- Spehr, M., et al. (2003). Identification of a testicular odorant receptor mediating human sperm chemotaxis. *Science*, 299(5615).
- Spiegel, D. (2001). Breast cancer: Society shapes an epidemic. *New England Journal of Medicine*, 334, 1337-1338.
- Spiro, M. E., (1965). *Children of the kibbutz*. New York: Schocken Books.
- Spitzer, R. L., et al. (1989). *DSM-III-R casebook*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Sprecher, S., Barbee, A., & Schwartz, P. (1995). "Was it good for you, too?" Gender differences in first sexual intercourse experiences. *The Journal of Sex Research*, 32, 3-15.
- Sprecher, S., Sullivan, Q., & Hatfield, E. (1994). Mate selection preferences: Gender differences examined in a national sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(6), 1074-1080.
- Spring, J. A. (1997). Cited in Alterman, E. (1997, November). Sex in the '90s. *Elle*, p. 130.
- Stake, J. E., & Hoffman, F. L. (2001). Changes in student social attitudes, activism, and personal confidence in higher education: The role of women's studies. *American Educational Research Journal*, 38(2), 411-436.
- Stanford, J. L., et al. (2000). Urinary and sexual function after radical prostatectomy for clinically localized prostate cancer: The Prostate Cancer Outcomes Study. *Journal of the American Medical Association*, 283, 354-360.
- Stangor, C., & Ruble, D. N. (1989). Differential influences of gender schemata and gender constancy on children's information processing and behavior. *Social Cognition*, 7, 353-372.
- Stanley, S. M., Bradbury, T. N., & Markman, H. J. (2000). Structural flaws in the bridge from basic research on marriage to interventions for couples. *Journal of Marriage & the Family*, 62(1), 256-264.
- Starr, B. D., & Weiner, M. B. (1981). *The Starr-Weiner report on sex and sexuality in the mature years*. New York: Stein & Day.
- Stearns, V., Beebe, K. L., Iyengar, M., & Dube, E. (2003). Paroxetine controlled release in the treatment of menopausal hot flashes. *Journal of the American Medical Association*, 289, 2827-2834.
- Steele, C. M., & Josephs, R. A. (1990). Alcohol myopia: Its prized and dangerous effects. *American Psychologist*, 45, 921-933.
- Stein, D. J., Black, D. W., Shapira, N. A., & Spitzer, R. L. (2001). Hypersexual disorder and preoccupation with Internet pornography. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1590-1594.
- Stein, Z., & Susser, M. (2000). The risks of having children in later life. *British Medical Journal*, 320(7251), 1681-1682.
- Steinhauer, J. (1995, July 6). No marriage, no apologies. *The New York Times*, pp. C1, C7.
- Stengers, J., Van Neck, A., & Hoffmann, K. (2001). *Masturbation: The history of a great terror*. (2001). New York: St. Martin's Press.
- Stenson, J. (2000). Laboring through the birthing options. MSNBC online.
- Stephan, C. W., & Bachman, G. F. (1999). What's sex got to do with it? Attachment, love schemas, and sexuality. *Personal Relationships*, 6(1), 111-123.
- Stephenson, J. (2000b). Widely used spermicide may increase, not decrease, risk of HIV transmission. *Journal of the American Medical Association* online, 284(8).
- Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, 93, 119-135.
- Sternberg, R. J. (1988). *The triangle of love: Intimacy, passion, commitment*. New York: Basic Books.
- Stolberg, S. G. (1998a, January 18). Quandary on donor eggs: What to tell the children. *The New York Times*, pp. 1, 20.
- Stolberg, S. G. (2003, October 3). Bill banning abortion procedure advances. *The New York Times*.
- Storms, M. D. (1980). Theories of sexual orientation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 783-792.
- Strager, S. (2003). What men watch when they watch pornography. *Sexuality & Culture: An Interdisciplinary Quarterly*, 7(1), 50-61.
- Strassberg, D. S., & Holty, S. (2003). An experimental study of women's Internet personal ads. *Archives of Sexual Behavior*, 32(3), 253-260.
- Streeter, S. A., & McBurney, D. H. (2003). Waist-hip ratio and attractiveness: New evidence and a critique of a "critical test." *Evolution & Human Behavior*, 24(2), 88-98.
- Strickland, B. R. (1995). Research on sexual orientation and human development: A commentary. *Developmental Psychology*, 31, 137-140.
- Struckman-Johnson, C. (1988). Forced sex on dates: It happens to men, too. *The Journal of Sex Research*, 24, 234-241.
- Sulak, P. J., et al. (2000). Hormone withdrawal symptoms in oral contraceptive users. *Obstetrics & Gynecology*, 95, 261-266.
- Sun, Y. (2001). Family environment and adolescents' well-being before and after parents' marital disruption: A longitudinal analysis. *Journal of Marriage & Family*, 63(3), 697-713.
- Swann, W. B., Jr., et al. (1987). Cognitive-affective crossfire: When self-consistency meets self-enhancement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 881-889.
- Symons, D. (1995). Cited in Goleman, D. (1995, June 14). Sex fantasy research said to neglect women. *The New York Times*, p. C14.

- Szabo, R., & Short, R. V. (2000). How does male circumcision protect against HIV infection? *British Medical Journal*, *320*, 1592-1594.
- Szasz, G., & Carpenter, C. (1989). Clinical observations in vibratory stimulation of the penis of men with spinal cord injury. *Archives of Sexual Behavior*, *18*, 461-474.
- Taha, E. T., et al. (2003). Short postexposure prophylaxis in newborn babies to reduce mother-to-child transmission of HIV-1: NVAZ randomised clinical trial. *The Lancet*, *362*(9391), 1171-1177.
- Tan, R. S. (2001). *The andropause mystery: Unraveling truths about the male menopause*. Houston, TX: Amred Publishing.
- Tan, R. S. Managing the andropause in aging men. *Clinical Geriatrics*. Retrieved March 23, 2002, from <http://www.mmhc.com/cg/articles/CG9907/Tan.html>
- Tan, R. S., & Culberson, J. W. (2003). An integrative review on current evidence of testosterone replacement therapy for the andropause. *Maturitas*, *45*(1), 15-27.
- Tanfer, K., Grady, W. R., Klepinger, D. H., & Billy, J. O. G. (1993). Condom use among U.S. men, 1991. *Family Planning Perspectives*, *25*, 61-66.
- Tang, C. S., Critelli, J. W., & Porter, J. F. (1995). Sexual aggression and victimization in dating relationships among Chinese college students. *Archives of Sexual Behavior*, *24*, 47-53.
- Tang, M. C., Weiss, N. S., & Malone, K. E. (2000). Induced abortion in relation to breast cancer among parous women: A birth certificate registry study. *Epidemiology*, *11*(2), 177-180.
- Tashima, K. T., & Carpenter, C. C. J. (2003). Fusion inhibition-A major but costly step forward in the treatment of HIV-1. *New England Journal of Medicine*, *348*(22), 2249-2250.
- Tashiro, T., & Frazier, P. (2003). "I'll never be in a relationship like that again": Personal growth following romantic relationship breakups. *Personal Relationships*, *10*(1), 113-128.
- Taylor, C. (2000, June 26). Looking online. *Time*, *155*(26), 60-61.
- Tedeschi, J. T., & Felson, R. B. (1994). *Violence, aggression, and coercive actions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Teen dies after complications from abortion pill. (2003, September 22). Associated Press.
- Terry, D. J., Mayocchi, L., & Hynes, G. J. (1996). Depressive symptomology in new mothers: A stress and coping perspective. *Journal of Abnormal Psychology*, *105*, 220-231.
- Thompson, D. S. (1993) (Ed.). *Every woman's health: The complete guide to body and mind*. New York: Simon & Schuster.
- Thompson, J. K., & Tantleff, S. (1992). Female and male ratings of upper torso: Actual, ideal, and stereotypical conceptions. *Journal of Social Behavior and Personality*, *7*, 345-354.
- Thompson, M. E. (1991). Self-defense against sexual coercion: Theory, research, and practice. In E. Grauerholz & M. A. Koralewski (Eds.), *Sexual coercion: A sourcebook on its nature, causes, and prevention* (pp. 111-121). Lexington, MA: Lexington Books.
- Thornhill, R., & Palmer, C. (2000). *A natural history of rape: Biological bases of sexual coercion*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Tizabi, Y., Russell, L. T., Nespor, S. M., Perry, D. C., & Grunberg, N. E. (2000). Prenatal nicotine exposure: Effects on locomotor activity and central[α -BT binding in rats. *Pharmacology, Biochemistry & Behavior*, *66*(3), 495-500.
- Torpy, J. M., Lynn, C., & Glass, R. M. (2003). Perimenopause: Beginning of menopause. *Journal of the American Medical Association*, *289*, 940.
- Townsend, J. M. (1995). Sex without emotional involvement: An evolutionary interpretation of sex differences. *Archives of Sexual Behavior*, *24*, 173-206.
- Trudel, G., Turgeon, L., & Piche, L. (2000). Marital and sexual aspects of old age. *Sexual & Relationship Therapy*, *15*(4), 381-406.
- Trujillo, C. (Ed.). (1991). *Chicana lesbians: The girls our mothers warned us about*. Berkeley, CA: Third Woman Press.
- Tseng, W., et al. (1992). Koro epidemics in Guangdong, China: A questionnaire survey. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *180*, 117-123.
- Tucker, J. S., & Anders, S. L. (1999). Attachment style, interpersonal perception accuracy, and relationship satisfaction in dating couples. *Personality & Social Psychology Bulletin*, *25*(4), 403-412.
- Tuiten, A., et al. (2000). Time course of effects of testosterone administration on sexual arousal in women. *Archives of General Psychiatry*, *57*, 149-153.
- Tunari, A. D., & Reavey, P. (2003). Men in love: Living with sexual boredom. *Sexual & Relationship Therapy*, *18*(1), 63-94.
- Udry, J. R. (2001). Feminist critics uncover determinism, positivism, and antiquated theory. *American Sociological Review*, *66*(4), 611-618.
- Udry, J. R., & Billy, J. O. G. (1987). Initiation of coitus in early adolescence. *American Sociological Review*, *52*, 841-855.
- Udry, J. R., Talbert, L., & Morris, N. M. (1986). Biosocial foundations for adolescent female sexuality. *Demography*, *23*(2), 217-230.
- Udry, J., et al. (1985). Serum androgenic hormones motivate sexual behavior in adolescent boys. *Fertility and Sterility*, *43*, 90-94.
- UNAIDS. (2002, July 2). AIDS will claim 70 million by 2022. Reuters.
- United Nations Special Session on AIDS. (2001, June 25-27). Preventing HIV/AIDS among young people. New York: United Nations.
- U.S. Bureau of the Census. (1998). *Statistical abstract of the United States*, 118th ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Bureau of the Census. (Internet release date: 1999, January 7). Marital status of the population 15 years old and over, by sex and race: 1950 to present.
- U.S. Bureau of the Census. (2000). *Statistical abstract of the United States*, 120th ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Department of Health and Human Services. (USDHHS). (2003, April 14). Births-Method of delivery. *National Vital Statistics Reports*, *51*(2). National Center for Health Statistics. Centers for Disease Control and Prevention. <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/delivery.htm>
- U.S. Department of Justice. (1986). *Attorney general's commission on pornography: Final report*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Department of Justice. (2003) Office of Justice Programs. Bureau of Justice Statistics. <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/cvict.htm>
- U.S. Merit Systems Protection Board. (1981). *Sexual harassment in the federal workplace: Is it a problem?* Washington, DC: Office of Merit Systems Review and Studies.
- Vandello, J. A., & Cohen, D. (2003). Male honor and female fidelity: Implicit cultural scripts that perpetuate domestic violence. *Journal of Personality & Social Psychology*, *84*(5), 997-1010.
- Van der Velde, F. W., van der Pligt, J., & Hooykaas, C. (1994). Perceiving AIDS-related risk: Accuracy as a function of differences in actual risk. *Health Psychology*, *13*, 25-33.
- van de Vijver, M. J., et al. (2002). A gene-expression signature as a predictor of survival in breast cancer. *The New England Journal of Medicine*, *347*(25), 1999-2009.
- Van Lange, P. A. M., et al. (1997). Willingness to sacrifice in close relationships. *Journal of Personality & Social Psychology*, *72*(6), 1373-1395.
- Van Minnen, A., & Kampman, M. (2000). The interaction between anxiety and sexual functioning: A controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders. *Sexual & Relationship Therapy*, *15*(1), 47-57.
- Van Wie, V. E., & Gross, A. M. (2001). The role of woman's explanations for refusal on men's ability to discriminate unwanted sexual behavior in a date rape scenario. *Journal of Family Violence*, *16*(4), 331-344.
- Varas-Lorenzo, C., Garcia-Rodriguez, L. A., Perez-Gutthann, S., & Duque-Oliart, A. (2000). Hormone replacement therapy and incidence of acute myocardial infarction: A population-based nested case-control study. *Circulation* online, *101*.
- Vastag, B. (2003). Many questions, few answers for testosterone replacement therapy. *Journal of the American Medical Association*, *289*, 971-972.
- Veniegas, R. C., & Peplau, L. A. (1997). Power and the quality of same-sex friendships. *Psychology of Women Quarterly*, *21*(2), 279-297.
- Vik, P. W., Carrello, P., Tate, S. R., & Field, C. (2000). Progression of consequences among heavy-drinking college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, *14*(2), 91-101.
- Vinacke, W., et al. (1988). Similarity and complementarity in intimate couples. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, *114*, 51-76.
- Voelker, R. (2000). Advisory on contraceptives. *Journal of the American Medical Association* online, *284*(8).
- Von Krafft-Ebbing, R. (1978). *Psychopathia sexualis*. Philadelphia: F. A. Davis. (Original work published 1886)

- Vorauer, J. D., Cameron, J. J., Holmes, J. G., & Pearce, D. G. (2003). Invisible overtures: Fears of rejection and the signal amplification bias. *Journal of Personality & Social Psychology*, 84(4), 793-812.
- Voyer, D., Voyer, S., & Bryden, M. P. (1995). Magnitude of sex differences in spatial abilities: A meta-analysis and consideration of critical variables. *Psychological Bulletin*, 117, 250-270.
- Wade, T. D., Bulik, C. M., Neale, M., & Kendler, K. S. (2000). Anorexia nervosa and major depression: Shared genetic and environmental risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 157(3), 469-471.
- Wagstaff, D. A., Abramson, P. R., & Pinkerton, S. D. (2000). Research in human sexuality. In L. T. Szuchman & F. Muscarella (Eds.), *Psychological perspectives on human sexuality*. (pp. 3-59). New York: Wiley.
- Waismann, R., Fenwick, P. B. C., Wilson, G. D., Hewett, T. D., & Lumsden, J. (2003). EEG responses to visual erotic stimuli in men with normal and paraphilic interests. *Archives of Sexual Behavior*, 32(2), 135-144.
- Waldinger, M. D., et al. (2002). The selective serotonin re-uptake inhibitors fluvoxamine and paroxetine differ in sexual inhibitory effects after chronic treatment. *Psychopharmacology*, 160(3), 283-289.
- Waldinger, M. D., Zwinderman, A. H., & Olivier, B. (2001). Antidepressants and ejaculation: A double-blind, randomized, placebo-controlled, fixed-dose study with paroxetine, sertraline and nefazodone. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21(3), 293-297.
- Wallerstein, J. S., & Blakeslee, S. (1989). *Second chances: Women and children a decade after divorce*. New York: Ticknor & Fields.
- Walz, T. (2002). Cronos, dirty old men, sexy seniors: Representations of sexuality of older persons. *Journal of Aging & Identity*, 7(2), 99-112.
- Wang, S., Fuh, J., Lu, S., Juang, K., & Wang, P. (2003). Migraine prevalence during menopausal transition. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 43(5), 470-478.
- Warner, D. L., & Hatcher, R. A. (1998). Male condoms. In R. A. Hatcher et al. (1998), *Contraceptive technology*, 17th rev. ed. (pp. 325-356). New York: Ardent Media.
- Waterman, J., & Lusk, R. (1986). Scope of the problem. In K. MacFarlane et al. (Eds.), *Sexual abuse of young children: Evaluation and treatment* (pp. 3-14). New York: Guilford Press.
- Watts, C., & Zimmerman, C. (2002). Violence against women: Global scope and magnitude. *Lancet*, 359(9313), 1232-1237.
- Weinberg, M. S., Williams, C. J., & Moser, C. (1984). The social constituents of sadomasochism. *Social Problems*, 31, 379-389.
- Weinberg, T. S. (1987). Sadomasochism in the United States: A review of recent sociological literature. *Journal of Sex Research*, 23, 50-69.
- Weinberg, T. S., & Bullough, V. L. (1986). *Women married to transvestites: Problems and adjustments*. Paper presented at the annual meeting of the Society for the Study of Social Problems, New York.
- Weinberg, T. S., & Bullough, V. L. (1988). Alienation, self-image, and the importance of support groups for the wives of transvestites. *Journal of Sex Research*, 24, 262-268.
- Weinrich, J. D., & Klein, F. (2002). Bi-gay, bi-straight, and bi-bi: Three bisexual subgroups identified using cluster analysis of the Klein Sexual Orientation Grid. *Journal of Bisexuality*, 2(4), 109-139.
- Weiss, D. L. (1983). Affective reactions of women to their initial experience of coitus. *Journal of Sex Research*, 19, 209-237.
- Weiss, R. D., & Mirin, S. M. (1987). *Cocaine*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Wennerholm, U-B., et al. (2000). Incidence of congenital malformations in children born after ICSI. *Human Reproduction*, 15, 944-948.
- Whalen, R. E., Geary, D. C., & Johnson, F. (1990). Models of sexuality. In D. P. McWhirter, S. A. Sanders, & J. M. Reinisch (Eds.), *Homosexuality/Heterosexuality: Concepts of sexual orientation* (pp. 61-70). New York: Oxford University Press.
- Whipple, B., & Komisaruk, B. R. (1988). Analgesia produced in women by genital self-stimulation. *Journal of Sex Research*, 24, 130-140.
- Whitley, B. E., Jr. (1983). Sex role orientation and self-esteem: A critical meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 765-788.
- Whitley, B. E., Jr., & Kite, M. E. (1995). Sex differences in attitudes toward homosexuality. *Psychological Bulletin*, 117, 146-154.
- Whitten, P. (2001). *Anthropology: Contemporary perspectives*, 8th ed. Boston: Allyn & Bacon.
- Wieselquist, J., Rusbult, C. E., Foster, C. A., & Agnew, C. R. (1999). Commitment, pro-relationship behavior, and trust in close relationships. *Journal of Personality & Social Psychology*, 77(5), 942-966.
- Wilcox, A. J., et al. (1995). Timing of sexual intercourse in relation to ovulation: Effects on the probability of conception, survival of the pregnancy, and sex of the baby. *New England Journal of Medicine*, 333, 1517-1521.
- Wilcox, A. J., Dunson, D., & Baird, D. D. (2000). The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: Day-specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal*, 321, 1259-1262.
- Wilcox, B. L. (1987). Pornography, social science and politics: When research and ideology collide. *American Psychologist*, 42, 941-943.
- Wilford, J. N. (1992, November 17). Clues etched in bone debunk theory of a plague's spread. *The New York Times*, p. C1, C8.
- Wilkinson, S. (2003, March 31). Odor receptors may attract sperm to eggs. *CENEAR*, 81(13), 10.
- Williams, D. E., & D'Alessandro, J. D. (1994). A comparison of three measures of androgyny and their relationship to psychological adjustment. *Journal of Social Behavior and Personality*, 9(3), 469-480.
- Williams, J. E., & Best, D. L. (1994). Cross-cultural views of women and men. In W. J. Lonner & R. Malpass (Eds.), *Psychology and culture*. Boston: Allyn & Bacon.
- Williams, M. (1999, June 15). Study: Patch could restore sex drive. *The Associated Press*.
- Williams, M. E. (Ed.). (2001). *Abortion: Opposing viewpoints*. Greenhaven Press.
- Williamson, C., & Cluse-Tolar, T. (2002). Pimp-controlled prostitution: Still an integral part of street life. *Violence Against Women*, 8(9), 1074-1092.
- Willis, R. J., & Michael, R. T. (1994). Innovation in family formation: Evidence on cohabitation in the United States. In J. Eruiisch & K. Ogawa (Eds.), *The family, the market and the state in aging societies*. London: Oxford University Press.
- Wilson, W., et al. (2000). Brain morphological changes and early marijuana use: A magnetic resonance and positron emission tomography study. *Journal of Addictive Diseases*, 19(1), 1-22.
- Wingood, G. M., & DiClemente, R. J. (Eds.). (2002). *Handbook of women's sexual and reproductive health*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Wiswell, T. (2003). Cited in Liptak, A. (2003, January 23). Circumcision opponents use the legal system and legislatures. *The New York Times* online.
- Wolman, T. (1985). Drug addiction. In M. Farber (Ed.), *Human sexuality* (pp. 277-285). New York: Macmillan.
- Women might mark millennium with "orgasm pill." (1998, June 6). Reuters News Agency online.
- Women's-Health. (2003, July 4). <http://www.womens-health.co.uk/ectopic.htm>
- Wood, E., et al. (2000). Extent to which low-level use of antiretroviral treatment could curb the AIDS epidemic in sub-Saharan Africa. *The Lancet*, 355, 2095-2100.
- Wood, N. S., et al. (2000). Neurologic and developmental disability after extremely preterm birth. *The New England Journal of Medicine* online, 343(6).
- Wooster, R., & Weber, B. L. (2003). Genomic medicine: Breast and ovarian cancer. *New England Journal of Medicine*, 348, 2339-2347.
- Wortman, C. B., et al. (1976). Self-disclosure: An attributional perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33, 184-191.
- Wyatt, G. E. (1985). The sexual abuse of Afro-American and white American women in childhood. *Child Abuse and Neglect*, 9, 507-519.
- Wyatt, G. E. (1989). Reexamining factors predicting Afro-American and white American women's age at first coitus. *Archives of Sexual Behavior*, 18, 271-298.
- Wyatt, G. E., Peters, S. D., & Guthrie, D. (1988a). Kinsey revisited, Part I: Comparisons of the sexual socialization and sexual behavior of white women over 33 years. *Archives of Sexual Behavior*, 17(3), 201-209.
- Wyatt, G. E., Peters, S. D., & Guthrie, D. (1988b). Kinsey revisited, Part II: Comparisons of the sexual socialization and sexual behavior of black women over 33 years. *Archives of Sexual Behavior*, 17(4), 289-332.
- Yaffe, K., Haan, M., Byers, A., Tangen, C., & Kuller, L. (2000). Estrogen use, APOE, and cognitive decline: Evidence of gene-environment interaction. *Neurology*, 54(10), 1949-1953.

- Yarber, W. L., Torabi, M. R., & Veenker, C. H. (1989). Development of a three-component sexually transmitted diseases attitude scale. *Journal of Sex Education & Therapy, 15*, 36-49.
- Yela, C. (2000). Predictors of and factors related to loving and sexual satisfaction for men and women. *European Review of Applied Psychology, 50*(1), 235-243.
- Young, M., Denny, G., Luquis, R., & Young, T. (1998). Correlates of sexual satisfaction in marriage. *Canadian Journal of Human Sexuality, 7*(2), 115-127.
- Zamboni, B. D., & Crawford, I. (2002). Using masturbation in sex therapy: Relationships between masturbation, sexual desire, and sexual fantasy. *Journal of Psychology & Human Sexuality, 14*(2-3), 123-141.
- Zaviacic, M., & Whipple, B. (1993). Update on the female prostate and the phenomenon of female ejaculation. *Journal of Sex Research, 30*, 148-151.
- Zaviacic, M., et al. (1988a). Concentrations of fructose in female ejaculate and urine: A comparative biochemical study. *Journal of Sex Research, 24*, 319-325.
- Zaviacic, M., et al. (1988b). Female urethral expulsions evoked by local digital stimulation of the G-spot: Differences in the response patterns. *Journal of Sex Research, 24*, 311-318.
- Zeichner, A., Parrott, D. J., & Frey, F. C. (2003). Gender differences in laboratory aggression under response choice conditions. *Aggressive Behavior, 29*(2), 95-106.
- Zelenski, J. M., Rusting, C. L., & Larsen, R. J. (2003). Consistency in the time of experimental participation and personality correlates. *Personality & Individual Differences, 34*(4), 547-558.
- Zhou, Z., Bray, M. A., Kehle, T. J., & Xin, T. (2001). Similarity of deleterious effects of divorce on Chinese and American children. *School Psychology International, 22*(3), 357-363.
- Zielbauer, P. (2000, May 22). Sex offender listings on Web set off debate. *The New York Times* online.
- Zilbergeld, B. (1999). *The new male sexuality*, rev. ed. New York: Bantam Doubleday Dell.
- Zillmann, D. (1989). Effects of prolonged consumption of pornography. In D. Zillmann & J. Bryant (Eds.), *Pornography: Research advances and policy considerations* (pp. 127-157). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Zillmann, D., & Bryant, J. (1984). Effects of massive exposure to pornography. In N. M. Malamuth & E. Donnerstein (Eds.), *Pornography and sexual aggression* (pp. 115-138). New York: Academic Press.
- Zimmer, D., Borchardt, E., & Fischle, C. (1983). Sexual fantasies of sexually distressed and nondistressed men and women: An empirical investigation. *Journal of Sex and Marital Therapy, 9*, 38-50.
- Zucker, K. J. (1999). Intersexuality and gender identity differentiation. *Annual Review of Sex Research, 10*, 1-69.
- Zucker, K. J., et al. (1996). Psychosexual development of women with congenital adrenal hyperplasia. *Hormones and Behavior, 30*(4), 300-318.
- Zugar, A. (1998, August 18). Many prostitutes suffer combat disorder, study finds. *The New York Times* online.

Créditos de las fotografías

Capítulo 1: p. 1, Getty Images-Photodisc; p. 14, © Bettmann/CORBIS; p. 17, Kent Meireis/The Image Works; p. 22, © Michael Birkhead/OSF/Animals Animals; p. 26, © LWA-Dann Tardif/CORBIS. **Capítulo 2:** p. 31 (de arriba abajo) Ryan McVay/Photodisc Green/Getty Images; Getty Images, Inc.-Photodisc; © Royalty-Free/CORBIS; © Ariel Skelley/CORBIS; p. 36, Catherine Leroy/SIPA Press; p. 45, John Giannicchi/Science Source/Photo Researchers; p. 65, Photodisc Blue/Getty Images. **Capítulo 3:** p. 67, (de arriba abajo) Comstock Royalty Free Division; BananaStock/Alamy; Digital Vision Ltd.; Stewart Cohen/Photographer's Choice/Getty Images; p. 70, (izquierda y derecha) © Joel Gordon/Joel Gordon Photography 2004, (centro) Custom Medical Stock Photo; p. 74, Corbis Digital Stock; p. 76, Professor P. Motta/Dept. of Anatomy/Rome University/SPL/Science Source/Photo Researchers. **Capítulo 4:** p. 89, (de arriba abajo) © Royalty-Free/CORBIS, Photodisc Blue/Getty Images, (las dos de abajo) Getty Images-Photodisc; p. 91, Luc Beziat/Stone/Getty Images; p. 92, © LWA/CORBIS; p. 97, Bruce Lee Smith/Liaison/Getty Images; p. 101, © Cheryl Maeder/CORBIS. **Capítulo 5:** p. 119, BananaStock/Alamy; pp. 124 y 125, (ambas) de John Money, *Sex Errors of the Body and Related Syndromes: A Guide for Counseling Children, Adolescents and Their Families*, 1994, p. 128, cortesía de Jayne Thomas; p. 131, Kevin Horan/Stone/Getty Images; p. 136, © José Luis Peláez, Inc./CORBIS; p. 140, Tony Freeman/PhotoEdit. **Capítulo 6:** p. 153, (tres superiores) Getty Images-Photodisc, (abajo) © 1998 EyeWire, Inc.; p. 156, (ambas) D. Perrett, K. May and S. Yoshikawa, University of St. Andrews/SPL/Science Source/Photo Researchers; pp. 158 y 159, (superior izquierda) Adam Wolfitt/Woodfin Camp & Associates, (superior centro) Fred Prouser/Reuters/Archive Photos/Getty Images, (superior derecha) Claus Meyer/Black Star, (inferior izquierda) Mitch Kezar/Black Star, (inferior derecha) Nicholas DeVore III/Network Aspen; p. 161, (izquierda) Frank Siteman/Stock Boston, (derecha) Michael Newman/PhotoEdit; p. 162, David Young-Wolff/PhotoEdit; p. 165, Dana Edmunds/Taxi, Getty Images. **Capítulo 7:** p. 176, (de arriba abajo) Getty Images-Photodisc; Comstock Royalty Free Division; Corbis Royalty Free; Getty Images-Photodisc; p. 180, Digital Vision/Getty Images; p. 183, cortesía de Fox Broadcasting Co.; p. 184, David Young-Wolff/PhotoEdit; p. 186, Edward Ward/Hulton Archive/Getty Images; p. 190, Ron Chapple/Taxi/Getty Images; p. 196, Brown W. Cannon III/Stone/Getty Images. **Capítulo 8:** p. 205, (dos superiores) Getty Images-Photodisc, (tercera desde arriba) Comstock Royalty Free Division, (inferior) Getty Images-Photodisc; p. 217, Photodisc Red/Getty Images. **Capítulo 9:** p. 231, (de arriba abajo) Digital Vision Ltd, Image Source/Alamy, © Jon; p. 245, Rommel Pecson/The Image Works; p. 260, Michael Newman/PhotoEdit. **Capítulo 10:** p. 263, (de arriba abajo) Digital Vision Ltd; p. 266, Ericka McConnell/Taxi/Getty Images; p. 274, David Harry Stewart/Stone/Getty Images; p. 279, David Young-Wolff/PhotoEdit; p. 285, Michael Newman/PhotoEdit. **Capítulo 11:** p. 293, (de arriba abajo) Getty Images-Photodisc; p. 295, Frank Herboldt/Stone/Getty Images; p. 296, Frank Siteman/Stone/Getty Images; p. 307, © Matt A. Brown/NewSport/CORBIS; p. 312, Bob Daemrlich/The Image Works; p. 315, Laurence Monneret/Stone/Getty Images. **Capítulo 12:** p. 327, (superior y tercera desde arriba) Thinkstock from Index Stock Imagery; (segunda desde arriba) Getty Images-Photodisc; (inferior) Corbis Digital Stock; p. 330, Michael Newman/PhotoEdit; p. 340, Robert A. Mitchell/Stone/Getty Images; p. 347, G. Thomas Bishop/Custom Medical Stock Photo; p. 348, Johnny Crawford/The Image Works; p. 350, cortesía de UroMetrics, Inc.; **Capítulo 13:** p. 361, (de arriba abajo) DavidYoung-Wolff/PhotoEdit; Guy Somerset/Alamy; Dorling Kindersley; © Zen Icknow/CORBIS; p. 364, © Mark Peterson/CORBIS; p. 365, Lee Snider/The Image Works; p. 372, David Apple/Fox Searchlight/PhotoFest; p. 376, Bill Aron/PhotoEdit; p. 380, Bob Daemrlich/The Image Works. **Capítulo 14:** p. 389, (superior) Reuters/Landov Photo; (segunda desde arriba) © Gilles Fonlupt/CORBIS, (tercera desde arriba e inferior) © Royalty-Free/CORBIS; p. 393 © Reuters NewMedia Inc./CORBIS; p. 394, Carolina Kroon; p. 407, AP/Wide World Photos; p. 408, cortesía de La Porte County Child Abuse Prevention Council. **Capítulo 15:** p. 427, (de arriba abajo) Corbis Digital Stock; © Royalty-Free/CORBIS, Taff/Alamy; *Mujer subiéndose las medias* de Henri Toulouse-Lautrec; © Archivo Iconográfico, S.A./CORBIS; p. 429, © Najlah Feanny/CORBIS SABA; p. 437, © Neema Frederic/CORBIS SYGMA, p. 438, (izquierda) AP/Wide World Photos, (derecha) © PierreDucharme/Reuters/CORBIS.

Créditos de las imágenes

Preliminares: Digital Vision Ltd., Getty Images-Photodisc, Marc Romanelli/Alamy, Dorling Kindersley, Thinkstock de Index Stock Imagery, EyeWire Collection, Corbis Digital Stock, Zen Icknow/CORBIS. **Capítulo 1:** Digital Vision Ltd., Getty Images-Photodisc, Lisa Peardon/Taxi, Dale H. Eckerman, Jr.; Bettmann, Kent Meireis/The Image Works, Michael Birkhead/OSF/Animals Animals, LWA-Dann Tardif/CORBIS. **Capítulo 2:** Christa Knijff/Alamy, Ryan McVay/Photodisc Green/Getty Images; Getty Images, Inc.-Photodisc, CORBIS, Ariel Skelley, Susan Lerner 1999/Joel Gordon Photography 2004, Catherine Leroy/SIPA Press, John Giannicchi/Science Source/Photo Researchers, Custom Medical Stock Photo, Robin Nelson/PhotoEdit, George Gardner/The Image Works, Mark Richards/PhotoEdit, Photodisc Blue. **Capítulo 3:** Getty Images-Photodisc, Comstock Royalty Free Division, BananaStock/Alamy, Digital Vision Ltd., Stewart Cohen/Photographer's Choice, Joel Gordon/Joel Gordon Photography 2004, Custom Medical Stock Photo, Corbis Digital Stock, Professor P. Motta/Dept. of Anatomy/Rome University/SPL/Science Source/Photo Researchers, Jack Clark/Animals Animals, AP/Wide World Photos. **Capítulo 4:** CORBIS, Photodisc Blue/Getty Images-Photodisc, David Thompson/OSF/Animals Animals, Luc Beziat/Stone, AP/Wide World Photos, Bruce Lee Smith/Liaison, Cheryl Maeder. **Capítulo 5:** BananaStock/Alamy, Dorling Kindersley, Marc Romanelli, John Karapelou, CMI/Phototake, John Money, Jayne Thomas, Kevin Horan/Stone/Getty Images, José Luis Peláez, Inc./CORBIS, Tony Freeman/PhotoEdit. **Capítulo 6:** Getty Images-Photodisc, EyeWire, D. Perrett, K. May y S. Yoshikawa, University of St. Andrews/SPL/Science Source/Photo Researchers, Adam Wolfitt/Woodfin Camp & Associates, Fred Prouser/Reuters/Archive Photos/Getty Images, Claus Meyer/Black Star, Mitch Kezar, Nicholas DeVore III/Network Aspen, Frank Siteman/Stock Boston, Michael Newman/PhotoEdit, David Young-Wolff, Dana Edmunds/Taxi. **Capítulo 7:** Getty Images-Photodisc, Comstock, Corbis, Roy McMahon/CORBIS, Digital Vision/Getty Images, Fox Broadcasting Co., David Young-Wolff/PhotoEdit, Edward Ward/Hulton Archive, Ron Chapple/Taxi, Brown W. Cannon III/Stone. **Capítulo 8:** EyeWire Collection/Getty Images-Photodisc, Comstock, Photodisc Red. **Capítulo 9:** Digital Vision Ltd., Image Source/Alamy, Jon Feingersh/CORBIS, Getty Images-Photodisc, Jonathan Nourok/PhotoEdit, Rommel Pecson/The Image Works, Conde Nast Publications, AP/Wide World Photos, Karen Beard/Stone/Getty Images, Michael Newman/PhotoEdit. **Capítulo 10:** Getty Images-Photodisc, Digital Vision Ltd., EyeWire Collection, Ericka McConnell/Taxi/Getty Images, Michael Newman/PhotoEdit, David Harry Stewart/Stone, David Young-Wolff/PhotoEdit, Cleo Photography. **Capítulo 11:** Getty Images-Photodisc, Frank Herboldt/Stone/Getty Images, Frank Siteman, Matt A. Brown/NewSport/CORBIS, Bob Daemrlich/The Image Works, Laurence Monneret. **Capítulo 12:** Getty Images-Photodisc, Thinkstock from Index Stock Imagery, Corbis Digital Stock, Michael Newman/PhotoEdit, Paul Gauguin. *And the gold of their bodies.* Photo: B. Hatala. Musée d'Orsay, Paris, Francia. Reunion des Musées Nationaux/Art Resource/NY, Robert A. Mitchell/Stone/Getty Images, G. Thomas Bishop/Custom Medical Stock Photo, Johnny Crawford/The Image Works, UroMetrics, Inc., Pfizer Inc./CDMI. **Capítulo 13:** Ron Chapple/Taxi/Getty Images, DavidYoung-Wolff/PhotoEdit, Guy Somerset/Alamy, Dorling Kindersley, Zen Icknow/CORBIS, Mark Peterson, Lee Snider/The Image Works, Upskirtsniper.com, David Apple/Fox Searchlight/PhotoFest, Bill Aron/PhotoEdit, Bob Daemrlich. **Capítulo 14:** Strauss/Curtis/CORBIS, Reuters/Landov Photo, Gilles Fonlupt, Globe Photos, AP/Wide World Photos, Richard Pasley/Stock Boston, Reuters NewMedia Inc., Carolina Kroon, La Porte County Child Abuse Prevention Council. **Capítulo 15:** Corbis Digital Stock, CORBIS, Taff/Alamy, *Woman Stretching Stockings* by Henri, de Toulouse-Lautrec, Archivo Iconográfico, S.A., Todd Haimann, Najlah Feanny/CORBIS SABA, Paul Chesley/Stone/Getty Images, Neema Frederic/CORBIS SYGMA, AP/Wide World Photos, PierreDucharme/Reuters, Justin Guariglia/Contact Press Images.

Este manual sobre **Sexualidad humana** es la traducción de la 6.ª edición, actualizada en 2005. Además, incluye aportaciones de los autores españoles más relevantes en cada uno de los aspectos tratados, lo que supone un acercamiento a los problemas planteados en la realidad hispanohablante.

Este libro abarca todos los temas sexológicos fundamentales, presentándolos de forma organizada y estructurada. Entre sus virtudes desatacan su actualización, la fundamentación de sus contenidos, la forma sencilla y clara de exposición y la perspectiva con que está escrito, desde el pensamiento analítico o *critical thinking*, que continuamente provoca al estudiante o lector para que piense por sí mismo. Especialmente interesante es la combinación de conocimientos científicos con las discusiones más actuales, en relación con numerosos temas sobre sexualidad. Los contenidos y la forma de tratarlos tienen en cuenta la enorme diversidad que admite la sexualidad humana, quedando claro que no hay una sola forma de vivir la sexualidad. El manual, en este sentido, es un «canto a la diversidad».

El lector encontrará en la página web asociada al libro multitud de recursos complementarios con los que podrá aprovechar al máximo los conocimientos que aporta este clásico de la psicología de la sexualidad.

Los autores son catedráticos y profesores de reconocido prestigio en EUA. El prologuista y revisor técnico de la traducción, así como coordinador de la adaptación, es catedrático de Psicología de la Sexualidad en la Universidad de Salamanca.

Otros libros de interés:



Ester Barberá e Isabel Martínez Benlloch (Coords.):
Psicología y género. Madrid,
Pearson Prentice Hall, 2004.
ISBN 842053725X

Material complementario del libro *on line* (en inglés):
www.ablongman.com/rathus6e



www.pearsoneducacion.com

